



Associazione Italiana per la
Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

ASIQUAS Review

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

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

n. 33 del 1.12.2025



A cura di Giorgio Banchieri, Luigi Bertinato, Antonio Giulio de Belvis, Maurizio Dal Maso,
Nicoletta Dasso, Emanuele De Simone, Lidia Goldoni, Francesco Medici, Franco Pesaresi, 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 Iran 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

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

Lidia Goldoni

Socia ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Direttrice www.perlungavita.it, 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

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

Mario Ronchetti

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

Andrea Vannucci

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

Contatti.

giorgio.banchieri@gmail.com; Antonio.DeBelvis@unicatt.it; maurizio.dalmaso@gmail.com; emanueledisimone@gmail.com; nicolettadasso@gmail.com; fam.medici@mac.com; franco.pesaresi@gmail.com; fam.medici@mail.it; 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>Manovra 2026: segnali parziali per la sanità mentre pesa il rischio recessione senza PNRR</i> – Giorgio Banchieri e Andrea Vannucci	9
Quotidiano sanità - <i>I Direttori medici degli ospedali e il rischio della mediocrazia</i> - Claudio Maria Maffei	18
Quotidiano sanità - <i>Liste di attesa e libera professione: ricordiamoci quella scena di M*A*S*H</i> – C. M. Maffei	19
Comunità, solitudini e salute	21
Charitas Italiana - <i>Rapporto Povertà 2025: "Fuori Campo. Lo sguardo della prossimità"</i>	21
Fisco Equo - <i>Il governo dice di tassare chi ha di più, ma non tocca i veri ricchi e confonde le acque (Domani)</i> - Tommaso Di Tanno	26
The Lancet - <i>Esame del clustering dell'autolesionismo nelle reti di coetanei adolescenti: uno studio di coorte di registro nazionale in Finlandia</i> - Jussi Alho, Roger T. Webb e altri	28
Quotidiano sanità - <i>"Un minore su sette in Europa con disturbi mentali". In 15 anni casi aumentati del 30%</i>	29
Quotidiano sanità - <i>Allarme giovani in Italia: su fumo, alcol, droghe e sedentarietà siamo tra i peggiori nell'area Ocse. Molto il lavoro da fare sulla prevenzione</i> – G. Rodriguez	31
Insitut for social prescribing – <i>Health connections Mendip, Fome, Sonsett, U.K.</i>	33
Manovra 2026	34
Quotidiano sanità - <i>Manovra e Sanità: se tra numeri, propaganda e realtà il Ssn rischia di restare senza una visione</i> - Luciano Fassari	34
La Voce Info - <i>Più fondi alla sanità, ma senza una strategia</i> - Chiara Mingolla e Gilberto Turati	35
Quotidiano sanità - <i>Manovra. "Dal 2023 al 2026 alla sanità 17,5 miliardi in meno". L'audizione di Gimbe</i>	38
Sanità Informazione - <i>GIMBE: Nonostante gli aumenti, il Fondo sanitario scende al 5,9% del PIL</i>	40
Quotidiano sanità - <i>La Corte dei conti e la manovra di bilancio per la Sanità</i> - Fernanda Fraioli,	45
Quotidiano sanità - <i>Manovra. Cgil: "Risorse insufficienti per affrontare il drammatico sottofinanziamento della sanità pubblica"</i>	48
Quotidiano sanità - <i>Obiettivi incompatibili & alternativi</i> - Bruno Agnetti	49
<i>Stime del PIL, manovra e Sanità</i> - Redazione ASIQUAS Review	51
Idealista/News - <i>Rapporto tra Pil e tasse, la situazione nei Paesi dell'Ue.</i>	52
ISTAT - <i>Le prospettive per l'economia italiana nel 2025 – 2026.</i>	53
Idealista/News - <i>I Paesi con il debito pubblico più alto nel 2025</i>	56
UPB, Camera Deputati - <i>Manovra 2026 in linea con impegno nel consolidamento dei conti. Gli effetti sull'economia italiana si confermano modesti.</i>	57
Scenari della sanità	62
The NEJM - <i>Perseguire l'equità sanitaria negli Stati Uniti</i> - Crystal W. Cené , David A. Ansell e altri	62
The Lancet - <i>Forum europeo della salute di Gastein (EHFG) 2025</i> - Ivana Nedic, Parco Rebekka	68
The Lancet - <i>La ricetta di Gastein: la salute come via di rinnovamento dell'Europa</i> - Martin McKee	70
Salute Internazionale - <i>La salute degli Europei</i> - The Lancet	72
Quotidiano sanità - <i>Salute in Europa: 53 Paesi cambiano rotta. Il nuovo piano Oms Europa 2026-2030</i>	73
WHO - <i>Salute avanti – un futuro che costruiamo insieme: documento di base per il secondo programma di lavoro europeo</i>	75
NHS - <i>NHS England Pronti per il futuro: piano sanitario decennale per l'Inghilterra.</i>	76
OECD – <i>Health at glance 2025</i>	85
Scenari del SSN	91
Quotidiano sanità - <i>Spesa sanitaria out of pocket italiana ancora sopra la media.</i> - Giovanni Rodriguez	91
Quotidiano sanità - <i>Ricerca scientifica, da spesa a investimento strategico</i> - Isabella Faggiano	92
Quotidiano sanità - <i>La mobilità sanitaria, se la conosci forse la governi meglio</i> - Claudio Maria Maffei	96
Quotidiano sanità - <i>La mobilità sanitaria: patologia cronica di sistema?</i> - Claudio Maria Maffei	98
Quotidiano sanità - <i>Eccellenza nelle emergenze ospedaliere ma crisi nella prevenzione sul territorio. Rapporto Ocse</i> – G. Rodriguez	100
AIFA – <i>Uso dei farmaci in Italia 2024</i>	102
Quotidiano sanità - <i>Il Sud soffre: sanità in ginocchio</i> - Francesco Cognetti	107
Sostenibilità della sanità	110
Corriere della sera - <i>Sanità, quanti soldi servono davvero per farla funzionare?</i> – M. Gabanelli e S. Ravizza	110

Il Sole 24 Ore - <i>La salute non è un costo, ma è l'investimento più potente che un Paese possa fare</i> - Mario Sturion	114
Quotidiano sanità - <i>Il profondo rosso dei bilanci sanitari regionali.</i> - Luciano Fassari.	115
Quotidiano sanità - <i>Il 10% del Pil dell'Ue destinato alla sanità nel 2023. Tra i paesi, Italia a 8,41%, meno di Germania, Francia e Spagna. I dati Eurostat</i>	117
Sanità Integrativa	119
Quotidiano sanità - <i>I fondi sanitari integrativi a distanza di 33 anni dall'art.9 del Dlgs.502/92 e successive modifiche ed integrazioni</i> - Isabella Mastrobuono	119
One Health e clima	126
The Lancet - <i>Rafforzare la governance della resistenza antimicrobica in Europa: un approccio coordinato "one health"</i> - Benjamin Davido, Sofia Ny Corine van Lingen e altri	126
WHO - <i>L'inazione sul clima sta mietendo milioni di vittime ogni anno, avverte</i> - Lancet Countdown	134
The Lancet - <i>Annunciamo il Lancet Migration European Hub e la Lancet Regional Health-Europe Commission su cambiamenti climatici, migrazioni, spostamenti e salute</i> - Bernadette N. Kumar. Anand S. Bhopal e altri	136
The Lancet - <i>Un invito all'azione: leadership sul clima all'Assemblea mondiale della sanità</i> - Thais Araújo Cavendish e Thiago Nogueira	139
Quotidiano sanità - <i>One Health. Organizzazioni internazionali fanno squadra: "È tempo di agire".</i>	143
La Repubblica - <i>Wood Mackenzie avverte: la transizione deraglia, il mondo verso +2,6 °C</i> - Vito de Ceglia	145
La Repubblica - <i>Green deal, accordo Ue sul clima: emissioni ridotte del 90% entro il 2040 con flessibilità</i> - Claudio Tito	146
Pandemie in essere e in arrivo	147
The Lancet - <i>Aumento della resistenza antimicrobica in Europa</i> - Emer Cooke e Pamela Rendi-Wagner	147
The Lancet - <i>Il dibattito NITAG in Italia: un'opportunità di prevenzione</i> - Massimo Agosti	150
The Lancet - <i>Le disuguaglianze nello status socioeconomico a livello di area modellano i modelli di resistenza antimicrobica in Cina, 2014-2023</i> - Yi Yang, Jiani Jiang, Può Chen e altri	151
Quotidiano sanità - <i>Antimicrobico-resistenza. Nonostante i piani, gli investimenti e gli alert l'Ue non è in linea con 4 dei 5 target per il 2030</i>	153
Il Sole 24 Ore - <i>Così riscaldamento globale e inquinamento indeboliscono spermatozoi e fertilità maschile</i> - Cesare Buquicchio	155
Il Sole 24 Ore - <i>Violenza donne, stress post traumatico a distanza di anni per oltre metà vittime</i> -	156
OECD - <i>L'impatto del Codice europeo contro il cancro sulla salute, l'economia e la società.</i>	158
Quotidiano sanità - <i>Stati Uniti. Svolta choc dei Cdc: "Nessuna prova che i vaccini non causino l'autismo". La scienza ribadisce: non esiste alcun nesso</i> – Giovanni Rodriguez	162
Quotidiano sanità - <i>Diabete. In Italia oltre 4 milioni di casi con spesa e consumo di farmaci in crescita</i>	163
L'ospedale che cambia	165
Salute Internazionale - <i>Riformare le cure urgenti</i> – Primo Buscemi	165
Sanità Informazione - <i>Cure palliative: necessarie per 300mila anziani, ma solo il 15% le riceve</i> – V. Arcovio	168
Il Sole 24 Ore - <i>Pronto soccorso in affanno sul personale, di disagio giovanile e codici rosa</i> – B. Gobbi	170
Il Sole 24 Ore - <i>Oncologia: oltre metà degli ospedali è senza supporto territoriale</i> - Monica Giordano e altri	171
Il Sole 24 Ore - <i>Firmato il nuovo contratto dei medici: aumenti di 491 euro lordi al mese e 6.500 euro di arretrati</i> - Marzio Bartoloni	172
Quotidiano sanità - <i>Dirigenza medica e sanitaria. L'Anaa resta anche nel triennio 2025-2027 il sindacato più rappresentativo.</i>	174
Medicina territoriale	175
The NEJM - <i>Formazione dei comunicatori sanitari: la necessità di un nuovo approccio</i> – K. Panthagani e altri	175
Quotidiano sanità - <i>La Manovra e la Prevenzione</i> - Marco Geddes da Filicaia	178
Quotidiano sanità - <i>A Roma al via PRIMA, progetto di integrazione ospedale-territorio con l'infermiere di famiglia e comunità</i>	181
Quotidiano sanità - <i>PA Bolzano. In fase di progettazione un nuovo modello di assistenza territoriale</i>	182
Quotidiano sanità - <i>Medici di famiglia. Firmata la convenzione 2022-2024</i>	183
Il Sole 24 Ore - <i>Firmato l'accordo 2022-2024 sulla medicina generale: in campo 300 milioni all'anno</i> - Ernesto Diffidenti	185
Quotidiano sanità - <i>Serve flessibilità contrattuale per attrarre i medici e salvare la medicina generale</i> - Movimento Medici di Medicina Generale per la Dirigenza	186
Nursing	188

Quotidiano sanità - <i>L'Italia resta indietro nelle retribuzioni: tra i Paesi Ocse infermieri in fondo alla classifica, i medici poco sopra la media ma il gap con i principali stati del Nord Europa è ancora elevato</i> - Luciano Fassari	188
Infermieristica Mente - <i>Gimbe: 'La manovra 2026 è un'illusione contabile, la sanità resta senza infermieri'</i> Andrea Tiroto	191
Il Sole 24 Ore - <i>Professioni sanitarie: valutazioni in corso per rinviare il vincolo di esclusività al 2026</i> - Ernesto Diffidenti	192
Redazione ASQUAS Review - <i>Manovra 2026 professioni sanitarie</i>	193
Quotidiano sanità - <i>Personale Ssn. In manovra arrivano aumenti indennità e prestazioni aggiuntive con flat tax.</i> – Giovanni Rodriguez.	194
Quotidiano sanità - <i>Comparto Sanità. Cisl Fp si conferma il sindacato più rappresentativo per il triennio 2025-2027</i>	195
Sanità, sociale e Long Term Care	196
Il Sole 24 Ore - <i>Sfide e ritardi nella riforma per l'assistenza agli anziani non autosufficienti</i> - Cristiano Gori, Franco Pesaresi, Eleonora Vanni	196
Quotidiano sanità - <i>Il 65% della spesa farmaceutica in Italia è per gli anziani, ma con poca aderenza alle cure.</i>	198
Sanità Informazione - <i>Registro Unico delle Associazioni della Salute, il requisito dei dieci anni ne esclude oltre un terzo</i> - Isabella Faggiano	199
Il Sole 24 Ore - <i>Anziani, la Prestazione universale fa flop: solo 2 mila beneficiari sui 25mila attesi</i> - Barbara Gobbi	200
LTC - <i>Disponibilità e fornitura di posti letto per cure a breve termine nelle strutture di assistenza a lungo termine: un meccanismo per garantire trasferimenti tempestivi fuori dall'ospedale per i pazienti anziani in Inghilterra</i> - Madeline Naick e Karen Jones	201
LTC - <i>Trasformare l'assistenza a lungo termine attraverso l'innovazione basata sulle prove: imparare da tre centri di eccellenza europei</i> - Maria Teresa Ferazzoli e altri	202
Quotidiano sanità - <i>Cronicità e acuzie: serve un nuovo equilibrio</i> - Claudio Maria Maffei	217
Sanità Informazione - <i>Legge Caregiver, Locatelli: "Chi ama e cura non vuole essere sostituito, ma accompagnato"</i> - Isabella Faggiano	218
Digitalizzazione	219
The Lancet - <i>L'input del medico migliora le prestazioni diagnostiche dei modelli di intelligenza artificiale generativa nella risoluzione di casi clinici complessi</i> - Kyle Lam e altri	219
The NEJM - <i>Previsione delle preferenze dei pazienti basata sull'apprendimento automatico: una prova di concetto</i> - Georg Starke e altri	222
Il Sole 24 Ore - <i>Carl June: «L'intelligenza artificiale renderà le Car-T accessibili a tutti».</i> Gianluca Dotti	223
Il Sole 24 Ore - <i>Dai dati digitali ai piani per la fragilità: così l'Italia risponde alla sfida sociosanitaria</i> - Annamaria Di Ruscio, Marta Rho	224
Il Sole 24 Ore - <i>Intelligenza artificiale e influencer, nuove regole per comunicare la salute</i> - Francesca Cerati	227
Quotidiano sanità - <i>AI Act e sanità digitale: le nuove responsabilità e i doveri per professionisti e strutture</i>	228
Economia e sanità	230
Idealista/News - <i>Rapporto tra Pil e tasse, la situazione nei Paesi dell'Ue</i> - Flavio Di Stefano	230
Idealista/News - <i>I Paesi con il debito pubblico più alto nel 2025</i> - David Marrero	231
Idealista/News - <i>Le regioni nell'Ue col maggior Pil pro capite</i> - Floriana Liuni	232
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	234
Fisco Equo - <i>Sistema fiscale: azzeriamo tutto e ricominciamo a ragionare, da capo</i> - Vincenzo Visco	238
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	239
Fisco Equo - <i>Osservatorio itinerari previdenziali: chi paga l'Irpef in Italia</i> - Redazione	241
Osservatorio CPI - <i>Fiscal Drag, facciamo chiarezza sui numeri: 12 miliardi o 25?</i> G. Galli, Valerio Ferraro	243
Osservatorio CPI - <i>La spesa militare sale del 38,5% nel 2025, ma non si sa perché</i> - Carlo Cottarelli, Gianmaria Olmastroni	249
Il Post - <i>Il governo che più ha aumentato le tasse negli ultimi dieci anni</i>	254
La Voce Info - <i>Pressione fiscale e aumento dell'occupazione: torniamo a fare chiarezza</i> - Massimo Bordignon e Leonzio Rizzo	257

Manovra 2026: segnali parziali per la sanità mentre pesa il rischio recessione senza PNRR

Finanziamento ancora insufficiente rispetto ai fabbisogni reali, incertezza sull'attuazione dei nuovi servizi territoriali e forte concentrazione fiscale sui redditi da lavoro dipendente. Se non riusciremo a impegnare e spendere tutti i Fondi del PNRR ed il rischio che avvenga non è remoto, potremmo finire in recessione tecnica e scatterebbe una Procedura UE verso il nostro Paese. Auspichiamo che i partiti politici, fin d'adesso in campagna elettorale, si confrontino in concreto e ascoltino le parti sociali. Prepariamoci a scenari alternativi.

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.

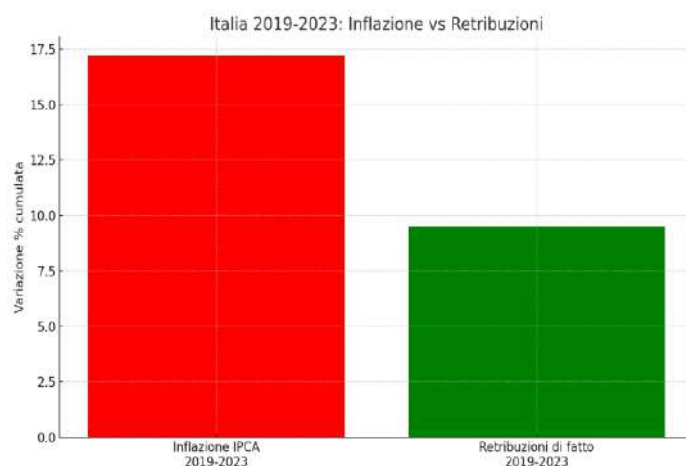
Il reddito nazionale

Nel 2024, il reddito nazionale italiano ha mostrato un aumento del reddito disponibile delle famiglie (+2,7%) e una crescita del PIL (+0,7% in volume). Il PIL nominale ha raggiunto circa €2.200 miliardi, mentre il reddito mediano è variato notevolmente in base alla tipologia familiare (es. €46.786 per le coppie con figli).

Il reddito disponibile reale in Italia nel 2024 è in lieve crescita ma resta inferiore al 2008. Fatto 100 il 2008, l'Italia nel 2024 si attesta per il reddito disponibile delle famiglie a 95,97 a fronte del 109,40 dell'area euro (114,29 Ue a 27). Unico caso assieme alla Grecia. Il potere d'acquisto reale è cresciuto più lentamente rispetto ad altri Paesi mentre il tasso di profitto delle imprese è diminuito.

La pressione fiscale sul lavoro dipendente

I dati analitici sull'IRPEF disaggregati per classi di reddito sono disponibili fino all'anno d'imposta 2023. Per questo motivo l'analisi più significativa è quella che considera l'intero quinquennio 2019-2023, utilizzato anche come anno base nel recente working paper della Banca Centrale Europea sul fiscal drag (Abela et al., ECB Working Paper Series n. 3136, 2024). Si tratta del periodo segnato dalla più forte impennata inflattiva degli ultimi decenni e dalla conseguente erosione del potere d'acquisto dei salari.



Infografica 1 — Italia 2019-2023: Inflazione e retribuzioni a confronto.

Variazione percentuale cumulata dell'inflazione misurata dall'IPCA (Indice Armonizzato dei Prezzi al Consumo) e delle retribuzioni di fatto secondo ISTAT nel periodo 2019-2023. L'inflazione complessiva cresce di circa il 17%, mentre le retribuzioni nominali aumentano del 9,5%, determinando un differenziale negativo di 7-8 punti percentuali e una significativa perdita di potere d'acquisto.

Nel quinquennio 2019-2023, l'inflazione misurata dall'IPCA (Indice Armonizzato dei Prezzi al Consumo) è aumentata complessivamente di circa il 17%, mentre le retribuzioni di fatto, secondo l'ISTAT, sono cresciute soltanto di circa il 9,5%. Ne risulta un differenziale negativo di circa 7-8 punti percentuali a sfavore dei lavoratori.

Tabella 1 – I dati di confronto 2019-2023

	2019	2023	2023/2019
1 Reddito lordo	483.4	564.9	16.86%
2 Imposta lorda	129.8	149.8	15.41%
3 Reddito imponibile	474.4	554.4	16.86%
4 Imposta netta	92.2	101.2	9.76%
5 Pressione fiscale (2/1)	26.85%	26.52%	
6 Pressione fiscale (4/3)	19.44%	18.25%	
7 Retribuzione di fatto pro capite	100	109.5	9.50%
8 Prezzi al consumo (IPCA)	100	117.2	17.20%

Nota: le prime quattro voci sono in miliardi di euro.

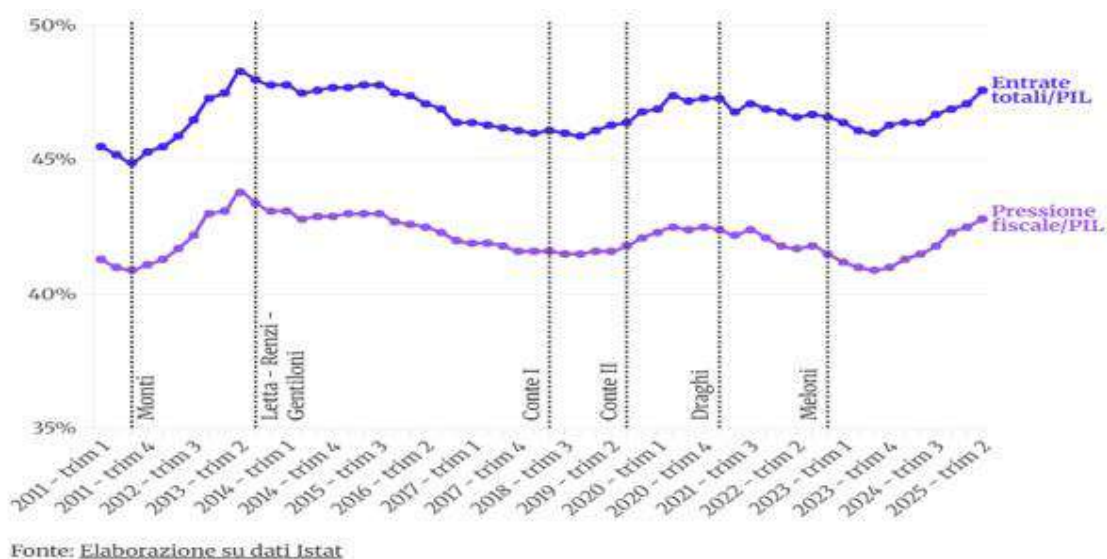
Fonte: elaborazioni OCPI su dati Dipartimento delle Finanze e Istat.

La pressione fiscale in Italia per il 2025 è stimata intorno al 42,8% del PIL, secondo le previsioni del governo, in leggero aumento rispetto al 2024. Le stime variano a seconda delle fonti e delle metodologie di calcolo, con alcune che indicano un lieve calo se si considera un diverso approccio contabile alla decontribuzione. Le principali novità fiscali per il 2025 includono la conferma delle tre aliquote IRPEF (23%, 35%, 43%) e una modifica nella struttura delle detrazioni che potrebbe portare a scaglioni effettivi diversi per alcuni contribuenti.

Previsioni e stime

- **Stima del governo:** il Documento programmatico di finanza pubblica prevede un dato del 42,8% per il 2025.
- **Stima alternativa:** una stima basata su una diversa contabilità, che non considera come maggiore spesa il "bonus" per i lavoratori a basso reddito, indica un dato più basso, intorno al 42,5%.
- **Dati trimestrali:** per il primo trimestre 2025, la pressione fiscale è stata del 37,3%, in aumento rispetto allo stesso periodo del 2024.

Infografica 2 - Entrate fiscali e pressione fiscale (media mobile a quattro trimestri in percentuale del PIL)



Da quando si è insediato il governo di Meloni paghiamo materialmente più tasse per colpa di un meccanismo chiamato fiscal drag, o drenaggio fiscale, che esiste nei sistemi fiscali progressivi quando c'è un'inflazione elevata, come l'aumento generale del livello dei prezzi che si è visto negli ultimi quattro anni.

Il sistema italiano è per l'appunto progressivo: significa che più si guadagna e più si paga una quota più alta di tasse, per il principio costituzionale che chi ha un reddito più alto deve contribuire in misura maggiore al fabbisogno dello Stato. Quando aumenta il costo della vita si innescano anche aumenti delle retribuzioni per tentare di tenere il passo dei prezzi. Non è un problema di per sé, anzi, gli stipendi *devono* aumentare per adeguarsi gradualmente a una vita più cara: da gennaio del 2021 a gennaio del 2025 i prezzi sono aumentati complessivamente del 16%, mentre le retribuzioni di poco più dell'8%, la metà.

Chi paga il welfare?

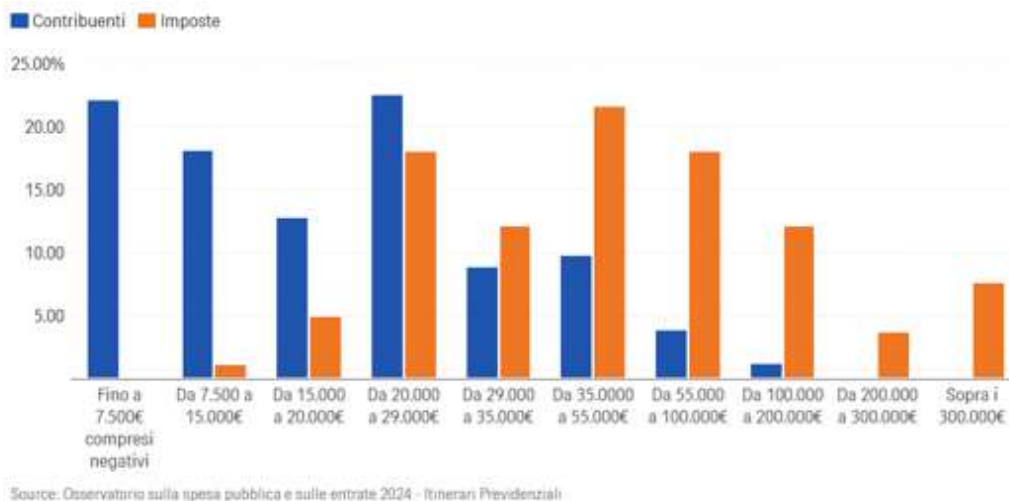
I redditi da lavoro dipendente sono tassati molto più degli altri redditi.

Dai dati ISTAT, fatto 100 il totale delle entrate fiscali, che includono sia le imposte che i contributi, 49 sono risorse che provengono dai salari, 17 dai profitti (in cui sono compresi i redditi dei lavoratori autonomi e i loro contributi), 33 arrivano invece dalle imposte indirette. Questi numeri devono essere confrontati con la quota di ciascuna componente sul Pil. Benché contribuiscano quasi al 50% delle entrate, i salari costituiscono solo il 38 % del Pil, contro il 50% dei profitti e del 12% delle imposte indirette.

L'Osservatorio sulla Spesa Pubblica, relativamente all'IRPEF e ai redditi delle famiglie evidenzia un quadro di forte concentrazione fiscale: circa il 15% dei contribuenti paga oltre il 75% dell'IRPEF totale, sostenendo la maggior parte della spesa pubblica per welfare, sanità e assistenza, che da sola supera la metà del totale.

I dati mostrano anche un divario significativo tra le aree geografiche, con il Nord che versa un'IRPEF pro-capite notevolmente più alta rispetto al Sud, il quale contribuisce meno rispetto ai consumi e alla spesa sanitaria pro-capite. Questo sistema, con una base imponibile ristretta, rende difficile il finanziamento sostenibile del welfare e solleva dubbi sulla sua efficacia nell'affrontare povertà e disuguaglianze.

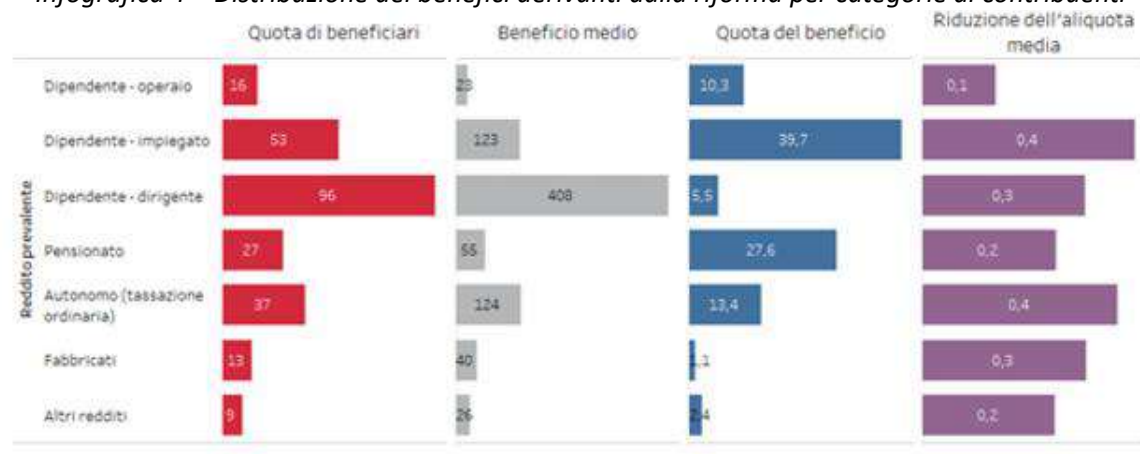
Infografica 3 – Percentuale di imposte pagate per scaglioni di contribuenti



Contribuzione fiscale e concentrazione della ricchezza

- **Concentrazione dell'IRPEF:** Un numero ristretto di contribuenti finanzia gran parte del sistema fiscale. Ad esempio, i contribuenti con redditi superiori ai 35.000 euro pagano circa il 58,86% dell'IRPEF totale.
- **Contribuenti ad alto reddito:** L'1,21% dei contribuenti con redditi superiori a 100.000 euro versa il 19,56% di tutta l'IRPEF.
- **Impatto sul finanziamento del welfare:** Il gettito generato dai redditi più bassi non è sufficiente a coprire le spese sanitarie e assistenziali, mentre i redditi da lavoro dipendente e pensione rappresentano oltre l'80% del gettito IRPEF.

Infografica 4 – Distribuzione dei benefici derivanti dalla riforma per categorie di contribuenti



Fonte: modello di microsimulazione UPB.

Divari territoriali e spesa pubblica

- **Differenze Nord-Sud:** Si registra una notevole disparità tra le Regioni. La Lombardia, da sola, versa più IRPEF dell'intero Mezzogiorno, che ha il doppio degli abitanti.
- **Disparità pro-capite:** Le imposte pro-capite (IRPEF e IVA) sono significativamente più alte al Nord rispetto al Sud, che versa un'IVA pro-capite molto più bassa.
- **Finanziamento del welfare:** Il Sud, in particolare, fatica a sostenere il costo pro-capite della spesa sanitaria a causa dei bassi contributi fiscali.

Povertà e disuguaglianze

- **Impatto fiscale:** Il sistema attuale può distorcere la percezione della povertà e del bisogno, indirizzando sussidi a chi dichiara meno e non può essere controllato adeguatamente.
- **Sostenibilità del welfare:** La forte concentrazione del peso fiscale su una minoranza di contribuenti rende il sistema di welfare insostenibile nel lungo periodo, rischiando di essere finanziato solo attraverso il debito pubblico.
- **Riforma fiscale:** Per rendere il sistema più sostenibile, è fondamentale contrastare l'evasione fiscale e migliorare la produttività del Paese e la partecipazione al mercato del lavoro.

Dati macro della manovra

Il disegno di legge di bilancio conferma la linea di prudenza e responsabilità a cui il Governo dichiara di voler attenersi con il percorso pluriennale di consolidamento dei conti pubblici delineato nel Piano strutturale di bilancio 2025-29 approvato dal Consiglio della UE a gennaio.

L'indebitamento netto si riduce progressivamente mantenendosi al di sotto della soglia del 3 per cento del PIL lungo il triennio di programmazione, anticipando già nel 2025 il raggiungimento di un rapporto fra disavanzo e PIL al 3%, per poi continuare a ridursi (2,8% del PIL nel 2026, al 2,6% nel 2027 e 2,3% nel 2028). Il debito in rapporto al PIL è previsto crescere ancora nel 2026 e cominciare a ridursi dal 2027.

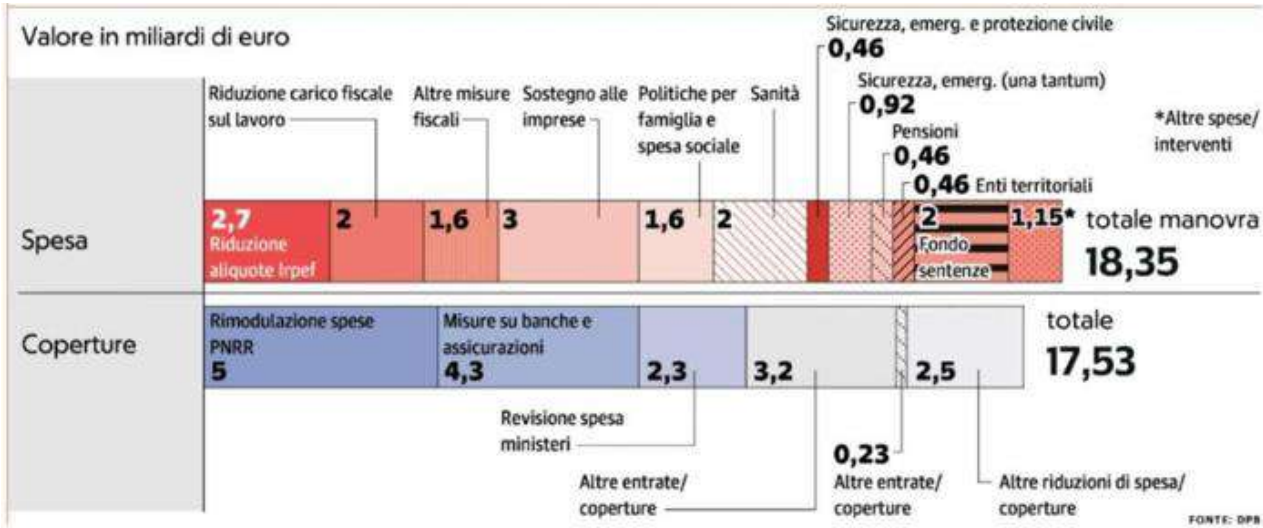
Informazioni dettagliate e tempestive sono ancora necessarie per concludere che la manovra sia coerente anche con il percorso programmatico della spesa netta presentato nel DPB.

La manovra – comprensiva degli effetti di maggiore spesa per interessi e degli impatti finanziari di copertura conseguenti alla proposta di rimodulazione del PNRR presentata alle autorità europee – comporta un incremento dell'indebitamento netto delle Amministrazioni pubbliche pari a 0,04 punti percentuali di PIL nel 2026 (0,9 miliardi), a 0,2% nel 2027 (5,9 miliardi) e a 0,3% nel 2028 (7 miliardi).

Le dimensioni di questa manovra sono contenute. Rispetto al tendenziale, infatti, dispone interventi pari all'1% del PIL nel 2026, allo 0,9% nel 2027 e allo 0,8% nel 2028, mentre le risorse di copertura per ciascun anno del triennio si collocano in media allo 0,6% del PIL, senza considerare gli effetti di copertura della rimodulazione del PNRR, che sono pari, in termini di indebitamento netto, a 5,1 miliardi nel 2026, 0,7% nel

2027 e 0,4% nel 2028. Considerando le risorse nette derivanti dalla rimodulazione del PNRR, le risorse delle coperture ammontano allo 0,7% del PIL medio annuo.

Infografica 5 – Le grandezze macro della manovra 2026



Incidenza sanità sul PIL

L'incremento del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard (2,4 miliardi per il 2026 e 2,65 miliardi annui dal 2027) porta le risorse complessive, in rapporto al PIL, al 6,1 per cento nel 2026, al 6,0 nel 2027 e al 5,9 nel 2028. In valore assoluto, il finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN), pari a 136,5 miliardi nel 2025, raggiunge 142,9 miliardi nel 2026 (con un incremento di 6,4 miliardi, di cui circa 4 già assegnati da provvedimenti precedenti), 143,9 nel 2027 e 144,8 nel 2028.

La spesa sanitaria corrente di contabilità nazionale, in rapporto al PIL, è prevista al 6,6 per cento nel 2026; dall'anno successivo, la quota scenderebbe al 6,5 per cento. La diversa dinamica del finanziamento ordinario e della spesa implica un aumento della distanza tra i due aggregati. Le differenze non sono direttamente riconducibili a un concetto di disavanzo del SSN, ma potrebbero segnalare una difficoltà crescente per i bilanci dei Servizi sanitari regionali (SSR).

Tabella 2 – Stime PSB 2025-27 incidenza sanità sul PIL Italia

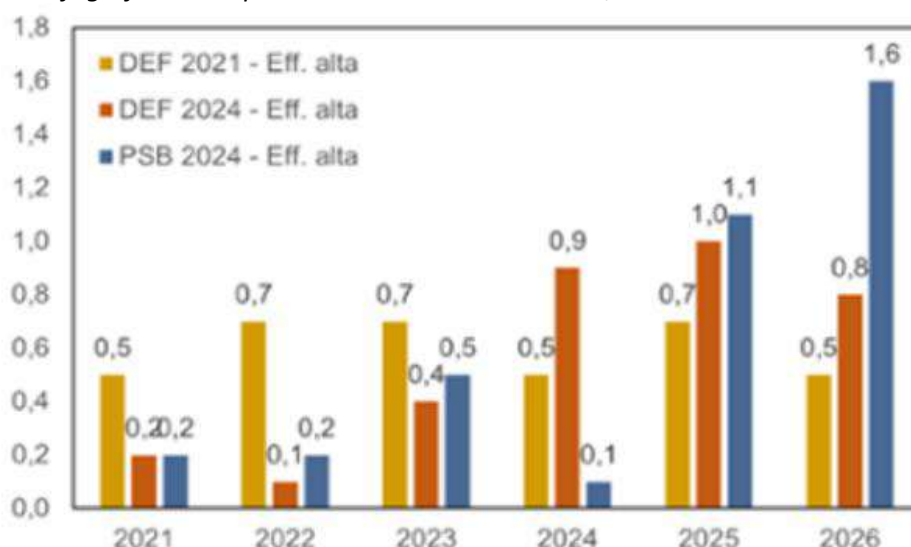
	2023	2024	2025	2026	2027
Spesa sanitaria (milioni di €)	131.119	137.934	141.929	144.969	147.506
Spesa sanitaria (% PIL)	6,2%	6,3%	6,3%	6,2%	6,2%
Tasso di variazione in %	-	5,2%	2,9%	2,1%	1,7%

Fonte: Report GIMBE

Incidenza PNRR sul PIL

A maggio 2025 risultano 159 Mld di euro del PNRR 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.

Infografica 6 - Impatto annuale del PNRR sul PIL, Modello QUEST-III R&D



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

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 p.p.

Mancano solo 7 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.

L'Italia in recessione senza PNRR

Colpisce il dato sulla crescita economica: siamo un Paese con crescita annua dello 0,5% nel 2025 e dello 0,7% nel biennio successivo e 0,8% nel 2028. La crescita riflette anche i dazi di Trump e l'incertezza politica globale, che incide su consumi e investimenti.

Il dato significativo è quello del DPFP, che imputa la crescita 2025 dovuta per almeno un punto percentuale al PNRR; la crescita stimata per lo stesso anno è dello 0,5%, significa che senza il PNRR l'Italia sarebbe stata in recessione.

Ragionamento analogo per il 2026. Usando le risorse residue del PNRR l'economia dovrebbe crescere dell'1,5%, ma nel DPFP è dello 0,7% quindi senza PNRR l'Italia sarebbe in una recessione molto seria.

L'Italia ha ricevuto circa 194 miliardi e si stima nel decennio un impatto di circa 189 miliardi.

L'incidenza del PNRR sul PIL è stata quindi meno delle risorse allocate (moltiplicatore 0,97).

Facendo il 2008 uguale a 100, l'Italia nel 2024 si colloca attorno a 96, dopo un lieve recupero rispetto al 2023. L'Ue a 27 supera quota 114, l'area euro sfiora 109.

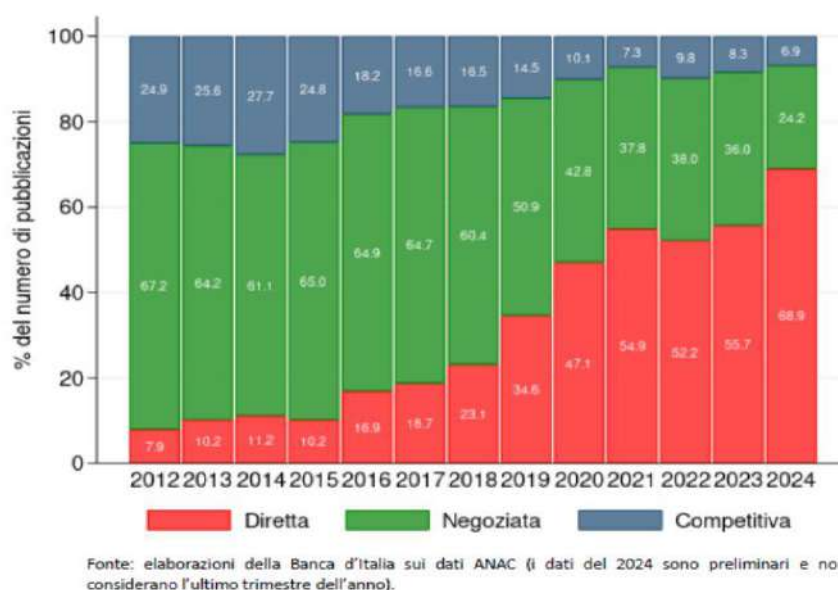
Tra i Paesi maggiori emergono Germania e Francia, entrambe ben oltre i livelli pre-crisi; la Spagna ha recuperato, pur restando più vicina a quota 104.

In Italia la risalita degli ultimi anni è stata più lenta dello standard europeo, segno che la ferita della doppia recessione 2008-2013 non si è chiusa del tutto. Quindi senza PNRR saremmo già in recessione tecnica ...

Più Stato nel mercato?

Il calo della concorrenza produce forti aumenti dei fatturati e dei margini delle società di rete a controllo pubblico (più 40 miliardi di fatturato per loro dal 2019), forti [aumenti](#) dei margini delle società dell'energia, fortissima [redditività](#) delle banche.

Infografica 7 - Appalti settore costruzioni 2012-2024 realmente competitivi



Così prende forma quello che sembra un nuovo capitalismo oligarchico di Stato, naturalmente con le sue rivalità e tensioni interne. In ciò, l'Italia è tutt'altro che sola.

Anzi, come le è successo altre volte nella storia recente segue subito le grandi tendenze internazionali come forse è inevitabile che sia. In questo contesto, si assiste a un progressivo indebolimento o scomparsa sostanziale di quasi tutte le Autorità Indipendenti dalla politica di regolamentazione del mercato.

Su questo sfondo, avvengono altri due fenomeni. Il grado di concorrenza in alcuni settori fondamentali si riduce, di solito, a favore di pochi grandi operatori dotati di rapporti con la politica.

Nel grafico si osserva il declino degli appalti del settore costruzioni realmente competitivi in Italia negli ultimi anni (le assegnazioni dirette passano dall'8% al 69%, le gare aperte a tutti dal 25% a meno del 7%).

Le misure per la sanità

Come emerge dalla lettura del Report GIMBE la proposta di Manovra 2026 stanzia € 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 proposta di Manovra 2026 aggiungerebbe ulteriori € 2,4 miliardi, portando il FSN totale a € 143,1 miliardi.

Dopo l'incremento del 2026 il FSN in termini assoluti si stabilizzerà, crescendo di € 995 milioni (+0,7%) nel 2027 e di € 867 milioni (+0,6%) nel 2028. In rapporto al PIL, il FSN 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.

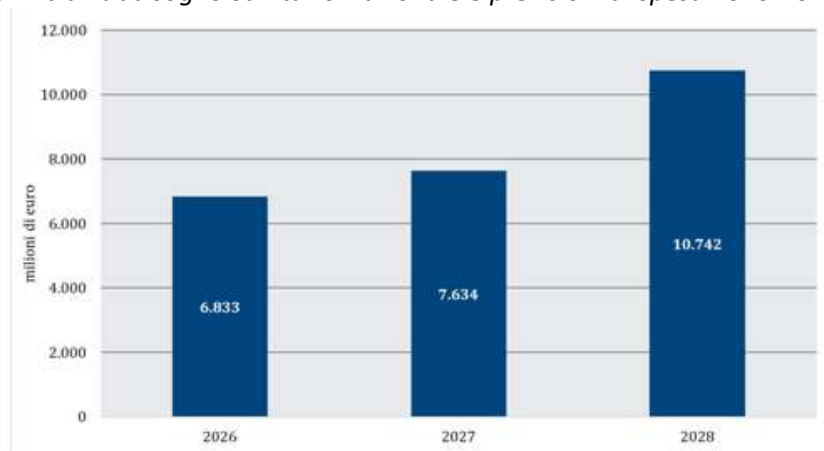
Tabella 3 – Rideterminazione del Fabbisogno Sanitario Nazionale (Fonte GIMBE)

	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				

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.

Infografica 8 – GAP tra Fabbisogno Sanitario Nazionale e previsioni di spesa 2026-2028 (Fonte GIMBE)



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. Agli organici del FSN mancano oggi 20.000 medici e 65.000 infermieri ...

Aumento fondi per migliorare i servizi.

A partire dal 2026, la Manovra destina € 238 milioni a interventi di *prevenzione* articolati in quattro macro-obiettivi:

1. estendere lo screening per il tumore della mammella alle fasce di età 45-49 anni e 70-74 anni;
2. ampliare lo screening del tumore del colon-retto alla fascia 70-74 anni;
3. proseguire il programma di prevenzione del tumore polmonare nell'ambito della rete italiana screening polmonare;
4. 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

Fondi per il rimborso 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).

Fondi per servizi da terzi che operano in accreditamento o in convenzione

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*. 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).

Conclusioni

In sintesi, la Manovra 2026 ad oggi, prima del confronto parlamentare e della sua definitiva approvazione, presenta un carattere complessivamente prudente e di dimensione limitata, con interventi che appaiono più orientati a segnali politici settoriali che a una risposta strutturale alle criticità del sistema sanitario.

Una parte rilevante delle risorse è indirizzata verso componenti del lavoro autonomo in ambito sanitario (farmacisti, medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali), mentre la capacità di rafforzamento del personale appare insufficiente rispetto al fabbisogno reale: le nuove assunzioni previste coprirebbero circa un decimo dei medici e un ventesimo degli infermieri necessari.

La capacità di attuazione del PNRR rimane un tema critico, con potenziali rischi macroeconomici che vanno oltre il solo settore sanitario. Il nodo principale riguarda la sostenibilità organizzativa dei nuovi servizi territoriali – Case e Ospedali di Comunità – per i quali non risultano allo stato attuale disponibili risorse professionali adeguate, aprendo la prospettiva di un crescente coinvolgimento di operatori privati accreditati e soggetti del cosiddetto terzo settore sanitario.

Dal lato delle entrate pubbliche, secondo i Conti Nazionali (marzo 2024), il valore aggiunto riferibile all'economia sommersa ammontava nel 2021 a 173,8 miliardi di euro, pari al 9,5% del PIL: una base potenziale di gettito non trascurabile. L'assenza di interventi incisivi sul recupero dell'evasione fiscale e sull'ampliamento della base imponibile contribuisce a mantenere un quadro di finanziamento sbilanciato, in cui il peso grava in modo rilevante sui redditi da lavoro e sui contribuenti che già sostengono in misura maggiore il sistema di welfare. Parallelamente, l'espansione della sanità integrativa sostenuta da meccanismi di defiscalizzazione determina un progressivo trasferimento di risorse verso il settore privato, con effetti redistributivi regressivi e un indebolimento del principio di universalismo.

Si configura così una dinamica in cui i contribuenti con redditi medio-alti possono beneficiare contemporaneamente del Servizio sanitario nazionale, della sanità integrativa e delle prestazioni private, mentre la parte più vulnerabile della popolazione vede aumentare l'esposizione finanziaria al proprio bisogno di cura. Tali elementi delineano un contesto che solleva interrogativi sulla sostenibilità futura del SSN e sull'equità del sistema fiscale e di finanziamento del welfare, richiedendo un confronto politico trasparente e basato su evidenze. Ci auguriamo che il dibattito parlamentare porti a modifiche utili ... le migliaia di emendamenti presentati non sono un buon inizio ...

Referenze:

- Abela, M. et al. (2024) *Fiscal drag and inflation dynamics in the euro area*. ECB Working Paper Series, 3136.
- AGCM (2024) *Relazione annuale*. Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato.
- ANAC (2024) *Rapporto sui contratti pubblici e gare d'appalto 2012–2024*.
- Centro Studi Confindustria (2025) *Impatto del PNRR sul PIL italiano – Modello QUEST-III*.
- Corte dei Conti (2025) *Audizione sulla Manovra 2026 presso Commissioni Bilancio*.
- Fondazione GIMBE (2025) *Analisi della Manovra 2026 e finanziamento SSN*.
- ISTAT (2024) *Retribuzioni contrattuali e di fatto 2019-2023*.
- ISTAT (2024) *Conti nazionali ed economia non osservata – Rapporto marzo 2024*.
- ISTAT-Eurostat (2024) *IPCA – Serie storica 2019-2023*.
- MEF (2025) *Documento di Economia e Finanza – DEF 2025*.
- MEF (2025) *Programma Strutturale di Bilancio 2025-2027*.
- MEF – Dipartimento Finanze (2024) *Dichiarazioni dei redditi 2023*.
- Osservatorio Conti Pubblici Italiani – CPI Cattolica (2024) *Rapporto IRPEF*.
- Piattaforma ReGiS – PCM (2025) *Monitoraggio avanzamento PNRR, aggiornamento maggio-giugno 2025*.
- UPB – Ufficio Parlamentare di Bilancio (2025) *Valutazione DDL Bilancio 2026 – Audizione*.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=133493

I Direttori medici degli ospedali e il rischio della mediocrazia

Claudio Maria Maffei

Gentile Direttore,

letto con grande interesse qualche giorno fa qui su QS l'intervento di [Giancarlo Finzi](#) sulla nuova figura del Direttore medico di presidio ospedaliero (DMPO), visto anche come Direttore sanitario (DS) del futuro, alla luce della [Carta di Torino](#) elaborata dall'ANMDO (l'Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere, nata nel 1947) in occasione del Convegno Nazionale svoltosi a Torino lo scorso ottobre. Il mio interesse per questa doppia figura è doppio: da una parte ritengo il suo/loro ruolo fondamentale/i e dall'altra si tratta di un lavoro che ho fatto per oltre 20 anni tra Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Istituti di ricerca a carattere scientifico e Regione.

Tutti ruoli esercitati nella Regione Marche, tanto che potrei mutuare la famosa frase di Totò "Sono un uomo di mondo, ho fatto tre anni di militare a Cuneo" trasformandola in "Sono un uomo di sanità pubblica, ho lavorato per 30 anni in quella delle Marche".

Nella carta di Torino vengono elencate e descritte le nuove frontiere della azione del Direttore Medico e della Direzione Medica di Presidio Ospedaliero: 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" e gestione della crisi.

La figura del Direttore medico, eventualmente futuro Direttore sanitario, che emerge è quella di un "architetto dei percorsi di cura". Finzi suggerisce di metabolizzare il contenuto visionario della Carta di Torino e di considerarla non un nuovo mansionario, ma "una *roadmap* di suggestioni e di traiettorie di una Sanità sempre più complessa e di competenze necessarie per poterla governare".

Colgo senz'altro questo suggerimento, ma allo stesso tempo colgo un possibile grande limite di partenza nello stimolantissimo documento dell'ANMDO che vede nella figura del Direttore medico di presidio una sorta di moderna/o "responsabile di produzione" che gestisce in modo innovativo la struttura che le/gli viene affidata. Quindi le sue "frontiere" sono quelle della "sua" struttura ospedaliera allargate al sistema di relazioni con il "suo" territorio.

Nella mia visione il ruolo del Direttore Medico si allarga al di là di questi confini per estendersi alla costruzione programmatica e cogestione delle reti ospedaliere regionali e dentro di queste delle reti cliniche. I motivi di questo "sconfinamento" sono due: il buon funzionamento del singolo ospedale è condizionato dal buon funzionamento di queste reti e il Direttore Medico si deve preparare ad avere ruoli di Direzione Sanitaria a livello aziendale e regionale.

Mi è sempre parsa strana questa sorta di estraneità del fertile e vivace mondo dell'ANMDO verso queste dimensioni di sistema essenziali per garantire il buon funzionamento dei singoli ospedali. Ad esempio un documento a tipo Position paper sul DM 70 da parte di chi lavora nelle direzioni mediche degli ospedali è essenziale, ma direi quasi doveroso.

E qui mi viene buona la mia profonda esperienza della realtà marchigiana in cui, come altrove e a volte più di altrove, gli ospedali sono fortini assediati vicini alla resa (purtroppo) per far parte di una rete ospedaliera iperframmentata con 13 ospedali con DEA (destinati a diventare 14) e un territorio assolutamente incapace di fare filtro e di riprendere i pazienti dimissibili.

Ma di questa doppia rete disfunzionale (ospedaliera e territoriale) e dei suoi problemi chi lavora nelle Direzioni mediche e nelle Direzioni sanitarie delle Marche subisce gli effetti senza riuscire ad esprimersi non come singolo dirigente, ma come gruppo tecnico-professionale, sulle cause. E quindi meno che mai a correggerle.

Emerge la sensazione che passi una impostazione secondo cui la programmazione è tutta della politica e la gestione è invece dei tecnici (purtroppo spesso con la ingerenza della politica). Se si accetta questo gioco dei ruoli c'è l'enorme rischio che il Direttore medico diventi un "mediocrate" secondo la espressione

utilizzata, [come ho già ricordato qui su Qs](#), dal filosofo canadese Alain Deneault nel suo libro “La mediocrazia”. Un rischio che va assolutamente evitato.

Saccheggio [una recensione del libro](#) che ben spiega cosa è la mediocrazia “che non vuol dire essere incompetenti. Anzi, è vero il contrario. Il sistema incoraggia l’ascesa di individui mediamente competenti a discapito dei supercompetenti e degli incompetenti...”

Ma comunque, il mediocre deve essere un esperto. Deve avere una competenza utile ma che non rimetta in discussione i fondamenti ideologici del sistema. Lo spirito critico deve essere limitato e ristretto all’interno di specifici confini perché se così non fosse potrebbe rappresentare un pericolo. Il mediocre, insomma, spiega il filosofo canadese, deve giocare il gioco”.

Nel caso della sanità pubblica e quindi delle reti ospedaliere pubbliche il gioco che la politica tende a imporre è quello dell’avocare a sé la programmazione lasciando la gestione ai tecnici e nemmeno sempre e su tutto. Un gioco le cui regole vanno assolutamente cambiate.

Quindi a mio parere le frontiere della cultura e pratica delle Direzioni mediche potrebbe essere allargata al di là dei confini della sola produzione e della sola “architettura dei percorsi di cura” in modo da estendersi alla partecipazione alla definizione della “architettura programmatica e organizzativa delle reti ospedaliere e delle reti territoriali comprese quelle dell’emergenza” il che coinvolge le relazioni sia con la politica che con i cittadini.

I professionisti dell’ANMDO ne hanno certamente le capacità e probabilmente lo auspicano.

Del resto, se il ruolo delle Direzioni ospedaliere si limitasse solo alla dimensione della produzione di struttura nel tempo la specificità medica del ruolo potrebbe essere messa in discussione.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=133523

quotidianosanità.it

Liste di attesa e libera professione: ricordiamoci quella scena di M*A*S*H

Claudio Maria Maffei

Gentile Direttore,

quando mi confronto con situazioni che vedono al centro la ricerca di un facile capro espiatorio, come nel caso del ruolo della libera professione accusata di contribuire pesantemente a determinare le liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali, mi viene in mente sempre una scena di [M*A*S*H](#), il memorabile film antimilitarista del 1970 di Robert Altman.

Nel film, ambientato nell’ospedale da campo n. 4077 (M.A.S.H. sta per "Mobile Army Surgical Hospital") c’è una scena in cui un maggiore chirurgo incapace se la prende alla fine di un intervento andato male con un povero caporale capitato lì quasi per caso attribuendogli la responsabilità della morte del povero soldato.

La insistenza sulla responsabilità fondamentale della libera professione intramoenia sulle liste di attesa mi lascia molto perplesso perché mi sembra voglia distrarre da un lungo elenco di fattori “di sistema” su cui non si interviene e di cui spesso non si fa nemmeno cenno.

Chiarisco preliminarmente che i fenomeni distorti e distorsivi collegati con la libera professione non mi sfuggono e che per una analisi tecnica di questa istituzione “atipica” rimando al fondamentale contributo su queste pagine di [Marco Geddes da Filicaia](#) di un paio di anni fa, mentre per gli aspetti sindacali rimando al recente contributo sempre qui su Qs di [Pierino Di Silverio e Filippo Gianfelice](#).

Mi interessa invece riprendere qui l’elenco dei fattori di sistema coinvolti nel problema della lista di attesa delle prestazioni ambulatoriali.

Provo ad elencarli con qualche commento facendo presente che sono intrecciati tra loro e che qui si andrà poco più in là di un elenco:

- la crisi della medicina generale e quindi del livello organizzativo cui istituzionalmente compete la prescrizione delle prestazioni (i contributi al riguardo qui su Qs non si contano): si sommano a questo riguardo la carenza di vocazioni, il numero crescente di assistiti per far fronte alla carenza di professionisti, la burocratizzazione insopportabile del lavoro, la pressione esercitata dalla prescrizione indotta dagli specialisti e i ritardi nella modifica della organizzazione del lavoro legati a loro volta ai ritardi nella declinazione culturale e organizzativa del DM 77, così importanti da meritare una trattazione a parte. Certamente a questo livello si genera una quota di prescrizioni inappropriate in cui l'influenza esercitata dalle voci soprarichiamate è rilevante e fondamentale. Segnalo su quest'ultimo punto della appropriatezza in medicina generale i contributi fondamentali di [Giuseppe Belleri](#);
- la non operatività del modello della presa in carico dei pazienti cronici secondo il [Piano Nazionale della Cronicità di recente rivisto](#) e in definitiva del modello del DM 77: i ritardi nella attivazione delle Case della Comunità e nella introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità si traducono ad esempio nella gestione vecchio stile e quindi passiva di quei cittadini ad alto rischio di consumo di prestazioni che finiscono col gravare sulle liste di attesa mentre la loro presa in carico dovrebbe prevedere altri percorsi;
- la frammentazione della offerta specialistica pubblica: la frammentazione degli ospedali riduce l'offerta di prestazioni programmate per l'assorbimento di molte risorse nelle attività in urgenza che andrebbero concentrate e differenziate per livello di complessità, mentre la frammentazione della offerta ambulatoriale comprensiva delle prestazioni strumentali di medio-alta complessità aumenta la capillarità del servizio, ma ne riduce l'efficienza produttiva;
- la crescita della offerta ambulatoriale privata in tutte le sue forme: questa crescita (compresa quella della libera professione, ma anche e soprattutto quella dei centri privati accreditati e contrattualizzati e dei centri privati tout court) crea un circolo vizioso perché in queste sedi la proposta di prescrizione tende ad essere più facile per una "fidelizzazione" del paziente e si trasferisce tutta alla medicina generale (vedi sopra);
- la carenza degli organici medici nelle strutture pubbliche: questa a sua volta si intreccia con la frammentazione della offerta e la fuga dei professionisti dagli ospedali e dalle strutture pubbliche verso le private (anche questo punto merita un commento a parte). In presenza di questa carenza si determinano quelle situazioni che vengono poi esposte al "pubblico ludibrio" e cioè quelle in cui i volumi delle prestazioni in libera professione superano di molto quelle erogate in regime libero professionale. Prendiamo una unità operativa di cardiologia in cui pur in presenza di una attività di reparto comprensiva di alcuni posti letto di unità coronarica e di una significativa attività di aritmologia i medici tra poco rimarranno in sette perché uno ha scelto la specialistica ambulatoriale territoriale (anche di questa bisognerebbe parlare) e due vanno in pensione (di cui uno è il "primario"). Ovviamente rischia di saltare tutta l'attività ambulatoriale compresa quella post-ricovero e quella relativa al controllo dei pazienti col pace-maker. Il tutto in una Regione di un milione e mezzo di abitanti con troppa cardiologia ospedaliera: 14 cardiologie di cui quasi tutte con l'UTIC e sei emodinamiche. Se qualche medico di quella unità operativa dell'esempio proverà a continuare a fare un minimo di attività libero professionale rischierà di finire additato;
- il malsano gioco dei ruoli tra ospedali pubblici e privati: ai primi toccano i casi complessi e le urgenze e ai secondi sono concesse casistiche selezionate e linee produttive dedicate. Se si guarda ad esempio l'ultimo [Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale relativo all'anno 2023](#) le Case di Cura accreditate hanno 13 DEA contro i 284 delle strutture pubbliche (tra cui vengono conteggiate anche le Università e gli INRCCS privati), 24 Pronto Soccorso contro i 409 delle strutture pubbliche e 42 Centri di Rianimazione contro i 355 delle strutture pubbliche. Ovviamente questa situazione si traduce in un doppio effetto: fuga dei professionisti pubblici nel privato e aumento della offerta ambulatoriale dei privati stessi (incoraggiata anche dall'ultima manovra di bilancio) che ha gli effetti sopraricordati sulla medicina generale.

Alla base di questo lungo elenco di criticità di sistema che contribuiscono a creare le liste di attesa ci sono almeno tre fattori fondamentali che sarebbe compito della politica gestire meglio a livello nazionale: maggiore finanziamento al Ssn per garantire più attività e attrarre e mantenere più professionisti nelle strutture

pubbliche, diversa regolamentazione del rapporto pubblico-privato e più controlli centrali sulle Regioni e sulle loro scelte programmatiche e gestionali.

Prendersela con la libera professione in questa situazione ricorda davvero la scena del religiosissimo maggiore Frank Burns che se la prende col povero caporale Walter "Radar" O'Reilly che però lo ripagherà con un terribile scherzo per cui però rimando direttamente alla visione del film.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=133590

Comunità, solitudini e salute



Rapporto Povertà 2025: "Fuori Campo. Lo sguardo della prossimità"

La ventinovesima edizione del Rapporto Caritas sulla povertà in Italia illumina le fragilità che restano ai margini: disuguaglianze, povertà multidimensionale, azzardo, violenza sulle donne, povertà energetica. Uno sguardo che nasce dall'ascolto e rimette al centro la dignità di ogni persona.

In occasione della nona Giornata mondiale dei poveri (domenica 16 novembre 2025), Caritas Italiana rende disponibile la ventinovesima edizione del Rapporto su povertà ed esclusione sociale in Italia, "Fuori campo. Lo sguardo della prossimità". A quasi trent'anni da "I bisogni dimenticati" (1996), lo sguardo di Caritas si posa ancora una volta sulle ferite meno visibili del Paese, per riportarle dentro l'inquadratura dell'attenzione pubblica ed ecclesiale.

Il titolo scelto richiama ciò che di solito resta fuori scena, storie che rischiano spesso di restare ai margini e che il Rapporto prova a riportare al centro, a partire dall'ascolto quotidiano delle persone accolte dai servizi in rete delle Caritas diocesane.

I dati mostrano una povertà assoluta che coinvolge oltre 5,7 milioni di persone e 2,2 milioni di famiglie, con una crescita di oltre il 40% nell'ultimo decennio. Tra i più colpiti, i minori e i lavoratori con salari bassi e contratti instabili: il lavoro, sempre più spesso, non basta più a garantire una vita dignitosa.

La rete delle Caritas italiane registra e accompagna questa complessità: nel 2024 i servizi informatizzati hanno accolto 277.775 famiglie. Più di una persona su due presenta almeno due forme di disagio (economico, abitativo, relazionale, educativo, sanitario, psicologico). Il Rapporto evidenzia così che la povertà è un intreccio di vulnerabilità, che necessita di risposte integrate – sociali, pastorali, educative – e non solo interventi d'emergenza.

Il Rapporto mette in luce anche i "fuori campo" imprigionati dalla pratica dell'azzardo industriale di massa, che assorbe risorse economiche e tempo di vita soprattutto nelle fasce più fragili; la violenza sulle donne, che spesso porta con sé impoverimento e isolamento; la povertà energetica, che impedisce a oltre due milioni di famiglie di riscaldare adeguatamente la casa o di sostenere i costi delle bollette.

«Questo Rapporto avrà senso se saremo in grado di guardare in controluce i dati e le analisi, per rintracciare quelle pietre di scarto che attendono di diventare testate d'angolo dei nostri piani pastorali, cuore dell'agenda politica, punto di partenza delle molteplici dimensioni che definiscono il nostro vivere comune. Ancora una volta, a tutti, il nostro appello a ripartire dagli ultimi.»

Don Marco Pagnello



RAPPORTO SU POVERTÀ ED ESCLUSIONE SOCIALE IN ITALIA 2025 SINTESI

A quasi trent'anni di distanza dalla prima edizione (*I bisogni dimenticati*, 1996), il Rapporto povertà di Caritas Italiana continua a soffermarsi su una serie di fenomeni sociali non sempre al centro dell'agenda politica e comunicativa. Sono fenomeni fuori campo, che sembrano affacciarsi al margine delle nostre vite, ma che coinvolgono in realtà numeri consistenti di famiglie e persone: non si tratta quindi di situazioni residuali ma di fronti di disagio e di rischio di esclusione sociale di natura trasversale, a cui tutti possono essere esposti. I temi trattati nel Rapporto 2025 sono quelli delle disuguaglianze economiche, della povertà multidimensionale, dei costi umani e sociali dell'azzardo, delle conseguenze della violenza sulle donne dal punto di vista della povertà economica, della vulnerabilità dei più poveri di fronte alle sfide della transizione ecologica e della povertà energetica.

Il Rapporto non si sofferma soltanto sulle situazioni di povertà, ma vuole anche presentare alcune possibili risposte, già in atto, a cura della società civile, delle Chiese locali, delle istituzioni pubbliche. A tale scopo, nel Rapporto sono presenti venti box di approfondimento su esperienze locali e nazionali, su varie dimensioni di attività (animazione, formazione, studio, advocacy, ecc.).

Capitolo 1 L'ingiustizia delle tante disuguaglianze: perché e come occuparsene

La disuguaglianza non è solo economica. Possiamo distinguere disuguaglianze economiche, sociali, di riconoscimento, di opportunità, di libertà sostanziale. L'attenzione scientifica alle disuguaglianze è necessaria per tre motivi: le preoccupazioni di giustizia sociale, la necessità di un'allocazione efficiente delle risorse e gli effetti negativi che disuguaglianze eccessive producono sulla società nel suo complesso.

La disuguaglianza ha anche un effetto intergenerazionale: gli svantaggi di oggi possono trasmettersi nel futuro, alimentando un circolo vizioso che riduce la mobilità sociale e cristallizza tanto i privilegi e i vantaggi quanto le marginalità e le esclusioni.

A questo si aggiungono le conseguenze sanitarie e ambientali. Dal 1990 al 2020, l'Italia è il fanalino di coda dei Paesi OCSE e l'unico Paese con un valore negativo (-2,9%) di variazione dei salari reali medi.

La percentuale di lavoratori a basso salario è passata da 25,9 punti percentuali nel 1990 a 32,2 punti percentuali nel 2017.

A essere colpiti sono soprattutto donne, giovani nella fascia 16-34 anni e residenti al Sud, ed in generale quanti hanno un contratto di lavoro part-time.

Nel 2023, ogni italiana o italiano deteneva in media circa 190.000 euro di patrimonio. Il patrimonio medio dei 50.000 adulti più ricchi del paese è più che raddoppiato rispetto agli anni Novanta, mentre i 25 milioni di italiani più poveri hanno visto la propria ricchezza media ridursi di più di tre volte e oggi detengono un patrimonio medio di circa 7 mila euro pro-capite. Si stima che almeno 10 milioni di adulti abbiano risparmi

liquidi inferiori ai 2.000 euro, decisamente insufficienti per far fronte uno shock di reddito come quello inflitto dalla perdita del lavoro o da una malattia.

Capitolo 2 La povertà in Italia, tra dimensione economica e fragilità multidimensionali

In Italia la povertà assoluta coinvolge oggi una quota sempre più ampia della popolazione. Secondo i dati diffusi da Istat il 14 ottobre, il 9,8% degli italiani - oltre 5,7 milioni di persone e 2,2 milioni di famiglie (8,4% dei nuclei) - vive in condizioni di indigenza. Negli ultimi dieci anni il fenomeno è cresciuto in modo significativo: il numero di famiglie in povertà assoluta ha registrato un + 43,3%, segno di un processo di radicamento che ha reso la povertà una componente strutturale del tessuto sociale nazionale.

Le rilevazioni della rete Caritas confermano e approfondiscono le tendenze evidenziate dai dati ufficiali, mostrando come alla povertà economica si affianchi spesso una più ampia vulnerabilità sociale e relazionale delle persone. Nel 2024 i Centri di Ascolto Caritas hanno sostenuto 277.775 famiglie, pari al 12% di quelle in povertà assoluta, con un aumento del 3% rispetto al 2023 e del + 62,6% rispetto al 2014.

Tra queste, oltre una su due presenta almeno due forme di disagio appartenenti ad ambiti diversi, mentre una su tre ne manifesta tre o più, a conferma del carattere interconnesso e cumulativo delle povertà contemporanee.

Per approfondire tale complessità, è stato avviato uno studio pilota nazionale volto a costruire un indice sintetico di vulnerabilità individuale, capace di descrivere in modo più completo le fragilità economiche e sociali delle persone assistite. I risultati mostrano che il 67,4% di coloro che presentano tre o più ambiti di bisogno rientra in una fascia di vulnerabilità medio-alta o alta.

Le principali aree di fragilità si concentrano su due fronti: quello materiale - povertà economica, mancanza di reddito stabile, insicurezza abitativa e sovraindebitamento - e quello relativo agli svantaggi sociali, che comprende disoccupazione, bassa scolarizzazione, irregolarità giuridica, isolamento e carichi familiari.

Le forme più gravi di disagio - come povertà estrema, mancanza di dimora, disturbi psichici, dipendenze, violenza o isolamento - raramente si manifestano in modo isolato; tendono invece a sovrapporsi e potenziarsi reciprocamente, generando percorsi di esclusione profonda e difficilmente reversibile.

Ne emerge una povertà che non può essere ridotta alla sola mancanza di reddito, ma che si configura come un fenomeno sempre più multidimensionale, nel quale le diverse forme di deprivazione si intrecciano, rafforzandosi a vicenda, generando un impatto complessivo superiore alla somma delle singole difficoltà. Comprendere queste interconnessioni significa riconoscere che gli interventi basati esclusivamente sul sostegno economico o sull'assistenza emergenziale non sono più sufficienti.

È necessario un cambio di paradigma, orientato a una prospettiva capacitante e sistemica, capace di affrontare in modo integrato le molteplici dimensioni dell'esclusione, restituendo alle persone autonomia, dignità e possibilità di futuro.

Capitolo 3 La deriva nazionale dell'azzardo industriale di massa e le sue conseguenze

A partire dalla fine degli anni 90, l'offerta dell'azzardo si è arricchita di oltre una cinquantina di modalità di gioco, sia online che in presenza (oltre 150mila locali, disseminati in tutte le province italiane).

Il volume monetario del gioco d'azzardo mostra una crescita inarrestabile: dai 35 miliardi di euro giocati nel 2006 siamo giunti ai 157 miliardi giocati nel 2024 (+349%).

A fronte di tale incremento, l'incasso dell'erario è aumentato solamente dell'83% (da 6 a 11 miliardi), a tutto favore delle grandi società produttrici. La densità dell'offerta, la velocità di gioco e soprattutto l'accesso digitale hanno determinato effetti sociali che non compaiono nei totali monetari.

La curva economica delle giocate andrebbe integrata con la "contabilità del tempo di vita" delle persone consumata nelle pratiche dell'azzardo: ore sottratte a relazioni, studio, lavoro. Solo per le slot, si stimano 38 milioni di ore impegnate nel gioco. Oltre 22 milioni di ore impegnate per 1 miliardo e 358 mila giocate.

Ma sono soprattutto le modalità tradizionali ad impegnare tempo di vita: oltre 388 milioni di ore impegnate dalla popolazione per lotto, scommesse, superenalotto. In totale, le giornate lavorative assorbite dal gioco sono oltre 104 milioni. L'altra faccia della medaglia è costituita dalle perdite: nel 2024, il totale delle perdite è stato pari a 20 miliardi di euro.

I dati mostrano una correlazione inversa tra reddito medio per contribuente e perdita media al gioco, con un peso percentuale più alto nelle regioni più povere. Dieci regioni sono sopra la soglia della media nazionale

(493 euro) e di esse, cinque sono meridionali e isole, due del centro-sud (Abruzzo e Molise) seguite da Lazio e Lombardia. L'azzardo costa di più a chi ha meno: non solo perché perde più euro, ma perché quegli euro valgono di più nel bilancio familiare.

È il punto da cui far partire qualunque discussione seria su prevenzione, regolazione e responsabilità pubblica.
pag. 3

Capitolo 4 Donne vittime di violenza

La violenza contro le donne in Italia è un fenomeno di vasta portata, strutturale e trasversale: secondo i dati Eurostat circa 1 donna su 3 in Italia ha subito violenza almeno una volta nella vita.

La definizione fornita dalla Convenzione di Istanbul riconosce la violenza di genere come una violazione dei diritti umani, collegata alla disuguaglianza storica tra i sessi.

La violenza si manifesta sotto molteplici forme (psicologica, fisica, sessuale, economica e digitale) e colpisce donne di ogni età, status sociale e origine, con ricorrenza della violenza domestica e un preoccupante sommerso non rilevato dalle statistiche ufficiali. La violenza psicologica si conferma la forma più diffusa, seguita da quella fisica e sessuale.

Nel 76% dei casi le donne che accedono ai centri antiviolenza non sono economicamente autonome. Il coinvolgimento dei figli resta preoccupante: nel 77,6% dei casi i minori sono testimoni delle violenze.

I Centri Antiviolenza (CAV), con oltre 404 sedi attive nel 2023, rappresentano un presidio fondamentale per l'ascolto, il supporto legale, psicologico e il percorso di autonomia di oltre 61.000 donne ogni anno. Quali le connessioni tra violenza contro le donne e povertà?

Anche le Caritas intercettano il fenomeno: prevalentemente donne che presentano spesso storie di violenza economica e relazionale, con limitata autonomia finanziaria, in situazione di povertà lavorativa (precariato o assenza di lavoro). Le violenze che gli operatori e i volontari delle Caritas riescono più spesso a intercettare sono quelle più latenti e nascoste, probabilmente anche le più diffuse: si tratta di situazioni che emergono con grande difficoltà, come la violenza domestica prolungata, la violenza economica e quella assistita dai figli. I centri di ascolto e i servizi Caritas possono svolgere una funzione fondamentale come "antenne" sul territorio, capaci di individuare le forme di violenza più subdole e difficili da sradicare, offrendo orientamento e accompagnamento verso contesti di vita più sicuri e protetti.

In generale qual è il profilo delle donne incontrate che vivono queste vulnerabilità? In prevalenza sono donne italiane, in media poco più di un terzo sono straniere probabilmente perché ci sono maggiori difficoltà a denunciare le violenze anche per questioni legate alla cultura di provenienza.

Nella maggior parte dei casi sono donne di età compresa tra i 45 e i 54 anni d'età ma si incrementa anche la quota delle donne più giovani, d'altra parte è sempre più frequente che siano le adolescenti e le giovani, vittime di femminicidi.

Se si guarda ai dati dell'ultimo biennio le voci selezionate che possono in qualche modo collocarsi in una zona grigia di disagio sono: conflittualità di coppia, i maltrattamenti/trascuratezze, violenze sessuali, prostituzione, abbandono del tetto coniugale, tratta degli esseri umani, abuso sessuale/pedofilia, problematiche che coinvolgono in modo prevalente le donne.

L'incidenza della povertà lavorativa è elevata: solo il 18% gode di un'occupazione stabile, mentre la metà risulta disoccupata o in cerca di una prima occupazione; una quota consistente svolge lavori precari, irregolari o non retribuiti.

Oltre il 77% delle donne coinvolte è madre, con una preoccupante quota di figli che, in alcuni casi, assistono direttamente o sono vittime a loro volta di violenza familiare. I percorsi di fuoriuscita dalla violenza si rivelano complessi, segnati da isolamento, mancanza di supporti familiari e reti sociali, difficoltà di accesso a risorse abitative, previdenziali e di inserimento lavorativo. Per sostenere le donne nella costruzione di percorsi di indipendenza, sono stati promossi progetti che favoriscono un accompagnamento sociale, legale e finanziario, come ad esempio il progetto nazionale "Ruth".

Un cambio culturale è imprescindibile ed evidenzia la necessità di una vera e propria strategia culturale: solo investendo sulla prevenzione, la sensibilizzazione e la rete territoriale sarà possibile scardinare stereotipi e garantire un percorso di protezione e reale emancipazione.

Capitolo 5 Welfare energetico climatico: una nuova frontiera di giustizia sociale e ambientale

La povertà energetica è quel fenomeno che interessa coloro che non possono usufruire di forniture adeguate e affidabili di energia elettrica e gas per indisponibilità di sufficienti risorse economiche.

È la punta di un iceberg, la cui massa sommersa è costituita dalla complessità delle connessioni tra questioni ambientali, climatiche e sociali.

È una “nuova” povertà sulla quale pesano gli effetti della crisi climatica che ha creato nuovi rischi ambientali e sociali, che incrementano le disuguaglianze e producono nuove forme di povertà.

Secondo l'OIPE nel 2023 le famiglie in povertà energetica in Italia erano 2,36 milioni, pari al 9% del totale, in crescita rispetto all'anno precedente (+1,3 punti percentuali, pari a 340 mila famiglie in più), il valore più alto dall'inizio della serie storica.

Le famiglie più povere impegnano l'8,7% della loro spesa per beni e servizi energetici, contro il 3,3% delle famiglie più ricche. I poveri sono anche coloro che, per effetto della riduzione progressiva delle risorse stanziare per i bonus (meno 1 miliardo tra il 2022 e il 2023), hanno ridotto più della media le spese per consumi energetici.

Dall'incrocio tra la posizione nel mercato energetico e l'inserimento nelle reti di protezione o possibilità di accesso alle politiche per la transizione energetica, il capitolo identifica e approfondisce tre tipi di poveri: i vulnerabili energetici, gli assistiti energetici e gli esclusi energetici.

Dal punto di vista delle risposte possibili, non si tratta più di affrontare una povertà tradizionale con strumenti assistenziali tradizionali, ma di ripensare il welfare in una logica di sistema che integri sostenibilità ambientale e giustizia sociale, con politiche che intervengano prima che la vulnerabilità si trasformi in esclusione, affinché ogni cittadino, nella transizione energetica, abbia diritto a fruire di energia prodotta da fonti rinnovabili, accessibile a un prezzo equo e fruibile grazie a dispositivi efficienti.

www.caritas.it/wp-content/uploads/sites/2/2025/11/Rapporto_Poverta_2025_Fact-Sheet.pdf



RAPPORTO POVERTÀ 2025 - "FUORI CAMPO. LO SGUARDO DELLA PROSSIMITÀ"

I dati di Caritas Italiana / novembre 2025



4. DONNE VITTIME DI VIOLENZA



5. WELFARE ENERGETICO CLIMATICO



la rivista online di LEF

Il governo dice di tassare chi ha di più, ma non tocca i veri ricchi e confonde le acque (Domani)

Tommaso Di Tanno

Per l'esecutivo è meglio prendersela con le banche che, alla fin fine, non votano, rispetto alle persone fisiche. Ed è soprattutto meglio confondere le acque mettendo insieme il patrimonio della (diffusa) piccola e media borghesia con quello dei ricchi veri

Le leggi di bilancio sono inevitabilmente caratterizzate dalla ricerca spasmodica di risorse nella consapevolezza che esse sono sempre inferiori alle necessità. Il governo, nel rimarcare i risultati della stabilità cui contribuisce oggi una manovra austera, manifesta al tempo stesso l'orgoglio di «chiedere di più a chi ha di più». Che qui vuol dire le banche e le assicurazioni. Attività certo oggi assai profittevoli; ma va detto che larghi profitti li fanno anche altri settori (prime fra tutti le Big Tech Usa, che il governo si guarda bene dall'infastidire). Sennonché fra quelli che "hanno di più" ci sono anche – e direi soprattutto – le persone fisiche, quelle appartenenti al famoso 0,1 per cento, che continuano a viaggiare indisturbate in un sistema fiscale, quello italiano, che le tratta in guanti così bianchi che più bianchi non si può. Le imposte a questi applicabili sono solo quelle sul reddito che ammontano, nel peggiore dei casi, al 43 per cento.

Contributi diversi

Ma il sistema è ricco di misure inferiori e forfettizzate che riducono questa [aliquota](#) al 21 per cento per i redditi immobiliari (in alcuni casi anche al 5 per cento) ed al 26 per cento per quelli finanziari (ed anche al 12,5 per cento per gli investimenti in titoli di Stato). Eccezion fatta per l'Imu (che pesa per meno del 1 per cento del valore catastale e con tante esenzioni), non c'è nessuna tassazione sul patrimonio.

Vale a dire che chi ha un patrimonio di 100 milioni e non lo mette a [reddito](#) paga esattamente quanto chi non ha nulla: zero in entrambi i casi. E così entrambi beneficiano dell'esistenza del sistema paese (assistenza sanitaria, mezzi di trasporto a buon mercato, tribunali, polizia, scuole, etc.); ma, non contribuendovi, semplicemente pesano sulla collettività. Ma il primo non ha difficoltà ad ottenere un prestito per fare un'operazione salva vita o andare in vacanza. Niente da fare per il secondo, che può solo sperare che il comune gli riservi un posto al camposanto.

Sono uguali queste situazioni? Chi ha molto ma non consegue redditi ha la medesima [capacità contributiva](#) (leggasi pagare una quota appropriata di spese pubbliche) di chi non ha nulla? Nel mondo si va diffondendo il pensiero che queste situazioni non meritano lo stesso trattamento.

In Francia, l'economista Gabriel Zucman ha proposto di tassare al 2 per cento tutti patrimoni superiori a 100 milioni di euro. Se essi sono messi a frutto l'[imposta](#) sul [reddito](#) pagata sul frutto ottenuto va a ridurre l'[imposta](#) patrimoniale. Cioè se i 100 milioni sono investiti, per fare un esempio italianizzato, in BTP al 5 per cento (rendimento 5 milioni) e su di essi è stata applicata un'[imposta](#) sul [reddito](#) del 12,5 per cento (pari a 0,625 milioni), l'[imposta](#) patrimoniale sarà dovuta solo sulla differenza fra quanto già pagato (0,625 milioni) e quanto dovuto a titolo di [imposta](#) patrimoniale (2,0 milioni).

[La cosiddetta tassa Zucman](#) è stata posta dal partito socialista francese come condizione per l'adesione al governo Lecornou; ma al momento sembrerebbe non accolta.

[Anche il neosindaco newyorkese Mamdani ha annunciato qualcosa del genere](#) perché il fenomeno dell'accentuarsi delle distanze fra il primo 0,1 per cento ed il resto del genere umano richiede un qualche intervento teso, se non ad azzerare, quantomeno a mitigare questo spaventoso divario. Vivace è, comunque, il dibattito sul tema da parte degli economisti, anche americani (Stiglitz e Krugman in testa).

Il silenzio italiano

Di questa situazione pare, invece, non preoccuparsi affatto il ceto politico italiano. Il governo, che pure proclama di chiedere «di più a chi ha di più», si guarda bene anche solo dal discutere della cosa. Ha varato una riforma fiscale [in cui si è scrupolosamente evitato di parlare di catasto](#) e delle storture che esso contiene e che nessuno, anche in ambito governativo, nega. Ma guai a correggerle.

La riforma si estende anche all'[imposta di successione](#): ma solo per definirne alcune modalità applicative, lasciando che l'[aliquota](#) base resti al 4 per cento (la minore in assoluto fra i paesi del nostro rango) e con una franchigia di 1 milione (la maggiore in assoluto nello stesso ambito). Langue anche l'opposizione che quando si parla di patrimoniale si è abituata a girarsi dall'altro lato.

Modesto il dibattito scientifico, con qualche rara eccezione (tipo quella del seminario indetto presso l'Università Cattolica di Milano il 13 novembre). Insomma, meglio prendersela con le banche che, alla fin fine non votano, che con le persone fisiche, che sono tante e votano.

E meglio, soprattutto, confondere un po' le acque mettendo insieme il patrimonio della (diffusa) piccola e media borghesia (discreti redditi e modesti patrimoni) con quello dei ricchi veri (redditi tassati a forfait e grandi patrimoni adeguatamente schermati). Così si può fingere di difendere la collettività contro gli espropri proletari mentre in realtà si privilegiano i pochissimi e ricchissimi che sanno come ricambiare.

<https://www.fiscoequo.it/il-governo-dice-di-tassare-chi-ha-di-piu-ma-non-tocca-i-veri-ricchi-e-confonde-le-acque-domani/>

Esame del clustering dell'autolesionismo nelle reti di coetanei adolescenti: uno studio di coorte di registro nazionale in Finlandia

Jussi Alho, Roger T. Webb, Mai Gutvilig, Ripsa Niemi, Kaisla Komulainen e altri

Riepilogo

Sfondo

Sono stati osservati cluster di comportamenti autolesionistici tra gli adolescenti, ma mancano prove epidemiologiche basate sulla popolazione. Questo studio mira a colmare questa lacuna esaminando la concentrazione di comportamenti autolesionistici all'interno delle reti di coetanei adolescenti a livello di popolazione.

Metodi

Abbiamo utilizzato i dati dei registri nazionali di persone finlandesi nate tra il 1° gennaio 1985 e il 31 dicembre 2000 per verificare se avere compagni di scuola della stessa classe che si erano autolesionati fosse associato a un maggiore rischio di autolesionismo successivo. I membri della coorte sono stati seguiti fino al primo episodio di autolesionismo registrato, all'emigrazione, al decesso o al 31 dicembre 2020, a seconda di quale evento si verificasse per primo. Gli hazard ratio (HR) sono stati stimati utilizzando modelli di Cox a effetti misti, aggiustati per un insieme completo di covariate a livello individuale, genitoriale, scolastico e di area.

Risultati

La coorte comprendeva 913.149 residenti finlandesi. Avere compagni di scuola della stessa classe che si erano autolesionati tra l'inizio della scuola e la fine della terza media era associato a un HR più elevato, seppur di piccola entità, di successivi episodi di autolesionismo su una mediana di 11,6 anni di follow-up (HR 1,05, [IC 95% 1,01-1,09]). L'HR non era costantemente più elevato durante il follow-up, ma era più alto all'inizio del follow-up, quando i membri della coorte avevano circa 16 anni (1,45 [1,25-1,69]). Limitare l'esposizione agli episodi di autolesionismo dei compagni di scuola a 1 anno ha mostrato costantemente il rischio più elevato intorno ai 16 anni, indipendentemente dal fatto che l'esposizione si sia verificata in terza media (1,49 [1,21-1,82]) o quarta superiore (1,36 [1,07-1,74]), con follow-up iniziato dopo la rispettiva classe.

Interpretazione

Sebbene non possiamo escludere fattori confondenti residui, i nostri risultati suggeriscono che l'autolesionismo possa essere trasmesso socialmente all'interno delle reti di coetanei adolescenti. Il rischio più elevato osservato intorno ai 16 anni suggerisce che i fattori di stress esterni associati alla transizione verso nuove fasi della vita a questa età possano moderare l'impatto dell'esposizione all'autolesionismo tra pari. Misure di prevenzione e intervento che tengano conto delle possibili influenze dei coetanei sul comportamento autolesionistico degli adolescenti possono contribuire a ridurre l'impatto dell'autolesionismo sulla salute pubblica.

Finanziamento

Consiglio europeo della ricerca e Consiglio della ricerca finlandese.

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Abbiamo esaminato la letteratura sull'argomento cercando titoli di articoli o abstract su PubMed, EMBASE e Google Scholar pubblicati dall'inizio al 31 ottobre 2024, utilizzando la seguente combinazione di termini di ricerca: "autolesionismo" o "autolesionismo" o "autoavvelenamento" o "suicidio" E "adolescente" o "giovane" o "bambino" E "trasmissione" o "contagio" o "diffusione" o "cluster". Abbiamo anche esaminato la letteratura a cui si fa riferimento negli articoli identificati. Precedenti studi di registro nazionale hanno

esaminato e trovato forti associazioni con la trasmissione familiare del comportamento suicidario, ma non sono stati trovati studi di registro su larga scala che esaminassero la trasmissione del comportamento autolesionistico tra coetanei adolescenti. Gli studi pubblicati che esaminano il clustering o la trasmissione del comportamento autolesionistico negli adolescenti sono stati prevalentemente sondaggi o studi di caso.

Valore aggiunto di questo studio

Abbiamo condotto uno studio di coorte nazionale su oltre 900.000 finlandesi provenienti da più di 900 scuole secondarie di primo grado per indagare la trasmissione dell'autolesionismo nelle reti di pari adolescenziali. Dopo aver considerato un insieme completo di covariate a livello individuale, genitoriale, scolastico e di area geografica, abbiamo scoperto che avere compagni di scuola della stessa classe che si erano autolesionati era associato a un maggiore rischio successivo di autolesionismo. La scoperta che l'hazard ratio era più alto nel periodo di follow-up iniziale, nel contesto di reti di pari imposte istituzionalmente, suggerisce che le associazioni osservate non sono dovute a fattori di rischio preesistenti condivisi dagli adolescenti nella stessa rete di pari, ma potrebbero piuttosto derivare dalla trasmissione sociale o dalla normalizzazione del comportamento autolesionistico tra gli adolescenti.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

Sebbene siano possibili alcuni fattori confondenti residui, i risultati di questo studio osservazionale suggeriscono che il comportamento autolesionistico possa essere trasmesso socialmente all'interno delle reti di coetanei adolescenti. Sono necessarie ulteriori ricerche per comprendere meglio i meccanismi alla base delle associazioni osservate. Identificare le principali influenze dei coetanei sul comportamento autolesionistico degli adolescenti potrebbe fornire indicazioni su efficaci misure di prevenzione e intervento, riducendo così l'impatto dell'autolesionismo sulla salute pubblica.

[https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(25\)00309-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(25)00309-6/fulltext)

quotidianosanità.it

“Un minore su sette in Europa con disturbi mentali”. In 15 anni casi aumentati del 30%

Un nuovo rapporto di OMS Europa fotografa una situazione allarmante: un bambino o adolescente su sette nella Regione europea convive con un disturbo mentale. In 15 anni i casi sono aumentati di oltre un terzo, ma i servizi non hanno tenuto il passo. L'OMS indica nove azioni prioritarie per colmare i divari e migliorare la qualità delle cure. [IL REPORT](#)

13 NOV -

Un bambino o adolescente su sette nella Regione Europea dell'OMS vive con un disturbo mentale. È quanto emerge dal nuovo rapporto *“Child and youth mental health in the WHO European Region. Status and actions to strengthen quality of care”*, pubblicato a novembre da OMS Europa attraverso il suo Ufficio per la Qualità dell'Assistenza e la Sicurezza dei Pazienti di Atene e il team per la salute mentale e il benessere.

Si tratta della prima analisi sistematica sullo stato di salute mentale di bambini e adolescenti nei 53 Paesi della Regione, e i risultati delineano un quadro preoccupante: i disturbi mentali sono in aumento, mentre i servizi restano frammentati, ineguali e sottofinanziati.

Secondo il report, la prevalenza delle patologie mentali tra 0 e 19 anni è cresciuta di oltre il 30% negli ultimi 15 anni. Oggi, il 25% dei Paesi europei non dispone di servizi comunitari dedicati a minori e giovani, e uno su cinque non ha una politica nazionale in materia. In media, nell'area si conta appena uno psichiatra infantile

ogni 76 mila bambini e adolescenti. Il dato più allarmante riguarda le ragazze: una su quattro tra i 15 e i 19 anni convive con un disturbo mentale. E il suicidio continua a rappresentare la principale causa di morte tra i giovani di età compresa tra 15 e 29 anni.

Le priorità dell'OMS: investire nella qualità e nel personale

Il rapporto elenca nove azioni chiave che i governi sono chiamati ad adottare con urgenza:

1. sviluppare piani e legislazioni nazionali coordinati;
2. introdurre incentivi e finanziamenti per migliorare la qualità dei servizi;
3. fissare standard, protocolli e linee guida cliniche comuni;
4. promuovere un miglioramento continuo della qualità;
5. ridisegnare i modelli di servizio attorno ai bisogni di bambini, giovani e caregiver;
6. coinvolgere famiglie e comunità nei processi decisionali;
7. potenziare e formare il personale sanitario;
8. misurare gli esiti clinici e sociali;
9. condividere esperienze e buone pratiche tra Paesi.

“Questo rapporto è una sveglia per l'intera Regione,” sottolinea **João Breda**, responsabile dell'Ufficio OMS di Atene. “Ogni bambino e ogni giovane ha diritto a ricevere sostegno e cure di qualità. Agendo ora, possiamo costruire sistemi capaci di far prosperare le prossime generazioni.”

Dello stesso avviso è **Ledia Lazëri**, consulente regionale per la salute mentale di OMS/Europa: “Per la prima volta abbiamo raccolto dati completi sulla salute mentale di bambini e adolescenti. È uno strumento prezioso per governi e operatori, utile a pianificare interventi basati su evidenze e a monitorare i progressi nel tempo”.

Una sfida di salute pubblica e sociale

Il documento fa parte delle iniziative del Pan-European Mental Health Coalition, con cui OMS Europa invita gli Stati membri a trasformare radicalmente i modelli di assistenza, spostando l'attenzione dagli interventi ospedalieri a quelli territoriali e integrati, capaci di prevenire e intercettare precocemente i disturbi.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=133333



Contents

Foreword	iii
Acknowledgements	iv
Abbreviations	vi
Glossary	vii
Executive summary	ix
Chapter 1 Introduction	2
Chapter 2 Methods	4
Chapter 3 Results	6
Chapter 4 Discussion	32
Chapter 5 Proposed actions to improve the quality of CAYMH care	34
Chapter 6 Summary	44
References	46

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1763024499.pdf>

quotidianosanità.it

Allarme giovani in Italia: su fumo, alcol, droghe e sedentarietà siamo tra i peggiori nell'area Ocse. Molto il lavoro da fare sulla prevenzione

Il rapporto Ocse rivela un'allarmante situazione italiana: i giovani sono ai primi posti in Europa per consumo di fumo, alcol e droghe. Il Paese registra record negativi negli under 20, con il terzo posto per fumatori 15enni e il secondo per consumo di alcol tra gli adolescenti. Preoccupano anche il crollo dell'attività fisica e il peggioramento della qualità dell'aria. Un quadro che segnala rischi crescenti per la salute pubblica e la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale

G. Rodriquez

Dai record negativi tra gli adolescenti al preoccupante consumo di sostanze illecite, l'Italia mostra un profilo sanitario sempre più articolato e critico. Il nuovo capitolo del rapporto "Health at a Glance Europe" dell'Ocse, dedicato ai determinanti non sanitari della salute, dipinge un quadro allarmante per il nostro Paese, che in diversi indicatori chiave si colloca nelle posizioni peggiori tra i paesi industrializzati, segnalando rischi crescenti per la salute pubblica.

Fumo: Italia sopra la media Ocse. Record di fumatori tra i 15enni

Nel 2023, il 14,8% della popolazione sopra i 15 anni nei Paesi Ocse fuma quotidianamente. L'Italia si colloca ancora sotto questa percentuale, sfiorando il 20% e collocandosi fra i Paesi europei con tassi superiore alla media. Come nel resto d'Europa, permane un significativo divario di genere: anche in Italia i fumatori uomini sono più numerosi delle donne. Unico dato positivo, il nostro Paese sembra seguire un trend discendente che sembra stia facendo rallentare i numeri di fumatori quotidiani.

Un dato allarmante riguarda il numero di fumatori 15enni. Seppur in calo negli ultimi anni, l'Italia è ancora il terzo Paese dell'area Ocse per numero di 15enni con il 'vizio' del fumo. Un dato che ci vede di poco superare solo dall'Ungheria e Bulgaria.

Sotto la media Ocse invece la percentuale i italiani che usa prodotti "svapo". In questo caso, però, il trend è comune a tutti i Paesi Ocse con un consumo crescente negli anni per questi prodotti.

Male il consumo sostanze illecite

L'uso di droghe è una delle principali cause di mortalità prevenibile ed è associato a numerose patologie acute e croniche, oltre a un rischio maggiore di overdose. Nel 2021, l'uso di droga è stato responsabile del 5,1% dei decessi causati da malattie non trasmissibili prima dei 70 anni nei paesi Ocse. Cannabis, oppioidi e cocaina sono tra le droghe più utilizzate. Nell'ultimo decennio, si sono osservati notevoli aumenti nell'uso di cocaina, trainati principalmente dai trend in Nord America, Sud America ed Europa.

Nel 2023, circa il 9% delle persone di età compresa tra 15 e 64 anni aveva fatto uso di una droga illecita nell'ultimo anno, principalmente cannabis. I tassi più elevati sono stati riscontrati in Australia, dove quasi il 18% delle persone tra i 15 e i 64 anni aveva consumato una droga illecita nell'ultimo anno, e negli Stati Uniti, dove la percentuale era del 25%. Male l'Italia che risulta essere il sesto Paese tra quelli Ocse per uso di sostanze illecite in quella fascia d'età. Il nostro Paese supera la media Ocse sia nel consumo di cocaina che di oppioidi. Da attenzionare il dato che ci vede quarto peggior Paese dell'area Ocse nel consumo di cannabis tra i 15enni, un dato che risulta in crescita negli ultimi anni.

Alcol: consumo italiano moderato, ma è allarme tra gli adolescenti

Il capitolo rileva che il consumo complessivo di alcol rimane uno dei principali fattori di rischio nei Paesi Ocse. L'Italia si conferma tra i Paesi con consumo moderato, di poco al di sotto della media Ocse.

Un dato che si conferma anche per quanto riguarda il consumo episodico eccessivo di alcol tra gli over 15. Molto male invece il consumo di alcol tra gli adolescenti: l'Italia è dietro solo alla Danimarca tra i Paesi Ocse. Un campanello d'allarme rimarcato anche dal tasso di stato di ebrezza ripetuta tra gli adolescenti che ci vede con il quarto peggior risultato dell'intera area Ocse.

Dieta e attività fisica: si consumano poche verdure e ci si muove troppo poco

Storicamente considerata un Paese con un modello alimentare virtuoso, l'Italia mostra oggi un profilo meno positivo. Nonostante sia la patria della dieta mediterranea, l'Italia ha consumi inferiori, seppur di poco, alla media Ocse riguardo il consumo quotidiano di verdure. E la situazione non migliora sul fronte dell'attività fisica. Il nostro Paese ha il sesto peggior risultato dell'area Ocse per insufficiente attività fisica quotidiana tra gli adulti. Altro dato su cui riflettere in chiave di prevenzione.

E il dato non migliora se guardiamo agli adolescenti. Non solo la percentuale di quindicenni che riferiscono di svolgere almeno un'ora di attività fisica da moderata a intensa ogni giorno è la più bassa dell'area Ocse, ma il dato è addirittura peggiorato tra il 2014 e il 2022.

Obesità: Italia ancora virtuosa, ma la tendenza è negativa

L'Italia rimane uno dei Paesi con minor prevalenza di obesità adulta nell'Ocse, insieme a Corea, Francia e Svizzera. Tuttavia, il rapporto Ocse sottolinea come l'obesità e il sovrappeso giovanile stiano aumentando anche nel nostro Paese: una tendenza che ricalca quella osservata a livello europeo.

Ambiente: qualità dell'aria ancora una sfida per l'Italia

Il capitolo evidenzia inoltre la persistenza di esposizioni ambientali dannose — specialmente l'inquinamento atmosferico — che rappresentano un determinante fondamentale della salute pubblica. L'Italia, come altri Paesi dell'Europa meridionale, rimane fra gli Stati europei più colpiti per livelli di particolato fine e impatti correlati. Il rapporto Ocse delinea dunque un'Italia a due velocità: da un lato alcuni risultati positivi nella popolazione adulta, dall'altro un allarmante deterioramento della salute tra i giovani. I record negativi negli stili di vita degli adolescenti - dal fumo all'alcol, dalla sedentarietà alle droghe - rappresentano un campanello d'allarme che non può essere ignorato. Senza interventi urgenti e mirati di prevenzione e promozione della salute, il nostro Paese rischia di vedere crescere esponenzialmente il proprio carico di malattie croniche nei prossimi anni, con conseguenze gravi non solo per il benessere dei cittadini ma anche per la sostenibilità del nostro Servizio sanitario nazionale.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=133397



Riepilogo

Quando è scoppiata la crisi del COVID-19, il team di Health Connections Mendip, un progetto di prescrizione sociale con sede nel Somerset, era fiducioso che la comunità avrebbe guidato la risposta a livello locale. Questa fiducia era cresciuta nel tempo, grazie ad anni di costruzione di relazioni e investimenti nello sviluppo della comunità.

Il team si è concentrato sullo sviluppo di capacità pratiche e strumenti per supportare la risposta della comunità quando venivano identificate delle lacune. Ciò includeva la pubblicizzazione del supporto offerto tramite il loro sito web, l'effettuazione di chiamate per il benessere dei residenti locali più vulnerabili e la distribuzione di un opuscolo sul mantenimento del benessere.

Hanno scritto una lettera sul supporto della comunità, che è stata inviata a tutti i residenti vulnerabili e alle persone in formazione come connettori comunitari, per facilitare la segnalazione.

Manovra e Sanità: se tra numeri, propaganda e realtà il Ssn rischia di restare senza una visione

Luciano Fassari

Le audizioni di Upb, Corte dei conti, Cnel e Istat sulla Manovra 2026 hanno denunciato un sistema sanitario sottofinanziato e privo di priorità. Il governo rivendica risorse e risultati e la politica si divide in accuse incrociate. Intanto, milioni di italiani rinunciano a curarsi e il Ssn continua a perdere terreno.

07 NOV -

Mai come quest'anno la discussione sulla sanità pubblica appare polarizzata. E la giornata di ieri con tutte le audizioni degli organismi indipendenti e del Ministro dell'Economia, Giancarlo Giorgetti ne è stata la prova lampante. Da un lato Upb, Corte dei conti, Cnel, Istat hanno lanciato allarmi convergenti: la Manovra non basta a consolidare il Ssn, le risorse sono frammentate e il rapporto spesa sanitaria/PIL è destinato a scendere sotto il 6%. Dall'altro, il governo e la maggioranza hanno respinto ogni accusa, rivendicando un aumento senza precedenti dei fondi, una rinnovata attenzione al personale sanitario e accusando chi c'era prima di aver provocato i danni.

Il Cnel ha parlato di "definanziamento relativo" e di un sistema che cresce in valore assoluto ma arretra rispetto al PIL.

La Corte dei conti ha confermato che l'aumento delle risorse "consente solo parzialmente di affrontare le criticità del settore", mentre l'Upb ha sottolineato l'assenza di "una chiara indicazione di priorità" nell'uso dei fondi.

Istat poi ha aggiunto la fotografia sociale: 5,8 milioni di italiani hanno rinunciato a cure o visite nel 2024, quasi due milioni in più dell'anno precedente. Un dato che ha messo a nudo la distanza tra i bilanci contabili e la vita reale dei cittadini.

Quando a fine giornata è arrivato il turno del ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti è stata fornita un'altra chiave di lettura: "Il governo ha sempre destinato risorse aggiuntive alla sanità" e con la nuova manovra "il rapporto spesa sanitaria/PIL salirà al 6,2% nel 2026". Certamente, con un debito pubblico elevatissimo e un quadro internazionale senza punti di riferimento è innegabile che la manovra non potesse essere ricca, ma è giusto ricordare come ci siano stati anni ben peggiori.

Una linea difesa anche dal presidente della Commissione Sanità del Senato, Franco Zaffini (Fdi), che ha parlato di "impegno straordinario" e ha definito "paradossale" che chi ha governato negli ultimi vent'anni accusi oggi la maggioranza di abbandonare i malati.

Sul fronte opposto, il Movimento 5 Stelle ha letto nei dati Istat "la pietra tombale sul fallimentare decreto liste d'attesa", accusando il governo Meloni di "smantellare il pubblico e favorire la sanità privata".

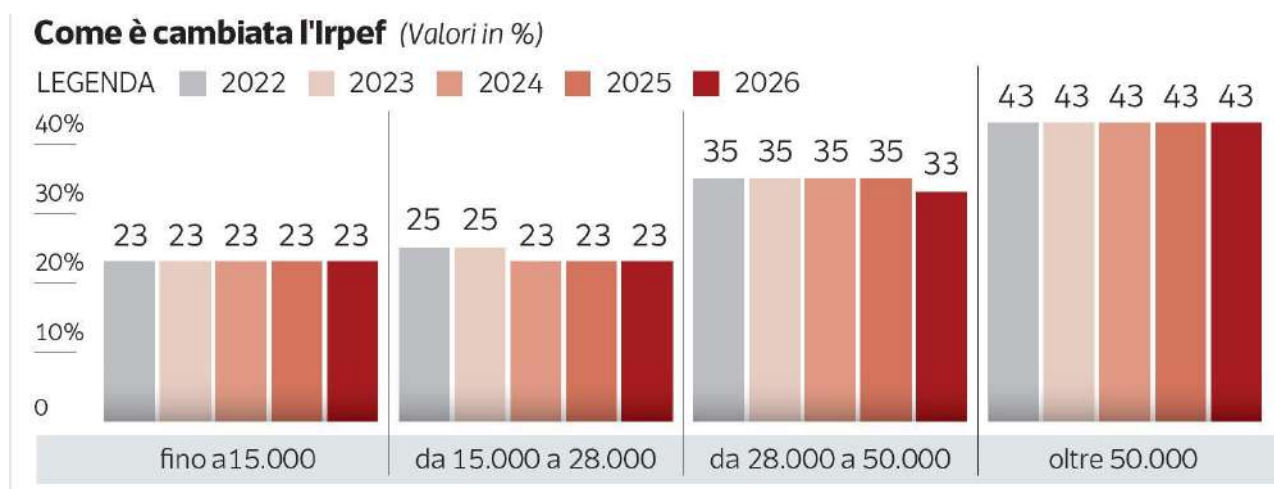
Il Partito Democratico ha parlato invece di "bugie del governo", sottolineando che l'aumento del fondo sanitario è solo nominale e non basta a garantire l'accesso universale alle cure. Per il capogruppo dem Francesco Boccia, "la sanità pubblica resta sottofinanziata e milioni di famiglie continueranno a rinunciare a curarsi".

In mezzo a questa contrapposizione politica, restano le criticità strutturali denunciate da tutti gli enti tecnici e che sono note da un po' di tempo: carenza di personale, liste d'attesa interminabili, invecchiamento della forza lavoro, divari territoriali e perdita di attrattività del sistema pubblico. L'Italia, con 6,9 infermieri per mille abitanti e la quota più alta di medici over 55 in Europa, rischia nei prossimi anni una crisi di sostenibilità umana, oltre che finanziaria anche considerando l'inverno demografico in cui siamo sempre più impantanati. Il vero pericolo è che il definanziamento relativo del Ssn diventi una nuova normalità, un lento scivolamento verso un sistema duale (pubblico per chi non può permettersi altro, privato per chi può pagare) che tutti vedono con timore ma che nessuno riesce a fermare.

Le istituzioni indipendenti chiedono programmazione, visione e priorità. La politica, invece, sembra ancora ferma, come sempre, a scambiarsi accuse.

In questo scenario tutti gli attori della sanità (dal personale ai tecnici e a chiunque vi lavora) sono talmente provati da anni di fatiche, culminate nella pandemia da Covid, che sembrano aver perso anche loro la voglia di dare una sferzata al Ssn, ognuno nel miope tentativo di ottenere qualche briciola per il proprio silos. Ma la sanità, quella reale, fatta di ambulatori, pronto soccorso, anziani da assistere e liste d'attesa, non può più aspettare.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=133194



Più fondi alla sanità, ma senza una strategia

Chiara Mingolla e Gilberto Turati

Le risorse per la sanità pubblica sono aumentate negli ultimi anni. Continua però a mancare un progetto complessivo per il rilancio del Ssn. Non fa eccezione il disegno di legge di bilancio per il 2026, che si articola in molti interventi frammentati.

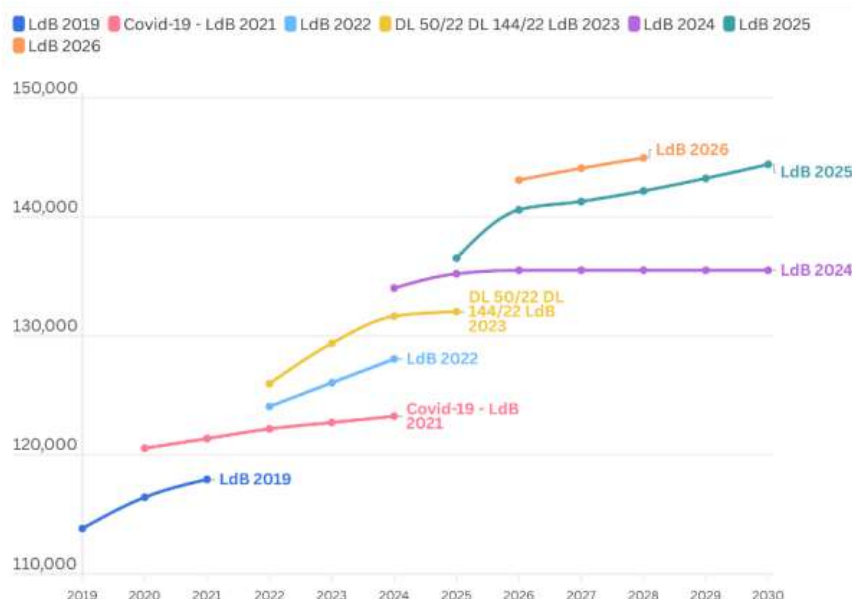
La sanità nella legge di bilancio

Con il disegno di legge di bilancio per il 2026, il governo destina altri 2,4 miliardi di euro al finanziamento del Servizio sanitario nazionale (Ssn). Le nuove risorse si sommano ai 4,2 miliardi già previsti nella manovra precedente e portano il Fabbisogno sanitario nazionale standard (cioè il totale dei fondi destinati alla sanità pubblica) a 143,1 miliardi di euro nel 2026 (figura 1). In linea con la pratica degli ultimi anni, il disegno di legge prevede ulteriori incrementi anche per il biennio successivo, con un fabbisogno proiettato a 144,1 miliardi nel 2027 e 145 miliardi nel 2028.

Per avere un termine di paragone, nel 2019, ultimo anno prima della pandemia, il fabbisogno era di circa 114 miliardi, saliti a 120 miliardi nel 2020. In sei anni, quindi, la crescita complessiva delle risorse per il Ssn è stata di oltre il 25 per cento, con un'inflazione cumulata di poco inferiore al 20 per cento, numeri che segnalano un aumento in termini reali delle risorse destinate alla sanità pubblica. Il valore pro capite cresce da circa 1.900 euro per abitante nel 2019 a 2.430 euro nel 2026. Tuttavia, senza una strategia chiara su come utilizzare queste risorse, è difficile che il solo aumento dei fondi si traduca in servizi migliori per i cittadini. Le misure

previste dal Titolo V del disegno di legge di bilancio restano infatti frammentate e orientate alla conservazione dell'esistente, più che a un progetto complessivo di rilancio del Ssn. Tante le questioni aperte, concentriamoci su alcune.

Figura 1 – Stanziamenti al Fabbisogno sanitario nazionale standard (in milioni di euro)



Fonte: elaborazione degli autori su dati di Corte dei conti e Ufficio parlamentare di bilancio.

Le misure per il personale

Una parte importante dei nuovi fondi e dell'azione di governo è destinata al personale sanitario, sia in termini di nuove assunzioni sia di aumenti retributivi (articoli 69-71), con l'obiettivo di contrastare la carenza di medici e infermieri (e di ridurre le liste d'attesa – sulle quali, al momento, si sa ancora poco).

La manovra autorizza l'assunzione di personale a tempo indeterminato per un valore massimo di 450 milioni di euro l'anno, in deroga al tetto di spesa vigente. Nel triennio 2026-2028, l'investimento complessivo ammonterà a 1,35 miliardi di euro, di cui 875 milioni previsti nella manovra 2026 e 475 milioni già stanziati con la precedente legge di bilancio. L'obiettivo è quello di rafforzare gli organici, con circa mille assunzioni di medici dirigenti e oltre 6mila di professionisti sanitari, in gran parte infermieri. Si tratta di un aumento di appena lo 0,9 per cento rispetto ai medici in servizio (109.024 nel 2023, secondo l'ultimo Annuario statistico del Ssn) e di circa il 2,2 per cento degli infermieri (277.138). La direzione sembra essere quella corretta: in Italia, infatti, non è la disponibilità di medici a essere preoccupante – il loro numero risulta persino superiore alla media europea – bensì la marcata carenza di personale infermieristico. Rafforzare questa componente è dunque essenziale, perché senza un numero adeguato di infermieri gli ospedali faticano a funzionare e le strutture territoriali (dove il rapporto richiesto tra infermieri e medici è inevitabilmente ancora più elevato) rimarranno una chimera. La manovra interviene anche sulle retribuzioni del personale sanitario, introducendo un riconoscimento economico aggiuntivo rispetto allo stipendio base, per un valore complessivo di 280 milioni di euro annui dal 2026. Sembra si punti a usare la leva salariale per risolvere la carenza di alcune tipologie di specialisti: in via sperimentale fino al 2029, le regioni potranno aumentare fino all'1 per cento i fondi destinati a premi e indennità per il personale dei pronto soccorso (medici, infermieri e operatori). Restano però ampie aree scoperte, a partire dalla medicina generale, per la quale si spera si riesca davvero a realizzare almeno la riforma dei percorsi di formazione, con una nuova scuola di specializzazione in medicina territoriale. E soprattutto, va chiarita quale sarà la quota delle nuove assunzioni destinata alle case e agli ospedali della comunità (le principali strutture della sanità territoriale in base al dm 77), dal momento che il Pnrr [ne ha finanziato la costruzione, ma non la dotazione di personale](#).

Gli altri tasselli della manovra

Sul fronte della sanità territoriale, le proposte del governo si concentrano, paradossalmente, su questioni relativamente marginali legate alla realizzazione del Pnrr. Da un lato, la manovra consolida il ruolo delle

farmacie dei servizi (articolo 68), a cui vengono destinati 50 milioni di euro l'anno. Le farmacie, pubbliche e private convenzionate, diventano così presidi sanitari di prossimità a pieno titolo, integrati nel Ssn e complementari alle case di comunità nell'erogazione delle prestazioni di base. Resta tuttavia la necessità di [allineare gli standard di qualità delle prestazioni tra le diverse strutture di offerta](#). Dall'altro lato, si finanzia il nuovo "Piano nazionale di azioni per la salute mentale 2025-2030" (articolo 65) con 80 milioni nel 2026, 85 milioni nel 2027 e 90 milioni nel 2028, necessari al finanziamento dei servizi territoriali di salute mentale e all'assunzione stabile di personale specializzato. Si assegnano poi 100 milioni al finanziamento delle spese per Alzheimer e altre patologie di demenza senile senza alcuna ulteriore indicazione sul rafforzamento di eventuali strutture territoriali (articolo 63). E crescono anche le risorse per le cure palliative, con 20 milioni di euro aggiuntivi l'anno (articolo 72). Sul fronte della sanità digitale (articolo 85), invece, 20 milioni di euro vengono assegnati all'Agenas, che assume formalmente il ruolo di Agenzia nazionale per la sanità digitale (Asd). I fondi serviranno a potenziare i servizi di telemedicina e a definire standard uniformi per la gestione dei percorsi di cura a distanza.

La prevenzione

Dopo il personale, l'altra questione sulla quale il governo si concentra per garantire la sostenibilità del sistema è quella della prevenzione (articolo 64). Dal 2026 verranno stanziati 238 milioni di euro l'anno per potenziare gli screening oncologici e ampliare la copertura vaccinale, mentre per il solo 2026 si aggiungono oltre 240 milioni straordinari (di cui circa la metà già previsti dalla precedente legge di bilancio) destinati alle campagne di sensibilizzazione e ai nuovi programmi di diagnosi precoce.

L'aggiornamento delle tariffe e la spesa farmaceutica

La manovra conferma 1 miliardo per l'aggiornamento delle tariffe Drg con cui il SSN rimborsa le strutture per le prestazioni erogate per il 2026, aggiungendo 350 milioni di euro annui in più per i ricoveri ospedalieri per acuti a partire dal 2027, oltre a 100 milioni nel 2026 e 183 milioni dal 2027 per la specialistica ambulatoriale e l'assistenza protesica (articolo 67). Vedremo come i fondi verranno utilizzati. Il tema non è solo l'aggiornamento delle tariffe ma anche la revisione (che dovrebbe essere periodica) dell'elenco delle prestazioni per allinearle rispetto ai mutamenti intervenuti nella tecnologia. Questo elenco dovrebbe essere coerente con i livelli essenziali di assistenza, i famosi Lea che rappresentano le "coperture" garantite dall'assicuratore pubblico.

Ci sono anche disposizioni che riguardano la governance della spesa per acquisti di farmaci e dispositivi medici (articolo 78): si ritoccano i tetti per la farmaceutica per acquisti diretti (più 0,20 per cento) e per la farmaceutica convenzionata (più 0,05 per cento), mentre resta invariato il tetto per acquisti diretti di gas medicinali; si modifica inoltre il tetto per la spesa per dispositivi, innalzato fino al 4,6 per cento. Resta aperta la questione più spinosa, il *payback*, il meccanismo di controllo della spesa che scatta quando si sfiorano i tetti. È previsto, infine, il rafforzamento del monitoraggio delle performance regionali, con l'integrazione tra gli indicatori dei livelli di servizio erogati e gli indicatori dei livelli di finanziamento ricevuti da ciascuna regione (articolo 93). Ma gli indicatori dei livelli di servizio dovrebbero essere agganciati ad una visione coerente di cosa il Ssn si propone di offrire ai suoi assicurati e di come lo vuole offrire. Due domande alle quali continua a essere difficile associare una risposta chiara e univoca.

Lavoce.info non ospita pubblicità e, a differenza di molti altri siti di informazione, l'accesso ai nostri articoli è completamente gratuito. L'impegno dei redattori è volontario, ma le donazioni sono fondamentali per sostenere i costi del nostro sito. Il tuo contributo rafforzerebbe la nostra indipendenza e ci aiuterebbe a migliorare la nostra offerta di informazione libera, professionale e gratuita. Grazie del tuo aiuto!

<https://www.ilsole24ore.com/art/manovra-istat-taglio-irpef-beneficio-medio-230-euro-14-milioni-contribuenti-AHguEJaD>

Manovra. “Dal 2023 al 2026 alla sanità 17,5 miliardi in meno”. L’audizione di Gimbe

La Fondazione Gimbe denuncia un definanziamento strutturale: nonostante gli aumenti nominali, la quota del FSN sul PIL scenderà al 5,93% nel 2028. Nel quadriennio 2023-2026 si è creato un gap di 17,5 miliardi rispetto al finanziamento stabile al 6,3% del PIL. Le risorse della Manovra 2026 sono insufficienti e frammentate, aggravando liste d'attesa e disuguaglianze. La Fondazione propone tasse di scopo su prodotti nocivi e un piano di disinvestimento dagli sprechi.

La Fondazione Gimbe, nell’audizione odierna davanti alle Commissioni Bilancio riunite di Senato e Camera, ha documentato come l’apparente aumento delle risorse mascheri in realtà un definanziamento strutturale: tra il Fsn effettivo e quello che si sarebbe ottenuto mantenendo il livello di finanziamento stabile al 6,3% del Pil nel 2022, si registra un gap cumulato di € 17,5 miliardi nel periodo 2023–2026. In altre parole, a fronte di miliardi sbandierati in valore assoluto, la sanità pubblica ha perso in quattro anni l’equivalente di una legge di bilancio, mentre per cittadini e Regioni crescono liste di attesa, spesa privata e disuguaglianze di accesso.

"Il Disegno di Legge sulla Manovra 2026 – ha dichiarato **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione Gimbe – è molto lontano dalle necessità della sanità pubblica: le risorse stanziare non bastano a risolvere un Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) in grave affanno, sono insufficienti per coprire tutte le misure previste e mancano all’appello priorità cruciali per la tenuta della sanità pubblica". Queste le criticità principali emerse ieri dall’audizione della Fondazione Gimbe presso le Commissioni Bilancio riunite di Senato e Camera, nel corso della quale il Presidente ha invitato a non trasformare la sanità in terreno di scontro politico e ha avanzato proposte concrete per il rifinanziamento del Fondo Sanitario Nazionale (Fsn).

Fondo sanitario nazionale. "Innanzitutto – ha spiegato Cartabellotta – il titolo dell’art. 63 “Rifinanziamento del Fabbisogno Sanitario Nazionale Standard” è fuorviante perché non riporta gli importi del FSN rideterminati a seguito dello stanziamento di nuove risorse". Per questo motivo la Fondazione Gimbe ha proposto di rinominare l’art. 63 in “Fabbisogno Sanitario Nazionale Standard” e di indicare, per ciascun anno, l’importo rideterminato del Fsn (tabella 1).

Il boom di risorse riguarda esclusivamente il 2026, quando il FSN crescerà di € 6,6 miliardi (+4,8%) rispetto al 2025, grazie a € 2,4 miliardi previsti dalla Manovra 2026 e, soprattutto, a € 4,2 miliardi già stanziati con le precedenti manovre, in gran parte già allocati per i rinnovi contrattuali del personale sanitario. Nel biennio successivo, invece, la crescita del FSN in termini assoluti è irrisoria: € 995 milioni (+0,7%) nel 2027 e € 867 milioni (+0,6%) nel 2028 (figura 1).

In rapporto al Pil, la quota destinata al Fsn passa dal 6,04% del 2025 al 6,16% del 2026, per poi scendere nuovamente al 6,05% nel 2027 e precipitare al 5,93% nel 2028, delineando una tendenza in calo progressivo (figura 2).

"Se le cifre assolute riescono ad abbagliare l’opinione pubblica – ha commentato Cartabellotta – cambiando prospettiva emergono i tagli invisibili nel quadriennio 2023-2026". Infatti, se va riconosciuto al Governo Meloni di aver aumentato il FSN di ben € 19,6 miliardi, cifra mai assegnata da nessun Esecutivo in 4 anni, è altrettanto vero che tagliando la quota di Fsn sul Pil dal 6,3% del 2022 a percentuali intorno al 6% negli anni successivi, la sanità ha complessivamente lasciato per strada ben € 17,5 miliardi. "Ovvero – ha chiosato Cartabellotta – nonostante gli aumenti nominali, la sanità ha perso in quattro anni l’equivalente della prossima legge di bilancio" (figura 3).

"Questo trend – ha osservato Cartabellotta – riflette il continuo disinvestimento dalla sanità pubblica, avviato nel 2010 e perpetrato da tutti i Governi. L’aumento del Fsn in valore assoluto, spesso sbandierato come un grande traguardo, non è che un’illusione contabile: la quota di Pil destinata alla sanità cala infatti inesorabilmente, fatta eccezione per gli anni della pandemia quando i finanziamenti straordinari per la gestione dell’emergenza e il calo del PIL nel 2020 hanno mascherato il problema.

E con la Manovra 2026 si scende addirittura sotto la soglia del 6%, toccando nel 2028 il minimo storico del 5,93%" (figura 4).

Vs Previsioni di spesa. Aumenta il divario tra l'entità del FSN e le previsioni di spesa sanitaria indicate nel Documento Programmatico di Finanza Pubblica: 6,4% del Pil nel 2025, 6,5% nel 2026 e nuovamente 6,4% nel 2027 e nel 2028. In valore assoluto, il gap tra spesa attesa e risorse assegnate è di € 6,8 miliardi nel 2026, € 7,6 miliardi nel 2027 e € 10,7 miliardi nel 2028. "Un differenziale – ha osservato Cartabellotta – che non può essere colmato dalle risorse proprie delle Regioni, che saranno costrette a ridurre i servizi o ad aumentare le imposte locali. In questo modo lo Stato viene meno alla propria competenza esclusiva di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, continuando a ignorare i più recenti orientamenti della Corte Costituzionale sulla tutela della salute: dal principio del 'diritto finanziariamente condizionato' alla 'spesa costituzionalmente necessaria'".

Misure previste. L'analisi delle misure contenute nell'art. 63 evidenzia inoltre un'anomalia: oltre € 430 milioni destinati a finanziare interventi del 2026 attingono a risorse già stanziare con la Legge di Bilancio 2025 per obiettivi di interesse nazionale (tabella 2). "È insolito – commenta Cartabellotta – che una quota così rilevante delle risorse per assunzioni e prestazioni aggiuntive derivi da fondi già impegnati: un segnale che il rilancio delle politiche del personale resta, di fatto, sulla carta. Più in generale, la frammentazione di misure e investimenti sembra pensata per non scontentare nessuno, senza una visione strategica di rilancio del Ssn" (tabella 3).

Proposte per il finanziamento del Ssn. "Se vogliamo davvero rilanciare il SSN – ha continuato il Presidente – è indispensabile avviare un rifinanziamento progressivo accompagnato da coraggiose riforme strutturali di sistema. Perché aggiungere fondi senza riforme riduce il valore della spesa sanitaria, mentre varare riforme senza maggiori oneri per la finanza pubblica crea solo "scatole vuote", così come è accaduto per il Decreto anziani e soprattutto per il Decreto Liste di attesa. Nonostante la stagnante crescita economica, gli enormi interessi sul debito pubblico e l'entità dell'evasione fiscale, se c'è la volontà politica è possibile pianificare con approccio scientifico un incremento percentuale annuo del Fsn, al di sotto del quale non scendere, a prescindere dagli avvicendamenti dei Governi".

In linea con le indicazioni politiche suggerite dal report Ocse sulla sostenibilità fiscale dei servizi sanitari, la Fondazione Gimbe ha presentato in audizione proposte concrete per rifinanziare il Ssn.

- Tassa di scopo su prodotti nocivi alla salute (sin taxes: tabacco, alcol, gioco, bevande zuccherate), oltre a imposte su extraprofitti e redditi molto elevati.
- Rivalutazione dei confini tra spesa pubblica e privata: revisione del perimetro LEA accompagnata da una "sana" riforma della sanità integrativa per aumentare la spesa intermedia su prestazioni extra-LEA e da una revisione mirata delle compartecipazioni alla spesa sanitaria (ticket).
- Piano nazionale di disinvestimento da sprechi e inefficienze, con riallocazione di risorse su servizi e prestazioni sotto-utilizzate.

"Il tempo di rimboccarsi le maniche è quasi scaduto – ha concluso Cartabellotta – e bisogna agire abbandonando sia i proclami populistici del Governo sia le proposte irrealistiche di rifinanziamento delle opposizioni. È indispensabile ripensare le politiche allocative del Paese per contrastare la progressiva demotivazione e fuga del personale sanitario dal Ssn, le difficoltà di accesso alle innovazioni farmacologiche e tecnologiche, le disuguaglianze nell'accesso a servizi e prestazioni sanitarie, l'aumento della spesa privata e la rinuncia alle cure. La realtà è che oggi alla sanità pubblica non viene destinato quello che serve, ma solo ciò che avanza. Senza un vero potenziamento del Ssn sostenuto da adeguate risorse e da coraggiose riforme strutturali, non resterà che assistere impotenti al suo declino: oggi la crisi del Ssn non intacca solo l'inalienabile diritto costituzionale alla tutela della salute, ma mina la coesione sociale e la tenuta democratica del Paese. Perché se la sanità pubblica arretra, l'Italia intera rischia di affondare".

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1762177383.pdf>

GIMBE: Nonostante gli aumenti, il Fondo sanitario scende al 5,9% del PIL

Aggiunti alla sanità € 2,4 miliardi nel 2026 e € 2,65 miliardi nel 2027 e nel 2028. Nel 2028 il fondo sanitario arriverà a € 145 miliardi e secondo l'analisi indipendente della Fondazione Gimbe nel 2026 il gap rispetto alle stime fabbisogno sarà di 6,8 miliardi Euro

Redazione

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 diseguaglianze 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. 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				

«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 1. Fabbisogno Sanitario Nazionale: trend 2010-2028

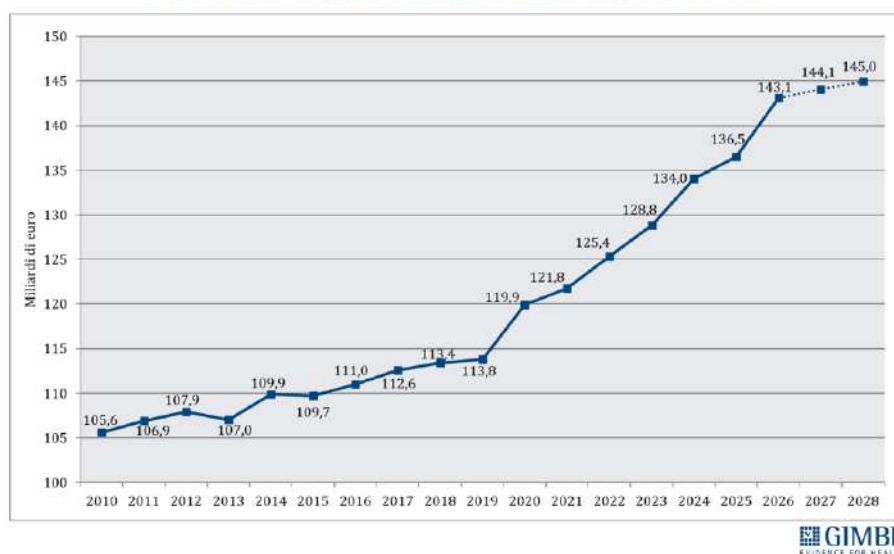
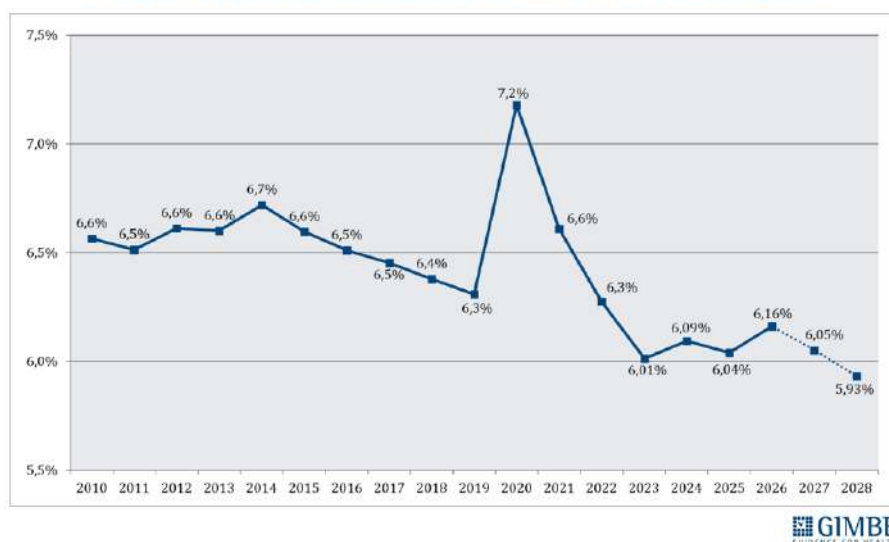


Figura 2. Fabbisogno Sanitario Nazionale in % sul PIL: trend 2010-2028



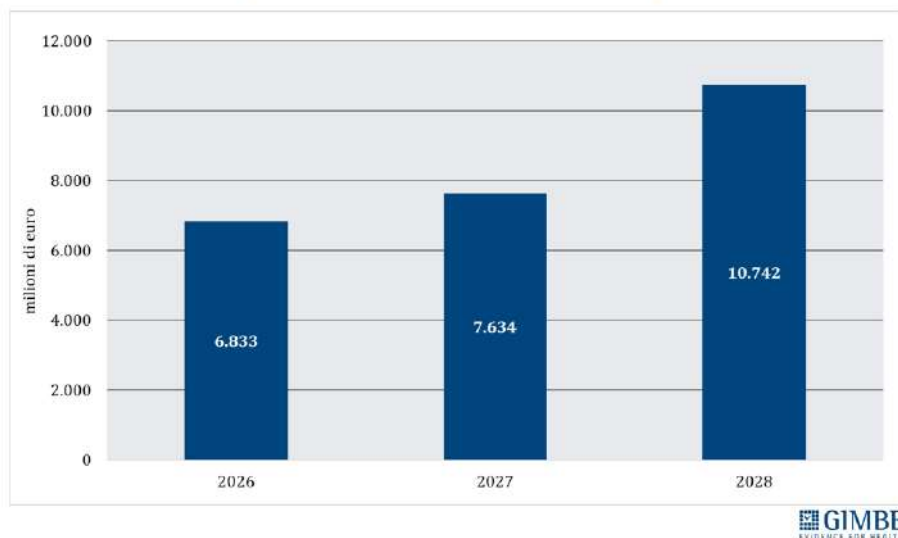
«In sintesi – spiega Cartabellotta – le cifre assolute per il 2026 appaiono consistenti perché includono risorse già stanziare dalle precedenti manovre, ma la quota di ricchezza del Paese investita in sanità, dopo il lieve rialzo del 2026, torna a diminuire».

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.

«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».

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



MISURE PREVISTE.

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».

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».

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. 77)	€ 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

¹In aggiunta ai € 127 milioni destinati dalla Legge di Bilancio 2025

²In aggiunta ai € 243 milioni per il 2026, € 122 milioni per i 2027 e € 110 milioni per il 2028 destinati dalla Legge di Bilancio 2025

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

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**.

TARIFE 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.

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 definanziato 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.sanitainformazione.it/gimbe-nonostante-gli-aumenti-il-fondo-sanitario-scende-al-59-del-pil/>

quotidianosanità.it

La Corte dei conti e la manovra di bilancio per la Sanità

Fernanda Fraioli, *Presidente di Sezione della Corte dei Conti, Procuratore regionale per il Piemonte*

Gentile direttore,

Nella consueta audizione al Parlamento in merito alla legge di bilancio che consente alla Corte dei conti di esprimere il proprio parere e di fornire il proprio contributo tecnico, nonché il previsto controllo su contenuti e conseguenze della manovra finanziaria in via di approvazione, il giudice contabile molto ha avuto da rilevare, tra le altre, anche in materia sanitaria.

È appena il caso di precisare che detta audizione è un mezzo trasparente e responsabile per garantire alla collettività una corretta della gestione delle finanze pubbliche, mediante una relazione a Parlamento sui risultati del riscontro eseguito, in un momento in cui è ancora possibile apportare delle modifiche agli oneri finanziari previsti nella legge di bilancio della cui congruità e adeguatezza dubita.

Naturalmente, oggetto del documento svariati sono gli argomenti, ma nella materia sanitaria i punti chiave emersi da un'analisi critica vanno dall'aumento della spesa per prestazioni private accreditate, alla persistente carenza di personale, alla disaffezione dei cittadini verso il servizio pubblico, alla carenza di nuovi ingressi nelle professioni sanitarie, all'esodo dei giovani sanitari.

Di non poco momento, poi, il faro acceso sulla spesa in sanità, di cui ha contestato l'adeguatezza preoccupandosi per l'impatto che l'aumento della spesa privata potrebbe avere sul sistema pubblico.

Quindi, in estrema sintesi si sono rilevati, il costante affanno registrato dalla sanità pubblica che porta al forte aumento, ben oltre i limiti previsti, della spesa per le prestazioni sanitarie private accreditate; una carenza di professionisti, per un inarrestabile fuga di costoro verso l'estero dovuta alla scarsa attrattiva del servizio pubblico correlata anche all'altrettanto scarsa formazione dei nuovi sanitari che rende difficile il ricambio generazionale e, conseguentemente, il funzionamento ottimale del sistema sanitario, per arrivare, infine, all'inadeguatezza della spesa sanitaria che mostra di necessitare di una gestione più attenta ed efficiente delle risorse.

Più precisamente, nelle 13 pagine di cui si compone la parte di documento dedicata alla sanità, a fronte di alcune note positive quali quelle relative alle misure dirette al potenziamento delle politiche di prevenzione sanitaria e le disposizioni dirette alla integrazione delle Farmacie dei servizi come presidi territoriali, altre se ne rinvenivano di insoddisfacenti quali quelle relative all'aumento di risorse che, però, consente di rispondere solo parzialmente agli interventi necessari per affrontare le criticità del SSN.

Più nel dettaglio, si evidenzia che il disegno di legge di bilancio rivede in aumento il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui contribuisce lo Stato, che raggiungerà 142,9 miliardi nel 2026, 143,9 nel 2027 e 144,8 nel 2028.

Tradotto in percentuali, l'aumento delle risorse, porta il livello di finanziamento del fabbisogno sanitario in quota Pil al 6,15 % nel 2026 (rapporto che nel 2027 e 2028 si attesterebbe rispettivamente a 6,04 e 5,92) e corrisponde all'impegno assunto nei documenti programmatici, ma consente di rispondere solo parzialmente agli interventi necessari per affrontare le criticità del settore nel cui ambito appaiono in crescita i costi per i contratti del personale, per i farmaci, per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati e per i dispositivi medici ed, in generale, per corrispondere alle esigenze di una popolazione sempre più anziana e con cronicità multiple che richiede risposte sempre più complesse e costose.

Sul fronte della spesa farmaceutica, l'art. 78 del disegno di legge interviene sul fronte dei tetti rilevando che, a decorrere dall'anno 2026, il limite per gli acquisti diretti è rideterminato nella misura dell'8,7 % (con un + 0,20 rispetto all'8,5 previsto dalla legislazione vigente), mentre il tetto per la farmaceutica convenzionata viene aumentato al 6,85 % (con un + 0,05 rispetto al 6,8 a legislazione vigente), portando il valore complessivo al 15,55 % (con un + 0,25 rispetto al 15,30 previsto per il 2025).

La modifica, ampliando i margini di spesa per entrambi i settori, incide anche sulla dimensione degli sforamenti del tetto e quindi sul contributo richiesto alle imprese farmaceutiche a titolo di payback (pari al 50 % della spesa eccedente il limite, in entrambi i casi) che fa ritenere che con le nuove soglie cinque Regioni superano il tetto del 6,85 % per la convenzionata, mentre il dato nazionale è ancora inferiore al limite previsto.

Non così per gli acquisti diretti (inclusi i gas medicinali, il cui limite, ricompreso nel valore del tetto di spesa previsto per tale tipologia, non è modificato dal disegno di legge).

Quindi, si conferma in tutte le Regioni, un livello di spesa al di sopra del limite, ma con una riduzione dello scostamento complessivo, per effetto del passaggio al nuovo tetto pari all'8,7 % del fabbisogno sanitario standard, rispetto al previgente 8,5.

In relazione alla spesa complessiva, invece, la riduzione dello scostamento di lieve entità in termini assoluti che si è registrata, porta a ritenere che solo tre Regioni riuscirebbero a rispettare il tetto di spesa, a meno di non ipotizzare una riduzione del volume di acquisti diretti.

Il nuovo tetto alla spesa comporterebbe quindi un costo aggiuntivo a carico dei bilanci regionali.

Le maggiori risorse attribuite al SSN dovrebbero andare a compensare, a parità di consumi, il minor apporto richiesto alle aziende farmaceutiche.

Dell'acquisto di dispositivi medici, di cui all'art. 80 del disegno di legge, la relazione evidenzia un innalzamento di 0,2 punti percentuali del tetto nazionale che a decorrere dal 2026 raggiungerà la soglia del 4,6 % del FSN prevedendo, a copertura, un onere pari a 280 milioni di euro annui, a valere sull'incremento del fondo sanitario disposto in manovra.

È noto come negli ultimi anni, la spesa per dispositivi medici abbia registrato una progressiva espansione, raggiungendo un livello pari a 8,3 miliardi nel 2024, in aumento del 5,7 % rispetto al 2023 quando, rispetto al precedente 2022 l'aumento era stato pari al 3,2 %.

Questi livelli di spesa restano ancora molto elevati e non compensati – come ci sia aspettava in considerazione della previsione legislativa dell'art. 9-ter del DL n. 78/2015 che trasferiva al settore privato parte dei costi di acquisto dei dispositivi medici – dalle entrate derivanti dal meccanismo del payback.

Il meccanismo del payback, nell'ottica di contenimento della spesa pubblica, è fenomeno che ben conosciamo (sul quale anche noi abbiamo scritto in precedenza, vedi Q.S. del 26 luglio 2024 e 9 maggio 2025) e che ancora non vede attuazione a causa del consistente numero di ricorsi presentati dalle aziende fornitrici di dispositivi soggette all'obbligo di ripiano, che ha, contemporaneamente rallentato anche il legislatore nel definirne i rapporti.

Motivo per il quale si auspica una riforma strutturale del meccanismo del payback, atteso che la quota da porre a carico delle imprese produttrici di dispositivi medici secondo l'attuale disciplina, sarebbe pari a circa 5,2 miliardi.

Ad ogni buon conto, la spesa per dispositivi medici risulta cresciuta costantemente e gradualmente dal 2019 al 2024 – in una percentuale dal 5,6 al 6,2 % – e il superamento dei tetti di spesa fissati ha mostrato carattere strutturale, dopo aver registrato una significativa accelerazione nel periodo immediatamente successivo alla pandemia, con una percentuale di crescita annuale media pari a circa il 3,6 % tanto da non consentire a nessuna Regione di rispettare il tetto pari al 4,4 %.

Sempre in tema di tetti di spesa, ma riferiti agli acquisti di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati – introdotta dall'art. 15, co. 14, del d.l. n. 95 del 6 luglio 2012 – l'art. 81 del disegno di legge, prevede un ulteriore aumento, pari all'1 % rispetto al limite attualmente vigente, a decorrere dal 2026 che si configura pari al valore consuntivato nell'anno di riferimento 2011 incrementato del 6 %, mentre il tetto relativo al 2025 rimane invariato al 3,5.

La disciplina, inizialmente limitativa nella rideterminazione del valore della spesa consuntivata nell'anno 2011, è stata derogata per consentire alle Regioni di acquistare prestazioni sanitarie nel corso della pandemia e per consentire il recupero delle prestazioni non erogate sempre causa Covid-19 autorizzandole ad integrare gli

acquisti da privato di prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale, in deroga al tetto vigente in materia, anche utilizzando eventuali economie derivanti dai budget attribuiti per il 2020.

Fino ad arrivare alla deroga ulteriore che ha concesso loro di coinvolgere le strutture private accreditate nella riduzione delle liste di attesa.

Conclusivamente, ciò ha portato a registrare una crescita della spesa rispetto all'esercizio precedente di un +1,2 % con uno scostamento molto superiore al tetto di spesa, dal momento che la stessa è aumentata dell'11 %.

Benché la crescita dei volumi di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie specialistiche ed ospedaliere da privati appaia in lieve frenata, si registrano livelli molto superiori rispetto all'anno antecedente alla pandemia da Covid-19.

Ciò rappresenta un segnale della persistente necessità presente su tutto il territorio nazionale di ricorrere a prestazioni private per assicurare il riassorbimento delle liste di attesa.

Ma a registrare l'aumento maggiore, con una crescita sopra la media soprattutto nelle RSS Nord e nelle RSO Centro, sono soprattutto gli acquisti di prestazioni da soggetti privati accreditati destinati alla specialistica ambulatoriale.

Come parimenti risultano aumentati gli acquisti da privato accreditato destinati all'assistenza ospedaliera.

Con riferimento alle misure specifiche in materia di personale, sono stanziati risorse per assunzioni nel SSN per garantire la riduzione delle liste d'attesa e per far fronte alla carenza di personale sanitario, con un importo massimo pari a 450 milioni annui per assunzioni a tempo indeterminato di personale sanitario, in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia, mediante l'aumento del fabbisogno sanitario standard e in parte con fondi già previsti dalla legge di bilancio 2025.

Nessuna quantificazione delle risorse umane di cui approvvigionarsi è stata fatta, né la operata la suddivisione delle stesse fra le diverse qualifiche professionali, ma il riferimento è al rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del SSN e dei LEA.

Unitamente alle norme finalizzate ad autorizzare nuove assunzioni di personale a tempo indeterminato, si riscontrano favorevolmente, le disposizioni volte a valorizzare il personale del servizio sanitario sotto il profilo retributivo, incrementando il valore di alcune indennità e il numero delle prestazioni aggiuntive.

Infine, tra le altre disposizioni del disegno di legge che la Corte stima di rilievo c'è l'art. 67, che prevede l'incremento del finanziamento destinato all'aggiornamento delle tariffe ospedaliere per le prestazioni di assistenza per acuti, nell'ambito della revisione dei DRG, ovvero i raggruppamenti omogenei di ricovero utilizzati per remunerare le prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate dalle strutture accreditate, pubbliche e private (che passa da 650 milioni annui a 1.000 milioni annui, a decorrere dal 2027), nonché l'incremento delle risorse destinate all'adeguamento delle tariffe per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza protesica, ai fini dell'adeguamento delle tariffe stabilite dal D.M. 25 novembre 2024 (100 milioni per il 2026 e 183 milioni annui a decorrere dal 2027); il potenziamento delle politiche di prevenzione sanitaria, mediante la destinazione di una specifica quota del fabbisogno sanitario standard pari a 238 milioni, a decorrere dal 2026 che comporterà l'incremento (dal 5 al 5,2 % con una previsione fino al 5,4) delle risorse destinate al livello di assistenza "prevenzione collettiva e sanità pubblica" ed, infine, le "farmacie dei servizi", che, nel contesto della fase sperimentale avviata nel 2018, vengono integrate in via strutturale nel SSN come presidi territoriali di erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie che consolida il ruolo delle farmacie come presidi territoriali di prossimità, con funzioni non più limitate alla dispensazione di farmaci, ma estese all'erogazione di servizi assistenziali (ad es. attività di telemedicina, screening, vaccinazioni e monitoraggio di terapie croniche).

La determinazione dei requisiti per l'erogazione dei servizi viene demandata a linee guida, con particolare riferimento ai requisiti delle farmacie che operano in contesti decentrati, disagiati e rurali con la destinazione, a tale fine, di una quota del fabbisogno sanitario standard pari a 50 milioni annui, a decorrere dal 2026.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=133227

Manovra. Cgil: “Risorse insufficienti per affrontare il drammatico sottofinanziamento della sanità pubblica”

“Chiederemo modifiche per incrementare le risorse di 10.500 mln di euro per il 2026, 14.200 mln per il 2027 e 14.700 mln dal 2028, oltre a investimenti aggiuntivi interamente destinati al potenziamento di servizi e cure direttamente erogati dalle strutture del Ssn” ha detto la segretaria confederale Barbaresi

03 NOV -

“Il Disegno di Legge di Bilancio prevede risorse del tutto insufficienti ad affrontare il drammatico sottofinanziamento della sanità pubblica. Il Governo decide dolosamente di ridurre la quota di ricchezza del Paese da destinare alla sanità pubblica imponendo alle persone di pagare per curarsi, se possono permetterselo.

Dal suo insediamento nel 2022, ha previsto di tagliare quasi mezzo punto di Pil destinato alla sanità, pari a 9 miliardi di euro in meno all’anno. Si continua su questa strada, con un pericoloso arretramento del servizio pubblico. Questa è la verità dei numeri”.

È quanto dichiara la segretaria confederale della Cgil **Daniela Barbaresi**.

Come si evidenzia nell'[elaborazione dell'Area Stato sociale della Cgil nazionale](#), nel 2025 per il Fabbisogno Sanitario Nazionale sono previsti 136,5 miliardi di euro, pari a 6,05% del Pil, in rapporto al quale il finanziamento per il SSN tocca il valore più basso degli ultimi decenni. I

I Disegno di Legge di Bilancio 2026 porta il Fabbisogno Sanitario Nazionale del 2026 ad appena il 6,15% del Pil, pari a 142,9 miliardi di euro, prevedendo un incremento di 2,4 miliardi e 2,65 miliardi rispettivamente per il 2027 e 2028.

Per Barbaresi “in rapporto al Pil la previsione del FSN non solo resta inadeguata, ma arriverà al picco negativo mai registrato, tornando a scendere nel 2027 al 6,04% fino a sprofondare al 5,93% nel 2028: valori assolutamente insufficienti a garantire il diritto alla salute e a rispondere ai bisogni urgenti delle persone. Così si allontana ulteriormente l’Italia dai paesi europei più avanzati per investimenti nella sanità pubblica”.

“Si tratta di importi economici che non consentono né la valorizzazione del personale né le nuove assunzioni, prevedendo il 20% di quelle necessarie alla sola riforma dell’assistenza territoriale”, sottolinea la dirigente sindacale.

“Oltretutto, le risorse non sono destinate al sostegno e rafforzamento dell’attività ordinaria del servizio pubblico, ma sono in gran parte vincolate a specifici progetti. In particolare – spiega – sono ancora destinate al privato e all’extra lavoro del personale, già allo stremo, finanziando prestazioni aggiuntive come presunto utile intervento per l’abbattimento delle liste di attesa, già fallito nel 2025. Si innalzano ulteriormente i tetti alla spesa per il privato convenzionato e per la farmaceutica, mentre resta il vergognoso tetto alla spesa sul personale”.

Barbaresi denuncia che “a fianco della propaganda governativa e delle roboanti dichiarazioni della Presidente del Consiglio Meloni, ci sono la realtà dei numeri della Legge di Bilancio e il mondo reale: il progressivo allontanamento delle persone dalla tutela della sanità pubblica e dal diritto alla salute, con 6 milioni che rinunciano a curarsi, un italiano su dieci, e la concreta e progressiva privatizzazione del SSN”.

“Occorre garantire al Servizio Sanitario Nazionale risorse adeguate, raggiungendo progressivamente il finanziamento allineato ai valori medi dei paesi europei e fissandolo a un livello non inferiore al 7,5% del Pil. Per questo – conclude la segretaria confederale della Cgil – chiederemo modifiche alla Legge di Bilancio per incrementare le risorse destinate al SSN di 10.500 milioni di euro per il 2026, 14.200 milioni per il 2027 e 14.700 milioni dal 2028, e chiederemo che gli investimenti aggiuntivi siano interamente destinati al potenziamento di servizi e cure direttamente erogati dalle strutture del SSN”.

La dinamica del finanziamento del SSN

	2023	2024	2025	2026	2027	2028	variazione media annua 2026-2028 in %
PIL nominale (DPFP 2025 in mil. €)	2.128.001	2.199.619	2.260.650	2.322.536	2.381.336	2.443.821	
variazione in % rispetto all'anno precedente			2,77	2,74	2,53	2,62	2,63
Fabbisogno Sanitario Naz.le (LB 2025, in mil. €)	128.874	134.017	136.516	140.485	141.230	142.181	
Incremento FSN (DOLB 2026, in mil. €)				2.400	2.650	2.650	
Fabbisogno Sanitario Naz.le (DOLB 2026, in mil. €)				142.885	143.880	144.831	
variazione in % rispetto all'anno precedente				4,67	0,70	0,66	2,01
% PIL	6,05	6,11	6,05	6,15	6,04	5,93	



https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=133085

quotidiano**sanità**.it

Obiettivi incompatibili & alternativi

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

19 NOV - Gentile Direttore,

nel Suo recente articolo (Manovra e Sanità, QS,7 novembre 2025) si ipotizzava, per il SSN, il rischio di una mancanza di visione. Dal nostro punto di osservazione, periferico, la mancanza di visione non sembra una idea lontana ma una palese evidenza, verosimilmente, imm modificabile.

La regionalizzazione della sanità e l'aziendalizzazione, rigidamente ordinate ed inserite in Costituzione, non permettono sostanziali modifiche. Lo "status quo" resta solido in sella in funzione di "ottenere qualche briciola per il proprio silos". Solo una utopistica procedura parlamentare molto simile, nelle technicalità, ad un patto bipartisan potrebbe restituire alla sanità ciò che da tempo invoca.

Il contesto, ed in particolare l'assistenza territoriale di base, dovrà però aspettare. Molto. Le normative vigenti ancorate a logiche novecentesche difficilmente riusciranno a rimettere il latte versato nel suo contenitore.

E' lecito chiedersi, oggi, se gli esiti delle così dette "riforme" sanitarie Costituzionali hanno creato, a livello territoriale, un'organizzazione assistenziale di servizio o di sistema.

Un servizio sanitario pubblico dovrebbe prestare la massima attenzione alla persona adattandosi agli ambiti professionali e comunitari dei territori, delle aree interne e delle periferie.

Un sistema può essere invece molto burocratico dove gli apparati prevalgono sulle persone e l'autoreferenzialità relega in secondo piano i bisogni di cittadini e professionisti.

Le gestioni oligarchiche/piramidali difettano in trasparenza e le responsabilità sono labirintiche. Le comunità assistenziali si sentono completamente estromesse dai processi decisionali sanitari che riguardano i loro territori. Il "sistema" diventa quindi l'emblema di ciò che impedisce al "servizio" di essere davvero tale.

Le conseguenze bio-psico-sociali sulle operatività comunitarie, gravate dalle asimmetrie relazionali, colpiscono sia operatori che cittadini e sono state studiate, nella seconda metà del secolo scorso, da Christina Maslach. Oggi queste analisi si sono allargate a ulteriori fenomeni in considerazione dell'imponente influenza determinata dalle nuove tecnologie.

Nell'ultimo ACN (2024) inerente il triennio 2019-2021 (orribilmente confuso e ampiamente superato ma che, tuttavia, ha dato vita ai numerosi Accordi Integrativi Regionali AIR del 2025) non viene menzionata nemmeno una volta la possibilità di una qualche iniziativa "sperimentale" che avrebbe permesso almeno di riconoscere quella minima condizione di autonomia di cui la sanità nazionale necessiterebbe come l'aria che si respira. Nel testo dell'AIR della Regione E-R (2025) il concetto di sperimentazione viene citato 3 volte: due volte per obiettivi meramente funzionali e una volta per promuovere gli incarichi a tempo determinato del ruolo unico senza però nessuna specifica ulteriore.

Risposte minime, quasi insignificanti, che alla fine spostano il peso delle problematiche disfunzionali sanitarie su operatori e assistiti. Le alte dirigenze hanno un "obiettivo non obiettivo" aziendale (interessato, pre-concettuale e ribadito negli anni): quello di fare cambiare le abitudini sanitarie ai professionisti della prima linea e alle comunità (erogazione e fruizione).

Può essere interessante, dal punto di vista culturale, notare come le strutture burocratiche, pur essendo rigide e per nulla flessibili, siano sempre in grado di ammortizzare e diluire le proprie criticità anche se deprecabili. Ogni proposta alternativa viene immancabilmente lasciata macerare, controllata nel tempo e nello spazio e infine rielaborata per poi essere reclamizzata come un nuovo, originale "servizio/offerta" aziendale in grado di generare un bisogno e poi un nuovo consumo.

Questo processo avendo una struttura esperienziale ed intellettuale fragile, condanna, il più delle volte, il "prodotto" ad un fallimento rapidissimo e all'oblio.

Quanto dureranno nella sanità reale delle comunità e delle periferie gli arzigogolati acronimi (MRUAPCS e MRUAPQO) che definiscono i Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta e/o a Quota Oraria?

L'assenza di creatività sperimentale espone la competenza "iper-complessa" del medico di base pubblico e della sua comunità di riferimento a un destino funesto. Un sistema che perde la sua coerenza interna si sfalda, annulla tradizioni e cultura, non riesce più a rigenerarsi mentre il bisogno di una figura di riferimento territoriale autorevole, convenzionato ma autonomo dagli apparati, aumenta sempre più (invecchiamento, polipatologie, ansia, overload informativo...).

Di contro monta un altro fenomeno sociale particolare nei confronti della professione del mmg: le organizzazioni dell'imprenditorialità privata mostrano interesse verso questa figura. Alcune simulazioni, che circolano sulla rete, descrivono programmi di inserimento di una figura esperta, definita "medico della persona" (con funzioni similari a quelle del mmg) all'interno di poliambulatori specialistici. Non desta nessuna meraviglia tutto ciò in quanto sono anni che le propensioni verso il privato nascono proprio all'interno delle istituzioni pubbliche.

Molti alti dirigenti aziendali o regionali, una volta terminati i loro mandati, trasferiscono conoscenze normative ed esperienze pluriennali al settore privato. Anche il welfare aziendale è fondato su relazioni economiche private agevolate, a livello statale, da benefit fiscali ed è normato da accordi tra le organizzazioni sindacali dei lavoratori e le associazioni dei datori di lavoro.

I prototipi privati ipotizzano un "medico della persona" con maggior disponibilità di tempo-visita, esperto nella presa in carico e nella comunicazione, capace di esporre riepiloghi riordinati di esami e referti, di programmare follow-up e di strutturare la prevenzione. I contatti verrebbero semplificati e deburocratizzati.

I vantaggi per l'imprenditoria derivano sia da calcoli economici (si immagina 1,5 prestazioni specialistiche annuali generate dal "medico della persona" per ogni assistito ed erogato dal poliambulatorio stesso) che dall'immagine procurata da questa offerta (servizi affidabili, duraturi, di qualità relazionale, attrattivi, di facile accesso...).

Si prospetta quindi un annullamento del principio dell'universalità e un incremento delle disuguaglianze (e della conflittualità).

Da una parte si intravede un profitto dall'altra, cioè nel sistema pubblico, si avverte un continuo impoverimento relazionale e culturale. La stagione delle CdC ha palesato, una volta di più, dove può arrivare la mancanza di rispetto nei confronti delle comunità. I rari coinvolgimenti per i "finti" processi decisionali sono stati rivolti a circoli chiusi, supponenti e nepotistici che non sono mai riusciti a coinvolgere le comunità reali. La considerazione dovrebbe essere la base per la capacitazione dei territori (sostenibilità e composibilità) vera alternativa al prestazionalismo e al tecnicismo. Non ci sono spiegazioni al fatto che in tanti anni non si sia mai percorso il sentiero delle piccole comunità ristrette.

Nemmeno il covid è riuscito ad illuminare le menti.

L'obiettivo delle comunità e dei loro medici di riferimento non sono le strutture in conto capitale (a debito) ma quello di ridurre al massimo le malattie e di curare/assistere bene le cronicità.

Per il privato sono necessarie più malattie. Le aziende e gli apparati producono una infinità di percorsi e norme per giustificare il loro potere burocratico. Sono tre fini tra loro completamente alternativi.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=133465

Stime del PIL, manovra e Sanità

Redazione ASQUAS Review

Secondo le ultime stime, il PIL italiano è variato in modo nullo nel terzo trimestre del 2025 rispetto al trimestre precedente e ha registrato un aumento dello 0,4% su base annua. La crescita acquisita per l'intero 2025 è dello 0,5%. Le prospettive di crescita per il 2025 e il 2026, secondo l'ISTAT e l'OCSE, si attestano rispettivamente a +0,6% e +0,7-0,8%.

Dati e previsioni

- **Terzo trimestre 2025:** Variazione nulla rispetto al trimestre precedente; aumento dello 0,4% su base annua.
- **Crescita acquisita 2025:** 0,5%.
- **Previsioni 2025:** +0,6% (ISTAT e OCSE).
- **Previsioni 2026:** +0,8% (ISTAT) o +0,7% (OCSE).

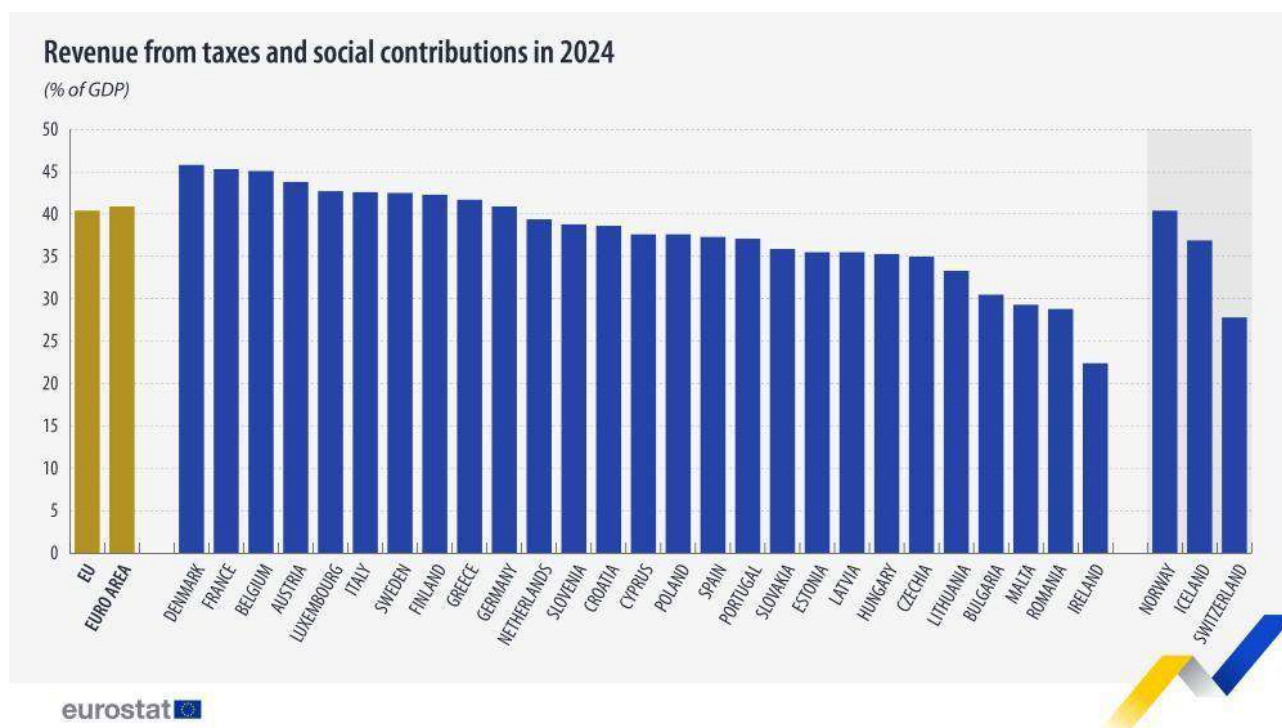
Dati storici (precedenti)

- **2024:** Crescita dello 0,7%.
- **2023:** Crescita dello 0,7%.
- **2022:** Crescita del 4,7%.
- **2021:** Crescita dell'8,9%.

Dettagli sulle performance economiche 2023

- **Investimenti fissi lordi:** aumento dell'8,5%.
- **Consumi finali nazionali:** aumento dell'1,2%.
- **Esportazioni:** aumento dello 0,8%.
- **Importazioni:** calo dello 0,4%.

Rapporto tra Pil e tasse, la situazione nei Paesi dell'Ue



Eurostat

[Flavio Di Stefano](#)

Il rapporto complessivo tra imposte e Pil, ovvero la somma di imposte e contributi sociali netti in percentuale del prodotto interno lordo, si è attestato al 40,4% nell'UE nel 2024, in aumento rispetto al 39,9% del 2023. Nell'area dell'euro, il rapporto tra imposte e PIL è aumentato anch'esso dal 40,5% del 2023 al 40,9% del 2024. In termini assoluti, nel 2024 le entrate derivanti da imposte e contributi sociali nell'Ue sono aumentate di 387 miliardi di euro rispetto al 2023, attestandosi a 7.281 miliardi di euro. A rivelarlo è un report sulla tassazione pubblicato da Eurostat. L'analisi, nel dettaglio, presenta alcuni risultati tratti dall'articolo più dettagliato di Statistics Explained sulle statistiche relative al gettito fiscale.

Nel 2024 il rapporto tra imposte e Pil ha registrato variazioni significative tra i Paesi dell'UE, con le quote più elevate di imposte e contributi sociali in percentuale del Pil registrate in Danimarca (45,8%), Francia (45,3%) e Belgio (45,1%). All'estremo opposto della scala, Irlanda (22,4%), Romania (28,8%) e Malta (29,3%) hanno registrato i rapporti più bassi.

Nel 2024, rispetto al 2023, il rapporto tra imposte e Pil è aumentato in 22 paesi dell'UE, con i maggiori aumenti osservati a Malta (dal 26,7% nel 2023 al 29,3% nel 2024), Lettonia (33,0% nel 2023 e 35,5% nel 2024) e Slovenia (dal 36,8% nel 2023 al 38,8% nel 2024). Al contrario, in 5 Paesi dell'UE si è registrato un calo del rapporto tra imposte e PIL, compreso tra -0,5 e -0,1 punti percentuali.

<https://www.idealista.it/news/finanza/economia/2025/11/03/285323-rapporto-tra-pil-e-tasse-la-situazione-nei-paesi-dell-ue>

Le prospettive per l'economia italiana nel 2025 – 2026

Il Pil italiano è atteso in crescita dello 0,6% nel 2025 e dello 0,8% nel 2026, dopo essere aumentato dello 0,7% nei due anni precedenti.

L'aumento del Pil, nel biennio di previsione, verrebbe sostenuto interamente dalla domanda interna al netto delle scorte (+0,8 e +0,9 punti percentuali rispettivamente), mentre la domanda estera netta fornirebbe un contributo negativo in entrambi gli anni (-0,2 e -0,1 p.p.). Lo scenario previsivo per la domanda estera netta sconta l'ipotesi di un'attenuazione nella seconda parte del 2025 del clima di incertezza relativo all'indirizzo della politica commerciale statunitense. Si ipotizza comunque un impatto negativo dei dazi sul commercio mondiale e sulle prospettive di crescita internazionali.

Si prevede che i consumi privati continuino a crescere a ritmi moderati ma stabili (+0,7% in entrambi gli anni) da un lato favoriti dalla prosecuzione della crescita delle retribuzioni e dell'occupazione, dall'altro frenati da un incremento della propensione al risparmio. La crescita degli investimenti, nel 2025 (+1,2%), in accelerazione dal +0,5% del 2024, sarebbe favorita dal buon andamento registrato nel primo trimestre per poi segnare nel 2026 una ulteriore leggera accelerazione (+1,7%) in concomitanza con la fase conclusiva del PNRR.

L'occupazione, misurata in termini di unità di lavoro (ULA), segnerebbe un aumento superiore a quello del Pil (+1,1% nel 2025 e +1,2% nel 2026), ma in decelerazione rispetto agli anni precedenti a cui si accompagnerebbe un ulteriore calo del tasso di disoccupazione (6,0% quest'anno e 5,8% nel 2026).

Dopo la risalita dei prezzi tra la fine del 2024 e i primi mesi del 2025, nel corso dell'anno ci si attende una dinamica più moderata dell'inflazione, favorita dalla discesa dei listini dei beni energetici e dall'indebolirsi delle prospettive di domanda. L'aumento del deflatore della spesa delle famiglie residenti nel 2025 sarebbe in linea con tali andamenti (+1,8%), con una nuova leggera riduzione nel 2026 (+1,6%).

Il quadro internazionale

L'economia internazionale rallenta, penalizzata dall'elevata incertezza legata al commercio mondiale.

Nel 2024 la crescita economica globale (+3,3%) è stata sostenuta da un dinamismo superiore alle attese in Cina e da una performance ancora robusta negli Stati Uniti. Nell'orizzonte di previsione, tuttavia, ci si attende una decelerazione per l'economia mondiale, cui seguirebbe una sostanziale stabilizzazione nell'anno successivo (+2,9% nel 2025 e +3,0% nel 2026). Tale dinamica è penalizzata dall'incertezza alimentata dai continui cambiamenti nella politica commerciale statunitense e dalle forti tensioni geopolitiche.

Sebbene il commercio mondiale nel primo trimestre del 2025 abbia mostrato una dinamica ancora vivace, determinata anche dall'attesa imposizione di restrizioni tariffarie che avrebbe spinto i paesi ad anticipare gli scambi, per il resto dell'anno prevalgono attese di una forte decelerazione. Le più recenti previsioni della Commissione Europea stimano, per il 2025, un significativo rallentamento del commercio mondiale di beni e servizi in volume (+1,8% da +2,9% del 2024), seguito da un parziale recupero nel 2026 (+2,2%).

Le prospettive di rallentamento del ciclo economico internazionale stanno inoltre esercitando una pressione al ribasso sulle quotazioni delle materie prime energetiche (alimentate anche da un aumento dell'offerta).

Le principali economie, in base agli ultimi dati disponibili, hanno registrato nel primo trimestre del 2025 andamenti eterogenei. In Cina il Pil è cresciuto su base congiunturale dell'1,2% (dal +1,6% dei tre mesi precedenti), grazie al buon andamento del settore industriale, delle esportazioni e agli stimoli fiscali e monetari. Il rallentamento della domanda interna cinese e le incerte prospettive commerciali indebolirebbero le attese di crescita per il paese.

Negli Stati Uniti, nel primo trimestre, per la prima volta in tre anni, il Pil ha mostrato una lieve flessione (-0,1% su base congiunturale, dal +0,6% del periodo precedente), generata principalmente dal forte aumento delle importazioni. L'incremento senza precedenti storici dell'applicazione dei dazi sulle importazioni e la notevole incertezza alimentata dalla politica commerciale potrebbero influenzare negativamente le decisioni di consumo delle famiglie e di investimento nei prossimi mesi. Per l'anno in corso, si prevede pertanto un

rallentamento dell'economia statunitense (+1,6%, dal +2,8%), con una stabilizzazione del tasso di crescita nel 2026.

Nell'area euro, la dinamica del Pil nel primo trimestre ha segnato un'accelerazione (+0,4% in termini congiunturali, dal +0,2% dei tre mesi precedenti). Nel dettaglio nazionale, si sono registrati incrementi sia in Germania (+0,4% dopo il -0,2% del trimestre precedente), sia in Francia (+0,1% dopo il -0,1% registrato nell'ultima parte del 2024); in Spagna, l'attività economica ha mantenuto invece ritmi superiori alla media (+0,6%, dal +0,7% del quarto trimestre 2024).

Secondo le previsioni della Commissione europea, nel 2025 l'attività economica dell'area euro sperimenterà una crescita pari a quella dell'anno precedente (+0,9%) a cui seguirebbe un'accelerazione nel 2026 (+1,4%). Gli andamenti risulterebbero, tuttavia, eterogenei tra i paesi: in Germania dopo due anni consecutivi di recessione, nel 2025 la crescita del Pil sarebbe ancora nulla, per poi rimbalzare all'1,1% nel 2026; in Francia il tasso di espansione si dimezzerebbe quest'anno (+0,6%, da +1,2%) per poi recuperare nel 2026 (+1,3%); in Spagna, infine, il Pil mostrerebbe un trend decrescente (+2,6% e +2,0% rispettivamente nel 2025 e 2026, dal +3,2% del 2024).

Relativamente alle variabili esogene internazionali utilizzate per realizzare le previsioni di questo comunicato, nei primi cinque mesi del 2025, il tasso di cambio dell'euro nei confronti del dollaro ha evidenziato una forte volatilità, dovuta principalmente all'elevata e persistente incertezza. Per il 2025 e il 2026 viene adottata un'ipotesi tecnica, proiettando le quotazioni medie del mese di maggio per tutto l'arco temporale della previsione; ne consegue un progressivo apprezzamento dell'euro nei confronti del dollaro (Prospetto 2).

Per quel che riguarda le principali materie prime energetiche, le aspettative di una domanda globale più debole, combinate con la decisione dell'OPEC+ di aumentare la produzione di petrolio a partire da giugno, stanno esercitando una pressione al ribasso sui prezzi del petrolio e su quelli del gas naturale, contribuendo a ridurre le attese sull'inflazione globale. Anche per le quotazioni del Brent, pari a 80,5 dollari al barile nel 2024, si assume una ipotesi tecnica di invarianza del prezzo del petrolio, pari alla quotazione media del mese di maggio 2025 per la seconda metà del 2025 e per tutto il 2026; ne risulta quindi un valore di 67,7 dollari al barile quest'anno e di 65 dollari nel 2026.

Congiuntura economica nei primi mesi del 2025 e previsioni per l'economia italiana

Nel primo trimestre del 2025, dopo la debole dinamica della seconda metà dell'anno precedente, il Pil è cresciuto dello 0,3% su base congiunturale (+0,7% su base tendenziale), sintesi di un contributo positivo sia della domanda interna al netto delle scorte (+0,4 p.p.) sia della domanda estera netta (+0,1 p.p.), mentre le scorte hanno fornito un apporto negativo (per -0,3 p.p.).

Gli investimenti fissi lordi hanno rappresentato la componente più dinamica della domanda interna (+1,6% su base congiunturale) nel primo trimestre 2025; in leggera crescita anche la spesa per consumi delle famiglie residenti e delle ISP (+0,2%) a fronte di un calo di quella della pubblica amministrazione (-0,3%).

Dal lato dell'offerta, nel primo trimestre 2025 si sono registrate variazioni congiunturali positive del valore aggiunto nell'industria (+1,2%) e nell'agricoltura mentre i servizi hanno evidenziato un leggero decremento (-0,1%). Nell'industria è risultata leggermente più vivace la dinamica delle costruzioni (+1,4%) rispetto al resto del comparto (+1,1%). Tra i servizi, emerge la forte espansione delle attività artistiche e di intrattenimento (+2,3%); in contrazione, invece, quelle finanziarie e assicurative (-1,4%) e immobiliari (-0,9%).

Nei primi quattro mesi del 2025, le informazioni provenienti dalle indagini sul clima di fiducia di consumatori e imprese hanno evidenziato un progressivo peggioramento del *sentiment*, specie rispetto all'evoluzione dell'economia, solo parzialmente compensato da un miglioramento nel mese di maggio (Figure 1 e 2).

Per i consumatori, a maggio l'indice generale mostra un livello inferiore a quello di gennaio (-1,7 punti percentuali); tra le componenti dell'indicatore il deterioramento appare più evidente per il clima economico (-3,8 p.p.) e quello futuro (-2,4 p.p.), meno per il clima personale (-1,0 p.p.) e quello corrente (-1,2 p.p.), a riflesso dell'elevata incertezza che caratterizza l'evoluzione dello scenario internazionale.

Tra le imprese (indice IESI), il deterioramento della fiducia appare più ampio (-2,4 punti percentuali la differenza tra gennaio e maggio), ma anche fortemente eterogeneo nei diversi comparti: la flessione più significativa si registra nei servizi di mercato (-4,3 punti percentuali) e nel commercio al dettaglio (-3,3 p.p.), meno nelle costruzioni (-2,0 p.p.), lieve nella manifattura (-0,2 p.p.). In quest'ultimo settore, tuttavia, nello stesso arco temporale, i giudizi sulla produzione corrente (-0,4 la differenza assoluta nei saldi) e su quella

attesa (-1,4), così come sugli ordinativi futuri (-1,8) e, soprattutto, sulle prospettive per l'economia (-5,0), rimangono ancora meno positivi rispetto a quelli prevalenti all'inizio dell'anno.

Sull'indebolimento del *sentiment* di imprese e consumatori ha influito in buona parte l'elevata incertezza determinata dal susseguirsi di annunci relativi all'imposizione di dazi sugli scambi internazionali.

Il commercio con l'estero dell'Italia, tuttavia, sembra aver beneficiato non solo di contratti già programmati da tempo nel settore della cantieristica navale ma anche di un "effetto anticipo": l'imminente imposizione di restrizioni tariffarie potrebbe aver accelerato le transazioni, sia in entrata sia in uscita, nel primo trimestre 2025 (+2,6% e +2,8% la variazione congiunturale rispettivamente per import ed export di beni e servizi).

Nello scenario previsivo queste tensioni, benché in graduale ricomposizione nella seconda metà del 2025, continuerebbero ancora a condizionare in negativo l'evoluzione del ciclo economico, con ricadute più accentuate sugli investimenti e sul commercio estero e, in misura minore, sui consumi delle famiglie. Questi ultimi continuerebbero da un lato a beneficiare del recupero delle retribuzioni e dell'occupazione, dall'altro sarebbero frenati dall'incertezza rispetto all'evoluzione del ciclo e dal conseguente incremento della propensione al risparmio.

Per il 2025, la crescita degli investimenti, dopo la buona performance del primo trimestre, dovrebbe risentire negativamente dell'indebolimento delle prospettive di crescita interne ed estere, pur registrando in media d'anno un incremento rispetto al 2024. Nel 2026, la crescita degli investimenti si rafforzerebbe, in parte trainata dai contributi presenti nel piano di transizione 5.0 e dalla realizzazione degli investimenti previsti dal PNRR, in chiusura nel 2026, sebbene entrambi i provvedimenti stiano affrontando ritardi di natura attuativa. Ulteriore stimolo potrebbe derivare dalla recente riduzione dei tassi di interesse della BCE.

Il moderato andamento dei consumi e le condizioni solide del mercato del lavoro non dovrebbero incidere sulla dinamica inflazionistica, che manterrebbe un profilo in linea con gli obiettivi della Banca Centrale, beneficiando inoltre del previsto rallentamento della componente energetica nel corso del biennio (oltre che dell'apprezzamento dell'euro). L'eventuale ripresa dell'inflazione rimane tuttavia condizionata da rischi esogeni connessi all'evoluzione degli scenari a livello globale.

Nel 2025, il Pil registrerebbe una crescita (+0,6%) determinata esclusivamente dalla domanda interna che, al netto delle scorte, contribuirebbe positivamente per 0,8 punti percentuali, mentre la domanda estera netta fornirebbe un apporto lievemente negativo (-0,2 p.p.). La fase espansiva dell'economia italiana segnerebbe una leggera accelerazione nel 2026 (+0,8%), in linea con un irrobustimento del ciclo internazionale; anche in questo caso l'apporto proverrebbe dalla domanda interna al netto delle scorte (+0,9 p.p.). La ripresa del commercio estero vedrebbe, infatti, anche per il 2026, un maggior dinamismo delle importazioni rispetto alle esportazioni, confermando un contributo leggermente negativo (-0,1 p.p.) della domanda estera netta.

In questo scenario, il saldo della bilancia commerciale continuerebbe ad essere ancora positivo sia nel 2025 (2,2% in percentuale del Pil) sia nel 2026 (+2,0%).

<https://www.istat.it/comunicato-stampa/le-prospettive-per-leconomia-italiana-nel-2025-2026/#:~:text=Il%20Pil%20italiano%20%C3%A8%20atteso,7%25%20nei%20due%20anni%20precendenti>.

I Paesi con il debito pubblico più alto nel 2025



Il debito pubblico globale ha raggiunto i 110,9 trilioni di dollari nel 2025, ma quali sono i Paesi con il debito pubblico più elevato? Le 5 nazioni con il debito pubblico più elevato rappresentano il 67% del debito pubblico globale, mentre le prime 10 ne rappresentano l'81%. Gli Stati Uniti (38,3 trilioni di dollari) e la Cina (18,7 trilioni di dollari) sono i due Paesi con il debito pubblico più elevato e insieme rappresentano poco più della metà del debito globale totale (110,9 trilioni di dollari).

Questa infografica mostra i Paesi con il debito pubblico lordo più elevato nel 2025, utilizzando i dati dell'ultimo World Economic Outlook del Fondo Monetario Internazionale (FMI), pubblicato nell'ottobre 2025. I valori del debito sono stati determinati utilizzando il rapporto debito/PIL di ciascun Paese e il suo PIL effettivo del 2025.

Le economie avanzate rappresentano la maggior parte del debito globale

I cinque Paesi principali (Stati Uniti, Cina, Giappone, Regno Unito e Francia) rappresentano due terzi del debito pubblico mondiale, per un totale di 74,8 trilioni di dollari.

La tabella dei dati mostra i primi 15 Paesi per debito pubblico lordo nel 2025. Gli Stati Uniti continuano a essere in testa con 38,3 trilioni di dollari di debito pubblico, che rappresenta poco più di un terzo del debito globale.

Seguono Cina e Giappone, rispettivamente con 18,7 trilioni di dollari e 9,8 trilioni di dollari, il che significa che i primi tre paesi insieme rappresentano il 60% del debito globale. Proseguendo, troviamo Regno Unito, Francia e Italia, con rispettivamente 4,1 trilioni di dollari, 3,9 trilioni di dollari e 3,5 trilioni di dollari di debito pubblico. Seguono l'India (3,4 trilioni), la Germania (3,2 trilioni), il Canada (2,6 trilioni) e il Brasile (2 trilioni) a completare la "top 10" dei paesi con il debito pubblico più alto al mondo tra le principali economie.

Dietro di loro, Spagna (1,9 trilioni); Messico (1,1 trilioni); Singapore (1 trilione); Corea del Sud (990 miliardi) e Australia (930 miliardi) si uniscono alle economie avanzate che da tempo sopportano un elevato debito, sia in dollari che in rapporto al PIL, a causa dei programmi fiscali e dell'invecchiamento della popolazione.

Evoluzione del debito pubblico dei principali Paesi nel 2025

Sebbene il debito pubblico degli Stati Uniti sia leggermente più del doppio di quello della Cina, l'aumento annuo del debito pubblico di entrambi i Paesi nel 2025 non è stato così significativo.

Il debito pubblico degli Stati Uniti è cresciuto di 2,9 trilioni di dollari nel 2025, mentre quello della Cina è aumentato di 2,2 trilioni di dollari. Pur avendo un valore in dollari inferiore, il debito cinese è cresciuto maggiormente in termini percentuali, con un tasso di crescita annuo del 13,6%, rispetto all'8,4% del debito statunitense.

<https://www.idealista.it/news/finanza/economia/2025/10/31/284857-i-paesi-con-il-debito-pubblico-piu-alto-nel-2025>



Manovra 2026 in linea con impegno nel consolidamento dei conti

Gli effetti sull'economia italiana si confermano modesti

Potenziare gli interventi strutturali in linea con le priorità strategiche

- *Misure Irpef 2026 a favore di redditi medi e alti, metà dei benefici a quelli oltre i 48.000 euro*
- *Dal 2021 il fiscal drag più che compensato per redditi da lavoro tra 10.000 e 32.000 euro, recupero parziale per pensionati e autonomi*
- *Alle famiglie benefici netti per 18,6 miliardi nel triennio esclusi gli interventi Irpef*
- *Imprese e autonomi risultano contributori netti alla manovra per 7,4 miliardi nel triennio*
- *Incentivi alle imprese, maggiore riduzione del costo del capitale rispetto a misure precedenti ma possibile una minore efficacia*

6 novembre 2025 | La Presidente dell'Ufficio parlamentare di bilancio (UPB), Lilia Cavallari, ha presentato oggi la valutazione dell'UPB della manovra di bilancio 2026 alle Commissioni bilancio riunite della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica.

Nella memoria dell'UPB viene svolta un'analisi del disegno di legge di bilancio che, dopo aver approfondito lo scenario macroeconomico e l'impatto finanziario della manovra, sviluppa approfondimenti sulle principali misure.

In una visione d'insieme, la manovra 2026 è coerente con il percorso ambizioso di consolidamento della finanza pubblica nel medio termine delineato nel PSB. Il conseguimento degli obiettivi dipende in misura significativa, in particolare nel 2026, dalla copertura derivante dalla proposta di rimodulazione del PNRR presentata alle autorità della UE.

In Italia la dinamica del PIL rimane inferiore a quella dell'area dell'euro. La manovra ha un impatto limitato sulla crescita, pur utilizzando pressoché integralmente lo spazio fiscale disponibile nel triennio e lasciando quindi scarsi margini per esigenze future.

Nel triennio, la crescita continuerà dunque a dipendere in maniera significativa dall'attuazione degli investimenti e delle riforme previsti nel PNRR e nel PSB.

La manovra affianca interventi temporanei a quelli strutturali a volte frammentati all'interno dello stesso ambito. L'orientamento verso misure strutturali rappresenta un indirizzo strategico fondamentale su cui è basata l'estensione su sette anni del periodo di aggiustamento di bilancio.

Per assicurare la stabilità dei conti pubblici, sostenendo al contempo le prospettive di crescita e benessere del Paese, appare opportuno concentrare le risorse disponibili sulle priorità strategiche, molte delle quali già delineate attraverso il PNRR, e affrontare i nodi strutturali dell'economia

Di seguito un estratto dei principali contenuti della memoria dell'UPB.

Il quadro macroeconomico e l'impatto della manovra sul PIL

La manovra di finanza pubblica si confronta con un contesto internazionale complesso, nel quale perdurano le tensioni geopolitiche e i rischi. Si prefigura un rallentamento del commercio mondiale e della congiuntura internazionale nel prossimo anno, quando gli effetti dei dazi si manifesteranno più compiutamente.

In Italia la dinamica del PIL rimane inferiore a quella dell'area dell'euro.

Il tasso di crescita si è marginalmente ridotto nel secondo trimestre ed è rimasto invariato nel terzo, delineando una fase ciclica di stagnazione derivante da un aumento del valore aggiunto nell'agricoltura, una diminuzione nell'industria, incluse le costruzioni, e una stazionarietà nei servizi; il clima di fiducia e gli indicatori congiunturali più recenti restano deboli, con consumi ed esportazioni in calo e prospettive moderatamente favorevoli per gli investimenti.

L'UPB ha validato il mese scorso sia lo scenario macroeconomico tendenziale sia quello programmatico del DPFP, sebbene le previsioni siano esposte a rischi prevalentemente orientati al ribasso nel medio termine a causa dell'instabilità del contesto internazionale e delle incertezze sull'accumulazione di capitale.

La variazione acquisita del PIL con i dati del terzo trimestre è allo 0,5 per cento, quindi l'obiettivo del Governo sulla crescita del 2025 appare alla portata; la correzione per gli effetti calendario potrebbe però sottrarre un decimo di punto percentuale.

Nelle previsioni del Governo la manovra avrebbe un impatto sulla variazione del PIL neutrale l'anno prossimo e marginalmente espansivo nel 2027-28, per 0,1 punti percentuali in entrambi gli anni.

L'analisi dell'UPB vede un analogo effetto sul PIL nell'intero triennio (0,2 punti percentuali), ma con una differente distribuzione temporale: una maggiore crescita di 0,2 punti percentuali di PIL nel 2027, 0,1 punti nel 2028 ed un impatto appena negativo per -0,1 per cento nel 2026. Nello scenario dell'UPB i provvedimenti di bilancio attivano la domanda interna, similmente a quanto prospettato dal MEF. La manovra incide sulla spesa in conto capitale, principalmente per investimenti pubblici, riducendola l'anno prossimo rispetto allo scenario tendenziale per poi aumentarla nel successivo biennio.

Questa rimodulazione frena l'attività nel 2026 a beneficio dello sviluppo nel 2027, quando l'attività viene stimolata anche dalla riduzione delle imposte dirette sul reddito; nel 2028 il sostegno alla crescita si riduce marginalmente ed è ancora fornito dal lato della domanda nazionale.

.....

La riduzione dell'aliquota Irpef nella manovra 2026

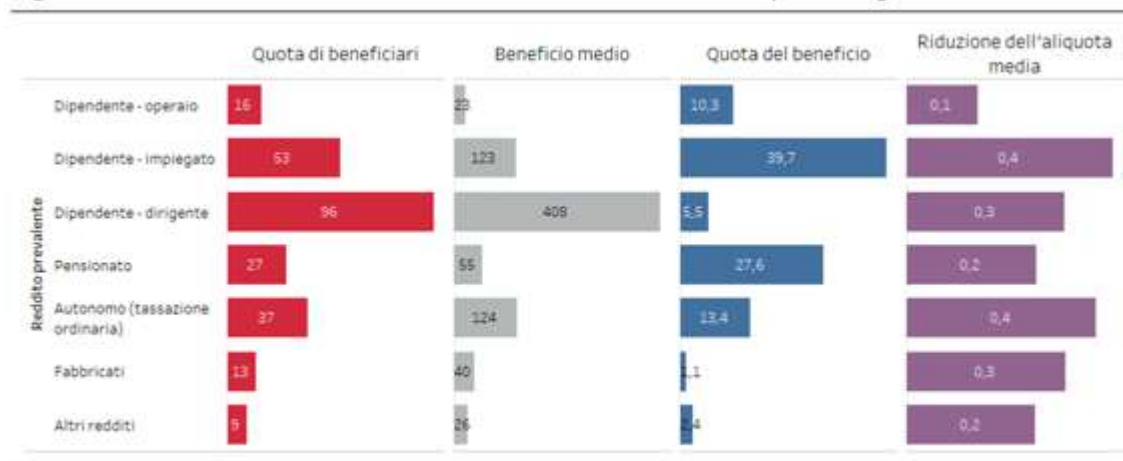
Il DDLB interviene sulla struttura dell'Irpef, proseguendo il percorso di riforma avviato con il provvedimento attuativo della legge delega sulla riforma fiscale (D.Lgs. 216/2023) e consolidato con la legge di bilancio per il 2025, seguendo una strategia di progressiva riduzione del carico fiscale sui redditi medi, che si affianca alle

misure di sostegno già introdotte per i lavoratori dipendenti attraverso il sistema di *bonus* e detrazioni maggiorate.

La riduzione dell'aliquota legale dal 35 al 33 per cento nell'intervallo di reddito tra 28.000 e 50.000 euro, produce una riduzione dell'aliquota media effettiva, che aumenta progressivamente con il reddito a partire da 28.000 euro fino a un massimo dello 0,8 per cento in corrispondenza di 50.000 euro, oltre il quale, data la costanza del risparmio d'imposta (440 euro), la riduzione dell'aliquota media scende progressivamente.

Secondo le stime effettuate dall'UPB, la riduzione di due punti di aliquota riguarderà poco più del 30 per cento dei contribuenti (circa 13 milioni, quanti sono oltre la soglia dei 28.000 euro di reddito), determinando a regime una riduzione di gettito Irpef di circa 2,7 miliardi, cifra leggermente inferiore a quanto riportato nella Relazione tecnica. Circa il 50 per cento del risparmio di imposta va ai contribuenti con reddito superiore ai 48.000 euro, che rappresentano l'8 per cento del totale. Gli effetti della riforma variano considerevolmente fra contribuenti a seconda del loro reddito prevalente. Nell'ambito dei lavoratori dipendenti, il beneficio medio è pari a 408 euro per i dirigenti, 123 per gli impiegati e 23 euro per gli operai; per i lavoratori autonomi è di 124 euro e per i pensionati di 55 euro. In termini di aliquota media la riduzione risulta compresa fra 0,1 punti percentuali degli operai e 0,4 di impiegati e lavoratori autonomi in tassazione ordinaria.

Fig. 1 – Distribuzione dei benefici derivanti dalla riforma per categorie di contribuenti



Fonte: modello di microsimulazione UPB.

Irpef: con riforme 2021-26 ottenuta maggiore capacità redistributiva del sistema

L'analisi dell'UPB indica che i diversi interventi sull'Irpef degli ultimi sei anni (su struttura delle aliquote, articolazione degli scaglioni di reddito, detrazioni per redditi da lavoro e quelle per oneri dei contribuenti con redditi più elevati), compresa la traslazione nell'Irpef delle misure di sostegno al reddito dei lavoratori dipendenti introdotte per far fronte alla crisi inflazionistica del biennio 2022-23, hanno accresciuto la progressività del prelievo e le differenze di trattamento tra categorie di contribuenti, oltre a rendere il sistema particolarmente complesso per i lavoratori dipendenti. Gli interventi degli scorsi anni hanno beneficiato in misura maggiore i redditi bassi e medi, soprattutto da lavoro dipendente, mentre la misura prevista nel DDLB avvantaggia principalmente le fasce medio-alte ed elevate. Pertanto per i lavoratori dipendenti, la riforma del DDLB opera in modo complementare riducendo il divario nelle fasce dove gli interventi precedenti avevano prodotto effetti più contenuti. Per i pensionati e i lavoratori autonomi, invece, il DDLB si sovrappone alle precedenti determinando un ulteriore incremento dei benefici nelle stesse fasce.

Tali riforme nel periodo 2021-26 hanno accresciuto la progressività dell'Irpef e aumentato la capacità redistributiva del sistema. Confrontando l'imposta dovuta nel 2026 (applicando quanto proposto nel DDLB) con quella che si sarebbe pagata se dal 2021 si fosse meramente indicizzato il sistema fiscale, è possibile identificare effetti e vantaggi. Il sistema che entrerebbe in vigore nel 2026 consentirebbe di più che compensare gli effetti del drenaggio fiscale per i redditi da lavoro dipendente compresi tra 10.000 e 32.000 euro: il sistema *post* riforma DDLB determina aliquote medie inferiori (di circa 2-3 punti percentuali) a quelle che si sarebbero registrate con la semplice indicizzazione del sistema 2021. Per i redditi compresi tra 32.000

e 45.000 euro la compensazione sarebbe parziale. Per i redditi superiori a 45.000 euro, la differenza tra i due sistemi diventa gradualmente trascurabile. Per pensionati e lavoratori autonomi le riforme hanno invece portato limitati vantaggi, con un recupero del drenaggio fiscale solo parziale fino ai 40.000 euro di reddito.

Detrazioni fiscali

L'UPB ha calcolato che la sterilizzazione della riduzione delle aliquote per i redditi più elevati produrrà effetti parziali dato che solo 58.000 contribuenti (il 32 per cento di quelli con reddito superiore ai 200.000 euro) ha detrazioni aggredibili che non siano state già tagliate da precedenti interventi normativi. Per tale platea il taglio medio effettivo ammonta a 188 euro, significativamente inferiore alla franchigia di 440 euro disposta dal DDLB. Pertanto, la misura risulta meno efficace rispetto alla piena sterilizzazione della riduzione dell'aliquota al di sopra dei 200.000 euro e l'ammontare complessivo delle risorse recuperabili risulta sensibilmente inferiore: 11 milioni rispetto al potenziale di 79,2 milioni.

Detassazione incrementi retributivi

Il DDLB prevede, inoltre, la detassazione temporanea degli incrementi delle componenti incrementali e aggiuntive della retribuzione dei lavoratori dipendenti, che altrimenti sarebbero assoggettate ad aliquote marginali sensibilmente più elevate di quelle medie di prelievo. La detassazione sugli incrementi retributivi da rinnovo dei contratti, sebbene risponda all'esigenza di contenere il prelievo sugli aumenti di reddito, presenta delle criticità. L'intervento determina un differimento temporale del prelievo più elevato, senza risolverlo strutturalmente. D'altro canto, la riproposizione della misura lungo l'intero arco della vita lavorativa sarebbe difficilmente praticabile, oltre a richiedere nuove coperture. L'intervento determina significative disparità di trattamento poiché esclude dalla platea dei beneficiari contribuenti in situazioni reddituali analoghe. Tali criticità sollevano dubbi sull'opportunità di affidare a interventi *ad hoc* temporanei la correzione di criticità strutturali dell'imposta sul reddito derivanti dall'aver affidato al sistema fiscale obiettivi di sostegno ai redditi che sarebbero più efficacemente perseguiti con altri istituti. La platea di quanti avrebbero beneficio dall'imposta sostitutiva al 5 per cento sarebbe, secondo le simulazioni dell'UPB, di circa 2,1 milioni di lavoratori, con un risparmio d'imposta medio per contribuente pari a circa 208 euro.

.....

Previdenza

L'insieme delle misure in ambito pensionistico assicura un percorso della spesa per pensioni compatibile con gli impegni sui saldi del bilancio pubblico e conferma l'assetto attuale del sistema, nel breve e nel medio-lungo termine.

La modulazione dell'aumento di tre mesi dei requisiti anagrafici e contributivi per l'accesso al pensionamento è una misura transitoria che non modifica il meccanismo di adeguamento automatico dei requisiti anagrafici e contributivi all'andamento della speranza di vita, fondamentale per la sostenibilità e l'adeguatezza prospettica del sistema pensionistico italiano. La maggiore spesa a carico del bilancio deriva dall'aumento di due mensilità di pagamento della pensione e la presenza delle finestre determina uno suo slittamento in avanti. La misura non ha impatti di rilievo sull'adeguatezza delle prestazioni e sul rendimento dei piani di pensionamento, quando questi vengono misurati lungo il ciclo di vita. Il valore medio del tasso di sostituzione lordo e quello del tasso interno di rendimento reale nel periodo 2025-2031 nei due anni interessati dal provvedimento non mostrano significativi scostamenti rispetto agli anni residui.

La manovra conferma per il 2026 dell'Ape sociale e prevede l'incremento di 20 euro mensili delle maggiorazioni sociali per i pensionati a basso reddito, che sostituisce e amplia il precedente aumento di 8 euro limitato al 2025.

Le modifiche dell'ISEE

Il DDLB propone modifiche al calcolo dell'ISEE aumentando la franchigia per la prima casa nell'ambito della componente patrimoniale e le maggiorazioni per i figli successivi al primo. L'effetto complessivo evidenzia come i nuclei con figli rappresentino il *target* privilegiato dell'intervento. Anche se le modifiche riguarderanno

quasi la metà dei nuclei che presentano l'ISEE e la quasi totalità di quelli con due o più figli, la platea dei beneficiari di maggiori erogazioni, stimate ufficialmente in circa 500 milioni dal 2026, sarà tuttavia più contenuta. La riforma ha infatti effetti solo per i nuclei che con un minore ISEE avranno accesso a prestazioni da cui erano in precedenza esclusi e per le prestazioni per cui l'ISEE non opera solo come criterio selettivo ma come base per determinare l'importo. Si stima che l'effetto congiunto delle due modifiche è più elevato per i nuclei il cui dichiarante è nelle fasce centrali di età (30-60 anni), lavoratore autonomo, di cittadinanza italiana, localizzato nel Nord-Est in Comuni tra 5.000 e 20.000 abitanti. Le modifiche comunque, riducendo l'ISEE, non si traducono automaticamente in un incremento dei benefici economici per i nuclei interessati. Un esempio viene dal caso dell'Assegno unico: un minore ISEE comporta un maggiore importo della prestazione solo se il nucleo appartiene alla fascia di indicatore tra circa 17.200 e 46.000 euro.

La modifica della franchigia sulla prima casa, in assenza di una corrispondente modifica della franchigia prevista per i nuclei in affitto, appare come una scelta di *policy* ben definita in favore di specifici nuclei familiari e porta a una disparità di trattamento a sfavore di quelle famiglie che più hanno risentito della crescita dei prezzi nel mercato immobiliare. Si introducono così elementi di iniquità riconoscendo ai nuclei che vivono in abitazioni di proprietà, a parità di condizione economica e numerosità delle famiglie, una priorità nell'accesso alle prestazioni e maggiori benefici in termini di erogazioni, ove previsto.

Sanità

L'incremento del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard (2,4 miliardi per il 2026 e 2,65 miliardi annui dal 2027) porta le risorse complessive, in rapporto al PIL, al 6,1 per cento nel 2026, 6,0 nel 2027 e 5,9 nel 2028. In valore assoluto, il finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN), pari a 136,5 miliardi nel 2025, raggiunge 142,9 miliardi nel 2026 (con un incremento di 6,4 miliardi, di cui circa 4 assegnati da provvedimenti precedenti), 143,9 nel 2027 e 144,8 nel 2028.

La spesa sanitaria corrente di contabilità nazionale, in rapporto al PIL, è prevista al 6,6 per cento nel 2026; dall'anno successivo, la quota scenderebbe al 6,5 per cento. La diversa dinamica del finanziamento ordinario e della spesa implica un aumento della distanza tra i due aggregati. Le differenze non sono direttamente riconducibili a un concetto di disavanzo del SSN, ma potrebbero segnalare una difficoltà crescente per i bilanci dei Servizi sanitari regionali (SSR).

Dall'insieme degli interventi in ambito sanitario della manovra non emerge una chiara indicazione di priorità nell'azione per il consolidamento del SSN, in quanto le risorse sono distribuite su molti obiettivi e a favore di un ampio spettro di *stakeholder*. Quanto al previsto piano di assunzioni, non è scontato che gli sforzi per accrescere l'attrattività del SSN saranno sufficienti a rendere possibili le assunzioni necessarie a garantirne il pieno funzionamento. L'emorragia di medici e infermieri (pensionamenti, dimissioni non legate alla quiescenza, flussi verso l'estero non sempre compensati dai movimenti in direzione contraria), insieme ai nuovi fabbisogni derivanti dagli obiettivi del PNRR, aumentano infatti le future esigenze di personale sanitario.

Contrasto all'evasione e riscossione coattiva

Sebbene la propensione a evadere stia diminuendo, il fenomeno dell'evasione è ancora molto ampio (circa 100 miliardi nel 2022) e il DDLB interviene solo marginalmente sul fenomeno. I principali interventi riguardano una nuova forma di liquidazione automatica dell'IVA in caso di omessa dichiarazione, che permette di valorizzare il patrimonio informativo dell'Agenzia delle entrate, e una nuova definizione agevolata delle cartelle (la rottamazione *quinquies*), simile alle numerose altre già proposte in passato, ma differente sotto alcuni aspetti. Gli elementi di differenziazione riguardano la platea dei beneficiari, limitata quasi esclusivamente ai contribuenti che hanno dichiarato ma omesso il pagamento delle imposte e l'ampiezza dell'orizzonte temporale di pagamento (nove anni al massimo), aspetto che rende la misura più favorevole per il contribuente, sebbene con la previsione di un importo minimo delle rate (100 euro).

<https://www.upbilancio.it/audizione-dellupb-sul-disegno-di-legge-di-bilancio-2026/>



Perseguire l'equità sanitaria negli Stati Uniti

Crystal W. Cené , David A. Ansell , Merlin Chowkwanyun e Lisa A. Cooper

Questa tavola rotonda video esplora la distinzione e la relazione tra iniziative di diversità, equità e inclusione e il perseguimento dell'equità sanitaria, nonché gli ostacoli al miglioramento dell'equità sanitaria nell'era attuale.

Crystal Cené : I primi ordini esecutivi e le azioni intraprese dall'amministrazione Trump hanno preso di mira le iniziative per la diversità, l'equità e l'inclusione, sia nel settore pubblico che in quello privato, anche negando fondi federali alle organizzazioni che continuano a perseguire queste iniziative, che l'amministrazione ritiene discriminatorie e illegali. In medicina, gli sforzi per la diversità, l'equità e l'inclusione sono stati determinanti nel reclutamento, nel mantenimento e nel supporto di una forza lavoro più diversificata, rappresentativa e inclusiva, sia per l'assistenza clinica che per la ricerca. E questi obiettivi ambiziosi non sono solo un fine prezioso in sé e per sé, ma sono anche un mezzo per promuovere il più ampio obiettivo sociale dell'equità sanitaria a livello di popolazione. Gli Stati Uniti continuano ad affrontare enormi divari razziali, etnici e socioeconomici in tutto, essenzialmente, dai determinanti sociali e ambientali della salute all'accesso e alla qualità delle cure. Questo si estende a praticamente tutti gli esiti sanitari, compresi i tassi di mortalità.

Sono Crystal Cené. Sono professoressa di medicina presso l'Università della California a San Diego e Direttrice Amministrativa per l'Equità Sanitaria, nonché Direttrice Medica Associata per l'Equità Sanitaria presso l'Università della California a San Diego Health. Sono anche membro del Perspective Advisory Board del *New England Journal of Medicine*. In questa Tavola Rotonda di Perspective, esploreremo lo stato attuale delle disuguaglianze sanitarie e il tipo di lavoro svolto per eliminarle, gli effetti di questi sforzi sulla medicina e sull'assistenza sanitaria e quali strumenti, strategie e percorsi possiamo adottare per ridurre le disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria.

Sono qui con me per discutere di questi argomenti tre esperti. Il Dott. David Ansell, Vicepresidente Senior per l'Equità Sanitaria Comunitaria presso il Rush University Medical Center e Prorettore Associato per gli Affari Comunitari presso la Rush University. Il Dott. Merlin Chowkwanyun, Professore Associato di Scienze Sociomediche presso la Mailman School of Public Health della Columbia University. E la Dott.ssa Lisa Cooper, Bloomberg Distinguished Professor presso la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health e la Facoltà di Medicina. Grazie a tutti per essere qui con me.

1: Preparare il terreno

Crystal Cené : Inizieremo semplicemente con il preparare il terreno. Una delle cose che è successa spesso ultimamente è che diversità, equità e inclusione vengono spesso confuse con l'equità sanitaria, mentre gli sforzi per la diversità, l'equità e l'inclusione vengono attaccati. Lo vediamo da gennaio e continuiamo a vederlo. È una situazione in continua evoluzione, come tutti sapete. E in molti casi, questi sforzi sono stati smantellati. Come vede il rapporto tra il lavoro su diversità, equità e inclusione e l'equità sanitaria? Quindi forse inizierò con lei, Dott. Cooper.

Lisa Cooper : Certo. Prima di tutto, grazie per avermi invitata. E forse ricorderai che ho scritto un articolo su questo argomento perché ero molto turbata dal fatto che le persone continuassero a confondere diversità, equità e inclusione con l'equità in ambito sanitario. Quindi, uno dei motivi per cui penso sia davvero importante sapere che c'è una distinzione è che diversità, equità e inclusione si riferiscono in realtà a questioni relative alla forza lavoro, al clima organizzativo e ai comportamenti degli individui all'interno delle

organizzazioni. E forse anche alle politiche che queste istituzioni adottano riguardo al tipo di persone che reclutano, assumono e promuovono al loro interno.

L'equità sanitaria riguarda in realtà la salute della popolazione e dei diversi gruppi, e se le persone di questi diversi gruppi abbiano o meno l'opportunità di raggiungere una salute ottimale. Quindi, da un lato, l'equità riguarda maggiormente la forza lavoro e le organizzazioni. Dall'altro, l'equità riguarda la salute della popolazione e dei cittadini. Mi piace quindi semplificare il concetto, e naturalmente possiamo sempre approfondire i dettagli di ciascun aspetto.

Crystal Cené : Grazie. Dott. Ansell, so che lei ha svolto un lavoro che si colloca certamente all'intersezione di questi due ambiti, in particolare con il lavoro dell'Anchor Institution Mission, ma mi piacerebbe molto se volesse aggiungere qualcosa a quanto già detto dal Dott. Cooper.

David Ansell : Sì, e grazie per aver ospitato. Sono discussioni preziose. Vorrei solo iniziare dicendo che abbiamo a che fare con una controversia creata ad arte. E che anche il modo in cui sono stati redatti questi editti non solo ha voluto confondere diversità, equità e inclusione e demonizzarne le iniziali, ma anche cancellare idee di fondamentale importanza per la salute della nostra nazione. Ma per riprendere quanto detto dal Dott. Cooper, queste sono idee separate, ma intersezionali. La diversità si riferisce a chi è rappresentato nella forza lavoro. E non riguarda solo l'identità, ma anche l'esperienza, le idee, molte, molte altre cose. Considererei la diversità semplicemente un fatto e un elemento fondamentale per l'assistenza sanitaria.

E l'equità si riferisce generalmente al trattamento equo di tutte le persone, quindi alle norme, alle pratiche e alle politiche volte a garantire che tutti abbiano le stesse opportunità di prosperare, sia sul posto di lavoro che in termini di risultati positivi. E l'inclusione, in un certo senso, è un atto: chi si esprime al tavolo per contribuire a informare su ciò che è meglio per la salute delle nostre comunità, dei nostri pazienti o della nostra nazione. Quindi sono intersezionali; tuttavia, sono concetti molto diversi. Si può avere una forza lavoro molto diversificata e inclusiva senza cambiare di una virgola i risultati in termini di salute. E alla fine dobbiamo davvero concentrarci sui risultati per la popolazione.

Crystal Cené : Meraviglioso, grazie. Dott. Chowkwanyun, c'è altro che vuole aggiungere prima di proseguire?

Merlin Chowkwanyun : Concordo con quanto affermato da entrambi i miei relatori. Potrei fare un passo indietro e, invece di offrire una definizione specifica e rigorosa di cosa sia la DEI o di quali siano le sue tre componenti, generalmente la considero come un ampio insieme di strumenti per raggiungere un risultato a cui aspiriamo, ovvero l'equità sanitaria. E possiamo concordare su quali siano gli strumenti e quali siano più efficaci e quali meno. Ma credo che si tratti di strumenti che servono davvero a un obiettivo generale, ovvero riconoscere che le professioni sanitarie, la medicina e la sanità pubblica, per gran parte della loro storia, sono state straordinariamente esclusive. La maggior parte delle persone in questo video non è stata invitata a esercitare la professione per la maggior parte del tempo in cui è esistita. È solo con il Civil Rights Act del 1964 che queste catene, queste barriere vengono abbattute. Ma bisogna fare di più che limitarsi a dire sulla carta che le barriere vengono abbattute.

Considero quindi la DEI una sorta di progetto pluridecennale sulla scia del Civil Rights Act per realizzare concretamente le promesse della legge. E questo può includere tutto, dalle strategie di reclutamento mirate, all'ampliamento delle materie che studiamo, ai tentativi concertati di far sì che la professione rifletta effettivamente la demografia reale della popolazione, e così via. Ma considero la DEI una sorta di insieme di strumenti per mantenere questa promessa, strumenti proattivi per invertire l'esclusione storica, ma anche per combattere la discriminazione che ancora oggi si verifica all'interno di queste professioni. E aggiungerei una cosa, però, e questo è un po' un rimando al punto di David sulla crisi creata.

L'unica cosa riguardo alla DEI a cui penso che dobbiamo stare attenti come ampi sostenitori, qualunque cosa pensiamo, è che l'elasticità del termine è stata anche, credo, sfruttata da alcune delle persone che stanno emanando alcuni di questi ordini esecutivi di cui hai parlato. Diventa una sorta di termine fantasma, che tutto e niente sia DEI. E quindi, che siamo tutti d'accordo o meno su cosa costituisca la DEI, c'è un numero incredibile di cose che vengono ammassate sotto questo ombrello di DEI. E quindi è diventato una sorta di

termine spauracchio, e questo mi preoccupa. Sono contento che tu abbia sollevato la questione di cosa sia. Per loro, sembra trattarsi di una gamma di attività in continua espansione.

David Ansell : Se potessi aggiungere solo un secondo, perché apprezzo quello che hai detto. Ma giusto per chiarire l'atto, perché questo ordine esecutivo parlava di un ritorno alla meritocrazia. E voglio solo dire, come DEI, che nella mia istituzione, ma in gran parte in tutto il paese, non si è mai trattato di preferenza. Si trattava di correggere squilibri di lunga data e garantire equità di trattamento e opportunità, nel modo in cui l'abbiamo certamente vista, ed è stata travisata. Ecco perché dico che è stata costruita, come se in realtà si stesse dando preferenza in base all'identità. E niente potrebbe essere più lontano dalla verità.

Lisa Cooper : Sono così contenta che David abbia sollevato questo punto, perché credo che uno dei malintesi fondamentali sulla DEI sia la percezione che sia intesa come un dono, in qualche modo, per certi gruppi di persone, quando in realtà è un rimedio o qualcosa per riparare i danni del passato. E credo che uno dei motivi per cui abbiamo difficoltà a comprendere realmente il valore della DEI sia perché non c'è mai stata una vera ammissione dei torti e dei danni che esistevano. E finché non lo faremo davvero e non riconosceremo che lo scopo della DEI era quello di porre rimedio a quei danni e riconosceremo davvero che quei danni si sono verificati, continueremo con questa falsa narrazione sul fatto che la DEI sia in qualche modo un dono e in qualche modo un trattamento preferenziale per certi gruppi, quando in realtà è un rimedio per un trattamento ingiusto che esiste da molto, molto tempo.

Crystal Cené : Sì, ti ringrazio. Apprezzo molto che tu l'abbia sollevato, perché credo che sia uno dei malintesi fondamentali. Inoltre, penso che Merlin, se posso chiamarvi per nome, il tuo punto sulla formulazione e su come descriviamo la questione sia davvero efficace. Ad esempio, non dico più "DEI". Dico "diversità, equità e inclusione", perché credo che quando lo si abbrevia con DEI, ci sono stati alcuni studi condotti sulle persone; quando si chiede loro se credono nei valori di diversità, equità e inclusione, universalmente, si ottiene una maggioranza di persone che crede in quei valori della nostra società. Ma quando si chiede loro se sostengono la DEI, la stragrande maggioranza risponde di no. Quindi penso che questo dimostri davvero l'uso improprio del termine e l'importanza di elevare ciò che questi valori rappresentano, invece dell'uso improprio di "DEI", che è stato certamente politicizzato e strumentalizzato.

2: Reazione e risposta

Crystal Cené : E credo che abbiate tutti sollevato una delle questioni che volevo chiedervi, ovvero che sappiamo che c'è sempre stata resistenza a questo lavoro in molti modi. Ma cosa pensate che giustifichi davvero una reazione così forte, e pensate che questo vada oltre ciò che abbiamo mai visto prima? Quindi inizierò da te, Merlino, se vuoi affrontare questo aspetto per primo.

Merlin Chowkwanyun : Credo che ci siano ragioni a breve e lungo termine. Quindi credo che ci sia stata una reazione negativa ai vari tentativi di, non so quale metafora usi, ampliare il campo di gioco, essere più inclusivi, azioni positive, ecc. Questa è stata una reazione negativa, e una reazione molto ben organizzata, per 30 o 40 anni. Credo che una cosa a cui penso sempre in questi dibattiti sulla DEI, per quanto riguarda il punto di Lisa sul fare i conti con la storia, è che il caso *Bakke* del 1978, che ha vietato le quote razziali ma ha anche affermato in generale, credo, quello che chiameremmo lavoro DEI e azioni positive in particolare, era un caso di facoltà di medicina. E alcune delle persone che si sono schierate con la parte attrice in quel caso hanno visto, come ha detto Lisa, questi sforzi come "elemosine" e altri tipi di stereotipi e caratterizzazioni grossolane. Quindi questo sforzo è in realtà in fermento, credo, proprio da quel caso.

Direi che la reazione a breve termine è qualcosa con cui tutti stiamo facendo i conti, ovvero il 2020. C'è una sorta di ammasso di cose intersecate: la politica Covid, l'ostilità verso le competenze, l'ostilità verso le istituzioni d'élite, vari tipi di risentimenti profondi. E non sono del tutto... non sono iniziati tutti nel 2020, ma sembra che il 2020 ne abbia solo tirato fuori molto. Una delle cose che mi colpisce quando leggo cose anti-DEI è che c'è anche la sensazione che alcune persone vengano ammesse a istituzioni o professioni d'élite in modo ingiusto o con un incentivo, e perché non otteniamo questo incentivo, ecc. Quindi penso che molte di queste tendenze si siano sviluppate sia a breve che a lungo termine.

Crystal Cené : Sì.

David Ansell : Vorrei passare alla parte sui risultati. Tanto per cominciare, credo che abbiamo l'obbligo di spiegare cosa intendiamo con le nostre parole. E credo che ci siano state probabilmente delle scorciatoie, e certamente la narrativa sulla DEI ci ha impedito di parlare di ciò che intendiamo veramente: che tutti meritano una giusta possibilità di raggiungere la salute. Ma voglio sottolineare un'altra cosa: quando si parla di, ovviamente, la razza in sé è un costrutto sociale, non è una cosa reale. Tuttavia, l'impatto delle condizioni e del luogo in cui le persone vivono, lavorano, si divertono, ma anche l'impatto generazionale ha un impatto sulla salute, e lo apprezziamo. E certamente, se fai parte di un gruppo che è stato razzializzato e soggetto a tali condizioni, ne incarna gli effetti, e questo influenzerà la tua salute. Ma succede anche ad altre persone che hanno dovuto affrontare tali condizioni.

E se guardiamo solo in generale agli Stati Uniti, abbiamo un'aspettativa di vita molto diversa da quella degli altri paesi sviluppati, e questo riguarda tutti. In generale, afroamericani e nativi americani si trovano in fondo alla scala dell'aspettativa di vita negli Stati Uniti. Tuttavia, ci sono ampie fasce di bianchi senza istruzione universitaria negli Stati Uniti che muoiono a tassi senza precedenti dall'inizio degli anni 2000. In altre parole, le loro comunità sono state svuotate, stanno affrontando alcuni degli stessi fattori di stress. E mi chiedo se questa esperienza sia alla base di parte di questo pezzo critico. Ma l'esperienza che impariamo affermando che c'è un impatto storico di fattori come il razzismo strutturale e il redlining può aiutare a capire come altre comunità potrebbero riprendersi o affrontare le condizioni in cui si trovano. Quindi, per aggiungere qualcosa a quanto detto da Merlino.

Lisa Cooper : In realtà volevo intervenire su questo punto di questa reazione negativa contro la DEI. E volevo solo sottolineare o osservare che non si limita agli Stati Uniti. Questa reazione negativa la stiamo vedendo a livello globale. E penso che abbia a che fare con molti fattori sociali complessi. Uno di questi, credo, sono proprio le drammatiche disuguaglianze che vediamo, disuguaglianze sociali, in tutto il mondo. Quindi, all'interno dei singoli paesi e tra i paesi, si verificano enormi divari di opportunità per le persone, opportunità economiche, istruzione e, di conseguenza, salute. E sappiamo solo dalle scienze sociali che quando ci sono queste notevoli disuguaglianze, questo è un catalizzatore per il conflitto sociale. E quindi, quando si verificano questo tipo di tensioni tra gruppi sociali, è più facile per una figura politica intervenire e sfruttare questo tipo di tensioni e far sembrare alle persone che la ragione per cui stanno vivendo la situazione in cui si trovano sia dovuta ad altre persone.

E penso che a causa dei modelli migratori in tutto il mondo, delle persone che cercano di ottenere migliori opportunità per sé stesse, si sia arrivati a un punto in cui c'è così tanta tensione tra i gruppi che chiunque voglia cercare di identificare una potenziale causa di questi problemi deve dire: "Sapete cosa? È perché ci sono tutte queste persone diverse che arrivano qui e vi portano via cose che vi appartengono". Quindi penso che abbiamo visto questo non solo negli Stati Uniti, ma anche a livello globale. Volevo solo riconoscerlo.

Crystal Cené : Grazie, Lisa, per aver condiviso questo. E credo che tu abbia ragione. E volevo riprendere un punto che è stato sollevato prima, credo, riguardo alla strategia. E credo che vediamo molta più strategia da parte di chi è contrario a questo lavoro. Ci hanno pensato, hanno i loro punti di discussione, hanno tutte queste cose allineate per sottolineare davvero il motivo per cui, come hai detto, Lisa, la tua situazione è grave a causa di quest'altro gruppo e di ciò che sta ottenendo. E penso, David, penso che una delle sfide che incontriamo quando parliamo di questo lavoro e diamo quella definizione così importante di equità nella salute – opportunità giuste ed eque per essere il più sani possibile – credo che ci siano delle vere e proprie differenze filosofiche su cosa costituisca equità. E credo che sia qui che ci sono persone che intervengono e dicono davvero: "Beh, giusto – giusto è *ingiusto* per te".

Quindi penso che dobbiamo riflettere su come far arrivare i nostri messaggi, farli arrivare in modo più chiaro e accrescere quella conoscenza storica che so che ognuno di voi in questa chiamata possiede. Ma dobbiamo farla arrivare alle masse e all'americano medio, se vogliamo. Perché penso che quando non lo facciamo, rischiamo davvero che qualcuno intervenga, come hai detto tu, Lisa, e modifichi e controlli la narrazione. E quindi penso che sia qualcosa che dobbiamo assolutamente fare.

3: Impatto fino ad oggi

Crystal Cené : Quindi volevo parlare un po' di voi, avete iniziato a parlare di risultati e di come rifletterci non solo in ambito sanitario, ma anche in altri ambiti della scienza e della medicina. E sono curiosa: cosa avete visto? Quali sono stati i reali impatti che avete visto nelle vostre organizzazioni o, mentre osservavate questo sviluppo, i reali impatti del movimento anti-diversità, equità e inclusione, delle politiche nei settori in cui operate? Quali sono stati gli impatti? Forse ce ne sono alcuni che conosciamo perché ne abbiamo letto, ma altri che la gente potrebbe non sapere.

Merlin Chowkwanyun : Direi un clima di paura e autocensura. Sono uno storico del periodo McCarthy degli anni '50, quando diverse persone, tra cui attivisti per i diritti civili, furono cacciate dal lavoro perché si pensava che l'attività per i diritti civili fosse associata al comunismo e ad altri tipi di sgradevoli avvenimenti. Ma uno degli aspetti del periodo McCarthy che, a mio avviso, è meno apprezzato non è solo la censura attiva da parte del governo o il licenziamento. È l'autocensura, e la paura che, se si intraprende questo tipo di lavoro, si possa finire per essere presi di mira. E lo ammetto, ho avuto un momento di difficoltà all'inizio di quest'estate: insegno la storia della razza e del razzismo nella sanità pubblica nel mio corso. Mi sono chiesto: dovrei continuare a insegnare questo argomento o dovrei ripulirlo? L'idea mi è venuta in mente all'improvviso, e so che è venuta in mente a molte persone che fanno questo lavoro, preoccupate di perdere i finanziamenti, di apparire su qualche sito web dove il loro nome potrebbe diffondersi su Internet e sui social media, e così via. Quindi direi che l'autocensura è una cosa che ho visto. Ma al di là di noi nel mondo della ricerca, per me, la cosa più orribile che ho visto è che istituzioni mediche di lusso voltano le spalle al nostro dibattito sulla DEI, alle persone trans. Ci sono molti posti che hanno smesso di offrire cure di affermazione di genere, e che ora stanno tornando indietro perché temono di essere presi di mira o perché è stato detto loro che devono farlo. Questo è qualcosa che trovo piuttosto allarmante, ed è certamente qualcosa che si sente a livello locale. Ci sono persone, a causa di queste cose che hai menzionato, che non ricevono il tipo di assistenza medica di cui hanno bisogno.

David Ansell : È piuttosto interessante vivere questo momento. Mi piace autodichiarare di essere nato sotto le leggi Jim Crow. Era la legge del paese, separati e uguali. Sono nato ed ero un ragazzino, *Brown e il Board of Education*, molto giovane, e giovane quando il Civil Rights Act – sai, vivi questi momenti in cui la separazione razziale era accettabile. E come medico e come leader, mi sono sempre concentrato su come iniziare a muovere i risultati. Perché, indipendentemente dall'ambiente, i risultati devono essere affrontati. Nel nostro approccio a questo – quindi sono passato dall'essere un primario medico, dove tutto ruotava attorno alla misurazione della qualità, e siamo un'istituzione di altissima qualità, siamo uno dei 20 ospedali più prestigiosi. Eppure le osservazioni che abbiamo fatto al nostro consiglio di amministrazione e ai nostri leader qui erano che le persone stavano letteralmente morendo fuori dalle nostre porte a causa di malattie comuni.

E a proposito, vorrei sottolineare che è sempre stato sotto i Democratici, perché siamo Chicago. Era come, cerca chi puntare il dito contro – possiamo puntare il dito contro noi stessi. Ma come affrontiamo questa situazione? Quindi il nostro approccio a questo, insieme alla DEI, che è diversità, equità, inclusione, pensa davvero all'equità sanitaria, che adottando lo stesso approccio per renderci un posto di alta qualità, fare di più in questo senso era importante, ma non avrebbe risolto il problema dei risultati sanitari. E così, diversi anni fa, abbiamo iniziato a riflettere sulle aree geografiche e sull'impatto delle condizioni e su come avremmo potuto influenzarle. E questo ci ha portato a usare, ancora una volta – a proposito, le parole "equità sanitaria", se parli con il pubblico, non hanno idea di cosa stai parlando. "Salute" significa salute individuale, ed "equità" significa un acconto o qualcosa del genere.

Ma se potessimo parlare con le persone delle condizioni nei quartieri, e se potessimo iniziare a influenzare queste condizioni in termini di occupazione, alloggio, accesso all'assistenza sanitaria e altro ancora, potremmo fare la differenza. Questo ha iniziato a risuonare. Ed è anche, direi, il lavoro giusto che dovremmo fare su questa intersezione tra erogazione e salute della comunità. "Niente su di noi senza di noi", guidato dalla comunità. E nell'ultimo decennio, abbiamo lavorato molto in questo ambito e possiamo evidenziare l'impatto che sta iniziando ad avere.

E penso che, come organizzazione, possiamo contare su questa fiducia, credo, sul fatto che la qualità e la sicurezza nell'assistenza sanitaria siano davvero importanti. Ma analizzare i dati, disaggregandoli per individuare chi prospera e chi no, come mezzo per migliorare, è così profondamente radicato nel nostro lavoro che non possiamo semplicemente ignorarlo. Se vogliamo che il nostro Paese sia sano, dobbiamo davvero affrontare le condizioni che rendono le persone malate. Ovviamente, alcune di queste si basano su realtà storiche di razzismo strutturale e altre disuguaglianze strutturali. E altre su aspetti attuali di comunità che hanno perso le strutture economiche che hanno permesso loro di essere sane.

Crystal Cené : Ok, grazie, David, hai davvero evidenziato un paio di aspetti che volevo sottolineare. Hai menzionato l'importanza di concentrarsi sulla comunità e sulla geografia, che, come sappiamo, in realtà non sono aree che dovrebbero destare preoccupazione. Sono certamente dove risiedono molte delle nostre disuguaglianze, nei luoghi in cui le persone risiedono, vivono, si divertono, lavorano e svolgono le loro attività. Quindi penso che sia un punto davvero valido. L'altro aspetto di cui hai parlato riguardava l'importanza di disaggregare i dati.

Una delle cose che mi preoccupa davvero è che sto notando molta più esitazione e preoccupazione all'interno dei sistemi sanitari proprio riguardo al concetto di disaggregazione dei dati, perché le persone pensano che sia in qualche modo vietato. Quindi vorrei usare questo per riflettere su quali siano alcuni dei malintesi di cui, secondo voi, le persone siano vittime e che potrebbero effettivamente ostacolare i nostri progressi in questo lavoro. E questo è certamente uno di quelli che ho visto. Alcuni dei miei team qui hanno detto: "Oh no, non possiamo stratificare i nostri dati, non possiamo farlo. Non possiamo guardare a quei dati attraverso una lente di equità perché ora è illegale". Quindi ci sono altre conseguenze indesiderate o quali sono alcuni di quegli impatti che state osservando?

Lisa Cooper : Uno dei danni che vedo non è solo l'ansia e la preoccupazione di commettere qualcosa di illegale. Credo che le persone, in particolare quelle che appartengono a gruppi storicamente emarginati, sentano di non contare più nulla, che la loro identità non abbia valore per le istituzioni in cui operano. Si sentono in un certo senso abbandonati dalle istituzioni a causa di questa sorta di censura che le persone hanno esercitato sulle proprie azioni e comportamenti. E di una sorta di ritrattazione degli impegni presi in precedenza.

Quindi penso che sia dannoso non solo per le persone che appartengono a questi gruppi, ma anche per chi svolge questo lavoro da molto tempo, sentire che l'impegno a livello istituzionale non è più presente. Alcuni di questi cambiamenti comportano una perdita di risorse. Quindi sta danneggiando i programmi: programmi clinici, programmi di sensibilizzazione della comunità e programmi di supporto alla comunità. E sta danneggiando la ricerca, la produttività e l'innovazione della ricerca, a causa dell'incertezza su ciò che si può dire e ciò che non si può dire, ciò che si può studiare e ciò che non si può studiare. E ha davvero rallentato il progresso.

Crystal Cené : E vorrei riprendere questo argomento, perché hai iniziato a parlare di alcuni degli impatti del movimento, del movimento anti-diversità, equità e inclusione, e di queste politiche se non cambiamo rotta. E hai parlato un po' di ricerca e assistenza clinica, ma volevo chiedere a David o a Merlin: ci sono altre cose che state osservando? Quali sono gli altri impatti che questi sforzi stanno avendo sulle nostre organizzazioni e sulle nostre istituzioni?

Merlin Chowkwanyun : Beh, direi che una cosa è semplicemente la paura, in particolare tra i giovani studiosi che potrebbero non avere il grado che consente loro una certa protezione da questo genere di cose. Ma anche la sola esistenza dei dati in sé è ora una preoccupazione. Per fortuna ci sono alcuni sforzi davvero eroici in corso in questo momento per preservare i set di dati che il governo ha estratto o minacciato di estrarre da archivi governativi di lunga data su istruzione, salute e una serie di altre cose. Ma non c'è progetto senza dati. Quindi penso che questa sia una seconda preoccupazione. E poi l'ultima è semplicemente la realtà materiale. Per alcuni di questi tipi di studi, servono i fondi per pagare le persone che raccoglieranno i dati, per analizzarli: le risorse di base vengono tagliate da un giorno all'altro per questo.

Direi che un potenziale lato positivo di tutto questo è che – e non credo che tutti saranno necessariamente d'accordo – ho la sensazione che negli ultimi 10 anni circa, alcune ricerche sulle disparità razziali o sull'equità

sanitaria abbiano iniziato a diventare un po' derivative. Si tratta di dati interessanti e descrittivi su casi particolari o malattie specifiche. Ma non so se stiamo imparando molto di nuovo solo sui fondamenti. Quindi una delle cose che potrebbe essere interessante – di nuovo, un lato positivo, e ultimamente cerco lati positivi ovunque – è che potremmo effettivamente prendere in considerazione altri tipi di ricerca oltre all'epidemiologia quantitativa, alla modellizzazione e cose del genere.

E uno di questi, spero, è uno studio di tipo più antropologico e storico che possa aiutarci a comprendere la politica di questo momento, perché certe persone sostengono certe opinioni sulla DEI, quali sono stati i precedenti storici. Questa è una ricerca che a volte è difficile da inquadrare in una sorta di schema epistemologico, ma una cosa che ho visto è che le persone, ok, non hanno i set di dati tradizionali. Non possono più fare studi longitudinali. I finanziamenti sono spariti, i dati vengono distrutti. Ma ci sono cose che possiamo ancora fare che sono incredibilmente generative, credo. Quindi questo è il mio lato positivo in un periodo altrimenti triste.

David Ansell : Se posso, solo per rispondere al Dott. Cooper, una nota qui. C'è molta paura, e molta di questa è stata ritirata, e voglio menzionarla. Perché penso che ci sia. E penso che ci sia stata molta elaborazione politica in corso d'opera, come cosa si può guardare e cosa non si può guardare. In realtà, la sentenza della Corte Suprema *SFFA contro Harvard* del 2023 riguardava le preferenze razziali nelle ammissioni. E non si trattava di disaggregare i dati – voglio solo tornare al tuo punto. E onestamente, sono i dati a doverci guidare.

.....

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2514402?emp=marcom>

THE LANCET Regional Health
Europe

Forum europeo della salute di Gastein (EHFG) 2025

Ivana Nedic, Parco Rebekka

L' [European Health Forum Gastein](#) (EHFG) 2025, tenutosi a Bad Hofgastein, in Austria, dal 30 settembre al 3 ottobre, ha riunito responsabili politici, esperti in materia di salute e leader della società civile sul tema "Ripensare la solidarietà in ambito sanitario: risanare il contratto sociale incrinato dell'Europa". Il forum ha evidenziato un momento critico per i sistemi sanitari europei, evidenziando le crescenti pressioni e le soluzioni emergenti. Ivana Nedic e Rebekka Park evidenziano alcuni spunti chiave emersi dall'incontro.

Ripensare la solidarietà in ambito sanitario

La [prima sessione plenaria](#), intitolata al tema di quest'anno, "Ripensare la solidarietà in ambito sanitario", ha dato un tono urgente, con i relatori che hanno avvertito che i sistemi di solidarietà europei si trovano ad affrontare una pressione senza precedenti a causa dell'aumento dei bilanci per la difesa, dei costi della transizione climatica e dell'automazione basata sull'intelligenza artificiale.

Il presidente dell'EHFG, Clemens Martin Auer, ha descritto questo come un momento cruciale e ha chiesto una rinnovata consapevolezza sociale per salvaguardare i principi di solidarietà e democrazia che sono alla base dello stile di vita europeo.

Sandra Gallina, Direttore generale per la Salute e la Sicurezza Alimentare della Commissione Europea, ha sottolineato l'urgenza di rafforzare l'accesso, l'accessibilità economica e l'equità nell'assistenza sanitaria, mentre Pamela Rendi-Wagner, Direttrice del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), ha esortato all'ottimismo e alla responsabilità condivisa.

È emerso un consenso sul fatto che ricostruire la fiducia tra istituzioni e cittadini sia essenziale per sostenere la solidarietà. I relatori hanno sottolineato che la salute dipende non solo dai sistemi di assistenza, ma anche da politiche sociali ed economiche più ampie, che richiedono un'azione coordinata e intersettoriale per proteggere l'equità.

L'Unione Europea della Salute

Nella [sessione "L'Unione Europea della Salute: più forti insieme con le reti in azione"](#), esperti di diverse reti dell'UE hanno esplorato strumenti che rafforzano la preparazione e la prevenzione contro le minacce per la salute. Nel suo discorso introduttivo, Sandra Gallina ha ribadito l'istituzione di una nuova iniziativa di rete, il [Piano Europeo per la Salute Cardiovascolare](#), modellato sul Piano Europeo per la Lotta al Cancro e incentrato sulla prevenzione, la diagnosi precoce e il trattamento della principale causa di morte in Europa. Il piano completo sarà disponibile entro la fine dell'anno.

Il Gruppo Direttivo per la Carenza di Medicinali, che monitora e prevede le carenze, ha sottolineato l'imminente [Legge sui Medicinali Critici](#), ampliandone il mandato con un mandato di appalto per coordinare e gestire proattivamente le carenze critiche.

Salute per le persone in situazioni vulnerabili

Il [workshop su "Salute per le persone in situazioni vulnerabili"](#) ha discusso soluzioni per affrontare le disuguaglianze all'interno del pilastro sociale europeo. Le discussioni si sono basate sui risultati dell'ultimo [rapporto "Disuguaglianze sociali nella salute nell'UE"](#), redatto da EuroHealthNet in collaborazione con il Centre for Health Equity Analytics. Il rapporto ha rilevato che quasi un terzo degli europei dichiara di godere di una salute non proprio buona e che le disuguaglianze tra i gruppi socioeconomici continuano ad aumentare.

Thomas Maribo, professore di riabilitazione presso l'Università di Aarhus, ha spiegato come gli interventi socialmente differenziati si stiano allontanando da un'assistenza incentrata sulla diagnosi verso modelli incentrati sulla persona che tengono conto del contesto sociale. Kristine Sørensen dell'International Health Literacy Association ha sottolineato non solo l'importanza dell'alfabetizzazione sanitaria individuale, ma anche dell'alfabetizzazione sanitaria sistemica, in cui i sistemi sono progettati per ascoltare e accogliere le persone a rischio.

Freek Spinnewijn, direttore della Federazione europea delle organizzazioni nazionali che lavorano con le persone senza fissa dimora, ha incoraggiato il pubblico ad approfondire la comprensione della vulnerabilità sociale e dell'emarginazione.

Ha osservato che le principali iniziative sanitarie dell'UE attualmente escludono le persone senza fissa dimora. Le riflessioni del panel contribuiranno a definire il nuovo [piano d'azione](#) per il pilastro europeo dei diritti sociali.

Una nuova era per la geopolitica

La sessione plenaria, intitolata "[Una nuova era per la geopolitica: quali implicazioni per un'Unione sanitaria europea più ambiziosa?](#)", ha esplorato come le mutevoli dinamiche globali stiano rimodellando la politica sanitaria. I relatori hanno sottolineato che l'Europa si trova ad affrontare sia rischi che opportunità, con l'indebolimento della cooperazione multilaterale e l'evoluzione delle norme globali.

Il Commissario europeo per la Salute e la Sicurezza Alimentare, Olivér Várhelyi, ha sottolineato che una popolazione sana è alla base della competitività e ha sollecitato un passaggio da politiche reattive a politiche preventive.

I relatori, tra cui Ilona Kickbusch e Natasha Azzopardi Muscat, hanno delineato le priorità per l'Unione sanitaria: dall'equità e dalla chiarezza strategica a una leadership sanitaria globale più forte.

Sanja Šišović dell'Organizzazione Internazionale per la Salute dei Giovani ha posto l'accento sul coinvolgimento dei giovani e sulla solidarietà intergenerazionale, evidenziando gli effetti dei conflitti, dei cambiamenti climatici e della sfiducia istituzionale sulla salute e il benessere dei giovani. La sessione plenaria ha concluso che l'Europa deve essere più strategica e inclusiva nella salute globale per un futuro più equo.

Fine della vita, fine dell'autonomia?

La sessione su "[Fine vita, fine autonomia? Esaminare la realtà dell'attuale paradigma di fine vita](https://www.thelancet.com/journals/lanpe/article/PIIS2666-7762(25)00313-8/fulltext)" ha esaminato come le cure di fine vita riflettano il contratto sociale, con i servizi pubblici al centro della dignità e dell'equità. Giovanna Marsico, Direttrice del Centre National pour la Fin de Vie et les Soins Palliatifs, ha sottolineato che le decisioni sulle cure di fine vita richiedono un dibattito democratico, poiché l'accesso non dovrebbe dipendere da reddito, codice postale o diagnosi.

Ha aggiunto che i dibattiti politici spesso trascurano i bisogni sociali, culturali e spirituali.

La sessione ha sottolineato la tensione tra l'autonomia individuale nel morire e gli imperativi sociali, etici e medici per preservare la vita. Dheepa Rajan dell'Osservatorio europeo sui sistemi e le politiche sanitarie ha sottolineato che il dibattito deve estendersi oltre i professionisti sanitari. La sessione ha concluso che il mantenimento della dignità e della qualità della vita richiede partnership più solide, politiche inclusive e il riconoscimento dei bisogni sia medici che non medici.

Le sessioni qui evidenziate offrono uno scorcio di quanto discusso all'EHFG 2025 e invitiamo i lettori ad ascoltare le registrazioni di questo incontro.

Il contesto politico ed economico europeo sta attraversando profondi cambiamenti che mettono i paesi sotto forte pressione di bilancio, con ripercussioni senza precedenti sui sistemi sanitari.

Le discussioni all'EHFG hanno tuttavia chiarito che l'equità sanitaria e la giustizia sociale devono rimanere elementi non negoziabili, mentre le parti interessate di tutti i settori ripensano la solidarietà in ambito sanitario.

[https://www.thelancet.com/journals/lanpe/article/PIIS2666-7762\(25\)00313-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpe/article/PIIS2666-7762(25)00313-8/fulltext)

THE LANCET *Regional Health*
Europe

La ricetta di Gastein: la salute come via di rinnovamento dell'Europa

Martin McKee

Ogni anno, negli ultimi 28 anni, i membri della comunità sanitaria europea, tra cui responsabili politici, ricercatori, leader della società civile e innovatori, si riuniscono al Forum Europeo della Salute, che si tiene nella valle austriaca di Gastein, per affrontare alcune delle più grandi sfide del momento. Quest'anno, il tema era "Ripensare la solidarietà in ambito sanitario: risanare il contratto sociale frammentato dell'Europa". 1 I partecipanti erano animati da un senso di urgenza e determinazione. In un contesto di instabilità geopolitica, difficoltà economiche e rapidi cambiamenti tecnologici, i presenti si sono confrontati con le fratture emergenti nel tessuto sociale del continente. 2

Tuttavia, allo stesso tempo, sapevano che la salute è sempre più considerata un pilastro della fiducia e della coesione sociale, con crescenti prove che il peggioramento della salute erode la fiducia nella democrazia e nelle istituzioni, creando terreno fertile per i politici populistici. 3

La domanda che si poneva ai partecipanti a Gastein era come rivitalizzare la solidarietà in un'epoca segnata da disillusione, disuguaglianza e dinamiche globali in evoluzione.

Il Presidente del Forum, Clemens Auer, ha delineato il contesto nel suo discorso di apertura concentrandosi su una profonda preoccupazione comune: l'erosione del contratto sociale europeo, in cui le persone sacrificano un certo grado di libertà individuale in cambio della protezione dello Stato.

Questo accordo non scritto, ancorato a obblighi reciproci tra individui, istituzioni e Stato, ha a lungo sostenuto i sistemi di welfare e la stabilità democratica del continente. Eppure oggi la solidarietà, il suo principio fondamentale, è sotto assedio.

È attaccata da coloro che diffondono disinformazione online, interferiscono nelle elezioni e sostengono politici estremisti che si oppongono al modello sociale europeo. Ulteriori pressioni derivano dall'imperativo

europeo di aumentare la spesa per la difesa fino al 5% del PIL e dalle minacce poste dalle guerre russe, sia convenzionali, come quelle in Ucraina, sia ibride (che combinano la forza militare convenzionale con azioni innovative come attacchi informatici e disinformazione). [4](#)

Le pressioni economiche derivanti dai costi dell'azione per il clima e dall'invecchiamento demografico mettono ulteriormente a dura prova i bilanci pubblici. Nel frattempo, la rivoluzione tecnologica, in particolare l'ascesa dell'intelligenza artificiale e dell'automazione, minaccia i mercati del lavoro e le basi imponibili che finanziano il modello solidale.

La disillusione politica e l'ascesa del populismo incrinano ulteriormente la fiducia nelle istituzioni.

Auer ha concluso chiedendo una rinnovata attenzione alla salute come forza unificante. Ha sostenuto con forza che i sistemi sanitari possono contribuire a ricostruire la coesione sociale e a ripristinare il senso di scopo condiviso che la solidarietà richiede, promuovendo equità e resilienza.

Politiche come il Piano europeo contro la povertà, il Piano d'azione per il Pilastro europeo dei diritti sociali e il Critical Medicines Act sono strumenti per garantire che nessuno venga lasciato indietro. Il messaggio è chiaro: la solidarietà deve essere integrata in ogni livello della governance sanitaria.

Tuttavia, come discusso nella seconda sessione plenaria, ciò sarà impegnativo in un contesto globale altamente incerto.

Come ci si aspetterebbe da un forum sulla salute, l'attenzione si è concentrata sulle minacce derivanti dai cambiamenti climatici, dagli organismi con potenziale pandemico e dalle migrazioni. Eppure, come hanno notato i membri del pubblico, c'era un elefante nella stanza: Donald Trump. [5](#)

C'erano nette divisioni tra coloro che, nella società civile, si sentivano in grado di denunciare le sue numerose azioni distruttive e coloro che, nei governi e nelle organizzazioni internazionali, si sentivano incapaci di farlo. Tuttavia, in questo mondo incerto, l'Europa deve creare un'Unione Sanitaria più ambiziosa e unita.

L'autonomia strategica in settori come la governance dei dati e le minacce sanitarie transfrontaliere è essenziale non solo per la resilienza interna, ma anche per il ruolo dell'Europa come leader sanitario globale. L'ultima sessione plenaria ha esaminato la premessa secondo cui l'intelligenza artificiale (IA) "cambierà drasticamente, e potrebbe persino cancellare, le fondamenta stesse del contratto sociale così come lo conosciamo".

Sebbene queste tecnologie promettano efficienza e innovazione, rischiano anche di aggravare le disuguaglianze e indebolire i modelli di finanziamento tradizionali.

È apparso chiaro che l'IA solleva interrogativi profondi, ma difficili. Come può l'Europa riformare i propri sistemi fiscali per adattarsi alla digitalizzazione e all'automazione? Quali saranno le implicazioni per il mercato del lavoro? Le generazioni future saranno dequalificate se inizieranno ad affidarsi ad algoritmi che pensino per loro?

Il messaggio del Forum Europeo sulla Salute di Gastein 2025 è inequivocabile: la salute deve essere la pietra angolare di un rinnovato contratto sociale in Europa. In un periodo di frammentazione e incertezza, la solidarietà in ambito sanitario offre una via per ripristinare fiducia, equità e resilienza.

Ma questa trasformazione non può essere realizzata solo dal settore sanitario. Richiede un'azione coordinata tra istituzioni pubbliche, industria privata, società civile e singoli individui.

Ognuno ha un ruolo da svolgere nella salvaguardia dei valori che sostengono i sistemi di welfare europei.

Le discussioni del forum hanno rappresentato non solo una diagnosi delle sfide attuali, ma anche un punto di partenza per ripensare la solidarietà in un mondo in rapido cambiamento.

Dalle Alpi austriache, è stato lanciato un appello a ripensare, ricostruire e rinnovare l'impegno per un futuro in cui la salute non sia un costo, ma un investimento condiviso per il benessere di tutti.

[https://www.thelancet.com/journals/lanpe/article/PIIS2666-7762\(25\)00306-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpe/article/PIIS2666-7762(25)00306-0/fulltext)

La salute degli Europei

The Lancet

Al centro della crisi sanitaria europea ci sono disuguaglianze sanitarie persistenti e in peggioramento. OMS Europa evidenzia che le disparità socioeconomiche si stanno aggravando, esacerbando le disuguaglianze esistenti. La crescente povertà infantile alimenta il rischio di malnutrizione, obesità e cattiva salute mentale. Gli anziani appartenenti a gruppi a basso reddito affrontano un aumento delle malattie croniche, della multimorbidità e dei bisogni di assistenza insoddisfatti (1).

Il 15 ottobre di quest'anno, la Fondazione Patriots for Europe, un'alleanza di destra guidata dal governo ungherese, ha ospitato il lancio dell'iniziativa [Make Europe Healthy Again \(MEHA\)](#) al Parlamento europeo. Come *Make America Healthy Again*, la campagna include politici di estrema destra, operatori sanitari alternativi e attivisti anti-vaccini come il Dr Robert Malone e il Dr Aseem Malhotra. Non dovrebbe sorprendere che un evento del genere abbia avuto luogo. L'erosione della fiducia del pubblico nelle istituzioni governative ha alimentato il sostegno a partiti di estrema destra, populistici, antidemocratici, antiscientifici ed euroscettici in Europa. **Che l'Europa stia affrontando una crisi sanitaria è innegabile.** [Il rapporto 2024 dell'OMS sulla salute in Europa](#) evidenzia una miriade di sfide, aggravate dalla carenza di personale sanitario, dai cambiamenti demografici e dai cambiamenti climatici. **Ma i relatori del MEHA hanno sfruttato il lancio per inveire contro le cosiddette istituzioni totalitarie come l'OMS e la Commissione Europea.** Queste narrazioni opportunistiche servono a distrarre dai veri problemi di salute che colpiscono gli europei.

Molte di queste questioni sono fondamentali. Sebbene la maggior parte dei paesi europei disponga di una copertura sanitaria universale, alcuni requisiti essenziali per una buona assistenza sanitaria rimangono insoddisfatti. Secondo le [statistiche Eurostat](#) del 2024, il **3,6%** delle persone di età pari o superiore a 16 anni nell'UE ha esigenze di assistenza medica insoddisfatte. Sebbene bassa rispetto ad altre regioni del mondo, questa percentuale è aumentata gradualmente negli ultimi anni, passando **dall'1,7% del 2019**. Le tre ragioni più comuni per queste esigenze insoddisfatte sono state le liste d'attesa, i trattamenti troppo costosi o la distanza eccessiva dalla struttura sanitaria più vicina. **I lunghi tempi di attesa** non solo ritardano l'accesso alle cure e ai trattamenti, ma possono peggiorare i risultati sanitari e influire negativamente sulla soddisfazione dei pazienti, creando frustrazione nei confronti del sistema sanitario. Anche **l'assistenza primaria**, un altro pilastro essenziale della salute, è in difficoltà. Un [rapporto del Commonwealth Fund](#) ha rivelato che meno del 50% dei medici di medicina generale in Svezia, Paesi Bassi e Germania segnala livelli adeguati di coordinamento e comunicazione con gli altri operatori sanitari riguardo ai piani di assistenza ai pazienti. Questa cifra è particolarmente problematica in una regione che ha già un'elevata [prevalenza di multimorbidità](#).

Problemi complessi richiedono soluzioni complesse. Una forza lavoro sana e una maggiore capacità digitale sono entrambi di fondamentale importanza. Per iniziare ad affrontare strategicamente la cronica carenza di operatori sanitari in Europa, è necessaria una comprensione più dettagliata del problema. Il [rapporto dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico \(OCSE\) "Health at a Glance: Europe 2024"](#) richiede dati più solidi che quantifichino le specificità della carenza di forza lavoro a livello nazionale e subnazionale. La pandemia di COVID-19 ha evidenziato l'importanza dei sistemi sanitari digitalizzati per migliorare la resilienza. Tuttavia, un rapporto che esamina [la digitalizzazione della sanità pubblica](#) nel Regno Unito e in altri paesi OCSE ha rilevato **che la limitata interoperabilità e la frammentazione della governance dei dati stanno ostacolando la trasformazione digitale.** L'erogazione dei servizi sanitari, la condivisione dei dati e il monitoraggio rimarranno lenti e inadeguati se questi problemi non verranno affrontati.

Al centro della crisi sanitaria europea ci sono disuguaglianze sanitarie persistenti e in peggioramento. [Il documento di base per il Secondo Programma di Lavoro Europeo](#) dell'OMS Europa evidenzia che le disparità

socioeconomiche si stanno aggravando, esacerbando le disuguaglianze esistenti. La crescente povertà infantile alimenta il rischio di malnutrizione, obesità e cattiva salute mentale. Gli anziani appartenenti a gruppi a basso reddito affrontano un aumento delle malattie croniche, della multimorbosità e dei bisogni di assistenza insoddisfatti. Il rapporto raccomanda diverse possibili soluzioni, tra cui un impegno multisettoriale integrato e finanziamenti sostenibili per un accesso accessibile all'assistenza sanitaria. **Fondamentalmente, queste soluzioni riconoscono la natura sistemica e strutturale della radicata disuguaglianza nella salute, un aspetto che non tutte le parti sembrano riconoscere.** In effetti, i commenti del Commissario UE per la Salute e il Benessere Animale, Oliver Várhelyi, al [Forum Europeo sulla Salute](https://www.saluteinternazionale.info/2025/11/la-salute-degli-europei/) di Gastein del 2025, che equiparano l'equità sanitaria alla scelta personale e si concentrano maggiormente sull'accesso alla tecnologia piuttosto che sulle cause sottostanti la disuguaglianza sanitaria, rischiano di semplificare eccessivamente il problema. **Con bisogni di salute così fondamentali insoddisfatti, è comprensibile che i cittadini europei si sentano delusi dai loro sistemi sanitari.** Si può comprendere il desiderio di soluzioni alternative. Ricostruire la fiducia nelle istituzioni pubbliche è fondamentale, affrontando al contempo le urgenti sfide sanitarie dell'Europa con approcci globali e basati sull'evidenza. Le narrazioni offerte da organizzazioni come MEHA potrebbero fungere da sfogo alla rabbia e alla disillusione pubblica, ma non devono essere scambiate per soluzioni realistiche ai bisogni di salute dei cittadini europei.

<https://www.saluteinternazionale.info/2025/11/la-salute-degli-europei/>

quotidiano**sanità**.it

Salute in Europa: 53 Paesi cambiano rotta. Il nuovo piano Oms Europa 2026-2030 punta su equità, prevenzione e sistemi sanitari resilienti

I 53 paesi della Regione Europea dell'Oms hanno adottato all'unanimità il Programma di Lavoro 2026-2030, una strategia condivisa per costruire società più sane ed eque. Il piano, nato da un'ampia consultazione, affronta crisi climatiche, salute mentale e violenza di genere mentre trasforma i sistemi sanitari. Priorità assoluta alla lotta alla carenza di personale sanitario e al potenziamento delle cure primarie, con l'obiettivo di creare servizi resilienti e accessibili a tutti.

31 OTT -

C'è un'ondata di ambizione collettiva che sta attraversando l'Europa, e ha a che fare con la cosa più preziosa: la nostra salute. In un atto di collaborazione, i 53 Paesi della Regione Europea dell'Oms hanno approvato ieri all'unanimità il secondo Programma Europeo di Lavoro (EPW2) per il periodo 2026-2030.

Non è solo un altro documento tecnico. È una mappa d'azione concreta, una "bussola condivisa" – come l'ha definita il Direttore Regionale Oms, **Hans Henri P. Kluge** – per navigare le acque turbolente del nostro tempo e arrivare al 2030 con società più sane, giuste e resilienti.

"Questo accordo è un momento di unità, ambizione e responsabilità - ha affermato il dottor Kluge -. È un'promessa condivisa per proteggere le persone dalle crisi, ridurre le disuguaglianze, sostenere i nostri operatori sanitari, promuovere la scienza e reimmaginare i sistemi sanitari per le generazioni a venire".

La forza di questo piano non sta solo nella sua visione, ma nel modo in cui è nato. È il frutto della consultazione più ampia mai intrapresa dall'Oms/Europa, che ha coinvolto oltre 5000 voci: non solo ministri ed esperti, ma anche medici di base, infermieri, pazienti e cittadini comuni. È una strategia che, per una volta, prova a rispecchiare i bisogni reali delle persone.

E i bisogni, a leggere il documento di base *"Health forward – a future we build together"* che ha ispirato il piano, sono immensi. L'Europa è un continente di paradossi sanitari: viviamo più a lungo, ma spesso quegli anni in più sono segnati da malattie croniche e solitudine. Abbiamo una tecnologia medica d'avanguardia, ma

1 persona su 3 con un disturbo mentale non riceve le cure di cui ha bisogno. Siamo ricchi, ma fino al 24% delle famiglie in alcuni paesi rischia la rovina economica per pagare le cure.

Il nuovo programma non guarda solo alle emergenze pandemiche. Trasforma le lezioni apprese dalle crisi recenti in un'agenda concreta che tocca la vita di tutti i giorni.

Salute e Clima. Ormai è chiaro, il cambiamento climatico non è un'idea astratta, ma un killer che si abbatte soprattutto sui più deboli. Con l'Europa che si scalda al doppio della velocità media del pianeta, il piano prevede di rendere gli ospedali e i servizi sanitari più resilienti a ondate di calore, alluvioni e altre catastrofi, e di spingere per una transizione energetica che pulisca l'aria che respiriamo.

L'epidemia di solitudine e stress. Il piano riconosce che salute mentale e fisica sono due facce della stessa medaglia. L'obiettivo è integrare il supporto psicologico nei luoghi che le persone frequentano ogni giorno, come gli studi dei medici di famiglia e le scuole, combattendo lo stigma che ancora costringe troppi a soffrire in silenzio.

Ospedali e operatori sanitari. C'è una crisi silenziosa che rischia di far collassare tutto: la mancanza di medici e infermieri. Entro il 2030 potremmo avere un buco di 800.000 professionisti. La risposta del piano è una "rivoluzione industriale" nella sanità: usare la tecnologia per liberare gli operatori dalle pratiche burocratiche e restituire loro il tempo per la relazione con il paziente, unica cura che le macchine non potranno mai sostituire.

Violenza sulle donne e cure primarie. Kluge ha voluto inserire nel piano due iniziative speciali, due battaglie di civiltà. La prima è un impegno concreto per porre fine alla violenza contro le donne, riconosciuta anche come una crisi di salute pubblica. Un quarto delle donne nella regione subisce violenza nel corso della vita. I servizi sanitari, spesso primo punto di contatto, devono diventare luoghi sicuri in grado di riconoscere i segnali, offrire supporto e indirizzare le vittime verso un percorso di uscita dalla violenza. La seconda è una spinta a trasformare le cure primarie. Il medico di famiglia, il consultorio, il presidio territoriale devono tornare a essere il perno del sistema, il punto di riferimento fisso per il cittadino in un mondo sanitario sempre più frammentato e complesso. Investire sul territorio non è solo più efficiente, ma è l'unico modo per garantire che nessuno venga lasciato indietro.

In un'epoca di nazionalismi e muri, 53 paesi diversi per cultura, economia e politica estera hanno trovato un terreno comune su ciò che conta davvero. Hanno scelto di non subire il futuro, ma di costruirlo insieme. La strada è in salita ma c'è una nuova mappa condivisa per percorrerla. La salute degli europei, da oggi, ha nuova una bussola.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=133045

Salute avanti – un futuro che costruiamo insieme: documento di base per il secondo programma di lavoro europeo



Abstract

Salute avanti – un futuro che costruiamo insieme: il documento di riferimento per il Secondo Programma di Lavoro Europeo (il Futures Paper) costituisce la base per il Secondo Programma di Lavoro Europeo 2026-2030 (EPW2), che fornisce una visione strategica per definire l'agenda sanitaria della Regione per gli anni a venire. Basato su rigorosi dati scientifici, dati ed evidenze, il Documento valuta i nostri progressi collettivi sugli obiettivi chiave in materia di salute e benessere, anticipando al contempo le tendenze su larga scala e definendo le risposte necessarie per affrontarle. Il Documento è il prodotto di un processo di co-creazione senza precedenti che ha riunito oltre 5000 voci attraverso cinque audizioni pubbliche e ampie consultazioni di rete organizzate dall'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS (OMS/Europa) all'inizio del 2025. Il risultato è una visione lungimirante e partecipativa che identifica le principali forze che influenzano la salute e il benessere nella Regione nei prossimi cinque anni e oltre e definisce un programma d'azione ambizioso.

<https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2025-12847-52621-81537>



NHS England Pronti per il futuro: piano sanitario decennale per l'Inghilterra

Il piano sanitario decennale per l'Inghilterra coglie le opportunità offerte dalle nuove tecnologie, dai farmaci e dalle innovazioni per fornire cure migliori a tutti i pazienti, ovunque vivano e qualunque cosa guadagnino, e un valore migliore per i contribuenti.

Sta apportando 3 grandi cambiamenti al modo in cui funziona il NHS:

- Dall'ospedale alla comunità: più cure saranno disponibili sulla soglia di casa delle persone e nelle loro case
- Dall'analogico al digitale: le nuove tecnologie libereranno il personale dall'amministrazione e consentiranno alle persone di gestire la propria assistenza con la stessa facilità con cui effettuano operazioni bancarie o acquisti online
- Dalla malattia alla prevenzione: raggiungeremo i pazienti prima e renderemo la scelta salutare la scelta più facile

Summary

Il Servizio Sanitario Nazionale (NHS) si trova a un bivio storico. L'inchiesta di Lord Darzi ha rivelato l'enorme portata delle sue attuali fallenze, concludendo che il NHS era in "condizioni critiche". Ha affermato in termini crudi che l'eredità di questo governo è un NHS in cui:

- Molti non riescono a ottenere un appuntamento dal medico di base o dal dentista
- Le liste d'attesa per l'assistenza ospedaliera e territoriale 1 sono aumentate vertiginosamente
- Il personale è demoralizzato e demotivato
- I risultati su malattie mortali come il cancro sono in ritardo rispetto ad altri paesi

Questo è il motivo per cui il NHS si trova ora a un orlo del baratro. Il cambiamento demografico e l'invecchiamento della popolazione⁴ sono destinati ad aumentare ulteriormente la domanda su un servizio sanitario già messo a dura prova. Senza cambiamenti, questo metterà a repentaglio l'accesso e i risultati ancora peggiori, e ancora più persone scelgono di rinunciare al privato, se possono permetterselo. Le persone si chiederanno sempre di più perché pagano così tante tasse per un servizio di cui non usufruiscono,

erodendo il principio di solidarietà che ha sostenuto il Servizio Sanitario Nazionale. Saremo condannati a un servizio scadente per i poveri.

La scelta per il Servizio Sanitario Nazionale è netta: riformare o morire.

Possiamo continuare sulla nostra strada attuale modificando un modello sempre più insostenibile, oppure possiamo intraprendere una nuova direzione e reinventare il Servizio Sanitario Nazionale attraverso un cambiamento trasformativo che ne garantisca la sostenibilità per le generazioni future.

Questo Piano sceglie la seconda opzione. Rappresenta una rottura con il passato.

Questa scelta è stata ispirata dal più grande conversazione sul Servizio Sanitario Nazionale della sua storia.

Negli ultimi 8 mesi, abbiamo parlato con migliaia di dipendenti e cittadini e abbiamo preso in considerazione i 250.000 contributi al sito web Change.NHS.

La conclusione è stata chiara: nessuno difende lo status quo.

Personale e pazienti chiedono a gran voce un cambiamento.

Questo è un Piano per creare un nuovo modello di assistenza, adatto al futuro. Sarà fondamentale per il modo in cui realizzeremo la nostra missione sanitaria. Prenderemo i principi fondanti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) - assistenza universale, gratuita al momento dell'erogazione, basata sul bisogno e finanziata attraverso la tassazione generale - e, partendo da questi fondamenti, reinventeremo completamente il modo in cui il SSN eroga assistenza, in modo che i pazienti abbiano una reale scelta e controllo sulla propria salute e assistenza.

Scienza e tecnologia saranno fondamentali per questa reinvenzione.

Oggi il SSN è indietro sulla curva tecnologica. Questo Piano lo spinge in prima linea. Il SSN del futuro sarà un servizio che offrirà accesso immediato ad assistenza e appuntamenti. Un servizio che predice e previene le malattie, piuttosto che limitarsi a diagnosticarle e curarle.

Un sistema controllato dal paziente, al posto dell'attuale burocrazia statale centralizzata, e in cui il personale in prima linea ha il potere di rimodellare i servizi. Un servizio con i principi e i valori fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale, ma con il know-how di una rete più ampia di tecnologie, scienze della vita, enti locali, società civile e organizzazioni del terzo settore, che lavorano in partnership per migliorare la salute del Paese. Sarà un servizio in grado di ridurre le disuguaglianze sanitarie.

I dati dimostrano che le persone che svolgono lavori operai, che provengono da minoranze etniche, che vivono in zone rurali o costiere o in centri urbani deindustrializzati, che hanno subito violenza domestica o che sono senza fissa dimora, hanno maggiori probabilità di avere un accesso peggiore al Servizio Sanitario Nazionale, esiti peggiori e di morire prematuramente.

Questa è un'ingiustizia intollerabile.

Il nostro Servizio Sanitario Nazionale ripensato sarà progettato per affrontare le disuguaglianze sia nell'accesso che nei risultati, nonché per offrire a tutti, indipendentemente da chi siano o da dove provengano i mezzi per interagire con il Servizio Sanitario Nazionale alle proprie condizioni.

Nonostante l'entità della sfida che ci troviamo ad affrontare, ci sono più motivi di ottimismo che di pessimismo. Il Servizio Sanitario Nazionale è il sistema meglio posizionato al mondo per sfruttare i progressi che stiamo osservando nell'intelligenza artificiale (IA) e nella scienza genomica.

Questo Piano descrive come sfrutteremo questi vantaggi per portare il Servizio Sanitario Nazionale a una posizione di leadership globale. Se abbinato all'eccellenza del nostro Paese in ambito scientifico, innovativo e accademico, il Regno Unito può guidare il mondo nello sviluppo dei trattamenti e delle tecnologie del futuro. Questo Piano porrà il Servizio Sanitario Nazionale (NHS) all'avanguardia nella rivoluzione genomica globale e renderà il Servizio Sanitario Nazionale (NHS) il sistema sanitario più dotato di intelligenza artificiale al mondo. Andremo a monte della malattia e renderemo realtà la medicina di precisione.

Metteremo il Servizio Sanitario Nazionale (NHS) su un piano sostenibile adottando un nuovo approccio basato sul valore, che allinea le risorse per ottenere migliori risultati in termini di salute.

A nostra volta, sbloccheremo benefici economici più ampi per il Regno Unito, contribuendo a reinserire le persone nel mondo del lavoro e costituendo una base per le industrie del futuro. Questo Piano trasformerà il

Servizio Sanitario Nazionale (NHS) in un motore per la crescita economica, piuttosto che semplicemente un beneficiario.

Dall'ospedale alla comunità: il servizio sanitario di quartiere, progettato intorno a te

Se il Servizio Sanitario Nazionale non sembra un servizio unico, coordinato e orientato al paziente, è per una semplice ragione: non lo è. È ospedaliero centrico, distaccato dalle comunità e organizza la sua assistenza in molteplici compartimenti stagni frammentati. Dobbiamo cambiare per fornire un'assistenza continua, accessibile e integrata.

Il servizio sanitario di quartiere è la nostra alternativa. Porterà l'assistenza nelle comunità locali, riunirà i professionisti in team incentrati sul paziente e porrà fine alla frammentazione. In questo modo, rivitalizzerà l'accesso alla medicina generale e consentirà agli ospedali di concentrarsi sulla fornitura di cure specialistiche di livello mondiale a coloro che ne hanno bisogno. Col tempo, si unirà al nostro nuovo servizio sanitario di popolazione basato sulla genomica per fornire un'assistenza predittiva e preventiva che anticipi i bisogni, anziché limitarsi a reagire. Fondamentalmente, il servizio sanitario di quartiere incarna il nostro nuovo principio preventivo secondo cui l'assistenza dovrebbe avvenire il più localmente possibile: digitalmente per impostazione predefinita, a casa del paziente se possibile, in un centro sanitario di quartiere quando necessario, in ospedale se necessario.

Per rendere ciò possibile, intendiamo:

- Modificare il modello di spesa sanitaria. Nel corso di questo piano, la quota di spesa per l'assistenza ospedaliera diminuirà, con investimenti proporzionalmente maggiori nell'assistenza extraospedaliera.
- Questa non è solo un'ambizione a lungo termine. Realizzeremo questo cambiamento negli investimenti anche nei prossimi 3-4 anni, man mano che le aree locali costruiscono ed espandono i loro servizi sanitari di quartiere porre fine alla corsa alle 8 del mattino formando migliaia di medici di base in più e integrando la consulenza online nell'app NHS. Le persone che ne hanno bisogno potranno ottenere un appuntamento con il medico di base in giornata.
- Introdurre 2 nuovi contratti, con implementazione a partire dal prossimo anno, per incoraggiare e consentire ai medici di base di operare su aree geografiche più ampie e guidare nuovi operatori sanitari di quartiere
- Supportare le persone affinché siano partecipanti attivi nella propria assistenza, garantendo che le persone con bisogni complessi abbiano un piano di assistenza concordato entro il 2027
- Almeno raddoppiare il numero di persone a cui verrà offerto un budget sanitario personale entro il 2028
- Al 2029, offrire a 1 milione di persone un budget sanitario personale entro il 2030 e garantire che sia un'offerta
- Universale per tutti coloro che ne trarrebbero beneficio entro il 2035
- Tramite l'app NHS, consentire ai pazienti di prenotare appuntamenti, comunicare con professionisti, ricevere consigli, redigere o visualizzare il proprio piano di assistenza e auto-riferirsi a esami e servizi locali
- Istituire un centro sanitario di quartiere in ogni comunità, a partire dai luoghi dove l'aspettativa di vita in buona salute è più bassa – uno "sportello unico" per l'assistenza ai pazienti e il luogo da cui operano team multidisciplinari
- I centri sanitari di quartiere saranno aperti almeno 12 ore al giorno e 6 giorni alla settimana
- Aumentare il ruolo delle farmacie di comunità nella gestione delle patologie a lungo termine e collegarle alla singola cartella clinica del paziente
- Migliorare l'accesso all'odontoiatria del SSN, migliorare la salute orale dei bambini e aumentare il numero di dentisti del SSN che lavorano nel sistema rendendo il contratto odontoiatrico più attraente e introducendo collegamenti per coloro che hanno ricevuto una formazione nel SSN
- Fornire più cure urgenti nella comunità, a domicilio o tramite centri sanitari di quartiere per porre fine ai pazienti ambulatoriali ospedalieri come li conosciamo entro il 2035
- Porre fine al vergognoso spettacolo dell'assistenza nei corridoi e ripristinare lo standard costituzionale del ssn del 92% dei pazienti che iniziano il trattamento elettivo entro 18 settimane

- Ampliare i servizi di pronto soccorso in giornata e i centri di trattamento d'urgenza congiunti. Aiuteremo i pazienti a prenotare il servizio di pronto soccorso più appropriato per loro, tramite il 111 o l'app, prima di presentarsi, entro il 2028
- Investire fino a 120 milioni di sterline per sviluppare più dipartimenti di pronto soccorso dedicati alla salute mentale per garantire ai pazienti un accesso rapido e in giornata a supporto specialistico in un ambiente appropriato
- Liberare gli ospedali per dare priorità all'implementazione sicura dell'intelligenza artificiale e sfruttare le nuove tecnologie per offrire il meglio dell'assistenza all'avanguardia a tutti i pazienti. Tutti gli ospedali saranno completamente dotati di intelligenza artificiale entro la durata di questo piano.

Dall'analogico al digitale: il potere nelle tue mani.

La tecnologia moderna ci ha dato più potere sulla nostra vita quotidiana. Ma la stessa portata di cambiamento deve ancora arrivare al Servizio Sanitario Nazionale. Questo Piano porterà il Servizio Sanitario Nazionale dall'attuale ritardo tecnologico del XX secolo al leader del XXI secolo che ha il potenziale per essere.

Per raggiungere questo obiettivo, sfrutteremo i vantaggi unici del modello sanitario del Servizio Sanitario Nazionale - dati leader a livello mondiale il suo potere negli appalti e i suoi mezzi per garantire pari accesso - per creare il sistema sanitario più digitalmente accessibile al mondo.

I pazienti avranno un "medico in tasca" sotto forma dell'app NHS, mentre il personale sarà liberato dal peso della burocrazia e dell'amministrazione.

Sfruttando la rivoluzione digitale, saremo in grado di:

- Garantire un accesso rapido a coloro che godono generalmente di buona salute.
- Liberare l'accesso fisico a coloro che hanno bisogni più complessi
- Contribuire a garantire la sostenibilità finanziaria del servizio sanitario nazionale per le generazioni future.
- Per passare "dai mattoni ai clic", faremo quanto segue:
- Per la prima volta in assoluto nel servizio sanitario nazionale, daremo ai pazienti un controllo reale su un unico, sicuro e autorevole account dei loro dati con un'unica cartella clinica per consentire un'assistenza più coordinata, personalizzata e predittiva
- Trasformeremo l'app nhs in uno strumento leader a livello mondiale per l'accesso, l'empowerment e la pianificazione dell'assistenza dei pazienti.
- Entro il 2028, l'app sarà una porta d'ingresso completa per l'intero servizio sanitario nazionale. Attraverso l'app, i pazienti potranno:

- Ricevere consigli immediati per cure non urgenti e aiuto nella ricerca del servizio più appropriato per la prima volta, tramite my nhs gp
- Scegliere il loro fornitore preferito, indipendentemente dal fatto che offra i migliori risultati, abbia il miglior feedback o sia semplicemente più vicino a casa, tramite my choices
- Prenotare direttamente i test ove clinicamente appropriati tramite my specialist e tenere consulenze tramite l'app con my consult
- Gestire i propri farmaci tramite my medicines e prenotare i vaccini tramite my vaccines
- Gestire una condizione a lungo termine tramite my care, accedere e caricare i dati sanitari tramite my health o ottenere supporto extra tramite my companion
- Gestire l'assistenza sanitaria dei propri figli tramite my children o coordinare l'assistenza di una persona cara o di un parente tramite my carer
- Consentire ai pazienti di lasciare un feedback sulle cure ricevute, compilato e comunicato a fornitori, team clinici e professionisti in modo semplice e intuitivo formati
- Utilizzare il monitoraggio continuo per contribuire a rendere la gestione proattiva dei pazienti la nuova normalità, consentendo ai medici di contattare ai primi segni di peggioramento per prevenire un ricovero d'urgenza in ospedale
- Creare "healthstore" per consentire ai pazienti di accedere a strumenti digitali approvati per gestire o trattare le loro condizioni, consentendo alle aziende innovative di collaborare in modo più collaborativo con il servizio sanitario nazionale e gli enti regolatori

- Introdurre l'accesso unico per il personale e ampliare l'uso di tecnologie come gli sbrinatori per liberare il personale dall'attuale carico di burocrazia e amministrazione, liberando tempo per l'assistenza e per concentrarsi sul paziente.

Dalla malattia alla prevenzione: il potere di fare la scelta giusta

Le persone vivono troppo a lungo in cattiva salute, il divario nell'aspettativa di vita in buona salute tra ricchi e poveri sta aumentando⁷ e quasi 1 bambino su 5 lascia la scuola primaria a causa dell'obesità⁸. Il nostro obiettivo generale è dimezzare il divario nell'aspettativa di vita in buona salute tra le regioni più ricche e quelle più povere, aumentandolo al contempo per tutti, e crescere la generazione di bambini più sana di sempre. Questo migliorerà la nostra salute, ma anche garantirà la futura sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale e sosterrà la crescita economica.

Raggiungeremo i nostri obiettivi sfruttando un'enorme energia intersocietaria nella prevenzione.

Collaboreremo con aziende, datori di lavoro, investitori, autorità locali e sindaci per creare insieme un Paese più sano.

In particolare, ci impegneremo a:

- Attuare la nostra legge leader a livello mondiale su tabacco e sigarette elettroniche, che impedirà ai bambini che compiono 16 anni quest'anno (o meno) di vendere tabacco legalmente. Il numero di ragazzi tra gli 11 e i 15 anni che svapano regolarmente è raddoppiato⁹ negli ultimi 5 anni e, per contrastare questa tendenza inaccettabile, interromperemo anche la pubblicità e la sponsorizzazione di sigarette elettroniche e altri prodotti a base di nicotina futures hubs
- Lanciare un piano ambizioso per porre fine all'epidemia di obesità. Limiteremo la pubblicità di cibo spazzatura rivolta ai bambini, vieteremo la vendita di bevande energetiche ad alto contenuto di caffeina ai minori di 16 anni, valuteremo riforme dell'imposta sul settore delle bevande analcoliche per stimolarne la riformulazione; e - per la prima volta al mondo - introdurremo la rendicontazione obbligatoria sulle vendite di alimenti sani per tutte le grandi aziende del settore alimentare. Utilizzeremo tale rendicontazione per fissare nuovi obiettivi obbligatori sulla salubrità media delle vendite
- Ripristinare il valore di healthy start dall'anno finanziario 2026 al 2027, estendere i pasti scolastici gratuiti in modo che tutti i bambini con un genitore che percepisce il credito universale ne siano idonei e aggiornare gli standard alimentari scolastici per garantire che tutte le scuole forniscano cibo sano e nutriente.
- Sfruttare le recenti innovazioni nei farmaci per la perdita di peso e ampliare l'accesso attraverso il servizio sanitario nazionale. Negozieremo nuove partnership con l'industria per fornire l'accesso a nuovi trattamenti sulla base di un "pagamento per l'impatto sui risultati di salute"
- Incoraggiare i cittadini a fare la loro parte, anche attraverso un nuovo programma di premi per la salute per incentivare scelte più salutari. Collaboreremo inoltre con la great run company per avviare una campagna per motivare milioni di persone a muoversi di più regolarmente
- Contrastare il consumo dannoso di alcol introducendo nuovi standard per l'etichettatura degli alcolici. Sosterremo un'ulteriore crescita nel mercato dei prodotti a basso o nullo consumo di alcol
- Uniremo il supporto dei sistemi lavorativi, sanitari e di formazione per aiutare le persone a trovare e mantenere un lavoro. Collaboreremo con tutti gli icb per istituire modelli di acceleratori di salute e crescita
- Ampliare i team di supporto per la salute mentale nelle scuole e nelle università e fornire ulteriore supporto per la salute mentale di bambini e giovani attraverso i giovani
- Aumentare la vaccinazione contro il papillomavirus umano (hvp) tra i giovani che hanno abbandonato la scuola, per sostenere il nostro obiettivo finale di eliminare il cancro cervicale entro il 2040. Implementeremo completamente lo screening per il cancro ai polmoni per coloro che hanno una storia di fumo
- Creare un nuovo servizio sanitario genomico per la popolazione accessibile a tutti, entro la fine del decennio. Implementeremo test genomici neonatali universali e un punteggio di rischio poligenico basato sulla popolazione, insieme ad altri strumenti diagnostici emergenti, consentendo l'identificazione precoce e l'intervento per gli individui ad alto rischio di sviluppare malattie comuni.

Un Servizio Sanitario Nazionale devoluto e diversificato: un nuovo modello operativo

Per realizzare l'ambizione di questo Piano, creeremo un nuovo modello operativo per il NHS, per offrire un servizio sanitario più diversificato e devoluto.

Oggi, il potere è concentrato a Whitehall, piuttosto che distribuito tra operatori locali, personale e cittadini. Le nostre riforme trasferiranno il potere ai luoghi, agli operatori e ai pazienti, sostenute dall'obiettivo esplicito di rendere il NHS il miglior partner possibile e il fornitore di assistenza sanitaria pubblica più collaborativo al mondo.

Per raggiungere questo obiettivo, faremo quanto segue:

- Uniremo la sede centrale del NHS e il Dipartimento della Salute e dell'assistenza Sociale, riducendo del 50% l'organico centrale
- Faremo degli ICB i commissari strategici dei servizi sanitari locali. Rafforzeremo la capacità degli ICB e chiuderemo le unità di supporto alla committenza
- Introdurremo un sistema di autonomia acquisita e, laddove i servizi locali siano costantemente insufficienti, interverremo con un nuovo regime di fallimento. La nostra priorità sarà quella di affrontare le scarse prestazioni nelle aree con i peggiori risultati sanitari. La nostra ambizione, nell'arco di 10 anni, è che un'elevata autonomia sia la norma in ogni parte del Paese

Una nuova trasparenza e qualità: Reinventare il modello di NHS Foundation Trust (FT) per un'era moderna.

Entro il 2035, la nostra ambizione è che ogni fornitore del NHS sia un FT con libertà, tra cui la possibilità di trattenere le eccedenze e reinvestirle, e di indebitarsi per investimenti di capitale. I FT utilizzeranno queste libertà e flessibilità per migliorare la salute della popolazione, non solo per aumentare l'attività

- Creare una nuova opportunità per i migliori FT di gestire l'intero budget sanitario per una popolazione locale definita come un'organizzazione sanitaria integrata (IHO). La nostra intenzione è di designare un numero limitato di queste IHO nel 2026, con l'obiettivo di renderle operative nel 2027. Col tempo, diventeranno la norma
- Stabiliranno standard più elevati per i leader, con retribuzioni legate alle prestazioni e un buon lavoro premiato
- Continueremo a utilizzare la capacità del settore privato di curare i pazienti del SSN dove è disponibile e avvieremo discussioni con i fornitori privati per espandere l'offerta del SSN nelle aree più svantaggiate
- Collaboreremo più strettamente con gli enti locali e altri servizi pubblici locali. Semplificheremo il modo in cui gli enti locali e il SSN collaborano e renderemo gli ICB coerenti con le autorità strategiche entro la fine del Piano ove possibile
- Introdurremo una nuova carta per la scelta del paziente, iniziando dalle aree con maggiore bisogno di salute. Ciò garantirà che il Servizio Sanitario Nazionale sia ricettivo e reattivo alle preferenze, alla voce e alla scelta del paziente
- Sperimentare nuovi "pagamenti basati sul potere del paziente", che costituiscono un nuovo flusso di finanziamento innovativo in cui i pazienti vengono contattati dopo le cure e hanno voce in capitolo sulla decisione se l'intero pagamento dei costi delle loro cure debba essere erogato al fornitore.

La storia del Servizio Sanitario Nazionale (NHS) è costellata di esempi di danni sistematici ed evitabili.

Il fatto comune di queste tragedie è stata una fondamentale mancanza di trasparenza.

Noi faremo del NHS il sistema sanitario più trasparente al mondo.

Da questa base, reintrodurremo una nuova e rigorosa attenzione all'assistenza di alta qualità per tutti. Nello specifico, faremo quanto segue:

- Pubblicheremo classifiche di facile comprensione, a partire da quest'estate, che classificano i fornitori in base a indicatori chiave di qualità
- Consentiremo ai pazienti di cercare e scegliere i fornitori in base ai dati sulla qualità presenti nell'app NHS, inclusi tempi di attesa, valutazioni dei pazienti e risultati clinici. L'app mostrerà anche dati sui team clinici e esperienziali

- Utilizzeremo misure di esito riferite dai pazienti e misure di esperienza riferite dai pazienti per aiutare i pazienti nella scelta del fornitore sull'app NHS
- Istituiremo un'indagine nazionale indipendente sui servizi di maternità e neonatale. Istituiremo inoltre una task force nazionale per la maternità e la neo natalità, presieduta dal segretario di stato per la salute e l'assistenza sociale, per elaborare un nuovo piano d'azione nazionale per la maternità e la neo natalità, co-prodotto con le famiglie in lutto.
- Riformeremo il processo di gestione dei reclami e miglioreremo i tempi di risposta a incidenti e reclami relativi alla sicurezza dei pazienti.
- Modificheremo il termine entro il quale la commissione per la qualità dell'assistenza (cqc) può intentare un'azione legale contro un fornitore e valuteremo come migliorare l'esperienza dei pazienti in caso di reclami per negligenza clinica.
- Riformeremo il National Quality Board (NQB) con il contributo di tutti gli altri enti, inclusi i Royal College. Gli daremo il compito di sviluppare una nuova strategia per la qualità e di sviluppare moderni quadri di riferimento per i servizi. Le prime priorità includeranno le malattie cardiovascolari, la salute mentale, la fragilità e la demenza.
- Offrire a tutti i fornitori nuova flessibilità per effettuare pagamenti finanziari aggiuntivi ai team clinici che ottengono costantemente risultati clinici elevati e un eccellente feedback da parte dei pazienti o che stanno migliorando significativamente l'assistenza
- Riformare il CQC verso un modello normativo più basato sui dati. Quando vengono identificate problematiche, il CQC creerà rapidamente team di ispezione composti da personale altamente qualificato per valutare la qualità del servizio in modo più dettagliato
- Assicurarsi che la persistente scarsa qualità dell'assistenza comporti la dismissione o la risoluzione del contratto di servizi o fornitori, indipendentemente dal contesto, indipendentemente dal fatto che il fornitore appartenga al SSN o al settore indipendente, e indipendentemente dal fatto che si tratti di uno studio di medicina generale o di un'azienda sanitaria individuale.

Una forza lavoro del SSN adatta al futuro

Sarà attraverso la forza lavoro che i nostri 3 turni saranno erogati. Poiché il lavoro sanitario sarà molto diverso tra 10 anni, avremo bisogno di una strategia di gestione della forza lavoro molto diversa.

Sebbene, entro il 2035, il personale sarà inferiore a quanto previsto nel Piano a Lungo Termine per la Forza Lavoro del 2023, tale personale sarà trattato meglio, più motivato, avrà una formazione migliore e maggiori possibilità di sviluppo professionale. Il Servizio Sanitario Nazionale (NHS) non sarà solo il più grande datore di lavoro del Paese, ma anche il migliore.

Per raggiungere questo obiettivo, ci impegneremo a:

- Garantire che ogni singolo membro del personale del NHS abbia un proprio piano personalizzato di coaching e sviluppo professionale, per aiutarlo ad acquisire nuove competenze e a lavorare al massimo delle proprie capacità professionali
- Rendere l'intelligenza artificiale l'assistente di fiducia di ogni infermiere e medico, facendo risparmiare loro tempo e supportandoli nel processo decisionale. Nei prossimi 3 anni, rivedremo i programmi di formazione e aggiornamento con l'obiettivo di garantire il futuro della forza lavoro del NHS Collaboreremo con il Social Partnership Forum per sviluppare una nuova serie di standard per il personale, che delinearanno gli standard minimi per l'occupazione moderna. Introdurremo questi standard nell'aprile 2026 e pubblicheremo i relativi dati a livello di datore di lavoro ogni trimestre Continueremo a collaborare con sindacati e datori di lavoro per mantenere, aggiornare e riformare i contratti di lavoro e avviare un ampio confronto su modifiche contrattuali significative che forniscano incentivi moderni e premi per un'assistenza di alta qualità e produttiva
- Ridurremo i tassi di malattia del NHS dal tasso attuale del 5,1%¹⁰ - molto più alto della media del settore privato¹¹ – al livello più basso mai registrato nel NHS
- Daremo a dirigenti e manager nuove libertà, tra cui il potere di intraprendere valutazioni significative delle prestazioni, di premiare il personale altamente performante e di agire con decisione laddove identifichino prestazioni insufficienti

- Svilupperemo modelli di pratica avanzati per infermieri e altri professionisti e collaboreremo con l'amministrazione pubblica per dare priorità ai laureati in medicina del Regno Unito per la formazione di base e specialistica
- Aumenteremo il numero di infermieri consulenti, in particolare in contesti di quartiere nei prossimi 3 anni, creare 1.000 nuovi posti di formazione specialistica con particolare attenzione alle specialità in cui vi è maggiore necessità
- Accelerare l'attuazione delle raccomandazioni contenute nella revisione del Generale Sir Gordon Messenger sulla leadership sanitaria e assistenziale 12 e istituire un nuovo College di Leadership Esecutiva e Clinica per definire e promuovere l'eccellenza
- Introdurre nuove disposizioni per la retribuzione dei dirigenti senior per premiare le elevate prestazioni e trattenere gli incrementi retributivi dai team dirigenziali che non soddisfano le aspettative del pubblico, dei contribuenti e dei pazienti in termini di tempestività delle cure o di una gestione finanziaria efficace
- Riorientare l'attenzione del reclutamento del NHS dalla sua dipendenza dal reclutamento internazionale verso le sue comunità, per garantire la sostenibilità in un'epoca di carenza di personale sanitario a livello globale. La nostra ambizione è ridurre il reclutamento internazionale a meno del 10% entro il 2035
- Creare altri 2.000 apprendistati infermieristici nei prossimi 3 anni, dando priorità alle aree con le maggiori necessità. L'espansione dei posti nelle facoltà di medicina sarà incentrata su l'ampliamento dell'accesso a studenti di talento provenienti dai contesti svantaggiati.

Alimentare la trasformazione: innovazione per guidare la riforma sanitaria

Il nostro obiettivo è essere al posto di guida della più grande rivoluzione industriale dal XIX secolo, sfruttando la tecnologia per creare un nuovo modello di assistenza nel Servizio Sanitario Nazionale. Utilizzeremo il vantaggio competitivo del Regno Unito - dati del Servizio Sanitario Nazionale, competenza nelle scienze della vita e università leader a livello mondiale - per guidare il mondo nell'innovazione che più accelererà la riforma. Abbiamo identificato 5 tecnologie trasformatrici - dati, intelligenza artificiale, genomica, dispositivi indossabili e robotica - che personalizzeranno l'assistenza, miglioreranno i risultati, aumenteranno la produttività e stimoleranno la crescita economica.

Ci impegneremo a:

- Creare un nuovo Servizio di Ricerca sui Dati Sanitari in collaborazione con il Wellcome Trust e supportato da un investimento congiunto fino a 600 milioni di sterline
- Rendere il Servizio Sanitario Nazionale (NHS) il sistema sanitario più dotato di intelligenza artificiale al mondo, con l'intelligenza artificiale perfettamente integrata nei percorsi clinici
- Supportare lo Studio Generazionale nel sequenziamento dei genomi di 100.000 neonati. Questo studio contribuirà alla nostra ambizione a lungo termine di rendere universale il sequenziamento genomico alla nascita
- Lanciare un nuovo studio su larga scala per sequenziare i genomi di 150.000 adulti quest'anno e valutare come la genomica possa essere utilizzata nella prevenzione di routine. Una nuova serie di studi unica al mondo esplorerà la prevenzione personalizzata dell'obesità, applicando la genomica e altre conoscenze per identificare le persone a più alto rischio di sviluppare obesità
- Rendere i dispositivi indossabili uno standard nel trattamento preventivo, cronico e post-acuto del Servizio Sanitario Nazionale entro il 2035. Tutti i pazienti del Servizio Sanitario Nazionale avranno accesso a queste tecnologie, che faranno parte dell'assistenza di routine. Forniremo dispositivi gratuitamente nelle aree in cui il bisogno e la deprivazione sanitaria sono più elevati
- A partire dal prossimo anno, espanderemo l'adozione di robot chirurgici in linea con le linee guida del National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
- Istituiremo nuovi istituti globali con l'ambizione di aiutare il Regno Unito a guidare il mondo in materia di scienza e innovazione
- Velocizzeremo il reclutamento per le sperimentazioni cliniche. Entro marzo 2026, i tempi di preparazione delle sperimentazioni cliniche scenderanno a 150 giorni

- Amplieremo il processo di valutazione tecnologica del NICE per includere dispositivi, diagnostica e prodotti
- Digitali. Al NICE verrà inoltre assegnato un nuovo ruolo per identificare quali tecnologie e terapie obsolete possono essere rimosse dal SSN per liberare risorse da investire in tecnologie più efficaci
- Introdurre budget pluriennali e richiedere alle organizzazioni del SSN di riservare almeno il 3% della spesa annuale per investimenti una tantum nella trasformazione dei servizi, per contribuire a tradurre le innovazioni in pratica più rapidamente
- Ampliare il ruolo che le aziende del settore delle scienze della vita e della tecnologia possono svolgere nell'erogazione dei servizi. Semplificheremo l'approvvigionamento di tecnologia e passeremo a un prontuario nazionale unico per i farmaci entro i prossimi 2 anni

Produttività e una nuova base finanziaria

Oggi il Servizio Sanitario Nazionale rappresenta il 38% della spesa pubblica quotidiana, una cifra che si prevede salirà a quasi il 40% entro la fine della legislatura¹³. Sebbene il Servizio Sanitario Nazionale necessiti di investimenti in futuro, è ormai evidente che più fondi da soli non hanno sempre portato a un'assistenza migliore.

L'era in cui il Servizio Sanitario Nazionale rispondeva sempre "più fondi, mai riforme" è finita. Sarà sostituita da un nuovo approccio basato sul valore incentrato sull'ottenimento di risultati migliori per il denaro che spendiamo. I nostri nuovi flussi finanziari incentiveranno l'innovazione per supportare il flusso di denaro dall'ospedale alla comunità e premieranno le migliori pratiche in tutto il Servizio Sanitario Nazionale.

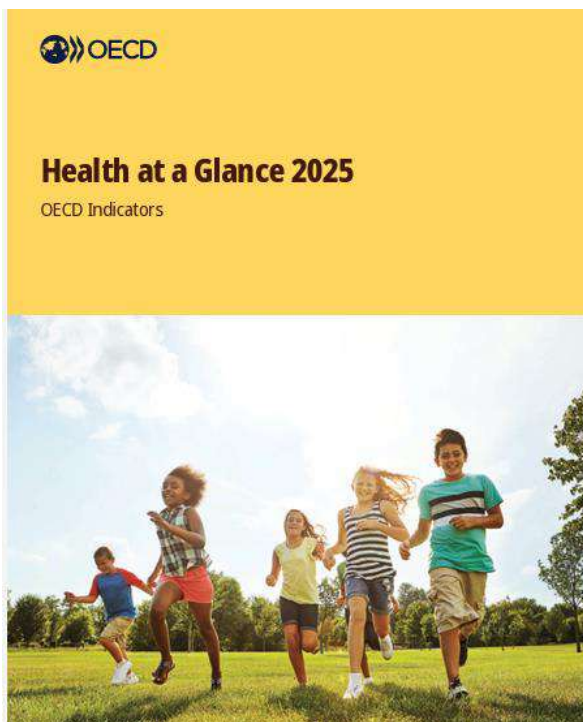
I nostri tre turni contribuiscono ciascuno a garantire la sostenibilità finanziaria. Più assistenza nella comunità è più economica e più efficace dell'assistenza negli ospedali. La digitalizzazione, come in altri settori, offrirà risultati molto più produttivi a costi molto più bassi. La prevenzione modifica la curva della domanda.

Noi ci impegneremo a:

- Risolvere urgentemente la crisi di produttività del NHS. Per i prossimi 3 anni abbiamo fissato per il NHS l'obiettivo di ottenere un aumento di produttività del 2% su base annua.
- Ripristinare la disciplina finanziaria ponendo fine alla prassi di erogare finanziamenti aggiuntivi per coprire i deficit. Nel tempo, il nostro obiettivo è che il NHS raggiunga un surplus, con la maggior parte dei fornitori che lo raggiunga entro il 2030.
- Interrompere il vecchio ciclo a breve termine della pianificazione finanziaria, chiedendo a tutte le organizzazioni di preparare piani quinquennali solidi e realistici, che dimostrino come la sostenibilità finanziaria sarà garantita nel medio termine.
- Smantellare i contratti a blocco – pagati indipendentemente dal numero di pazienti visitati o dalla qualità dell'assistenza - con l'intenzione di riallineare l'attività svolta e i finanziamenti forniti da un ICB.
- Il pagamento per l'assistenza di scarsa qualità sarà trattenuto e l'assistenza di alta qualità riceverà un bonus. Inoltre, introdurremo nuovi incentivi per i migliori dirigenti, medici e team del NHS:
- Passeremo da tariffe nazionali basate sui costi medi a tariffe basate sulle migliori pratiche cliniche che massimizzano la produttività e i risultati. Testeremo anche lo sviluppo di pagamenti "per anno di assistenza" a partire dall'anno finanziario 2026 al 2027. Ciò favorirà lo spostamento di attività e risorse dall'ospedale alla comunità.
- Distribuiremo i finanziamenti del NHS in modo più equo a livello locale, in modo che siano meglio allineati alle esigenze sanitarie. Nel frattempo, destineremo finanziamenti aggiuntivi alle aree con sfide economiche e sanitarie sproporzionate.
- Garantire che tutti i trust abbiano l'autorità di trattenere il 100% delle entrate derivanti dalla cessione dei beni fondiari di loro proprietà e siano in grado di utilizzare i proventi delle cessioni in più esercizi finanziari
- Sviluppare un business case per l'utilizzo del Partenariato Pubblico-Privato (PPP) per i Centri Sanitari di Quartiere, prima di una decisione definitiva nel bilancio autunnale
- Esplorare un nuovo meccanismo per il Servizio Sanitario Nazionale (NHS) Accedere a un capitale pensionistico a basso rischio.

- A lungo termine, passare a un nuovo modello finanziario del SSN, in cui il denaro accompagnerà sempre più i pazienti per tutta la vita. I fornitori saranno ricompensati in base a quanto riusciranno a migliorare i risultati per ogni individuo, nonché a quanto riusciranno a coinvolgere le persone nella progettazione della loro assistenza, non solo in base alla fornitura di casi episodici di assistenza su richiesta

Fit for the future: 10 Year Health Plan for England - executive summary



Reader's guide

Health at a Glance 2025: Indicatori OCSE confronta gli indicatori chiave per la salute della popolazione e le prestazioni dei sistemi sanitari nei 38 paesi membri dell'OCSE. Per alcuni indicatori sono inclusi anche i paesi candidati all'adesione e i paesi partner chiave: Argentina, Brasile, Bulgaria, Repubblica Popolare Cinese (Cina), Croazia, India, Indonesia, Perù, Romania, Sudafrica e Thailandia.

I dati presentati in questa pubblicazione provengono da statistiche nazionali ufficiali, salvo diversa indicazione. Basi concettuali Il quadro concettuale alla base di Health at a Glance è il rinnovato Quadro di Valutazione delle Prestazioni dei Sistemi Sanitari dell'OCSE (OCSE, 2024[1]).

Recentemente approvato dal Comitato per la Salute dell'OCSE, questo quadro considera l'impatto dei sistemi sanitari sui bisogni e le preferenze di salute delle persone, nel contesto dei più ampi determinanti della salute che vanno oltre il sistema sanitario. La Figura 1 mappa gli indicatori di Health at a Glance in questo quadro concettuale.

Al centro dell'efficacia del sistema sanitario ci sono la salute e il benessere della popolazione.

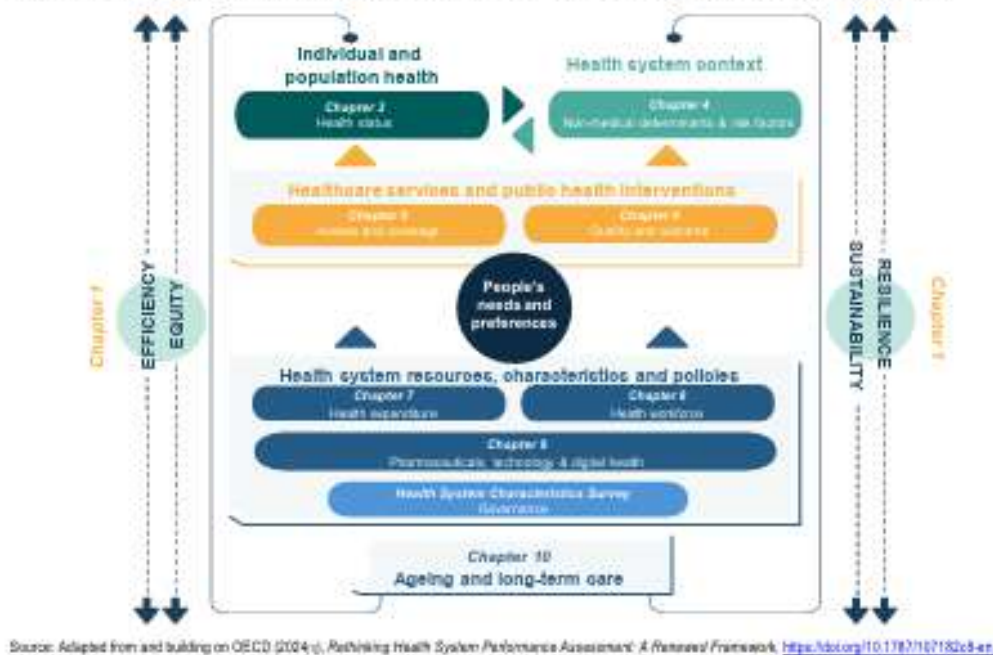
Quando i servizi sanitari sono di alta qualità e accessibili a tutti, i bisogni di salute delle persone vengono soddisfatti e i loro risultati in termini di salute migliorano. Il raggiungimento degli obiettivi di accesso e qualità, e in ultima analisi di migliori risultati in termini di salute, dipende dalla disponibilità di risorse sufficienti per la salute. L

a spesa sanitaria finanzia gli operatori sanitari affinché forniscano le cure necessarie, nonché i beni e i servizi necessari per prevenire e curare le malattie. Tuttavia, tale spesa contribuirà a migliori risultati in termini di

salute e ad altri obiettivi del sistema sanitario, ora e in futuro, solo se spesa con saggezza. Efficienza, equità, sostenibilità e resilienza sono quattro dimensioni trasversali dell'efficacia del sistema sanitario, fondamentali per l'ottimizzazione delle risorse del sistema sanitario.

Allo stesso tempo, molti fattori esterni al sistema sanitario influenzano lo stato di salute, in particolare le condizioni socio-economiche, demografiche e ambientali. Il contesto demografico e socio-economico influenza anche la domanda e l'offerta di servizi sanitari. Infine, il grado in cui le persone adottano stili di vita sani, un fattore determinante per i risultati in termini di salute, dipende sia dall'efficacia delle politiche sanitarie sia da fattori socio-economici più ampi.

Figure 1. Mapping Health at a Glance Indicators to the OECD Health System Performance Assessment Framework



Struttura della pubblicazione

Health at a Glance 2025 confronta i paesi OCSE su ciascuna componente di questo quadro generale. È strutturata in dieci capitoli.

- Il capitolo 1 presenta una panoramica della salute e delle prestazioni del sistema sanitario, basata su un sottoinsieme di indicatori chiave del rapporto.
- Il capitolo 2 offre un'analisi più approfondita su un tema specifico, che in questa edizione riguarda genere e salute. Gli otto capitoli successivi forniscono poi confronti dettagliati tra paesi su una serie di indicatori di salute e del sistema sanitario. Ove possibile, sono incluse analisi di trend temporali e dati disaggregati per caratteristiche demografiche e socioeconomiche.
- Il capitolo 3 sullo stato di salute evidenzia le differenze tra paesi in termini di aspettativa di vita, principali cause di mortalità, salute mentale, autovalutazione della salute e altri indicatori di salute.
- Il capitolo 4 analizza determinanti non medici e fattori di rischio come fumo, alcol, obesità e rischi ambientali per la salute.
- Il capitolo 5 sull'accesso e la copertura analizza l'accessibilità economica, la disponibilità e l'utilizzo dei servizi. Il Capitolo 6 valuta la qualità e i risultati dell'assistenza in termini di sicurezza del paziente, efficacia clinica e risposta dell'assistenza sanitaria ai bisogni delle persone. Sono inclusi indicatori che coprono l'intero ciclo di vita dell'assistenza, dalla prevenzione all'assistenza primaria, cronica e acuta.
- Il Capitolo 7, sulla spesa sanitaria e il finanziamento, confronta quanto i paesi spendono per la salute, come tale spesa viene finanziata e per quali fondi vengono spesi.

- Il Capitolo 8 esamina il personale sanitario, in particolare l'offerta e la retribuzione di medici e infermieri.
- Il Capitolo 9 analizza i prodotti farmaceutici, le tecnologie e la salute digitale.
- Il Capitolo 10 esamina più da vicino l'invecchiamento e l'assistenza a lungo termine. Ciò include i fattori che influenzano la domanda di assistenza a lungo termine e la disponibilità di servizi sanitari di alta qualità.

Oltre a questa pubblicazione, ulteriori dati qualitativi sulle caratteristiche del sistema sanitario sono disponibili all'indirizzo <https://data-explorer.oecd.org/s/34u>.

Presentazione degli indicatori

Ad eccezione dei primi due capitoli, gli indicatori sono presentati in sezioni brevi.

Ogni sezione definisce innanzitutto il set di indicatori analizzato, evidenzia i risultati chiave emersi dai dati e le relative intuizioni politiche e segnala eventuali variazioni nazionali significative nella metodologia che potrebbero influire sulla comparabilità dei dati. Dopo questo testo è presente un set di figure corrispondente. Queste mostrano i livelli attuali dell'indicatore e, ove possibile, le tendenze nel tempo.

Quando una media OCSE è inclusa in una figura, si tratta della media non ponderata dei paesi OCSE presentati, salvo diversa indicazione. Il numero di paesi inclusi in questa media OCSE è indicato nella figura e, per i grafici che mostrano più di un anno, questo numero si riferisce all'anno più recente.

Sono mostrati gli ultimi dati comparabili disponibili, in genere dal 2021 al 2023.

Le figure a volte includono dati per alcuni paesi che dispongono solo di dati pre-pandemici precedenti. In questi casi, l'anno è indicato in una nota a piè di pagina sotto la figura. Limitazioni dei dati Le limitazioni nella comparabilità dei dati sono indicate sia nel testo (nel riquadro relativo a "Definizione e comparabilità"), sia nelle note a piè di pagina sotto le figure.

dei dati I lettori interessati a utilizzare i dati presentati in questa pubblicazione sono invitati a consultare il database online OECD Health Statistics su OECD Data Explorer all'indirizzo <https://data-explorer.oecd.org/s/306>.

La documentazione completa di definizioni, fonti e metodi è disponibile online all'indirizzo <https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/data/datasets/oecd-health-statistics/Table-of-Content-Metadata-OECD-HealthStatistics-2025.pdf>. Ulteriori informazioni sulle statistiche sanitarie dell'OCSE sono disponibili all'indirizzo <https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-healthstatistics.html> e sui risultati dell'indicatore riferito dal paziente.

Dati demografici

I dati demografici utilizzati per calcolare i tassi pro capite in questa pubblicazione provengono da Eurostat per i paesi europei e da dati OCSE basati sull'Annuario demografico delle Nazioni Unite e sulle Prospettive della popolazione mondiale delle Nazioni Unite (varie edizioni) o stime nazionali per i paesi OCSE non europei (dati estratti a giugno 2025).

Vengono utilizzate stime di metà anno. Le stime demografiche sono soggette a revisione, pertanto potrebbero differire dagli ultimi dati demografici pubblicati dagli uffici nazionali di statistica dei paesi membri dell'OCSE. Si noti che alcuni paesi come Francia, Regno Unito e Stati Uniti hanno territori d'oltremare. Queste popolazioni sono generalmente escluse. Tuttavia, il calcolo del PIL pro capite e di altre misure economiche può basarsi su una popolazione diversa in questi paesi, a seconda della copertura dei dati.

Executive summary

Sebbene i paesi si siano ripresi dalla pandemia, permangono sfide sanitarie fondamentali

- L'aspettativa di vita è migliorata e sta seguendo una traiettoria ascendente. L'aspettativa di vita era in media di 81,1 anni nei paesi OCSE nel 2023. Tuttavia, è rimasta al di sotto dei livelli pre-pandemici in 13 paesi OCSE.
- In totale, nel 2023 si sono verificati oltre 3 milioni di decessi prematuri tra le persone di età inferiore ai 75 anni che avrebbero potuto essere evitati con una migliore prevenzione e interventi sanitari. Le malattie del sistema circolatorio e il cancro sono le due principali cause di morte, rappresentando quasi la metà di tutti i decessi nei paesi OCSE.
- Per gli uomini, le cause esterne, tra cui suicidio, incidenti e violenza, sono la principale causa di potenziali anni di vita persi, mentre per le donne è il cancro. Le donne vivono più a lungo degli uomini, ma trascorrono anche più anni in cattiva salute (6,3 anni dopo i 60 anni, rispetto ai 5,0 anni degli uomini).
- Tra gli utenti dell'assistenza primaria di età pari o superiore a 45 anni, l'82% ha dichiarato di avere almeno una condizione cronica e il 52% due o più, in media nei paesi OCSE che partecipano alle indagini sugli indicatori riportati dai pazienti (PaRIS).
- La cattiva salute mentale rimane una preoccupazione, in particolare tra i giovani. In media, il 52% dei quindicenni ha segnalato molteplici disturbi di salute, tra cui sentirsi giù, avere ripetuti mal di testa o vertigini nel 2022, in aumento rispetto al 37% nel 2014.

I sistemi sanitari rappresentano circa un decimo della produzione economica e dell'occupazione.

- Nel 2024, i paesi OCSE hanno speso il 9,3% del loro PIL per la salute. Questa cifra è in calo rispetto al picco raggiunto durante la crisi COVID-19, ma superiore ai livelli pre-pandemici. In 16 paesi OCSE, la spesa sanitaria rappresenta oltre il 10% del PIL.
- Le proiezioni indicano che la spesa pubblica, in percentuale del PIL, crescerà in media di 1,5 punti percentuali (pp) entro il 2045, trainata in gran parte dal cambiamento tecnologico, dalle crescenti aspettative sui risultati dell'assistenza sanitaria e dall'invecchiamento della popolazione.
- Eppure la spesa sanitaria rappresenta già il 15% della spesa pubblica, una quota che è leggermente aumentata nella maggior parte dei paesi OCSE nell'ultimo decennio. Aumentare ulteriormente questa quota potrebbe essere difficile in molti paesi, date le priorità politiche contrastanti e i vincoli di finanza pubblica.
- Il personale sanitario è in crescita, con circa un posto di lavoro su nove nel settore sanitario o dell'assistenza sociale, in media nei paesi OCSE. Questa tendenza sembra destinata ad aumentare ulteriormente con il continuo aumento della domanda di assistenza sanitaria. I lavoratori formati all'estero stanno contribuendo a colmare le lacune, con una media del 20% di tutti i medici formati all'estero nel 2023, rispetto al 16% del 2010.

Gli indicatori di qualità e accesso all'assistenza sanitaria mostrano miglioramenti nel tempo

- Gli indicatori sanitari mostrano un continuo miglioramento della qualità dei servizi di assistenza acuta. Ad esempio, le probabilità di sopravvivenza dopo un infarto o un ictus sono più alte oggi rispetto a dieci anni fa: i tassi di mortalità a 30 giorni dopo un infarto erano in media del 6,5% nel 2023, in calo rispetto all'8,2% del 2013, e per l'ictus ischemico le cifre erano del 7,7% nel 2023 e del 9,3% nel 2013.
- L'assistenza primaria sta aiutando a mantenere le persone in buona salute e lontane dall'ospedale, con ricoveri ospedalieri evitabili in calo in 28 dei 30 paesi OCSE nell'ultimo decennio. La soddisfazione dei pazienti nei confronti dei servizi di assistenza primaria è elevata, anche tra coloro che hanno esigenze più complesse: in media l'87% degli utenti dell'assistenza primaria di età pari o superiore a

45 anni con patologie croniche ha valutato positivamente l'assistenza ricevuta e il 78% si è fidato dell'ultimo professionista sanitario consultato.

Le prestazioni del sistema sanitario possono essere ulteriormente migliorate, sebbene una maggiore spesa sanitaria non garantisce sempre risultati migliori.

- Nonostante la maggior parte dei paesi disponga di sistemi sanitari universali, permangono alcuni problemi di accesso. I tempi di attesa rimangono una sfida politica in diversi paesi. Le disparità socioeconomiche sono ampie, con le persone nel quintile di reddito più basso 2,5 volte più propense a segnalare bisogni di assistenza medica insoddisfatti rispetto a quelle nel quintile di reddito più alto.
- La sicurezza dei pazienti è una preoccupazione importante: ad esempio, solo il 44% di medici e infermieri percepiva i livelli di personale e il ritmo di lavoro come sicuri. E sebbene la sicurezza delle prescrizioni nelle cure primarie sia in media leggermente migliorata nel tempo, in termini di riduzione dei volumi di antibiotici e oppioidi prescritti, questi miglioramenti sono stati modesti nella maggior parte dei paesi.
- Nel complesso, i paesi con una spesa sanitaria più elevata hanno risultati sanitari migliori, ma non è sempre così. Ad esempio, otto paesi spendono meno della media per la salute in percentuale del PIL, ma ottengono comunque tassi di mortalità evitabile migliori (inferiori).

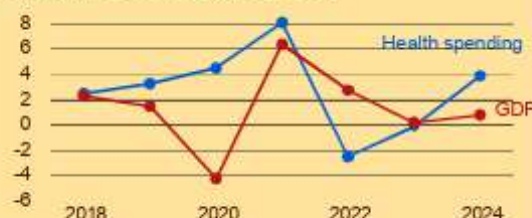
Una rinnovata attenzione al rapporto qualità-prezzo è essenziale per popolazioni sane e sistemi sanitari sostenibili, con interventi preventivi che svolgono un ruolo chiave.

- Combattere i fattori di rischio per la salute durante tutto il ciclo di vita è fondamentale per ottenere miglioramenti a lungo termine a basso costo. Tuttavia, i tassi di obesità continuano ad aumentare in oltre quattro quinti dei paesi OCSE, con il 54% degli adulti in sovrappeso o obesi e il 19% obesi, in media. Il consumo dannoso di alcol è motivo di preoccupazione, con il 27% degli adulti che dichiara di bere in modo eccessivo almeno una volta al mese. Sebbene i tassi di fumo siano diminuiti, il 15% degli adulti fuma ancora quotidianamente e i tassi di svapo sono in aumento.
- Questi fattori di rischio si estendono ai bambini. Tra i quindicenni, il 20% era in sovrappeso o obeso; il 38% ha consumato alcol nell'ultimo mese; il 15% ha fumato e il 20% ha svapato almeno una volta al mese, in media nei paesi OCSE. Alcuni comportamenti a rischio iniziano ancora prima nella vita: in media, il 15% dei tredicenni e il 5% degli undicenni hanno dichiarato di aver bevuto alcolici nell'ultimo mese.
- Molti interventi di prevenzione e assistenza sanitaria primaria sono altamente convenienti nell'affrontare questi fattori di rischio. Tuttavia, la spesa per la prevenzione rappresentava solo il 3%, e la spesa per l'assistenza sanitaria primaria il 14%, della spesa sanitaria totale nel 2023. La priorità data sia alla prevenzione che alla spesa per l'assistenza sanitaria primaria è rimasta sostanzialmente invariata rispetto a un decennio fa, con aumenti della spesa per la prevenzione durante la pandemia che si sono rivelati temporanei.
- Migliorare l'efficienza nell'uso degli input è fondamentale. Rivedere la composizione del personale sanitario è un modo per migliorare l'efficienza, tuttavia la crescita del numero di infermieri e laureati in infermieristica è stata più lenta rispetto a quella di medici e laureati in medicina. Anche l'innovazione nell'erogazione dei servizi ha un grande potenziale, in particolare attraverso un maggiore utilizzo della sanità digitale. In questo caso, gli indicatori evidenziano alcuni sviluppi promettenti: ad esempio, il ruolo delle teleconsulenze continua a crescere e ha rappresentato il 13% di tutte le visite mediche nel 2023.

Infographic 1. Key facts and figures

Health spending on the rise again and back to pre-pandemic growth rates

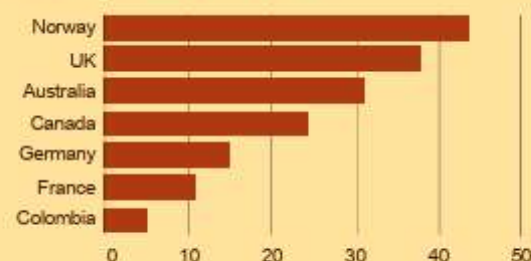
% annual real growth in health expenditure and GDP per capita, OECD average, 2018-2024



In 2024, OECD countries allocated around 9.3% of their GDP to health on average (above 8.8% prior to the COVID-19 pandemic). In 16 OECD countries it accounts for more than 10% of the economy.

Many countries turn to foreign-trained doctors to expand medical workforce

% of foreign-trained doctors, 2023



On average, 20% of all doctors across OECD countries were trained abroad in 2023, up from 16% in 2010.

Focusing on patient needs is critical to high quality care

% of patients with chronic conditions who report good/excellent care and trust in their healthcare professional



On average, 87% of patients with chronic conditions rated the care they received positively, and 78% trusted the last healthcare professional they saw.

Too many adults smoke, drink alcohol, have unhealthy diets, and lack exercise

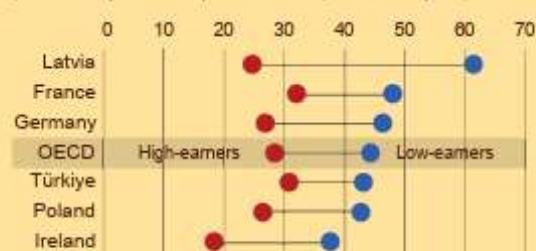
People aged 15 or over

	Obesity (%, self-reported)	Alcohol (litres consumed per capita)	Smoking daily (%)
OECD	19.0	8.5	14.8
Hungary	22.2	10.3	24.9
Korea	5.1	7.8	15.3
Sweden	16.5	7.4	8.5
UK	29.0	9.3	10.5
US	34.5	9.5	8.0

These risk factors extend to children under 15: on average, 38% consumed alcohol in the last month, while 15% smoked and 20% vaped at least monthly.

Low earners much more likely to report long-standing chronic conditions

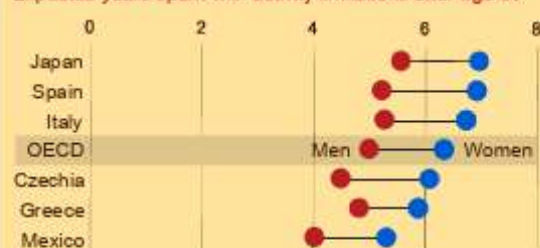
% of people reporting a long-standing illness or health problem, by income quintile, 2024 (or nearest year)



44% of people in the lowest income quintile report a long-term chronic condition, compared to only 28% in the highest income quintile.

Women live longer than men but spend a larger share of their life in poor health

Expected years spent with activity limitations after age 60



Women at age 60 can expect to live 3.4 years longer than men, but also to spend more years with activity limitations (6.3 vs 5.0 years).

https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_8f9e3f98-en.html

Spesa sanitaria out of pocket italiana ancora sopra la media. A pesare in particolare le spese ambulatoriali tra le più alte di tutta l'area Ocse

Giovanni Rodriquez

Nonostante una spesa sanitaria pubblica inferiore alla media Ocse, le famiglie italiane sostengono costi "out of pocket" superiori. La voce principale è l'assistenza ambulatoriale (48%, secondo dato più alto dopo il Portogallo). Inoltre, l'8,6% delle famiglie affronta spese sanitarie catastrofiche, collocando l'Italia al nono posto peggiore nell'area Ocse.

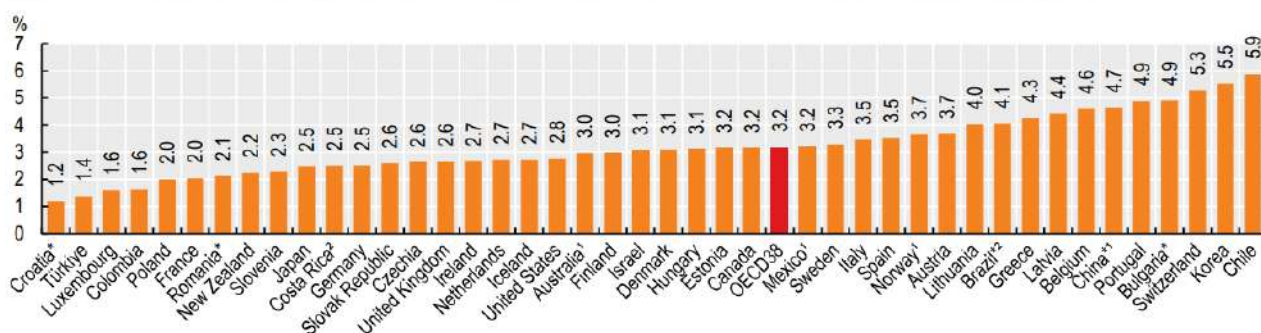
24 NOV -

Sebbene il finanziamento della sanità in Italia sia inferiore alla media Ocse sia in rapporto al Pil che pro capite a parità di potere d'acquisto, il nostro Paese registra una spesa sanitaria sostenuta direttamente dalle famiglie ("out of pocket") superiore alla media dei paesi Ocse.

Questo è quanto emerge dal rapporto Health at a Glance: Europe 2025 dell'Ocse.

A fronte di un'incidenza media della spesa sanitaria sul consumo delle famiglie del 3,2%, il dato italiano si attesta al 3,5%, in linea con la Spagna ma sensibilmente più alto rispetto a Germania (2,5%) e Francia (2%).

Figure 5.8. Out-of-pocket spending as a share of final household consumption, 2023 (or nearest year)

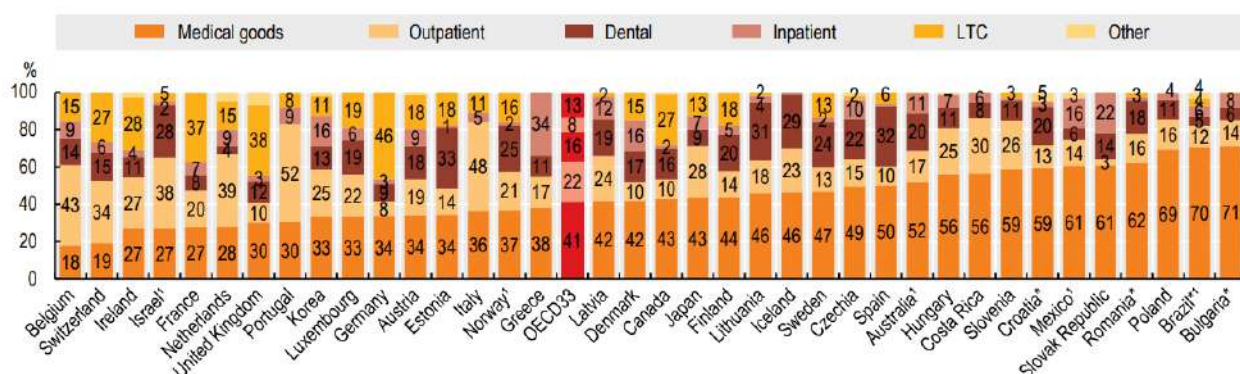


* Accession/partner country. 1. 2022 data. 2. 2021 data.

Source: OECD Health Statistics 2025, OECD National Accounts Database.

A cosa è dovuta questa spesa? A livello generale, i farmaci e altri dispositivi medici costituiscono la principale voce di spesa per le famiglie, rappresentando in media il 41% della spesa sanitaria a carico dei cittadini nel 2023. In Messico, Slovacchia e Polonia, i prodotti farmaceutici hanno superato il 60% della spesa out of pocket.

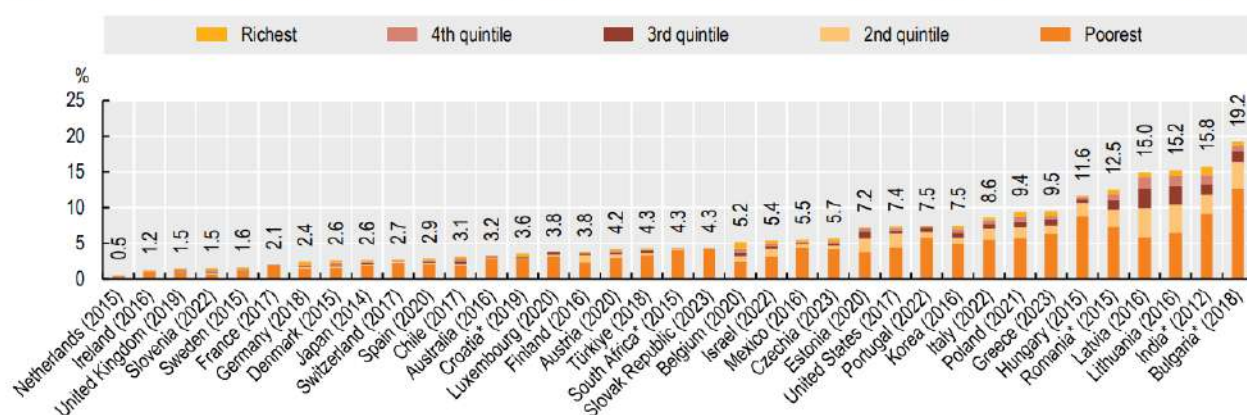
Figure 5.9. Composition of out-of-pocket spending on health, by type of service, 2023 (or nearest year)



Tuttavia, nel caso italiano, la principale componente di spesa è rappresentata dall'assistenza ambulatoriale. Se questa voce incide in media per il 22% sulla spesa sanitaria delle famiglie, in Italia raggiunge il 48% - il secondo dato più elevato nell'area Ocse dopo il Portogallo (52%).

Un ulteriore indicatore considerato è la "spesa sanitaria catastrofica", relativa alle famiglie che sostengono costi sanitari insostenibili. Questa quota varia notevolmente tra i paesi Ocse, passando da meno del 2% in Svezia, Slovenia, Regno Unito, Irlanda e Paesi Bassi, a oltre il 10% in Lituania, Lettonia e Ungheria. Con l'8,6% di famiglie gravate da spese catastrofiche, l'Italia registra il nono peggior risultato nell'area Ocse, posizionandosi su livelli comparabili a quelli di alcuni paesi dell'Europa orientale.

Figure 5.10. Share of households with catastrophic health spending by consumption quintile, latest year available



https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=133453

quotidianosanità.it

Ricerca scientifica, da spesa a investimento strategico: istituzioni, scienziati, pazienti e industria a confronto

Isabella Faggiano

Durante l'incontro "Il valore della ricerca: innovare per curare, investire per crescere", tenutosi presso l'Istituto Luigi Sturzo con il contributo non condizionante di Pfizer, è emerso un messaggio chiaro: la ricerca non è un costo, ma un investimento strategico per la salute e per lo sviluppo del Paese. Istituzioni, mondo accademico, industria e rappresentanti dei pazienti si sono confrontati su come costruire un ecosistema più semplice, sinergico e competitivo

"La ricerca non è una spesa, ma un investimento strategico": è questo il messaggio che ha attraversato come un filo rosso l'evento **"Il valore della ricerca: innovare per curare, investire per crescere"**, tenutosi presso l'Istituto Luigi Sturzo, con il contributo non condizionante di Pfizer. L'incontro ha riunito rappresentanti delle istituzioni, della scienza, dell'industria e dei pazienti, a testimonianza di quanto la ricerca sia oggi un tema cruciale non solo per la salute pubblica, ma anche per la competitività economica del Paese. Investire in ricerca, infatti, significa rafforzare il Servizio Sanitario Nazionale, attrarre competenze e costruire un futuro più sostenibile e innovativo. Ma per farlo, serve superare ostacoli strutturali come burocrazia, frammentazione e lentezza dei processi autorizzativi.

Investire nella ricerca per migliorare le cure e l'economia

Impegnato all'estero, **Rocco Bellantone**, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, ha inviato un videomessaggio per aprire i lavori. "L'ISS è il massimo organo pubblico impegnato nella ricerca biomedica e i dati mostrano che l'impegno dei nostri ricercatori sta portando a una crescita esponenziale. Le nostre pubblicazioni sono citate cinque volte in più della media nazionale", ha sottolineato. Bellantone ha ricordato che dove si fa ricerca di qualità, si garantiscono anche cure migliori: "Risparmiare sulla ricerca non è solo un danno per i pazienti, ma anche un errore economico. Ogni euro investito genera risparmi fino a dieci volte superiori".

Semplificare per rendere l'Italia più competitiva in Europa

A prendere il timone è stato, poi, **Guido Rasi**, già direttore esecutivo dell'EMA e oggi consulente del Ministero della Salute, evidenziando le differenze tra l'Italia e gli altri ecosistemi europei. "Il nostro Paese ha competenze e centri di eccellenza, ma soffre una governance troppo frammentata.

La Spagna, ad esempio, ha saputo semplificare le regole e creare un modello competitivo". Secondo Rasi, il principale ostacolo è la gestione dei dati e della privacy, ancora interpretata in modo eccessivamente rigido e disomogeneo: "Due comitati etici, anche se distano cento metri, possono dare pareri diversi sullo stesso studio. Serve uniformità per essere attrattivi".

Ha poi annunciato l'imminente pubblicazione del modello di contratto unico per le sperimentazioni cliniche, promosso insieme al Ministero della Salute: "Uno strumento che potrà aiutare a ridurre i tempi e a favorire una maggiore partecipazione dei centri italiani alla ricerca clinica di qualità".

Verso una governance nazionale della ricerca biomedica

Sul fronte istituzionale, **Graziano Lardo**, Direttore Generale della Ricerca e dell'Innovazione in Sanità del Ministero della Salute, ha confermato che il dicastero è al lavoro per costruire una regia unica della ricerca biomedica. "Mettere ordine in anni di normative frammentarie e contraddittorie è il primo passo per semplificare procedure autorizzative e reclutamento - ha detto -.

Abbiamo quasi completato un decreto che metterà a sistema la governance della ricerca sanitaria, con attenzione anche al tema della privacy e dell'intelligenza artificiale". Lardo ha poi annunciato l'intenzione di rivedere la programmazione triennale della ricerca, allineandola meglio al Piano nazionale della ricerca e al Piano sanitario nazionale. Infine, ha lanciato un appello sulla stabilizzazione dei ricercatori precari: "Abbiamo oltre mille giovani che rischiano di lasciare il Paese. Se li perdiamo, regaliamo all'estero anni di esperienza e competenze preziose".

Costruire un ecosistema più forte e interconnesso

La senatrice **Maria Domenica Castellone**, vicepresidente del Senato e componente della Commissione Affari Sociali, ha ricordato che l'Italia investe ancora troppo poco in ricerca: "L'1,5% del PIL, contro una media europea superiore al 2%, e gran parte di questo investimento arriva dai privati".

Tra le priorità per il futuro, secondo Castellone, "Investire di più, valorizzare il lavoro dei ricercatori e creare un ecosistema nazionale che metta in rete le nostre eccellenze. Per questo stiamo lavorando al Libro Bianco della ricerca, un documento condiviso tra i ministeri della Salute e dell'Università che definirà gli obiettivi strategici del Paese".

Il ruolo attivo dei pazienti come parte integrante della ricerca

A chiudere la sessione, **Dominique Van Doorne**, tesoriere e responsabile scientifico dell'Accademia del Paziente Esperto EUPATI, ha ricordato il valore della partecipazione attiva dei pazienti nei processi di ricerca. "Il progetto EUPATI forma pazienti esperti in ricerca e sviluppo dei farmaci.

Sono persone che, grazie alla conoscenza, diventano parte integrante del processo scientifico. Nelle malattie rare, in particolare, il loro contributo è indispensabile. Non è giusto che altri decidano per loro: devono essere ascoltati e coinvolti fin dall'inizio".

Razionalizzare, semplificare e valorizzare: le priorità emerse nella tavola rotonda

Dalla razionalizzazione delle risorse alla semplificazione normativa, dal partenariato pubblico-privato alla valorizzazione del capitale umano, il professor Guido Rasi ha riassunto i principali spunti emersi nella tavola rotonda **‘Sfide, evidenze e prospettive per la ricerca in Italia’**.

“La prima parola chiave affiorata – ha spiegato Rasi – è razionalizzazione delle risorse. Non si tratta solo di avere più fondi, ma di utilizzarli in modo strategico e coerente”. Molti direttori scientifici hanno segnalato come spesso sia difficile spendere i fondi disponibili: “Esistono perfino avanzzi, perché la normativa che regola l’uso delle risorse è troppo complessa o non adeguata al fine che si propone”. Da qui nasce il tema della semplificazione, uno dei punti cardine anche del tavolo ministeriale sulla ricerca clinica.

Rivedere i criteri di valutazione per orientare la qualità

“Si dà troppo peso all’impact factor delle pubblicazioni, senza considerare elementi come l’arruolamento dei pazienti o l’impatto clinico reale degli studi”, ha osservato Rasi. Serve dunque “un sistema di valutazione più aderente alla missione clinica e più utile a orientare la qualità e la sostenibilità della ricerca. Abbiamo bisogno di fonti alternative di finanziamento, che affianchino e integrino quelle pubbliche – ha sottolineato Rasi –. Oggi, purtroppo, il venture capital è scarso in Europa e quasi assente nel nostro Paese”. Secondo Rasi, serve superare la diffidenza verso l’industria per creare un ecosistema di fiducia e co-progettazione: “Da noi il privato viene ancora percepito come commercialmente inappropriato. Ma se non valorizziamo il contributo industriale, non potremo mai rendere attrattivo il nostro sistema”.

Valorizzare il capitale umano e fermare la fuga dei talenti

“In Italia non esiste un vero percorso formativo per il ricercatore clinico né una carriera riconosciuta per chi lavora in ricerca, che sia medico, infermiere o amministratore – ha spiegato Rasi –. Le retribuzioni sono poco competitive, così formiamo ottimi professionisti che poi vanno all’estero”. Servono quindi politiche di attrattività, formazione specifica e riconoscimento del ruolo del ricercatore come figura strategica per l’innovazione. “Abbiamo enormi quantità di dati sanitari che non vengono usati per prendere decisioni informate – ha osservato Rasi –. Serve un cambio di passo nell’interoperabilità e nella gestione dei dati clinici, anche per favorire pubblicazioni e nuove evidenze”.

Verso un quadro normativo unico e integrato

Rasi ha spiegato che il tavolo ministeriale, giunto al terzo anno, ha completato una revisione sistematica della normativa, analizzando anche modelli europei: “Possiamo così verificare in tempo reale a quale livello – linee guida, decreto, legge – intervenire per semplificare e armonizzare il quadro normativo”. L’obiettivo, ha concluso, è “arrivare a un testo unico sulla ricerca clinica, che razionalizzi le norme e semplifichi i percorsi. Il punto di arrivo – ha ribadito Rasi – è integrare la ricerca clinica nel sistema sanitario nazionale. Solo così la ricerca potrà diventare un motore strutturale di innovazione, qualità e sostenibilità del nostro servizio sanitario”.

La nuova agenda della ricerca: governance e reti per un Rinascimento scientifico

Il tema dell’integrazione è stato al centro anche del secondo Talk della giornata ‘La nuova agenda della ricerca tra governance e reti’.

David Della Morte Canosci, consigliere del Ministro per la Ricerca medico-scientifica, ha evidenziato che solo una ricerca in rete può essere competitiva. “Dobbiamo far sì che università, enti di ricerca e aziende lavorino insieme e condividano dati e conoscenze. Solo una ricerca aperta, con dati trasparenti e accessibili, può generare valore”. Ha ricordato inoltre i nuovi dottorati cofinanziati tra pubblico e privato come strumento per far circolare competenze e idee.

Coordinare le reti e ampliare la visione della ricerca

Fidelia Cascini, responsabile della segreteria scientifica di presidenza dell’Istituto Superiore di Sanità, ha richiamato l’attenzione sulla necessità di un coordinamento efficace tra reti di ricerca e sistemi di monitoraggio, per evitare duplicazioni e dispersione di risorse: “La ricerca oggi deve abbracciare anche ambiente, tecnologia e salute pubblica, con una visione ampia e interdisciplinare”.

Andrea Lenzi, presidente del CNR, ha ribadito che la competitività passa anche dalla semplificazione amministrativa: “Non possiamo essere competitivi se per acquistare un sequenziatore genetico servono mesi di burocrazia. Serve una normativa più agile per liberare il potenziale dei nostri scienziati”.

La ricerca come volano economico e sanitario

Barbara Capaccetti, direttore medico di Pfizer Italia, ha evidenziato che investire in ricerca clinica genera benefici moltiplicativi sul sistema sanitario nazionale e sul PIL: “Paesi che investono in ricerca registrano un PIL più alto, in modo proporzionale”.

La nostra pipeline a livello globale include attualmente **101 progetti di ricerca**. In Italia sono in corso 83 studi clinici, che coinvolgono **1.630 pazienti**, con una forte concentrazione nell’area oncologica. Il 35% degli studi riguarda le Fasi I e II dello sviluppo clinico, definite di “Early Development”, le fasi più complesse in termini legislativi e operativi che garantiscono ai pazienti un accesso precoce ai trattamenti innovativi.

Nel quinquennio 2020 - 2024, Pfizer ha cumulato oltre **337 milioni di euro di investimenti in R&S**, con un impegno incrementale che solo nel 2024 ha registrato una crescita del 18,4%. Tali investimenti hanno generato nel nostro paese un **impatto economico** complessivo pari a **764 milioni di euro** con un moltiplicatore sul PIL di 2,27 determinato dall’impatto diretto sui pazienti, dai costi indiretti e dall’indotto generato sull’economia nazionale.

Reti, governance e visione: la via italiana alla leadership europea

Nel terzo talk, ‘**Prospettive della ricerca scientifica e delle reti**’, dedicato alle prospettive della ricerca e delle reti, Guido Rasi ha ribadito la necessità di una rete nazionale solida e di una governance meritocratica: “Abbiamo le competenze, ma dobbiamo unire le forze. Il CNR e gli IRCCS possono essere i pilastri di questa rete, se dotati di strumenti adeguati”.

Rosanna D’Antona, presidente di Europa Donna Italia, ha rimarcato l’importanza di una partecipazione consapevole dei pazienti: “Il loro coinvolgimento diretto nei processi decisionali rende la ricerca più credibile e vicina alle persone”.

Rafforzare la cooperazione internazionale per crescere

Antonio Giordano, Direttore Istituto Sbarro Institute for Cancer Research and Molecular Medicine, Philadelphia, ha indicato nella collaborazione tra Italia e Stati Uniti un modello virtuoso per accelerare la ricerca oncologica e trattenere i giovani talenti: “Non manca il talento, manca un sistema che lo valorizzi”.

Barbara Capaccetti ha evidenziato la necessità di ridurre tempi e burocrazia, promuovendo piattaforme di dati condivisi e partnership collaborative tra accademia, industria e associazioni di pazienti. “Una ricerca più rapida, trasparente e partecipata è anche una forma di responsabilità collettiva”, ha ricordato.

Nelle conclusioni, Guido Rasi ha lanciato un appello: “Serve una visione condivisa, una governance stabile e la volontà di fare rete. Solo così potremo costruire il Rinascimento della ricerca italiana”. L’incontro ha tracciato la rotta verso un modello di ricerca integrato, meritocratico e orientato al futuro, dove pubblico, privato, pazienti e giovani lavorano insieme per dare valore al Paese e fiducia ai cittadini.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=133339

La mobilità sanitaria, se la conosci forse la governi meglio

Claudio Maria Maffei

13 NOV -

Gentile Direttore,

questi giorni si è tornati a parlare molto di mobilità sanitaria tra Regioni da quando il Presidente della Regione Emilia-Romagna, Michele Di Pasquale, ha lanciato un grido di allarme [puntualmente ripreso](#) da Qs: "La mobilità sanitaria interregionale è in forte aumento e sta mettendo sotto pressione il sistema. Serve un grande patto nazionale, perché questa situazione non è sostenibile".

Segue una distinzione cruciale: da un lato, l'eccellenza delle "prestazioni ad alta complessità" che giustamente attirano pazienti da tutta Italia; dall'altro, l'aumento insostenibile della "domanda di prestazioni di bassa complessità".

Chiusura: "Non è solo una questione economica non esistono infermieri e professionisti infiniti. Il sistema rischia di non reggere". Sempre dall'articolo di Qs emerge come il segnale sia condiviso dal Presidente della Regione Lombardia, Attilio Fontana, e dal Ministro Schillaci.

Stanno uscendo i primi interventi di commento all'intervento di Di Pasquale e di proposta di possibili rimedi e forse può essere utile la condivisione di una serie di dati e di informazioni sul fenomeno in modo da porre le basi per un percorso difficile, ma possibile, per un miglior governo della mobilità sanitaria.

Seguirò una seconda parte sulla interpretazione dei fenomeni e sui possibili interventi correttivi.

Le fonti di dati e analisi sulla mobilità sanitaria

La fonte più aggiornata e analitica sulla mobilità sanitaria è rappresentata dalla Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (Agenas) che ha pubblicato due rapporti sulla mobilità sanitaria in Italia relativi al [2024 \(dati 2023\)](#) e 2023 (dati 2022) che circola in [una versione completa](#) con i dati analizzati a livello di ciascuna Regione e in una [versione sintetica](#) simile a quella del 2024.

L'Agenas riporta poi i dati della mobilità sanitaria aggiornati al 2023 con i dati annuali dal 2018 in quattro sezioni del suo portale statistico: quella sulla [mobilità sanitaria](#) con dati solo sui ricoveri; quella sui [risultati economici della mobilità](#) pure riservata ai soli ricoveri, quella con il [Focus della Mobilità per Patologie Oncologiche e Muscoloscheletriche](#) e quella con i [Profili Sanitari delle Regioni e delle Province Autonome](#) che dedica alcune tabelle alla mobilità ospedaliera (le stesse della sezione omonima) e alla mobilità passiva per le prestazioni ambulatoriali.

Un'altra fonte importante è il Rapporto GIMBE sulla mobilità sanitaria di cui sono uscite due edizioni, quella [2025 con i dati relativi al 2022](#), e quella [2024 con i dati sui flussi 2021](#).

La fonte delle elaborazioni dell'Agenas sulla mobilità per ricoveri è rappresentata dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). Nel Rapporto sulla mobilità sanitaria in Italia 2024 sono molto ben descritti i criteri di inclusione e di analisi dei ricoveri in mobilità interregionale.

Ai fini di questo articolo è sufficiente ricordare che vi sono inclusi tutti i ricoveri a carico della Regione di provenienza e che la coorte di ricoveri esaminata viene distinta a seconda del tipo di mobilità:

- mobilità apparente: ricoveri effettuati nella regione di domicilio del paziente, quando questa non coincide con la regione di residenza;
- mobilità casuale: ricoveri effettuati in urgenza;
- mobilità effettiva: componente sulla quale la regione potrebbe intervenire per contrastare il fenomeno della mobilità. Questa è ulteriormente suddivisa in: ricoveri con DRG di alta complessità, ricoveri con DRG di media o bassa complessità e ricoveri classificati come DRG a rischio di inappropriatezza.

La mobilità effettiva viene poi esaminata anche in base alla distanza tra il luogo di residenza e il luogo di cura. Si parla di mobilità di confine quando il ricovero avviene in una regione confinante. Nella lettura ed eventuale comparazione e citazione dei dati Agenas meglio sempre esplicitare la tipologia di ricoveri di mobilità presi in considerazione (totale, effettiva, di confine, ecc.).

Tutte le analisi più di dettaglio sono fatte con riferimento alla sola mobilità effettiva che equivalgono a 2,316 miliardi di scambi nel 2023 su un totale di 2,880.

Per le elaborazioni dei dati sulla specialistica ambulatoriale erogata in regime di mobilità Agenas utilizza i dati del cosiddetto *file C* e classifica le prestazioni nelle categorie FARE di I livello (Visite, Riabilitazione, Diagnostica, Laboratorio, Terapia).

Nel Rapporto 2024 vengono fatte delle analisi anche in base alle cinque prime categorie per livello di costo: genetica/citogenetica, radioterapia, chirurgia ambulatoriale maggiore, risonanza magnetica e medicina nucleare.

Le analisi di GIMBE utilizzano altre due fonti per la quantificazione e descrizione della mobilità sanitaria: i dati del riparto del Fondo Sanitario Nazionale che ogni anno quantificano i debiti e i crediti legati a tutte le voci della mobilità sanitaria (vedi dopo) e i dati dei Modelli M che ogni anno le Regioni si scambiano coi dati della mobilità relativi ai cosiddetti flussi standard (tra parentesi il loro peso economico percentuale stimato da GIMBE per il 2022): ricoveri (69,9%), specialistica ambulatoriale (15,9 %), somministrazione diretta di farmaci (9,3%); farmaceutica (2,0%); trasporti con elisoccorso ed ambulanza (1,4%), medicina generale (0,8%) e cure termali (0,7%).

La lettura combinata dei documenti Agenas e GIMBE fornisce un quadro molto utile di riferimento che necessita per una lettura più consapevole della conoscenza delle regole che di seguito verranno adesso ricordate.

Le regole della mobilità sanitaria

Premesso che qui si parla solo di mobilità interregionale, le regole tecniche che governano il mondo della mobilità sanitaria sono riportate in un Accordo che ogni anno viene approvato dalla Conferenza Stato-Regioni. L'ultimo formalmente approvato fa riferimento [all'anno 2023](#), ma sulla stessa base le Regioni si sono già scambiate i dati 2024.

Tra le altre cose le regole tecniche riportano le tariffe e i controlli di appropriatezza sulla attività di ricovero. Le tariffe per l'attività di ricovero, una volta specifiche per la mobilità, sono oggi le tariffe introdotte dal DM 18 ottobre 2012.

Alle medesime tariffe viene applicata una remunerazione aggiuntiva, nel rispetto dell'art. 2 comma 4 del citato DM, per la lista dei ricoveri per i quali è stato riscontrato che la tariffa è insufficiente alla copertura dei costi legati all'impiego delle protesi o dei dispositivi medici.

Per le Aziende miste è previsto un incremento pari al 7%. Inoltre, è prevista una remunerazione specifica per i ricoveri degli Ospedali pediatrici, che prevede un incremento delle tariffe del DM 2012 per una lista di 119 DRG riconosciuti di alta specialità per 10 Istituti pediatrici monospécialistici (incremento del 20%) e per 4 strutture pediatriche che svolgono una attività di alta specializzazione nel settore pediatrico (incremento del 15%).

Quanto vale “veramente” la mobilità sanitaria

Per capire quanto incide la mobilità sanitaria sui bilanci delle sanità regionali lo si capisce bene dal Riparto annuale del Fondo Sanitario. In questo riparto il finanziamento previsto per ciascuna Regione e Provincia Autonoma viene corretto in base ai dati di mobilità dell'anno prima per cui le Regioni creditrici con un saldo di mobilità attivo hanno ogni anno un anticipo di quanto produrranno per le altre Regioni.

Ovviamente vale l'opposto per le Regioni debentrici con un saldo negativo. Se si entra nel dettaglio le cose si complicano un po' come vediamo se prendiamo l'ultimo riparto, [quello del 2024](#), in cui si quantifica l'incidenza dei saldi di mobilità sul fondo indistinto (al netto cioè dei fondi finalizzati).

Vediamo in fondo alla infinita Tabella C che sta in tre pagine che le Regioni si scambiano per effetto della mobilità 5,037 miliardi di euro su un fondo indistinto complessivo di 128,6 miliardi (Tabella B).

Se abbiamo la pazienza (ce ne vuole tanta) di vedere le voci che confluiscono in quei 5 miliardi di dare-avere scopriamo che la mobilità sanitaria utilizzata per arrivare a quella cifra sono: 4,6 miliardi scambiati nel 2023 in base ai flussi standard, 324 milioni per il conguaglio degli stessi scambi di mobilità del 2022 utilizzati nel Riparto dell'anno precedente, 10 milioni legati ai cosiddetti disabili cronici (si tratta di persone che si sono trasferite da una Regione all'altra per essere assistite in regime residenziale) più qualche altro milione legato a specifiche partite (plasmaderivati, ricerca e reperimento di cellule staminali, ecc.).

Quindi le Regioni che producono “in eccesso” si trovano già finanziate in partenza e quelle “che non ce la fanno” a essere autonome sono sottofinanziate in partenza.

Si tratta di un meccanismo che contribuisce a rendere strutturali i flussi di mobilità più consistenti e cioè quelli tra il Sud che manda e il Nord che riceve.

L'effetto dei privati sull'impatto economico dei saldi di mobilità sulle Regioni

Tradizionalmente l'impatto sui bilanci regionali dei flussi di mobilità si calcola sulla base del saldo attivo o passivo riportato nel Riparto annuale del Fondo sanitario (vedi ad esempio le elaborazioni GIMBE) oppure sulla base del saldo relativo ai ricoveri e alle prestazioni ambulatoriali.

Prendiamo il caso delle Marche che nel riparto 2024 hanno avuto sottratti 53,7 milioni che derivano dai 124,6 milioni di crediti e i 178,3 milioni di debiti (dati che abbiamo visto influenzati da più partite, ma gli scambi per ricoveri e prestazioni ambulatoriali sono quelle più importanti).

Ma di quei 124,6 milioni di crediti una parte consistente viene rigirata ai privati delle Marche che hanno erogato buona parte delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali in mobilità attiva negli anni 2023 e 2022 (ricordiamoci del conguaglio relativo a questo anno).

Quindi di fatto il saldo negativo in termini di risorse destinabili ai LEA per la Regione non è 53,7, ma 53,7 più la mobilità attiva “rigirata” ai privati. Per la sola attività di ricovero del 2023 la Regione Marche ha rigirato ai privati 40 milioni (su un totale di 83) che assieme a circa il 40% della mobilità attiva di 11 milioni per le prestazioni ambulatoriali portano a stimare a oltre 100 milioni la cifra che la Regione Marche sottrae ai suoi 3.273 milioni di fondo indistinto “di spettanza” per l'erogazione “in proprio” dei LEA per effetto dei saldi di mobilità calcolati al netto del contributo dei privati.

Ovviamente quello che vale per le Marche vale per le altre Regioni. Si tenga conto che in base ai dati Agenas 2023 su 2,881 di mobilità attiva per l'attività di ricovero 1697 (il 60%) viene rigirato ai privati e quindi sottratti alla erogazione “in proprio” dei LEA da parte delle Regioni. A questi vanno aggiunte le prestazioni ambulatoriali erogate in mobilità attiva dai privati.

Nella seconda parte di questo articolo si esamineranno più nel dettaglio le dinamiche sottostanti ai flussi di mobilità e le possibilità di meglio governarle.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=133331

quotidianosanità.it

La mobilità sanitaria: patologia cronica di sistema?

Claudio Maria Maffei

17 NOV -

Gentile Direttore,

in [una lettera pubblicata ieri](#) ho già affrontato il tema della mobilità sanitaria prendendo spunto dal [grido di allarme del Presidente della Regione Emilia-Romagna](#), Michele Di Pasquale, circa la non sostenibilità della “troppa mobilità attiva” soprattutto a favore delle Regioni del Sud.

Per dare un contributo al dibattito che si è già avviato al riguardo ho nel primo intervento fornito alcune informazioni sulle fonti informative in tema di mobilità sanitaria, sulle regole che ne supportano la gestione da parte delle Regioni e sui criteri di calcolo dell'impatto economico dei saldi sui bilanci regionali.

In questo secondo intervento cercherò di inquadrare la mobilità sanitaria in una visione complessiva dal momento che io la considero a rischio di rappresentare una vera e propria patologia cronica di sistema.

Ovviamente questo intervento vuole essere solo uno stimolo alla riflessione perché i temi affrontati sono solo accennati proprio in una funzione di stimolo.

In premessa va ricordato come la mobilità sanitaria sia anche, quando contenuta in limiti fisiologici, un diritto (alla scelta del luogo di cura) e una opportunità sia per i cittadini che per le Regioni con una offerta “carente”. Nelle dimensioni che ha assunto, la mobilità sanitaria in Italia presenta almeno quattro elementi di carattere “patologico” che la configurano come una potenziale malattia di sistema con carattere di cronicità.

Questi elementi sono a mio parere i seguenti (elementi ovviamente intrecciati tra loro): la iniquità sociale, lo squilibrio nella offerta Nord-Sud, il ruolo sproporzionato del privato e la inerzia di sistema nel governo del problema. Vediamoli uno alla volta.

Per quello che riguarda la mobilità come forma di iniquità basti pensare ai costi sostenuti dalle famiglie per “sopportarla”.

Sono stati di recente, a solo titolo di esempio, pubblicati e commentati qui su Qs [i dati del rapporto Favo](#) (Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia) che fotografano per la prima volta le disuguaglianze nell'assistenza ai malati oncologici in età pediatrica e adolescenziale: al Sud fino al 90% dei pazienti costretto a migrare e, nonostante l'80% di guarigioni, le famiglie affrontano in media 35mila euro di spese non coperte dal Ssn durante le cure.

Tornando ai dati Agenas del [Rapporto Mobilità 2024 con dati 2023](#) sono stati oltre mezzo milione i ricoveri in mobilità effettiva fuori Regione, la stragrande maggioranza dei quali a carico delle Regioni del Mezzogiorno. Basti prendere [l'ultimo Rapporto sulle Reti oncologiche](#) dell'Agenas che documenta come l'indice di fuga per le patologie oncologiche calcolato in base alla mobilità effettiva sia del 15,18% al Sud (con una punta del 38,51% in Molise e del 34,76 in Calabria) contro il 7,31% del Centro e il 6,48% del Nord. Questi costi a carico delle famiglie vengono per fortuna mitigati dall'aiuto di Associazioni del terzo settore come [CasAmica](#).

Questo tema dei costi sociali ci porta direttamente al secondo punto relativo allo squilibrio nella offerta di servizi sanitari tra Nord-Sud.

Anche qui per comodità torno ai dati [dell'ultimo Rapporto sulle Reti Oncologiche](#) che documenta la differenza tra le varie Regioni in termini di Indice di Bacino e cioè di percentuale di prestazioni ambulatoriali e ospedaliere di chemioterapia e radioterapia erogate ai pazienti entro i 60 minuti o 100 km di percorrenza dal luogo di residenza, sul totale delle prestazioni ambulatoriali e ospedaliere per area territoriale di residenza. Nelle ultime 5 posizioni ci sono tutte le Regioni del Sud con la Calabria che ha un indice di bacino (15) che è poco più della metà del valore dello stesso indice in Lombardia e in Emilia-Romagna. Un tema particolarmente drammatico legato agli squilibri nella offerta tra Nord e Sud è quello della [migrazione sanitaria in età pediatrica](#) meritevole di uno specifico approfondimento.

Il terzo elemento “patologico” è il ruolo sproporzionato, e aggiungerei malgovernato, del privato accreditato nei flussi di mobilità.

Anche solo limitandoci ai ricoveri i privati hanno una incidenza nella produzione in mobilità attiva molto superiore a quella che hanno sulla produzione interna. Se prendiamo i dati dell'[Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale edizione 2023](#) si può stimare pari a circa il 16% l'incidenza della produzione di ricoveri da parte delle Case di Cura accreditate su totale dei ricoveri effettuati nel 2023 dalle strutture pubbliche e dalle Case di Cura accreditate.

Se si va nel Portale statistico dell'Agenas nella [sezione relativa alla Mobilità sanitaria](#) si vede che il peso sulla produzione in termini di numero di ricoveri in mobilità attiva è invece del 55% e sale al 59% quando si fa una stima in termini di valore dei ricoveri.

Questi dati sono assolutamente grezzi e da analizzare molto più nel dettaglio, ma sono chiarissimi nel far emergere la mobilità sanitaria come campo prevalente d'azione delle strutture private.

Questo si trascina dietro una serie di ricadute importanti: si tratta di una produzione “fuori committenza” e quindi non governata in termini di volumi e di contenuti (sulla appropriatezza qui non discutiamo) e soprattutto a rischio di aumentare e di sottrarre risorse umane al Ssn. Questo punto merita di essere approfondito.

Le strutture ospedaliere private in Italia operano mediamente in condizioni di forte tutela rispetto alle criticità di sistema: partecipano raramente alle attività in urgenza che coinvolgono la quasi totalità delle strutture pubbliche, possono permettersi di sopravvivere anche con un numero limitato di posti letto (in base al DM 70/2015 ne bastano 70 per acuti), possono selezionare poche linee produttive in base a principi di efficienza e convenienza (solitamente di area chirurgica o interventistica) ed esercitare una forte capacità di attrazione

nei confronti dei professionisti che in quelle stesse aree trovano molte difficoltà ad operare nelle strutture pubbliche pressate dalle urgenze e dai vincoli economici e di personale.

Non è certo un caso che a lamentarsi della troppa mobilità attiva siano solo le Aziende pubbliche. Di fatto in molte situazioni il sistema sanitario pubblico è come se si facesse concorrenza sleale da solo.

Ma un altro dato è preoccupante: la “capacità installata” del privato e quindi le sue potenzialità operative sono molto superiori alla loro operatività attuale. Sempre tornando all'[Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale edizione 2023](#) il tasso di utilizzo dei posti letto delle strutture ospedaliere pubbliche è stato nel 2023 dell'80% contro il 50% delle Case di Cura Private Accreditate.

Ciò vuol dire due cose: che quei posti letto dei privati non ancora utilizzati serviranno sempre di più per l'attività di ricovero coperta dalle Assicurazioni o pagata dai privati e che mentre la produzione del pubblico è vicina alla saturazione quella del privato può accogliere quella che il pubblico non garantisce. Tutto bene, uno potrebbe dire, se si tratta di produzione “buona”.

Se non fosse che con la produzione se ne andrebbero i professionisti e questo è un fenomeno che va invece invertito. E per questo, tornando alla mobilità, la produzione fuori committenza dei privati in mobilità attiva va ridotta.

Ultima criticità in tema di mobilità sanitaria: l'inerzia del sistema nell'affrontarla. Da decenni ormai si parla di accordi di confine, ma questi stentano a diventare uno strumento di governo.

Ma ancor più vecchio è il problema degli squilibri nella offerta tra Nord e Sud e altrettanto vecchio il governo del rapporto coi privati che passa anche da una riscrittura del DM 70 nella parte che li riguarda.

Per concludere ben vengano le esternazioni (in verità molto approssimative) di Presidenti e Assessori delle Regioni sul tema della mobilità sanitaria se serviranno a far uscire l'argomento dal porto delle nebbie in cui è fermo da tanto.

PS Mi permetto un ringraziamento e un saluto finale ai componenti del Gruppo Tecnico che si occupa della mobilità della Commissione Salute delle Regioni e delle Province Autonome (ne ho fatto parte per diversi anni anche io) che fa girare da decenni l'infernale macchina degli scambi di mobilità (comprensiva di tariffe, controlli di appropriatezza e tutto il resto) con il coordinamento prima della Regione Umbria e attualmente della Regione Emilia-Romagna.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=133399

quotidianosanità.it

Eccellenza nelle emergenze ospedaliere ma crisi nella prevenzione sul territorio. Il quadro del Ssn alla luce dei nuovi dati del rapporto Ocse

G, Rodriquez

Il rapporto Ocse sulla salute dipinge un'Italia sanitaria dalle due facce. Eccelle nella cura d'urgenza (infarti, ictus) e nel contenere i ricoveri per cronicità come il diabete. Tuttavia, mostra gravi lacune nella prevenzione, con alcuni screening oncologici ancora inadeguati e troppi antibiotici prescritti. Il tallone d'Achille resta il territorio: i pazienti cronici si sentono i meno autonomi d'Europa nel gestire la propria salute, segnale di un'assistenza primaria da potenziare

17 NOV -

Il Servizio sanitario nazionale italiano si conferma un sistema a due marce, dove l'eccellenza delle cure acute e la gestione ospedaliera delle cronicità coesistono con preoccupanti ritardi nella prevenzione e nell'empowerment dei cittadini. È il quadro che emerge dal rapporto "Health at a Glance 2025" dell'Ocse, che nel capitolo dedicato alla "Qualità ed esiti delle cure" fotografa un'Italia dalle forti contraddizioni, divisa tra performance da primato e criticità strutturali.

Vaccinazioni: copertura solida per la DTP, allarme per il morbillo

Il quadro delle vaccinazioni in Italia è a due velocità. Da un lato, il Paese supera la soglia raccomandata dall'Oms per la vaccinazione DTP (difterite-tetano-pertosse), posizionandosi saldamente tra i paesi virtuosi. Dall'altro, l'Italia non raggiunge la soglia di sicurezza del 95% per il morbillo e si colloca al di sotto della media Ocse dell'89%. Questo gap nella copertura per una malattia altamente contagiosa come il morbillo espone la popolazione a rischi di focolai e rende difficile l'eliminazione della malattia, un obiettivo chiave di salute pubblica.

Screening oncologici: luci ed ombre per il cancro al seno, serve più impegno per la cervice e il colon-retto

L'Italia si posiziona bene nello screening per il cancro al seno: nel 2023, il 55% delle donne tra i 50 e i 69 anni ha eseguito una mammografia negli ultimi due anni, un dato in linea con la media Ocse. Da sottolineare però il dato in calo rispetto al 2013. Il nostro Paese è ancora lontano dai tassi di adesione superiori all'80% registrati in Danimarca, Svezia e Finlandia.

Preoccupa, invece, la situazione dello screening per il cancro cervicale. Nonostante l'introduzione del test HPV come metodo primario, l'adesione non è tra le più elevate, con l'Italia che non rientra tra i Paesi con i tassi migliori (guidati da Svezia, Svizzera e Repubblica Ceca con il 75-78%). L'Italia con il 42% si mantiene lontana dalla media Ocse del 58%. Da evidenziare come la stessa media Ocse sia ancora lontana dall'obiettivo dell'Oms del 70% di copertura.

Stesso allarme per gli screening del tumore del colon-retto. Anche in questo caso il dato italiano del 35% è molto inferiore alla media Ocse del 47%. In questo caso l'Italia viene doppiata da Paesi come Finlandia e Regno Unito che superano il 70%.

Prescrizioni sicure: Italia ancora male sugli antibiotici, attenta con gli oppioidi. Attenzione al fenomeno politerapia per i pazienti cronici

L'Italia dimostra ancora di ricorrere con troppa facilità alle prescrizioni di antibiotici, con un volume di 21.2 DDD ogni 1.000 abitanti nel 2023, un dato ancora superiore alla media Ocse di 16 per 1.000 abitanti seppur in miglioramento rispetto al 2013, segno di una crescente consapevolezza sul tema della resistenza antimicrobica.

Più virtuoso è l'approccio alla prescrizione di oppioidi. L'Italia è tra i Paesi con il volume più basso (inferiore a 5 DDD ogni 1.000 adulti), un dato positivo che riflette una cautela nell'uso di questi farmaci per il dolore cronico non oncologico, evitando il rischio di dipendenze che hanno colpito duramente nazioni come Stati Uniti e Canada.

Tra i pazienti cronici, in Italia il 28% assume contemporaneamente da 5 a 9 diversi farmaci contemporaneamente, mentre il 6% ne utilizza addirittura più di 10. Numeri tra i più alti, secondi solo a quelli degli Stati Uniti e lontani dalla media Ocse. Il fenomeno della politerapia era stato in questi giorni attenzionato dalla stessa Aifa che ne aveva sottolineato i rischi nel [rapporto OsMed](#).

Cronicità e cure primarie: ottima la gestione del diabete, critica l'autogestione

Nella gestione delle condizioni croniche evitabili, l'Italia eccelle: ha il tasso più basso di ricoveri per diabete tra i Paesi Ocse, segno di un'efficace assistenza primaria. Anche i ricoveri per scompenso cardiaco sono diminuiti di oltre il 30% tra il 2013 e il 2023, uno dei cali più marcati in area Ocse.

Tuttavia, un dato su tutti richiede riflessione: secondo l'indagine PaRIS, meno del 30% dei pazienti cronici over 45 in Italia si sente sicuro nella gestione autonoma della propria salute. È il dato più basso tra i Paesi esaminati, in netto contrasto con Francia (92%) e media Ocse. Un segnale che indica la necessità di potenziare l'educazione terapeutica e l'empowerment dei pazienti.

Bene la gestione degli infarti e ictus

La gestione dell'infarto del miocardio (AMI) in fase acuta vede l'Italia raggiungere ancora una volta risultati migliori rispetto alla media Ocse. Il tasso di mortalità a 30 giorni dal ricovero si attesta sul 4.7% , al di sotto della media del 6.5% e migliore di paesi come Germania (7.9%) e Belgio (7.0%).

Bene anche la gestione del follow-up dopo un ictus ischemico. La mortalità intra-ospedaliera a 30 giorni resta anche nel 2024 saldamente sotto la media Ocse.

Il verdetto dell'Ocse delinea dunque un'Italia dalla doppia anima. Da un lato, un sistema che, quando riesce a portare i pazienti in ospedale, garantisce prestazioni di alto livello, come dimostrano i dati su infarti e ictus. Dall'altro, un servizio che fatica a intercettare i bisogni di salute sul territorio, come testimoniano i bassi tassi di screening e la drammatica sfiducia dei cronici nella gestione della propria malattia.

La sfida per il futuro non è tanto migliorare l'eccellenza clinica, ma costruire un ponte solido tra gli ospedali e le case degli italiani, investendo su prevenzione, educazione sanitaria e una medicina di prossimità che sia finalmente in grado di non far sentire solo chi convive con una malattia. Il vero banco di prova non sarà salvare più vite in terapia intensiva, ma aiutare i cittadini a non arrivarci.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=133365

L'uso dei Farmaci in Italia

Rapporto Nazionale
Anno 2024



Summary

Il presente Rapporto fornisce una descrizione analitica dell'uso dei farmaci nell'anno 2024, nel contesto nazionale e regionale, mediante l'elaborazione di diversi flussi informativi che consentono di ricomporre l'assistenza farmaceutica in ambito territoriale e ospedaliero, sia a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che tramite l'acquisto privato da parte del cittadino.

Per l'analisi dei consumi in regime di assistenza convenzionata è stato utilizzato il flusso OsMed, mentre l'analisi dei consumi dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche è stata condotta utilizzando il flusso della Tracciabilità del Farmaco.

Inoltre, per l'analisi delle prescrizioni per età e sesso, di esposizione e per la stima di aderenza e persistenza al trattamento farmacologico, sono stati analizzati i dati individuali provenienti da tutte le Regioni italiane, raccolti nel flusso informativo delle prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN (Tessera Sanitaria).

Per la valutazione dell'acquisto a carico del cittadino sono stati utilizzati i dati rilevati attraverso il flusso della Tracciabilità del Farmaco relativamente ai farmaci consegnati presso le farmacie territoriali pubbliche e private. Infine, per analizzare la spesa e i consumi dei farmaci erogati tramite la distribuzione diretta e la distribuzione in nome e per conto sono stati utilizzati i relativi flussi regionali.

Sezione 1. Caratteristiche generali dell'uso dei farmaci in Italia

La spesa farmaceutica nazionale totale (pubblica e privata) è stata nel 2024 pari a 37,2 miliardi di euro, in aumento del 2,8% rispetto al 2023, rappresentando un'importante componente della spesa sanitaria nazionale, che incide per l'1,7% sul Prodotto Interno Lordo (PIL).

La spesa farmaceutica pubblica, con un valore di 26,8 miliardi, tiene conto del 72% della spesa farmaceutica complessiva e del 19,4% della spesa sanitaria pubblica, ed è in aumento rispetto al 2023 (+7,7%) (Tabella 1.1.1). Nel 2024 la spesa farmaceutica territoriale complessiva, pubblica e privata, è stata pari a 23,8 miliardi di euro con un aumento dello 0,7% rispetto all'anno precedente.

La spesa territoriale pubblica, comprensiva della spesa dei farmaci di classe A erogati in regime di assistenza convenzionata e in distribuzione diretta e per conto, è stata di 13,7 miliardi di euro, registrando un aumento del 5,1% rispetto al 2023, prevalentemente determinato, anche quest'anno, dall'incremento della spesa dei farmaci di classe A erogati in distribuzione diretta (+4,6%) e dei farmaci di classe A erogati in distribuzione per conto (+10,9%) (Tabella 1.2.1).

La spesa a carico dei cittadini, comprendente la quota della compartecipazione (ticket regionali e differenza tra il prezzo del medicinale a brevetto scaduto e il prezzo di riferimento), l'acquisto privato dei medicinali di classe A e la spesa dei farmaci di classe C, è stata pari a 10,2 miliardi di euro, in contrazione del 4,6% rispetto al 2023. Si evidenzia infatti, una contrazione di quasi tutte le voci di spesa, con l'esclusione della compartecipazione (+1,4%) e l'automedicazione (+1,7%).

A influire maggiormente sulla contrazione invece, è l'acquisto privato dei farmaci di classe A (-4,9%) della classe C con ricetta (-18,3%). Nel 2024 sono state consumate mediamente, in regime di assistenza convenzionata, 18 confezioni per ciascun cittadino e 1.136,2 dosi per mille abitanti ogni giorno (+0,7% rispetto al 2022) (Tabella 1.2.2).

Nel complesso dell'assistenza territoriale, comprensiva di quella pubblica e privata, le confezioni dispensate sono state circa 1,9 miliardi, in leggera contrazione rispetto all'anno precedente (-1,5%).

Aumentano le confezioni erogate sia in distribuzione per conto (+10,7%), mentre diminuiscono quelle distribuite in Diretta (-5,0%).

Le principali componenti della variazione della spesa farmaceutica lorda prezzi al pubblico evidenziano rispetto all'anno precedente un aumento dei consumi di farmaci prescritti (1,2% in termini di dosi), una lieve contrazione dei prezzi medi (-0,8) e, infine, uno spostamento della prescrizione verso specialità più costose (effetto mix: +1,3%) (Tabella 1.2.6).

La Regione con il valore più elevato di spesa lorda prezzi al pubblico pro capite per i farmaci di classe A-SSN è stata la Campania con 199,3 euro pro capite, mentre il valore più basso si registra nella PA di Bolzano (121,8 euro pro capite), con una differenza tra le due Regioni del 64% (Tabella 1.2.4).

Sul lato dei consumi, la Regione che evidenzia i livelli più elevati è la Basilicata con 1.279,3 DDD/1000 abitanti die, mentre i consumi più bassi si riscontrano nella PA di Bolzano (889,9 DDD/1000 abitanti die). La spesa per i farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche è stata di circa 17,8 miliardi di euro (301,8 euro pro capite) e ha registrato un incremento del 10% rispetto al 2023, a fronte di un aumento dei consumi (+4,7%; 204,9 DDD/1000 abitanti die) e un aumento del costo medio per DDD del 4,8% (Tabella 1.3.1).

Le Regioni in cui sono stati riscontrati i valori di spesa più elevati sono la Campania (358,2 euro pro capite) e l'Emilia Romagna (329,9 euro pro capite); al contrario, in Valle d'Aosta (247,3 euro pro capite) e nella PA di Trento (255,1 euro pro capite) si rilevano i valori più bassi. L'incremento della spesa, rispetto al 2023, è stato registrato in tutte le Regioni, con le maggiori variazioni nel Lazio (+13,9%) e in Valle d'Aosta (+13,8%).

Nel 2024 il 68,0% degli assistiti ha ricevuto almeno una prescrizione di farmaci, con una spesa pro capite di 212,19 euro e un consumo di 1.195,4 DDD/1000 abitanti die; si evidenzia una differenza di esposizione ai farmaci tra i due sessi, con una prevalenza che raggiunge il 63,6% nei maschi e il 72,1% nelle femmine (Tabella 1.4.1 e Figura 1.4.1).

La spesa pro capite e i consumi crescono con l'aumentare dell'età, in particolare la popolazione con più di 64 anni assorbe oltre il 50% della spesa e delle dosi. Le Regioni del Nord registrano una prevalenza inferiore (64,92%) rispetto al Centro (70,3%) e Sud Italia (70,8%) (Tabella 1.4.2).

Per ciascun utilizzatore è stata sostenuta una spesa più elevata al Sud (330,5 euro) rispetto al Centro (310,6 euro) e al Nord (298,8 euro). Nel corso del 2024, circa 4,6 milioni di bambini e adolescenti assistibili hanno ricevuto almeno una prescrizione farmaceutica, pari al 50,9% della popolazione pediatrica italiana, con una prevalenza leggermente superiore nei maschi rispetto alle femmine (51,9% vs 49,9%) (Tabella 1.5.1).

Gli antinfettivi per uso sistemico si confermano la categoria terapeutica a maggiore consumo in età pediatrica, seguiti dai farmaci dell'apparato respiratorio e dai preparati ormonali sistemici, esclusi quelli sessuali e insuline; per tutte le categorie si osserva un incremento dei consumi rispetto all'anno precedente (Figura 1.5.3).

I farmaci del sistema nervoso centrale si collocano al quarto posto tra i farmaci più prescritti, con un consumo pari all'8,0% del totale e un aumento del 4,1% rispetto al 2023.

Nella popolazione anziana la spesa media per utilizzatore è stata di 570,2 euro (621,6 nei maschi e 529,5 nelle femmine), in lieve aumento rispetto al 2023 (+1,2%) e quasi l'intera popolazione (97,4%) ha ricevuto nel corso dell'anno almeno una prescrizione farmacologica (Tabella 1.6.1).

Ogni utilizzatore ha consumato in media oltre 3,4 dosi al giorno (con maggiori livelli negli uomini rispetto alle donne) e assunto 7,6 diverse sostanze, con un valore più basso (5,9 sostanze per utilizzatore) nella fascia di età tra 65 e 69 anni e più elevato (8,7 sostanze per utilizzatore) nella fascia di età pari o superiore agli 85 anni (Tabella 1.6.4).

Per entrambi i sessi si è assistito a un progressivo incremento all'aumentare dell'età del numero di principi attivi assunti. Il 68,1% degli utilizzatori di età pari o superiore ai 65 anni ha ricevuto prescrizioni di almeno 5 diverse sostanze nel corso dell'anno 2024 e circa uno su tre (28,3%) ha assunto almeno 10 principi attivi diversi (Figura 1.6.5).

Inoltre, è emerso che il 33,1% della popolazione anziana (3 pazienti su 10) assume almeno 5 farmaci diversi per almeno 6 mesi nel corso di un anno (definizione di politerapia cronica), con un andamento crescente all'aumentare dell'età fino agli 89 anni, dove raggiunge il picco massimo del 43,7% (un paziente su due) (Tabella 1.6.6).

Valutando l'andamento temporale del consumo mensile dei farmaci è evidente il trend di crescita dei farmaci di classe A in regime di assistenza convenzionata e dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche; per i farmaci di classe C con ricetta si registra un andamento decrescente nel periodo 2004-2016, un leggero incremento fino al 2023 e una riduzione registrata l'ultimo anno (Figure 1.7.1, 1.7.2 e 1.7.3).

L'analisi sull'andamento temporale del prezzo dei farmaci riporta una riduzione del prezzo medio per dose dei farmaci di classe A in regime di assistenza convenzionata (Figura 1.8.1) e un aumento per i farmaci territoriali di classe C con ricetta (Figura 1.8.3).

L'approfondimento, effettuato nel 2024, sulla stima dei risparmi ottenuti dall'ingresso dei farmaci in lista di trasparenza relativi al periodo 2017-2024 ha evidenziato un risparmio per il SSN di circa 5,3 miliardi di euro, di cui 1,2 miliardi ascrivibili solo all'ultimo anno e riferito a soli 10 principi attivi. I principi attivi che hanno generato le economie maggiori sono stati la rosuvastatina e l'associazione ezetimibe/simvastatina.

L'analisi del costo medio DDD ha evidenziato, nel primo anno, una riduzione di circa il 50% rispetto al valore registrato nei dodici mesi antecedenti all'introduzione in lista di trasparenza, sebbene la diminuzione risulti più contenuta negli anni successivi (Figura 1.8.2).

Nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche l'andamento dei costi risulta crescente dal 2006 al 2009 per poi stabilizzarsi nel periodo 2010-2012 e aumentare nuovamente dal 2013, con una variazione da gennaio 2015 a dicembre 2024 del 54,4%, corrispondente a una variazione media annua (CAGR) nel periodo considerato (2015-2023) dello 0,2%. In particolare, nel 2024 è stato registrato un incremento rispetto all'anno precedente del 4,8% (Figura 1.8.4).

Nel confronto internazionale si è valutata l'assistenza farmaceutica italiana rispetto ad altri 9 Paesi Europei per i farmaci distribuiti sia a livello territoriale che tramite il canale ospedaliero.

Considerando i due diversi canali erogativi, infatti, emerge una profonda diversità nel ricorso a specifiche categorie di farmaci, attribuibile anche alla particolare erogazione (Distribuzione Diretta e Distribuzione in

nome e Per Conto) utilizzata in Italia (Legge 405/2001), sebbene siano intervenute modifiche negli ultimi due anni.

La spesa farmaceutica totale italiana, comprensiva della spesa territoriale pubblica e privata e della spesa ospedaliera, con un valore di 672 euro pro capite, è inferiore rispetto a quella registrata in Germania (742 euro), Austria (733 euro) e Belgio (681 euro), mentre è ben al di sopra dei valori di Polonia (339 euro), Portogallo (481 euro), Svezia (488 euro), Gran Bretagna (541 euro) e della media dei Paesi europei che è pari a 418 euro (Figura 1.9.3).

L'Italia evidenzia ancora una bassa incidenza della spesa per i farmaci equivalenti (Figura 1.9.8) rispetto agli altri Paesi europei, mentre è al 1° posto nell'incidenza della spesa (59,8%) e del consumo (72,2%) di farmaci biosimilari rispetto ad una media europea del 45,8% per la spesa e di 36,5% per i consumi (Figure 1.9.10 e 1.9.11).

Complessivamente, nel 2024 è registrata una riduzione dell'incidenza della spesa per tutti i Paesi considerati, dovuta alla scadenza del brevetto di alcuni principi attivi che registrano i costi maggiori e dove la penetrazione del biosimilare risulta ancora ridotta rispetto a quella del farmaco biologico di riferimento (ustekinumab, natalizumab).

Tale effetto risulta particolarmente evidente nell'analisi relativa alla penetrazione dei biosimilari e al livello di concentrazione del mercato, tramite l'indice di Herfindhal-Hirschman, per le singole molecole (Tabella 1.9.20). L'Italia, con 52,9 euro pro capite, conferma il 4° posto per la spesa dei farmaci orfani, dopo Francia (70,1 euro), Belgio (63,4 euro) e Austria (61,9 euro). Tutti i Paesi mostrano un andamento crescente della spesa negli ultimi quattro anni ad eccezione della Svezia (-8,6% nel 2024 (Figura 1.9.12).

Infine, è stato condotto un confronto sui prezzi considerando i medicinali identici o con confezionamento più prossimo a quelli commercializzati in Italia. Per l'Italia e Germania, paesi per cui erano disponibili, l'analisi è stata condotta utilizzando i prezzi effettivi di acquisto.

Considerando i farmaci territoriali (Figura 1.9.13), si evidenzia che tutti i paesi presentano prezzi medi superiori a quelli italiani; in ambito ospedaliero Germania, Francia, Portogallo, Belgio e Spagna con differenze che oscillano tra il -60,2% della Germania e il -2,3% della Spagna.

Rispetto al 2023 si evidenzia un miglioramento dei prezzi della Spagna rispetto all'Italia, attribuibile all'ingresso nel paniere comune di farmaci che in Spagna evidenziano un consumo maggiore in SU (effetto prezzo/volume) (Figura 1.9.14).

Se consideriamo il mercato complessivo, comprensivo dei farmaci erogati sia in ambito territoriale che ospedaliero, si osserva come l'Italia abbia prezzi inferiori a Belgio (+75,8%), Germania (+51,9%), Austria (+42,0%), Svezia (+29,5%), Gran Bretagna (+4,2%), Spagna (+3,5%), mentre hanno prezzi inferiori all'Italia paesi come Francia (-10,6%), Polonia (-30,4%) e Portogallo (-37,6%) (Figura 1.9.15).

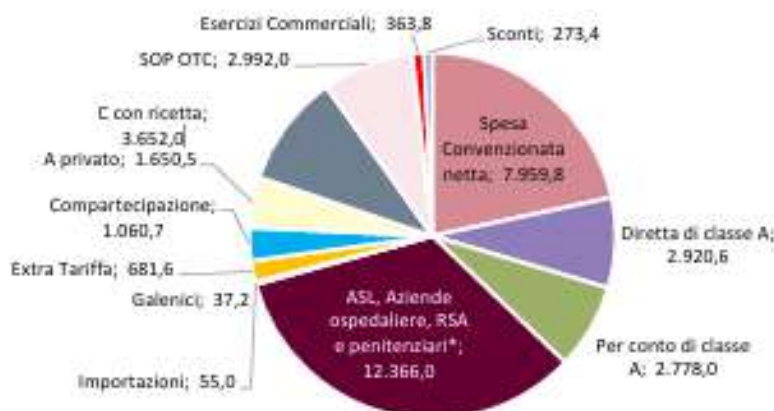


Figura 1.1.1 Composizione della spesa farmaceutica pubblica e della spesa farmaceutica pubblica non compresa nel tetto della spesa farmaceutica (2024)

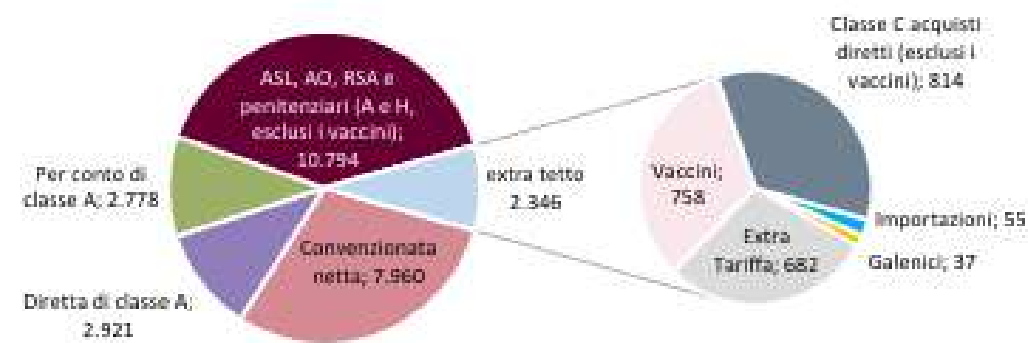


Figura 1.1.3 Spesa farmaceutica nel periodo 1985-2024 (Figura e Tabella)

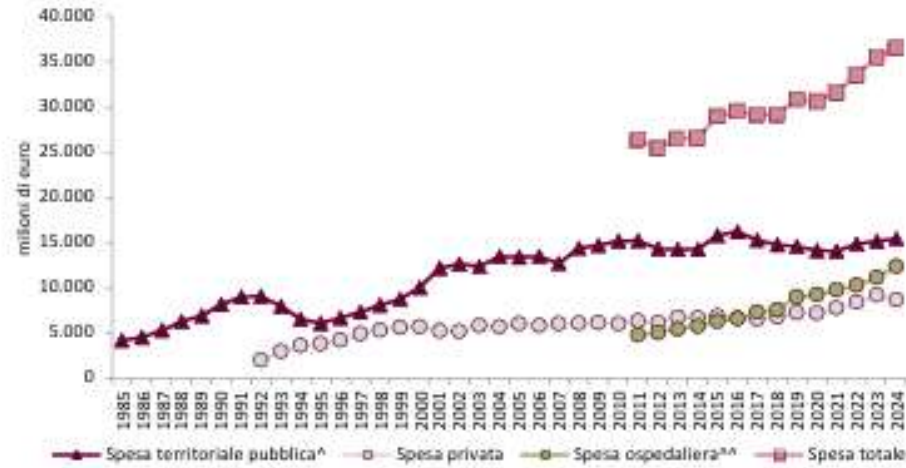
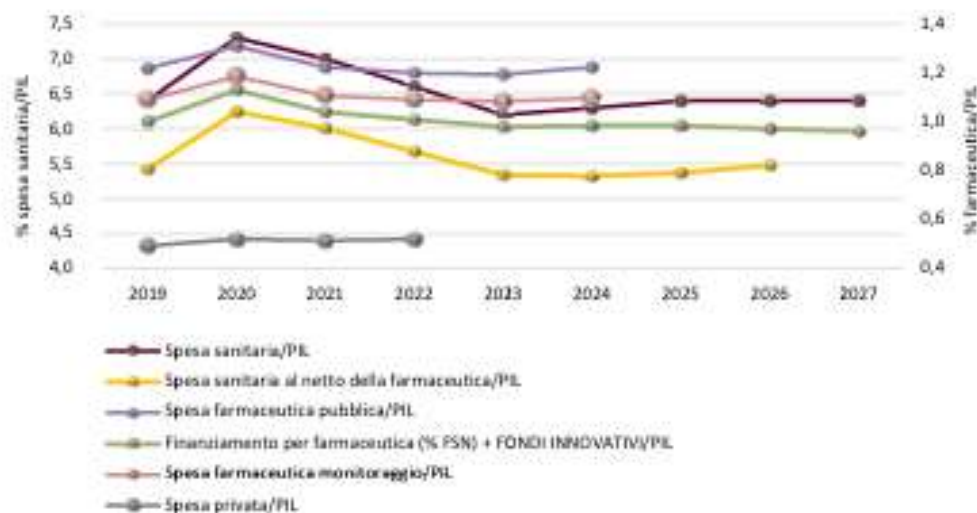


Figura 1.1.4 Andamento del FSN, della spesa sanitaria, del finanziamento della spesa farmaceutica e della spesa farmaceutica a carico del SSN nel periodo 2014-2024



Figura 1.1.5 Andamento del rapporto dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL e della spesa farmaceutica sul PIL (2019-2027)



<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1762621489.pdf>

quotidianosanità.it

Il Sud soffre: sanità in ginocchio

Francesco Cognetti, Coordinatore Forum delle Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri ed Universitari Italiani (FOSSC)

Il Ssn mostra profonde disuguaglianze territoriali: al Sud solo il 60-70% della popolazione accede ai Lea base, contro il Nord che integra con fondi propri. Il 9,9% degli italiani rinuncia alle cure, con picchi dell'11,4% al Centro-Sud, mentre la mobilità sanitaria raggiunge i 300 milioni di euro. La differenza di aspettativa di vita tra Trento (84,7 anni) e Campania (81,7) conferma un divario che richiederebbe un patto nazionale e maggiori investimenti strutturali

21 NOV - L'attuale situazione della nostra Sanità è stata affrontata ampiamente in questi ultimi mesi ed è ormai chiaro a tutti che il nostro SSN soffre di numerosi gravi problemi sia acuti che cronici che colpiscono direttamente milioni di italiani. Dato il progressivo aumento di età previsto per i nostri cittadini (attualmente più del 35% della popolazione generale ha un'età superiore a 64 anni e questi numeri sono destinati ad aumentare) sarà ben difficile, perdurando l'attuale situazione poter far fronte con efficacia alle patologie croniche che maggiormente colpiscono queste fasce di popolazione.

Il gravissimo definanziamento peggiora sempre di più con conseguente enorme crescita della spesa out of pocket da parte delle famiglie, che ormai ha raggiunto i 41 miliardi di euro a cui vanno aggiunti circa 6 miliardi per la spesa privata intermedia cioè per l'acquisto di servizi che solo parzialmente sono rimborsati dal SSN (dati ISTAT giugno 2025).

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) aggiornati solo un anno fa e precisamente in data 30.12.2024 in relazione alla emanazione del DPCM 12 gennaio 2017 per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e protesica, si riferivano in realtà all'applicazione dei LEA individuati nel DM n. 322 del 22.7.1998 e tutte le analisi dei dati a riguardo, comprese le ultime relative al 2023 riguardano appunto esclusivamente i LEA come individuati circa 30 anni fa.

nonostante l'insufficienza e la vetustà dei LEA considerati, questi mostrano livelli di applicazione che oscillano per le Regioni Meridionali ed il Lazio a solo il 58%-72%, mentre le Regioni del Nord offrono dati migliori ma neppure nessuna di esse si avvicina al punteggio massimo (dati del Ministero della Salute, maggio 2025).

E le Regioni più ricche del Nord possono garantire ai propri cittadini con altri fondi sia gli ultimi LEA approvati risalenti al 2017 ed anche quelli già pronti dal giugno 2023, tutt'ora inspiegabilmente fermi tra Ministero della Salute e Conferenza Stato-Regioni, nonché eventualmente anche altri riguardanti le nuove acquisizioni ed innovazioni degli ultimi 2 anni, tutt'ora ancora non considerati a livello normativo, mentre le Regioni del Sud sottoposte a commissariamento ed in piano di rientro, appesantite dai tetti di spesa su tutti i fattori produttivi non lo possono fare per ovvie ragioni di bilancio.

sostanza i LEA di 30 anni fa vengono applicati e rimborsati nelle Regioni del Sud solo nel 60-70% della popolazione che ne avrebbe diritto, mentre il resto del Paese attinge ad altri fondi che consentono l'utilizzazione parziale o completa dei LEA aggiornati.

Dati sconcertanti provengono anche in tema di prevenzione e diagnosi precoce, relativamente ai livelli di adesioni nel Lazio e nelle Regioni del Sud-Isole ai tre screening per i tumori della mammella, colon e cervice, tutti abbondantemente inferiori rispetto ai valori espressi dalle Regioni del Nord (47-63%) ed aggirantesi attorno ad una media rispettivamente del 21%-40% per le tre patologie oncologiche in questione (Rapporto ONS 2024) e valori anche nettamente subottimali sono riportati per le vaccinazioni anti HPV.

Tutto ciò si riflette nei valori economici dei saldi della mobilità sanitaria (dati Agenas 2022) che vedono sempre le Regioni del Sud ed il Lazio con saldi negativi molto consistenti di mobilità passiva.

Ciò significa che migliaia di cittadini e famiglie sono costretti per motivi di salute ad abbandonare la propria Regione e recarsi altrove affrontando notevoli spese e disagi. Prevalentemente Lombardia, Emilia Romagna, Veneto e Toscana sono le Regioni che presentano i maggiori saldi attivi di mobilità interregionale mentre Lazio, Puglia, Sicilia, Calabria e Campania mostrano i peggiori saldi negativi oscillanti tra 200 e 300 milioni (dati Agenas 2022).

Ed è proprio di questi giorni la notizia che alcune Regioni verso le quali la mobilità dalle Regioni del Sud è maggiore manifestano il proposito di porre limitazioni al fine di soddisfare al meglio i bisogni della domanda interna.

È intanto lodevole il tentativo effettuato tra mille difficoltà dalla Regione Calabria di rafforzare il suo assetto sanitario con la costruzione di nuovi complessi ospedalieri anche di alta specializzazione e con attività di eccellenza ed istituendo anche un patto organico di collaborazione con altra Regione più solida nell'organizzazione della sua struttura sanitaria ciò al fine di ridurre l'impatto particolarmente gravoso della mobilità passiva.

Nell'anno 2024 ben 5,8 milioni di italiani (9,9% dell'intera popolazione) hanno rinunciato alle prestazioni sanitarie ed alle cure per mancato accesso alle prestazioni fornite dal sistema pubblico e per indisponibilità economica all'accesso al sistema privato. Le Regioni del Centro-Sud sono maggiormente interessate da questo fenomeno, (11,4% della popolazione residente) e Sardegna, Umbria e Lazio presentano i numeri più elevati rispetto a quelli del Centro-Nord (8,4%), con Bolzano, Trento e Veneto che sono le meno gravate (dati ISTAT). Un dato molto crudo e doloroso è poi quello della forte correlazione tra l'aspettativa di vita media alla nascita dei cittadini italiani con il luogo di nascita e la loro residenza. Questa oscilla da 84,7 anni della Provincia Autonoma di Trento fino agli 81,7 della Campania, purtroppo ben 3 anni di differenza che sono davvero tanti (dati ISTAT 2025). Si tratta in questo caso di un dato molto preoccupante che sta a significare quali profonde difformità esistono sia nella prevenzione che nella cura delle più importanti patologie tra Regioni più ricche e quelle con problemi molto seri di sostenibilità economica sulla Sanità ed alle prese con piani di rientro che hanno già avuto terribili conseguenze, anche per i mancati recuperi delle spese affrontate durante il Covid, 4-5 miliardi di Euro promessi dal Governo alle Regioni ma sembra mai erogati, come anche i maggiori costi relativi agli aumenti dell'inflazione, che hanno pesantemente colpito anche il settore della Sanità.

Ultimo aspetto è rappresentato dai livelli di utilizzo ed attuazione dei fondi PNRR finalizzati al rafforzamento della medicina territoriale. Solo il 3% delle Case di Comunità, a livello nazionale, risultano al momento pienamente attive rispetto a quelle previste.

A questo riguardo come era prevedibile la criticità principale è rappresentata dalla carenza anzi assenza del personale medico ed infermieristico che purtroppo determina la mancata partenza delle attività di quasi tutte le strutture previste dal piano.

Ci sono Regioni come Lazio, Piemonte e tutte quelle meridionali nelle quali sono attive con la presenza di medici ed infermieri addirittura solo lo 0-3% delle Case di Comunità per loro previste dal PNRR o lo 0-5% degli Ospedali di Comunità (dati Agenas giugno 2025).

Nelle stesse Regioni inoltre sono pochissimi (dall'1 all'8%) i cittadini che hanno espresso il consenso alla consultazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (dati Ministero della Salute).

Il crescente aumento della spesa privata, l'impoverimento di famiglie che rinunciano alle prestazioni sanitarie, la crescente mobilità, sono tutti temi che meriterebbero un accordo unanime delle forze politiche per una riforma di sistema strutturale e condivisa, quindi un nuovo patto politico, sociale e professionale per rilanciare il SSN a motivo della iniquità di accesso da parte di cittadini italiani di fronte agli stessi bisogni di salute.

A questo riguardo è estremamente importante acquisire informazioni e quindi diffondere dati sull'attuale squilibrio esistente a livello Regionale dell'applicazione dell'Art. 32 della Costituzione.

Vorrei anche sottolineare come dopo le controriforme della sinistra in tema di sanità, in vigore ormai da quasi 30 anni, oggi stanno per arrivare le controriforme della destra che vanno nella stessa direzione quale per esempio il passaggio dall'assistenza integrativa, che ancora dovrebbe mantenere le caratteristiche della Sanità delineate dalla Carta Costituzionale, essere pubblica, gratuita, solidale ed equa che sta per diventare neoliberista con l'adozione del profilo della sanità sostitutiva che rimette in gioco mutue, fondi sanitari, assicurazioni e terzo settore, escludendo il principio della centralità del servizio pubblico, mettendolo in ampia competizione con quello privato che finirà poi inevitabilmente col sostituirlo.

È quindi invece indispensabile un aumento della spesa pubblica per la Sanità, il cui grave definanziamento è ormai dichiarato da tutte le più importanti Istituzioni della Repubblica (Capo dello Stato, Corte Costituzionale, Banca d'Italia, Corte dei Conti, ISTAT, Ufficio Parlamentare del Bilancio, CNEL etc.) ed universalmente riconosciuto anche a livello internazionale (OMS, OCSE, Eurostat, etc.).

Un programma condiviso che rilanci soprattutto il finanziamento della Sanità pubblica ed iniziando soprattutto dalle Regioni con maggiori difficoltà economiche. Ciò, di necessità, dovrà prevedere l'adozione di riforme di sistema e strutturali e l'abbandono quindi la politica degli interventi spot e focali che oltre che risultare inutili possono essere anche estremamente dannosi per la tenuta del sistema

Occorre bloccare in tutti i modi la fuga del personale sanitario verso il privato e verso Paesi esteri attraverso una politica di attrazione e di forte incentivo delle professioni mediche in particolare di numerose e strategiche specialità mediche e delle professioni infermieristiche, anche con l'introduzione di nuove figure professionali adeguate alle rivoluzionarie innovazioni che stanno trasformando la Sanità, quali la telemedicina, l'intelligenza artificiale, la ricerca clinica avanzata, la registrazione digitale dei dati clinici, etc.

Occorrerà, inoltre, favorire l'accesso equo e tempestivo alle innovazioni farmacologiche, oggi estremamente rallentato da AIFA e dalla persistenza dei Prontuari Regionali e tecnologiche e quindi diminuire le disuguaglianze attualmente in forte crescita tra Regioni più ricche (Centro-Nord del Paese) e quelle meno dotate o mal gestite, frenare il crescente aumento della spesa privata e la rinuncia alle prestazioni sanitarie.

In conclusione, da tutti questi punti di vista le Regioni del Sud sono quelle che stanno pagando il prezzo più alto e sono attualmente in maggior difficoltà, alcune ormai sono sull'orlo del baratro; su di esse lo Stato dovrà agire per ridurre disuguaglianze e sprechi e per garantire il diritto costituzionale alla tutela della salute. Fortunatamente sulla materia dell'Autonomia

Differenziata è entrata decisamente in campo la Corte Costituzionale con la sentenza 192/2024 che ha dichiarato parzialmente illegittima la legge n. 86/2024 che intendeva trasferire in tema di Autonomia Differenziata alle Regioni, intere materie e sollevando in particolare dubbi sulla delega legislativa per la determinazione dei LEP (Livelli Essenziali di Prestazioni), evitando così il definitivo tracollo delle attività di Sanità pubblica delle Regioni più svantaggiate e cioè quelle del Sud Italia.

Ma già vengono configurate preintese tra il Governo ed alcune Regioni del Nord su quattro materie, tra le quali una, proprio sul coordinamento della Finanza pubblica in ambito sanitario, che sembra clamorosamente disattendere la sentenza della Consulta.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=133535

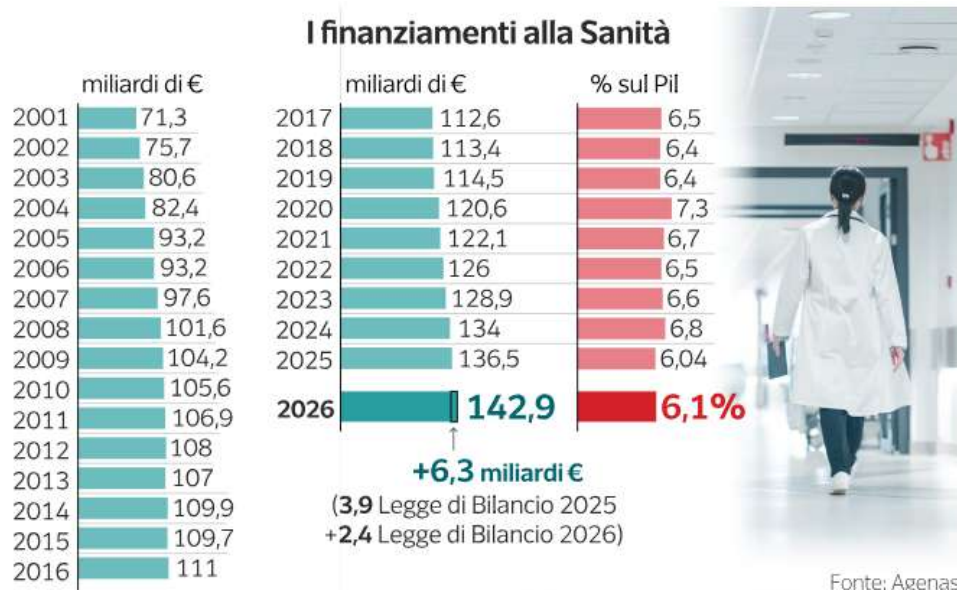
CORRIERE DELLA SERA

Sanità, quanti soldi servono davvero per farla funzionare?

Milena Gabanelli e Simona Ravizza

Dopo almeno 15 anni di sotto finanziamento della Sanità, nel 2026 il Servizio sanitario nazionale avrà a disposizione 6,3 miliardi in più. È la somma di due Leggi di bilancio: quella del 2025 per 3,9 miliardi e quella del 2026 per 2,4. Si tratta dell'aumento più alto mai registrato in valore assoluto ([qui](#) e [qui](#) pag. 57).

Ma basterà? La domanda s'impone perché la situazione sta sfuggendo di mano.



Il 10% di italiani oggi rinuncia alle cure per motivi economici, mentre le visite specialistiche (una su due) e gli esami diagnostici (uno su tre) vengono pagati di tasca nostra per oltre 10 miliardi l'anno, a causa delle inaffrontabili liste d'attesa. In un anno ci sono state le dimissioni di 2.000 medici e 2.750 infermieri (Corte dei Conti [qui](#) pag. 49 e 50). I medici di famiglia sono sempre meno, anche perché le loro borse di studio valgono meno della metà di quelle ospedaliere. Prendiamo allora parametri oggettivi per vedere cosa serve e quanto stanziare la Legge di bilancio.

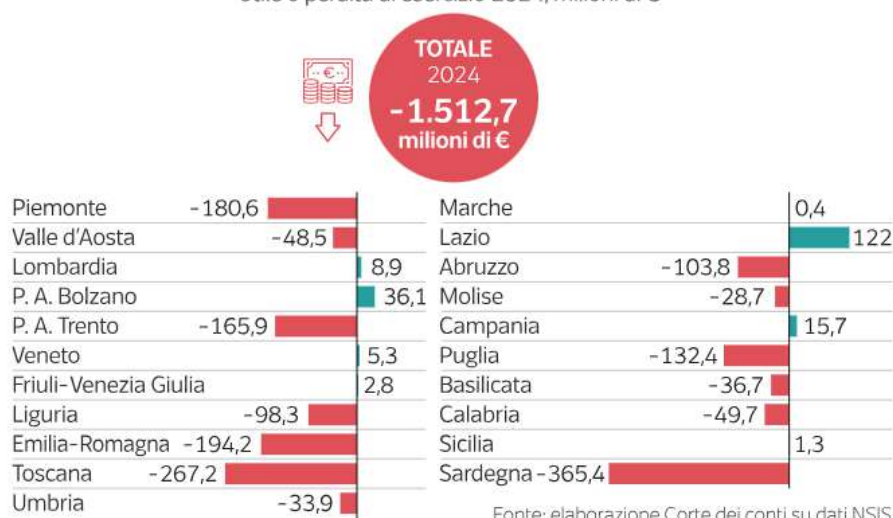
Regioni in rosso: un buco da 1 miliardo

Partiamo dai conti delle Regioni. Nel 2024 per mantenere gli attuali livelli di assistenza sanitaria le Regioni hanno speso 1,5 miliardi di euro in più rispetto a quanto hanno ricevuto dallo Stato: un buco quasi triplicato rispetto al 2023. Non sono rimaste indenni neanche le Regioni che tradizionalmente garantiscono una buona qualità delle cure mantenendo i conti in equilibrio, come la Toscana, che ha un buco di bilancio per 267,2 milioni, l'Emilia-Romagna per 194,2, il Piemonte per 180,6, la Liguria per 98,3 e l'Umbria per 33,9 (Corte dei Conti settembre 2025 [qui](#) pag. 14).

La Legge di bilancio 2026 non prevede fondi dedicati, però la revisione al rialzo delle tariffe di rimborso per le prestazioni erogate dagli ospedali, una volta a regime, probabilmente ridurrà lo squilibrio di circa 500 milioni. Quindi all'appello manca ancora 1 miliardo.

I conti delle Regioni

Utile o perdita di esercizio 2024, milioni di €



Medici in fuga: stipendi troppo bassi

Passiamo ora al personale sanitario. Per capire se i soldi stanziati bastano davvero, non ha senso partire dagli stipendi che medici e infermieri mettono in tasca oggi perché scontano i ritardi dei rinnovi contrattuali.

Il riferimento corretto sono i fondi già stanziati nelle ultime due Leggi di bilancio.

È da lì che arriveranno gli aumenti previsti dai nuovi contratti: quello 2022-2024 per i medici è stato firmato il 19 novembre; e ora si apriranno le trattative per quello del 2025-2027 sia per i medici sia per gli infermieri. Tutti i calcoli si basano su stipendi lordi mensili (13 mensilità), con valori medi e arrotondati.

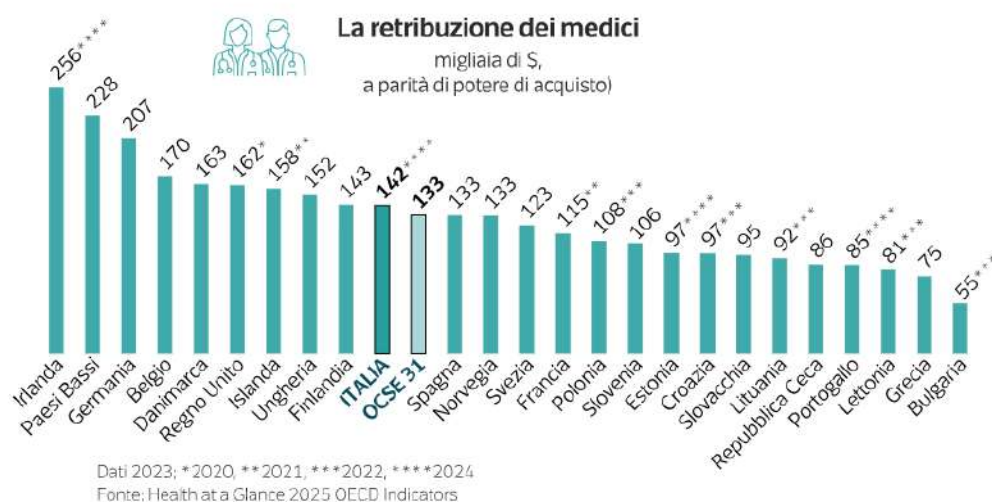
Con il contratto 2022-2024 lo stipendio di un medico con 5-15 anni di anzianità avrà un aumento di 461 euro portando la busta paga a 6.766 euro lordi al mese (vedi [Dataroom qui](#)).

Un confronto con i Paesi che continuano ad attrarre professionisti italiani, mostra, a parità di potere d'acquisto che in Germania i medici guadagnano in media il 36% in più, in Belgio il 21%, nel Regno Unito il 18% (vedi Ocse novembre 2025 [qui](#) pag. 187 e Fnomceo [qui](#) pag. 58).

Però la Legge di bilancio 2026 aggiunge altri incrementi mensili: 235 euro di indennità medica (vedi Corte dei conti [qui](#) pag. 68) più 385 euro legati al rinnovo del contratto 2025-2027 (stima Aran).

Con questi aumenti lo stipendio previsto nel 2027 sale a 7.386 euro, circa il 9% in più rispetto a oggi. Ma non è ancora sufficiente a colmare il divario con gli altri Paesi.

Basti pensare che solo un ulteriore aumento dell'1% — pari a 74 euro al mese per ciascuno dei 127.344 medici — costa 125 milioni l'anno.



Infermieri sottopagati: un miliardo per la dignità

Lo stipendio medio degli infermieri è di 2.500 euro lordi al mese. È uno dei più bassi fra i Paesi Ocse: il 22% in meno rispetto alla media internazionale (vedi [Dataroom qui](#) e Ocse novembre 2025 [qui](#) pag. 191).

Per allinearsi servirebbero 557 euro in più ogni mese.

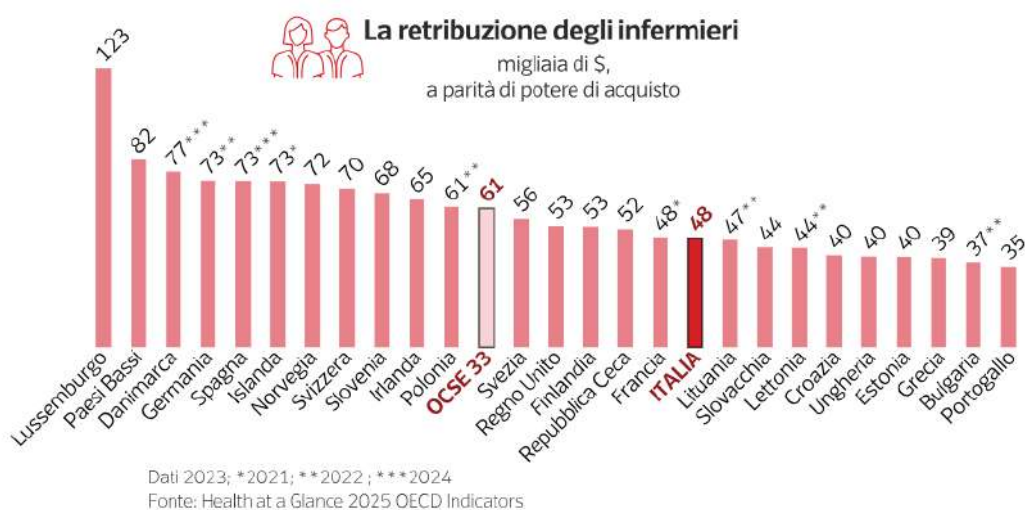
La Legge di bilancio 2026 copre solo una parte di questo gap:

- 123 euro al mese di indennità infermieristica (vedi Corte dei conti [qui](#) pag. 68);

- 138 euro al mese dal rinnovo del contratto 2025-2027 (sempre secondo le previsioni dell'Aran).

In totale fanno 261 euro, cioè meno della metà di quanto servirebbe. Restano scoperti 296 euro al mese per ciascuno dei 277.000 infermieri. L'ammancio complessivo supera il miliardo di euro.

Ma il problema non è solo lo stipendio. Per colmare la carenza di 60.000 infermieri, con un costo pro capite di 50.000 euro annui, sono necessari 3 miliardi di euro. Un piano di assunzioni quadriennale richiederebbe 750 milioni solo nel 2026. La Legge di bilancio stanziava 300 milioni per l'assunzione di 6.000 infermieri (vedi Corte dei Conti [qui](#) pag. 57). L'ammancio per il primo anno è di 450 milioni.



Il paradosso delle borse di studio

C'è poi il capitolo della formazione. Le borse di studio per formare i medici di Medicina generale valgono 11.600 euro l'anno, meno della metà di quelle per le specialità ospedaliere, che ammontano a 26.000. Uniformare le 2.600 borse previste richiede 37,4 milioni.

(...) servirebbero anche più medici. La Legge di bilancio stanziava 150 milioni per assumere 900 professionisti (sui 450 totali destinati all'assunzione di personale...). È una quota troppo bassa (...)

La sanità a pagamento: una tassa occulta da 10 miliardi

Infine le prestazioni pagate dai cittadini: in un anno spendiamo di tasca nostra 6,9 miliardi per le visite specialistiche e 3,7 miliardi per gli esami diagnostici (rapporto Oasi 2024 [qui](#) pag. 254).

Riportare nel Servizio sanitario nazionale anche solo la metà di queste prestazioni richiede 3,2 miliardi. Un costo calcolato applicando le tariffe pubbliche, che sono circa il 40% in meno di quelle private.

Per aumentare l'attività dentro il Servizio sanitario, ovviamente, servirebbero anche più medici.

La Legge di bilancio stanziava 150 milioni per assumere 900 professionisti (sui 450 totali destinati all'assunzione di personale, vedi Corte dei conti [qui](#) pag. 57). È una quota troppo bassa per sostenere un trasferimento così ampio dal privato al pubblico.

La spesa in visite ed esami a pagamento



Fonte: Elaborazioni Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità, Bocconi

(*cifre arrotondate)

Un miliardo a rischio

Va poi considerato il Pnrr. Con la fine del Piano sarà necessario trovare un miliardo di euro per l'assistenza sanitaria domiciliare ai non autosufficienti, altrimenti si dovrà tagliare dalle risorse esistenti ([qui](#) pag. 4).

Cosa c'è, cosa manca

Legge di Bilancio

Quello che manca

 Regioni	500 milioni	1 miliardo
 Stipendio medici	235 € al mese di indennità medica 385 € al mese legati al rinnovo del contratto 2025-2027	125 milioni l'anno per un aumento dell'1%
 Stipendio infermieri	123 € al mese di indennità infermieristica 138 € al mese dal rinnovo del contratto 2025-2027	oltre 1 miliardo di €
 Organico infermieri	300 milioni per 6.000 infermieri	450 milioni ogni anno per 4 anni
 Borse di studio MMG	Non prevede nulla	37,4 milioni
 Visite ed esami a pagamento		3,2 miliardi
 Non autosufficienti	Non prevede nulla	1 miliardo

Fonte: Elaborazione Dataroom

Infografica di Cristina Pirola

Sommando tutte le voci, in totale al Servizio sanitario nazionale mancano 6,8 miliardi, per colmare la distanza tra il fabbisogno stimato e le risorse effettivamente stanziare. In pratica, sarebbe servito il doppio dei soldi messi. Tutti questi conti sono stati elaborati da *Dataroom* a partire da dati ufficiali raccolti, anche in precedenti inchieste, confrontandosi con l'Aran, il sindacato Nursind, l'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità del Cergas-Bocconi e con esperti del settore come Nerina Dirindin (Università di Torino) e Angelo Mastrillo (Università di Bologna).

Sappiamo che trovare 6,8 miliardi da un anno all'altro è un'operazione difficile, ma nulla impedisce una programmazione pluriennale che, nell'arco di tre-quattro anni, porti a stanziare davvero le risorse necessarie,

accompagnate dalle riforme indispensabili per spenderle bene. Una volontà che al momento non sembra all'orizzonte. E tantomeno quella di utilizzare almeno i soldi disponibili per migliorare l'assistenza ai cittadini.

Dove vanno i soldi

L'Ufficio parlamentare di bilancio evidenzia come una parte importante delle risorse della manovra finisca a diversi «portatori di interessi» ([qui](#) la definizione di *stakeholder* e [qui](#) a pag. 57 i finanziamenti).

Tra cui:

- 630 milioni vanno alle aziende farmaceutiche e ai produttori di dispositivi medici per ridurre la quota che avrebbero dovuto restituire allo Stato quando la spesa supera i limiti fissati. In altre parole: Big Pharma deve restituirci dei soldi, ma gli scontiamo 630 milioni;
- oltre 1 miliardo in tre anni serve ad aumentare le tariffe riconosciute agli ospedali per ricoveri e riabilitazione, e una parte consistente — almeno 300-400 milioni — finirà al settore privato;
- 123 milioni l'anno vengono assegnati alle strutture private accreditate per aiutare gli ospedali pubblici a smaltire le liste d'attesa. Eppure i dati mostrano che i privati, negli anni, non hanno aumentato le prestazioni in convenzione, ma hanno invece continuato a privilegiare la ben più remunerativa attività a pagamento (Corte dei Conti [qui](#) pag. 18).

<https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/sanita-quant-soldi-servono-davvero-per-farla-funzionare/c7845c64-0524-415f-a439-a65665d01x1k.shtml>



La salute non è un costo, ma è l'investimento più potente che un Paese possa fare

Ogni anno di vita guadagnato può generare benefici economici equivalenti al 4-5% del Pil

Mario Sturion, Amministratore Delegato di Johnson & Johnson Innovative Medicine Italia

In un'Europa che cerca nuovi motori di crescita, la salute è il più potente e al tempo stesso il più sottovalutato. Mentre i cittadini indicano la salute come priorità assoluta per il futuro, i governi continuano troppo spesso a considerarla un capitolo di spesa da contenere, anziché un investimento strategico per il benessere collettivo, la produttività e la competitività economica.

I dati parlano chiaro. L'ultimo Comparator Report on Cancer in Europe evidenzia un miglioramento dei tassi di sopravvivenza oncologica relativa a cinque anni in diversi Paesi europei e oggi quasi tre quarti dei pazienti oncologici riescono a restare attivi nel mondo del lavoro anche dopo la diagnosi. Questi dati sono sicuramente da considerarsi come risultati clinici, ma sono anche risultati economici, perché ogni anno di vita guadagnato, ogni persona che può continuare a contribuire alla società, rafforza il tessuto produttivo e sociale dell'Europa.

La sfida, tuttavia, è tutt'altro che superata; entro il 2050, i nuovi casi di cancro a livello globale potrebbero superare i 35 milioni, con un incremento del 77% rispetto al 2022. Di fronte a questi numeri, non investire in salute significherebbe accettare un costo importante in termini di vite, di crescita economica, di futuro. Investire in salute genera un ritorno misurabile, concreto, e duraturo. Si stima che il 73% dell'aumento dell'aspettativa di vita osservato nei Paesi ad alto reddito tra il 2006 e il 2016 sia dovuto a nuovi trattamenti farmaceutici. E ogni anno di vita guadagnato può generare benefici economici equivalenti al 4-5% del PIL. È un effetto moltiplicatore straordinario, che pochi altri settori possono vantare.

Parallelamente, non investire in salute può generare pesanti costi e avere impatti sia sull'economia, sia sulla società. Ad esempio, le malattie mentali comportano 12 miliardi di giornate lavorative perse ogni anno a livello globale. La sola depressione costa all'economia dell'UE oltre €92 miliardi l'anno in produttività persa (fonte: OMS / Centre for European Reform). In generale, la “cattiva salute” è costata all'Europa circa 2,7 trilioni

di dollari ogni anno, pari al 15% del PIL annuo, in opportunità economiche mancate: circa 5.000 dollari per persona. È un costo invisibile ma reale, che nessuna politica di bilancio può ignorare. Eppure, la spesa sanitaria in Europa - in rapporto al PIL - è rimasta pressoché stabile negli ultimi decenni, mentre il fabbisogno cresce. È tempo di cambiare prospettiva. Per ogni euro investito in salute, l'Europa può ottenere più del doppio in benefici economici, oltre ai miglioramenti diretti per i pazienti, – anche perché l'innovazione farmaceutica di oggi diventa il farmaco generico di domani, generando un ciclo virtuoso in cui i nuovi trattamenti portano benefici diretti e indiretti al SNN. Si tratta di un ritorno che nasce da popolazioni più sane, lavoratori più produttivi, minori costi sociali e maggiore crescita. Non dobbiamo scegliere tra salute ed economia: investire in salute significa investire nell'economia. È una scelta di competitività, di sostenibilità, di futuro. La salute è l'unico investimento che crea valore a tutti i livelli: individuale, sociale, economico. La salute non è una voce di spesa da tagliare, ma una leva di progresso da attivare.

È importante rilevare inoltre che in diversi Paesi economicamente avanzati la spesa farmaceutica è rimasta stabile con un media del 15% della spesa sanitaria complessiva, a fronte però di un incremento della domanda di farmaci. Serve un cambio di paradigma e un impegno condiviso: governi e imprese devono collaborare per rendere gli investimenti in salute sostenibili, misurabili e orientati al lungo termine. In questo contesto, l'Europa si trova davanti un'occasione unica, perché ha riconosciuto il settore farmaceutico come strategico. Primo per intensità di ricerca e sviluppo tra quelli ad alta tecnologia, il settore farmaceutico rientra infatti tra i 10 driver strategici per accelerare l'innovazione nell'UE nel Report “The future of European competitiveness” realizzato da Mario Draghi per conto della Commissione Europea. Allora è il momento di costruire su questa base una vera Value of Health Strategy - un patto per valorizzare gli investimenti in salute come motore di resilienza economica e sociale.

In questo contesto e per l'Italia, il comparto farmaceutico – con una produzione farmaceutica che nel 2024 ha superato i 56 miliardi di euro, di cui 54 di export, e un valore aggiunto totale pari al 2% del PIL - si è consolidato come un pilastro strategico per il Paese. Nonostante un unanime riconoscimento del valore del comparto da parte del Governo, permangono ancora nel nostro Paese numerosi fattori del sistema economico e regolamentare che frenano pesantemente la competitività del settore. Tra questi spicca il meccanismo del payback farmaceutico, che si è assestato ad un livello insostenibile di oltre 2 miliardi di euro richiesti alle aziende a titolo di ripiano nel 2024. Ci auguriamo che il Governo possa tradurre in azioni concrete ed efficaci la volontà di revisionare il payback attraverso interventi urgenti nella Legge di Bilancio 2026 in discussione, con misure più coraggiose di quelle inserite in manovra, e, in prospettiva, grazie alla revisione della legislazione di settore nell'ambito dell'adozione del Testo Unico della Legislazione Farmaceutica. Il riconoscimento da parte del governo italiano della competitività del settore è un segnale positivo che mi lascia ben sperare.

La salute cambia tutto. E cambiare prospettiva sulla salute è la scelta più lungimirante che si possa fare, oggi, per il futuro.

https://www.ilsole24ore.com/art/la-salute-non-e-costo-ma-e-investimento-piu-potente-che-paese-possa-fare-AHXhuXZD?cmpid=nl_sanita24

quotidianosanita.it

Il profondo rosso dei bilanci sanitari regionali. Nel 2024 un disavanzo da 1,5 miliardi e spesso le coperture non bastano a coprire i ‘buchi’

Luciano Fassari.

I conti della sanità regionale affondano: nel 2024 il disavanzo senza coperture supera 1,5 miliardi, più del doppio rispetto al 2019. Anche con trasferimenti e compensazioni il rosso resta pesante, a -759 milioni. Criticità diffuse in quasi tutte le Regioni (anche quelle tradizionalmente virtuose), con Sud e Isole in maggiore sofferenza e performance altalenanti nelle realtà in Piano di rientro.

Un bilancio che peggiora anno dopo anno e un 2024 che segna il punto più critico dell'ultimo quadriennio. I dati della Corte dei conti sui consuntivi sanitari regionali fotografano un sistema in rosso profondo: il disavanzo complessivo, senza considerare coperture e trasferimenti, sfonda quota **1,5 miliardi**, quasi triplicando il deficit del 2019.

	UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO senza coperture ulteriori				Ulteriori trasferimenti da PA e RSS e coperture presunte contabilizzate nei CE				Utile o perdite d'esercizio da NSIS			
	2019	2022	2023	2024	2019	2022	2023	2024	2019	2022	2023	2024
PIEMONTE	1,7	22,5	-110,2	-180,6	0,0	0,0	5,1	54,5	1,7	22,5	-105,0	-126,1
VALLE D'AOSTA	-18,2	-37,2	-51,8	-48,5	22,4	39,4	52,5	46,6	4,2	2,2	0,6	-1,9
LOMBARDIA	6,3	11,6	5,7	8,9	0,0	0,0	0,0	0,0	6,3	11,6	5,7	8,9
P. A. BOLZANO	27,6	-18,0	17,5	36,1	0,0	0,0	0,0	0,0	27,6	-18,0	17,5	36,1
P. A. TRENTO	-178,4	-160,2	-165,3	-165,9	178,4	160,3	165,4	166,0	0,0	0,0	0,0	0,0
VENETO	29,4	4,8	3,5	5,3	0,0	0,0	0,0	0,0	29,4	4,8	3,5	5,3
FRIULI V G	7,5	1,4	4,8	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	7,5	1,4	4,8	2,8
LIGURIA	-53,7	-63,9	-71,6	-98,3	0,0	30,5	13,7	0,0	-53,7	-33,4	-57,9	-98,3
EMILIA ROMAGNA	0,6	-99,3	0,6	-194,2	0,0	15,0	0,0	0,0	0,6	-84,3	0,6	-194,2
TOSCANA	-12,6	-72,5	-181,0	-267,2	0,0	0,0	0,0	70,2	-12,6	-72,5	-181,0	-197,0
UMBRIA	0,2	1,5	-4,1	-33,9	0,0	0,0	4,5	0,0	0,2	1,5	0,3	-33,9
MARCHE	0,5	1,6	0,8	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	1,6	0,8	0,4
LAZIO	108,4	-129,6	546,4	122,0	0,0	91,1	0,0	91,1	108,4	-38,5	546,4	213,1
ABRUZZO	-12,1	-15,1	-93,4	-103,8	0,0	0,0	0,0	0,0	-12,1	-15,1	-93,4	-103,8
MOLISE	-134,9	-39,0	-41,8	-28,7	17,8	20,5	22,3	24,7	-117,1	-18,5	-19,6	-4,0
CAMPANIA	37,1	9,2	7,9	15,7	0,0	0,0	0,0	0,0	37,1	9,2	7,9	15,7
PUGLIA	-38,2	-144,3	-72,1	-132,4	0,0	0,0	33,6	48,0	-38,2	-144,3	-38,5	-84,4
BASILICATA	0,8	-14,0	-46,6	-36,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	-14,0	-46,6	-36,7
CALABRIA	-221,6	-57,0	-78,8	-49,7	99,9	111,1	118,3	125,8	-121,7	54,1	39,5	76,1
SICILIA	2,1	1,7	1,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	1,8	1,0	1,3
SARDEGNA	-167,4	-71,0	-261,8	-365,4	178,7	95,0	70,0	126,4	11,3	24,0	-191,8	-238,9
Totale	-614,8	-866,7	-590,3	-1.512,7	497,3	562,8	485,3	753,4	-117,5	-303,8	-105,0	-759,4
Piano	-259,2	-374,0	269,2	-175,6	117,7	222,7	174,1	289,7	-141,4	-151,4	443,3	114,0
NoPiano	-355,6	-492,6	-859,5	-1.337,1	379,5	340,2	311,2	463,7	23,9	-152,4	-548,4	-873,4
Totale	-614,8	-866,7	-590,3	-1.512,7	497,3	562,8	485,3	753,4	-117,5	-303,8	-105,0	-759,4
RSO	-287,9	-583,4	-134,7	-973,1	117,7	268,1	197,4	414,3	-170,2	-315,3	62,7	-558,8
RSO Nord	-15,7	-124,2	-172,0	-458,9	0,0	45,5	18,8	54,5	-15,7	-78,7	-153,2	-404,4
RSO Centro	96,6	-199,0	362,1	-178,6	0,0	91,1	4,5	161,3	96,6	-107,9	366,5	-17,3
RSO Sud	-368,8	-260,2	-324,8	-335,6	117,7	131,5	174,1	198,6	-251,1	-128,6	-150,7	-137,0
RSS	-326,9	-283,2	-455,6	-539,6	379,6	294,7	287,9	339,0	52,7	11,5	-167,7	-200,6
RSS Nord	-161,5	-214,0	-194,8	-175,5	200,9	199,7	217,9	212,6	39,4	-14,3	23,0	37,0
RSS Sud	-165,4	-69,2	-260,8	-364,1	178,7	95,0	70,0	126,4	13,3	25,8	-190,8	-237,7

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS

Neppure gli interventi correttivi riescono a invertire la rotta con ben 11 regioni in rosso: anche includendo le compensazioni contabilizzate nei conti economici, il 2024 chiude comunque con un pesante **-759 milioni**, confermando una crisi finanziaria ormai strutturale, con il Sud che affonda e molte Regioni, anche tradizionalmente virtuose, che non riescono più a tenere in equilibrio i propri bilanci sanitari.

Le Regioni: chi peggiora di più

La peggiore performance è quella della Sardegna: ante coperture nel 2024 registra un disavanzo di 365,4 mln che si riducono a -238,9 mln dopo le coperture. A seguire troviamo la Toscana con un rosso ante coperture di 267,2 mln che scende a 197 mln con le coperture. Disavanzo pesante anche in Emilia-Romagna (post coperture si attesta a 194,2 mln). Male anche il Piemonte (rosso da 180,6 mln ante coperture che scende al

126,1 mln post coperture), la Pa di Trento (rosso ante coperture a 165,9 mln che scende a 0 dopo le coperture), la Puglia (disavanzo ante coperture a 132,4 mln che scende a 84,4 mln dopo le coperture), l'Abruzzo (rosso dopo le coperture a 103,8 mln), la Liguria (-98,3 mln dopo le coperture).

La distinzione tra Regioni in **Piano di rientro** e **Regioni ordinarie** continua a evidenziare un gap significativo:

- Le Regioni in **Piano** registrano nel 2024 un disavanzo di **-176,9 milioni**, peggiorando rispetto al -136,7 del 2023.
- Le Regioni **non in Piano** crollano a **-1,33 miliardi**, più che quadruplicando il dato del 2019 (-355 milioni).

Anche includendo i trasferimenti e le coperture presenti nel CE, la situazione resta critica: nel 2024 il disavanzo delle Regioni non in Piano arriva a **-873 milioni**, mentre le Regioni in Piano scendono comunque a -443 milioni.

Un trend che preoccupa la Corte dei conti

La Corte dei conti, nel suo quadro riepilogativo, segnala come il progressivo deterioramento dei conti regionali sia ormai strutturale: l'aumento della spesa sanitaria, l'impatto dei rinnovi contrattuali e il ricorso crescente al privato accreditato hanno contribuito a erodere i margini di sostenibilità economica.

Le coperture straordinarie, anche se rilevanti, non riescono più a compensare integralmente i disavanzi.

https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=133563

quotidianosanità.it

Il 10% del Pil dell'Ue destinato alla sanità nel 2023. Tra i paesi, Italia a 8,41%, meno di Germania, Francia e Spagna. I dati Eurostat

In termini di euro, nel 2023 l'Ue ha speso 1.720 miliardi di euro in sanità. In Germania il livello più elevato di spesa sanitaria corrente tra i paesi, quasi 492 miliardi, seguita da Francia (325 mld), Italia (179 mld) e Spagna (138 mld). Ma in relazione al Pil, l'Italia (8,41%) ha speso meno di Germania (11,7%, Francia (11,5%) e anche Spagna (9,22%). Lussemburgo e Romania, Ungheria e Irlanda meno del 7% del Pil dedicato alla sanità.

17 NOV -

Nel 2023, l'UE ha speso 1.720 miliardi di euro in spese sanitarie, pari al 10% del Prodotto interno lordo (Pil) dell'UE. Lo dice l'Eurostat, che oggi ha pubblicato i [dati](#) anche per Paese.

La Germania ha registrato il livello più elevato di spesa sanitaria corrente tra i paesi dell'UE, pari a 492 miliardi di euro nel 2023, e anche di rapporto più elevato rispetto al Pil, pari all'11,7%.

In termini di spesa corrente l'Italia è terza (179 miliardi di euro) dopo la Francia (325 miliardi di euro) e prima della Spagna, ma in termini di Pil il nostro Paese, con l'8,41%, ha speso meno sia della Francia (11,5) che della Spagna (9,22%).

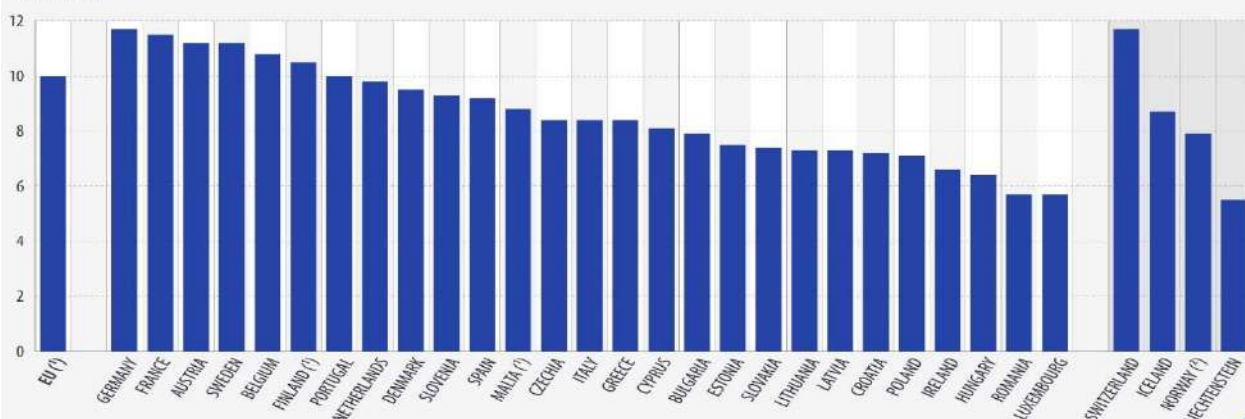
In relazione al Pil, anche Austria e Svezia hanno un rapporto elevato, pari all'11,2% del Pil speso in assistenza sanitaria. Al contrario, la spesa sanitaria corrente ha rappresentato meno del 7,0% del PIL in 4 paesi dell'UE: Lussemburgo, Romania (entrambi 5,7%), Ungheria (6,4%) e Irlanda (6,6%).

La spesa sanitaria corrente nell'UE è aumentata da 2.668 euro pro capite nel 2014 a 3.835 euro nel 2023 (+43,7%).

La stessa tendenza si è registrata in tutti i paesi dell'UE. Tra il 2014 e il 2023, la Romania ha registrato il maggiore aumento della spesa sanitaria complessiva, con una spesa media pro capite aumentata del 155,6%. Questo rapporto è almeno raddoppiato anche in Bulgaria (+148,9%), Lituania (+143,8%), Lettonia (+135,8%), Polonia (+116,6%), Repubblica Ceca (+116,2%), Estonia (+114,6%) e Croazia (+108,9%). L'aumento più contenuto è stato osservato in Svezia (+15,2%).

Current healthcare expenditure, 2023

(% of GDP)

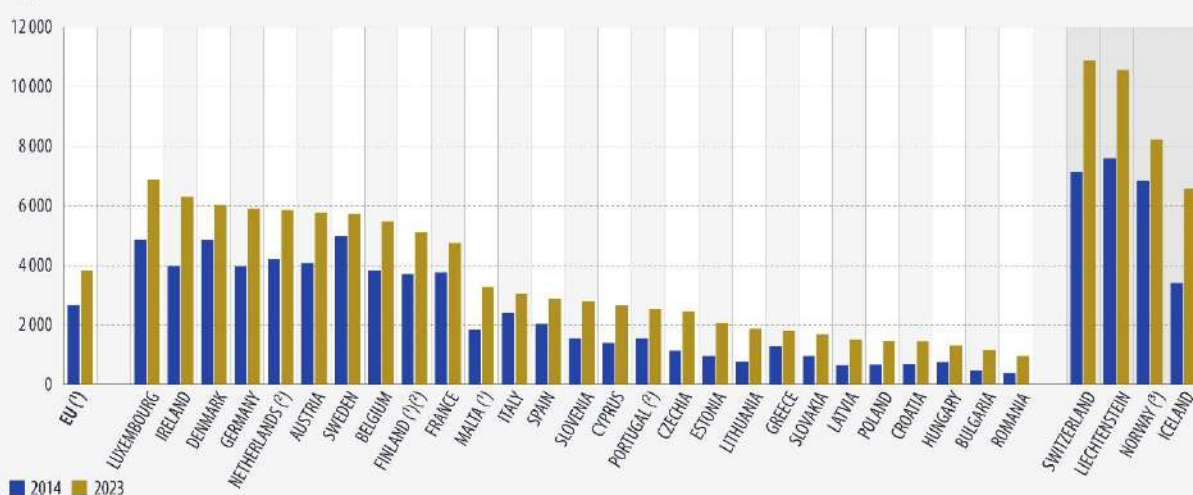


(1) Provisional, (2) 2022 data (provisional) instead of 2023.

eurostat

Current healthcare expenditure per inhabitant, 2014 and 2023

(€)



Countries ranked by 2023 values, highest to lowest.

(1) 2023: provisional, (2) Break in series, (3) 2022 data (provisional) instead of 2023.

eurostat

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=133415

quotidianosanita.it

I fondi sanitari integrativi a distanza di 33 anni dall'art.9 del Dlgs.502/92 e successive modifiche ed integrazioni

Prof. Isabella Mastrobuono, Referente per le Regioni e Province autonome presso l'Osservatorio dei fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale e Referente innovazione digitale e ricerca Melittaklirik, Bolzano

Il mondo dei fondi integrativi rivolto a 16 milioni di iscritti governa una spesa contenuta a fronte delle agevolazioni fiscali concesse ma rappresenta un grande potenziale per integrare il servizio sanitario nazionale in previsione degli sviluppi futuri dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria

Il tema dei fondi sanitari integrativi è stato affrontato per la prima volta nell'articolo 4, comma 6, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 *"Disposizioni in materia di finanza pubblica"*, dove si riportava la possibilità di ricorrere a sperimentazioni gestionali sulle modalità di erogazione e remunerazione di prestazioni e servizi *"anche da parte di associazioni volontarie di mutua assistenza aventi personalità giuridica"*. Fu così che, nell'ambito delle sperimentazioni di cui all'articolo 9 del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, si consentiva alle regioni di sperimentare, in via graduale e nell'ambito della programmazione, *"forme differenziate di assistenza"* per particolari tipologie di prestazioni.

L'articolo sarà successivamente modificato nel decreto legislativo n. 517 del 7 dicembre 1993, che prevedeva l'istituzione di fondi sanitari integrativi *"finalizzati a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale...per potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA) definiti dal Piano sanitario nazionale e dai relativi provvedimenti"*. [\[1\]](#)

Nel 1995, l'allora ministro Elio Guzzanti mi diede l'incarico, come dirigente dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali (allora ASSR oggi Agenas) di occuparmi del tema e condussi una prima indagine sui fondi, casse e società di mutuo soccorso esistenti contando 34 organizzazioni con circa 650.000 iscritti e 1,4 milioni aventi diritto. [\[2\]](#) (Fig.1)

L'articolo 9 del Dlgs 502/92, come modificato dalla 517/93, prevedeva che i fondi erogassero prestazioni, attività e servizi non ricompresi nei LEA o ricompresi con limitazioni e le quote a carico dell'assistito sia per le prestazioni LEA (ticket) che per quelle sociosanitarie residenziali e semiresidenziali; in realtà, come emerse da quel primo censimento, i fondi, casse e società di mutuo soccorso esistenti erogavano per la maggior parte le stesse prestazioni del SSN, soprattutto visite specialistiche, prestazioni di laboratorio e radiologiche oltre a prestazioni integrative, in particolare odontoiatria. Già allora i fondi erano per la gran parte *"sostitutivi"* ed attivi sul territorio nazionale da anni prima dell'istituzione del Servizio sanitario nazionale, come le società di mutuo soccorso che si rifacevano a Regi decreti della fine '800.

Il Ministro Guzzanti decise di dare seguito a quanto previsto all'articolo 9 e predispose il regolamento [\[3\]](#), alla cui stesura ho contribuito, specificando le fonti istitutive, le modalità di costituzione, di scioglimento e di vigilanza, nonché la composizione degli organi di amministrazione e di controllo e le forme di contribuzione dei fondi. **Quel regolamento ancora oggi manca.**

Nel libro *"Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie. Il ruolo delle forme integrative di assistenza"* (Mastrobuono I, Guzzanti E, Cicchetti A, Mazzeo MC. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1999), riportammo l'esperienza ministeriale e definimmo i fondi come: *"Organizzazioni prevalentemente private variamente nominate, che raccolgono risparmio dei singoli cittadini o di gruppi di cittadini o risparmio di tipo contrattuale, al fine di fornire prestazioni che integrano quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale, secondo modalità non orientate al profitto"*, avanzando proposte operative sul loro coinvolgimento nel

contesto della globalità dell'assistenza, ipotizzando scenari di integrazione non limitati alle prestazioni non erogate dal Servizio sanitario nazionale.

L'articolo 9 del Dlgs 502 è stato modificato da provvedimenti normativi successivi, secondo due linee di pensiero. La prima linea propendeva per la natura integrativa pura dei fondi:

Il D.lgs. 229/99 disciplina i fondi sanitari integrativi, con la finalità di erogare prestazioni, attività e servizi non ricompresi nei LEA in tutto o in parte attribuendo solo ad essi le agevolazioni fiscali. Nascono così i fondi doc ed i fondi non doc.

Il D.L. 41/2000 modifica il testo unico delle imposte sui redditi di cui al DPR n. 917 del 1986 e fissa le agevolazioni fiscali solo per i fondi integrativi del SSN (fondi doc), mentre per i fondi non doc, ovvero casse e fondi che offrono coperture sanitarie di tipo sostitutivo, prevede una graduale riduzione del beneficio fiscale in caso di mancato adeguamento ai requisiti previsti dal D.lgs 502/1992.

- La legge 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”, prevede, all'articolo 26, che l'ambito dei fondi comprenda anche le spese “sostenute dall'assistito per le prestazioni sociali (n.d.r. che sono garantite dal sistema di protezione sociale in base all'ISEE) erogate nell'ambito dei programmi assistenziali intensivi e prolungati finalizzati a garantire la permanenza a domicilio ovvero in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane e disabili”.

Si delineano così fondi sanitari e sociosanitari^[4] (in quanto possono garantire prestazioni sociali che sono erogate dal sistema di protezione sociale) esclusivamente **integrativi**, che non decollano poiché, fatta eccezione per l'odontoiatria, le prestazioni non sono richieste dagli iscritti.

La seconda linea di pensiero parte proprio da questa evidenza ed il Legislatore decide di intervenire emanando nuovi provvedimenti legislativi, alla stesura dei quali ho partecipato:

- **La legge di bilancio per il 2008 (L. 244/2007)** art. 1, co.197-198, prevede che con decreto del Ministro della salute siano individuati gli ambiti delle prestazioni dei fondi integrativi del SSN e degli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale.
- **il D.M. 31 marzo 2008** (c.d. decreto Turco) definisce gli ambiti di intervento dei fondi consentendo agli stessi di operare secondo i propri statuti e regolamenti (di fatto consentendo di erogare le prestazioni del SSN), con l'obbligo di destinare il 20% dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite a “*prestazioni di assistenza odontoiatrica, prestazioni sociosanitarie a soggetti non autosufficienti, prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati per malattia o infortunio*”. Si istituisce l'anagrafe dei fondi.
- **Il D.M 27 ottobre 2009** (c.d decreto Sacconi) modifica il precedente, inserendo nel 20% “*le prestazioni di prevenzione, coordinati con i protocolli in essere presso il SSN, prestazioni sociali a valenza sanitaria (non autosufficienti), prestazioni sanitarie a valenza sociale e sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria*” e definisce le modalità di funzionamento dell'anagrafe dei fondi.

Lo scenario muta ed i fondi, enti, casse e società di mutuo soccorso possono erogare anche le prestazioni garantite dal Servizio sanitario nazionale e sono “**integrativi**” non solo del SSN ma anche del sistema di protezione sociale tanto che con il Professor Guzzanti decidemmo di modificare la definizione nel seguente modo: «*Organizzazioni prevalentemente private, variamente denominate, che raccolgono, su base volontaria, risparmio dei singoli cittadini o di gruppi di cittadini o risparmio di tipo contrattuale a livello nazionale, regionale o locale, per fornire prestazioni sanitarie, sociali e sociosanitarie che integrano quelle assicurate dal Servizio sanitario Nazionale e dal Sistema di protezione sociale, secondo modalità non orientate al profitto*”. (2012).

Nel tempo si è generata grande confusione nell'utilizzo degli aggettivi integrativo (prestazioni extra-LEA o extra Sistema di protezione sociale), sostitutivo (stesse prestazioni di entrambi i sistemi), sociosanitario (che eroga prestazioni sociali a valenza sanitaria, sanitarie a valenza sociale, sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria).

A dire il vero basterebbe declinare meglio il concetto di integrativo come avrò il modo di chiarire.

Negli anni successivi il numero degli iscritti ai fondi aumenta sensibilmente ed essi entrano a pieno titolo nel mondo del welfare aziendale (in crescita soprattutto per le grandi e medie imprese) insieme alla previdenza complementare, al sostegno al reddito, alla cura dei familiari con disabilità in un'ottica di solidarietà sancita recentemente nel D.Lgs. 13 dicembre 2024, n. 192 recante "*Revisione del regime impositivo dei redditi (IRPEF- IRES)*" che, all'art. 3, modifica l'art. 10, comma 1, lett. e-ter) e l'art. 51, comma 2, lett. a) Tuir, introducendo, per i fondi sanitari a livello di normativa primaria, **il principio di mutualità e solidarietà tra gli iscritti**, già evidenziato nella prassi dell'Agenzia delle Entrate.

Cresce l'interesse per il mondo dei fondi integrativi attraverso:

- Indagini conoscitive della Commissione *Affari sociali* della Camera del 2019 e della Commissione permanente *Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale* del Senato 2024 con decine di audizioni (per citare quelle recenti);
- Proposte di esperti, istituzioni nazionali, organizzazioni sindacali, istituzioni private, rappresentanti della politica, (impossibile citarle tutte) comunque orientate ad un ruolo più attivo dei fondi e in generale dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria integrativa sull'onda della previdenza complementare;
- Leggi regionali ad hoc: il Veneto con l'istituzione dell'Osservatorio regionale per i fondi integrativi locali, le P.A. di Trento e Bolzano con la nascita di fondi per i dipendenti pubblici, la Toscana, l'Emilia Romagna, la Lombardia con la recente delibera di giunta sullo schema di convenzione delle aziende sanitarie con i fondi integrativi per la libera professione, etc.

Nel 2022, il legislatore interviene sul tema dei fondi integrativi con l'articolo 15 della **Legge 118** (*Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021*) che aggiunge tra le prestazioni a carico dei fondi quelle di prevenzione primaria e secondaria, le prestazioni di long term care (LTC) non a carico del Servizio sanitario nazionale e le prestazioni sociali finalizzate al soddisfacimento dei bisogni del paziente cronico (erroneamente poste a carico del Servizio sanitario nazionale ma in realtà lo sono del sistema di protezione sociale). La Legge dà seguito alla istituzione, già prevista nel lontano 1992, dell'Osservatorio permanente per i fondi sanitari integrativi «*con finalità di studio e ricerca sul complesso delle attività delle forme di assistenza complementare e sulle relative modalità di funzionamento, la cui organizzazione e il cui funzionamento sono disciplinati con apposito decreto del Ministro della salute*». La legge assegna al Ministero della salute la funzione di monitoraggio delle attività svolte dai fondi integrativi: a tal fine ciascun soggetto interessato invia periodicamente al Ministero della salute i dati aggregati relativi al numero e alle tipologie dei propri iscritti, al numero e alle tipologie dei beneficiari delle prestazioni nonché ai volumi e alle tipologie di prestazioni complessivamente erogate, distinte tra prestazioni a carattere sanitario, prestazioni a carattere socio-sanitario, prestazioni a carattere sociale ed altre tipologie, nelle forme indicate con apposito decreto del Ministro della salute».

A seguito della Legge sono emanati dal Ministro Speranza due decreti:

- **Il DM 15 settembre 2022** "*Disciplina del funzionamento e dell'organizzazione dell'Osservatorio dei fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale*" istituisce l'Osservatorio nazionale permanente dei Fondi Sanitari Integrativi (OFSI) che opera presso la Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute e "*svolge funzioni di studio e ricerca sul complesso delle attività delle forme di assistenza complementare e sulle relative modalità di funzionamento, ai fini dell'implementazione della governance istituzionale del settore, nonché dell'aggiornamento periodico della normativa, nel rispetto dei principi di universalità, uguaglianza, equità nell'accesso alle prestazioni e ai servizi sanitari, nonché della centralità della persona e della globalità della copertura assistenziale*".
- **Il DM 30 settembre 2022** "*Monitoraggio delle attività svolte dai fondi sanitari integrativi*" stabilisce le funzioni di monitoraggio a cura del Ministero della salute e istituisce il cruscotto delle prestazioni inserito nella piattaforma del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) e che si interfaccia con il Sistema Informativo Anagrafe dei Fondi sanitari (SIAF). I dati che i fondi debbono inviare entro il 31 luglio di ogni anno e per un tempo di sperimentazione di due anni sono le prestazioni erogate nell'anno precedente all'iscrizione all'Anagrafe Fondi sanitari: prestazioni LEA, prestazioni totalmente

escluse dai LEA e prestazioni parzialmente escluse dai LEA classificate per macroarea assistenziale (es. assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera, assistenza odontoiatrica, prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, ecc.), livello di assistenza (es. assistenza specialistica ambulatoriale, riabilitazione, ecc.), tipologia di prestazione (attività diagnostica di laboratorio, riabilitazione ospedaliera, ecc.), numero prestazioni erogate e valore complessivo delle stesse, numero dei beneficiari per fascia di età, per tipologia di rapporto di lavoro, per estensione della copertura a cessazione del contratto di lavoro, nonché il numero degli aderenti.

I provvedimenti legislativi enunciati (Fig.2) si inseriscono in un contesto politico-sanitario, sociale-demografico, economico e lavorativo del Paese che sta profondamente cambiando: sul versante del lavoro l'ingresso dell'automazione e dell'intelligenza artificiale creerà le condizioni per nuovi lavori, una maggiore mobilità del personale pone il problema della portabilità dei diritti acquisiti nel fondo integrativo di appartenenza.

Sul versante demografico la popolazione invecchia e non benissimo secondo l'ISTAT, che descrive una speranza di vita in buona salute scesa a 58,1 anni, anche se si vive più a lungo che negli altri paesi Ue. Il Governo sta intervenendo promuovendo l'assistenza primaria e la presa in carico della cronicità (*Decreto del ministero della salute n.77/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale"*), mentre la Legge 33/2023 "*Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane*" delinea un percorso più strutturato per affrontare la non autosufficienza, oggettivamente complesso sul versante dell'integrazione tra sanità e sociale: la spesa sociale è destinata ad aumentare nel futuro assai più che quella sanitaria.

Nel contempo, il 3° Rapporto sui Fondi Sanitari Integrativi 2021-2023, pubblicato dal Ministero della Salute, registra 324 fondi integrativi sanitari ed un numero di iscritti cresciuto da 15,2 milioni nel 2021 a oltre 16,2 milioni nel 2023 e una spesa per prestazioni pari a 3,2 miliardi di euro nel 2022.

I fondi di tipo A (fondi doc) sono solo 13 (quasi tutti erogano odontoiatria), i fondi di tipo B rappresentano la maggioranza. Il 20% del totale delle prestazioni integrative è giunto al 33% con al primo posto odontoiatria seguita da prestazioni sociali a valenza sanitaria e sanitarie a valenza sociale.

Dall'analisi emerge:

- la spesa è molto contenuta rispetto al totale del Fondo sanitario nazionale e della spesa privata out of pocket (3,2 miliardi su 180 circa); si deciderà per l'obbligatorietà di adesione (già prevista per alcuni fondi) come avviene da tempo in Francia per allargare la platea degli iscritti?
- i fondi e gli altri Enti sono distribuiti nel Nord del Paese ove è concentrata la ricchezza del Paese, Lombardia, Trentino, Emilia Romagna, Valle d'Aosta e Veneto sia come PIL che come ricchezza accumulata dai singoli (abitazioni, investimenti finanziari e risparmi); come si intende affrontare il gap con il Sud del Paese? L'utilizzo dei fondi al nord può contribuire a liberare risorse per il SUD?
- gli iscritti pensionati ai fondi con quote a loro carico sono pochi: solo il 3% dei fondi li tutela; le prestazioni di long term care legate alla non autosufficienza sono limitatamente erogabili da fondi che hanno iscritti più giovani. Il tema dovrebbe essere affrontato nei fondi previdenziali, puntando non solo su rendite ma soprattutto sui servizi. Optando per un fondo nazionale su base obbligatoria per i giovani?

Dalla lettura di questo complesso scenario in evoluzione, a personale interpretazione della Scrivente, emergono alcuni aspetti:

- I fondi sanitari integrativi nonché gli enti, le casse e le società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fini assistenziali, di cui all'articolo 51, comma 2, lettera a) sono forme di assistenza complementare che si inseriscono nel contesto della globalità dell'assistenza in un'ottica di sanità pubblica che copre il diritto alla tutela della salute del cittadino a 360 gradi;
- Il ruolo dei fondi si estende ad integrazione del SSN e del sistema di protezione sociale, si tratta quindi di *fondi sanitari e sociosanitari*, tanto da rendersi obsoleta la distinzione in fondi doc e non doc;
- Il concetto di integrazione non si riferisce più solo alla tipologia delle prestazioni, attività e servizi che i fondi erogano ma soprattutto al coordinamento con ciò che è erogato dal SSN e dal sistema di protezione sociale secondo una logica di condivisione di strategie e percorsi assistenziali. In un

momento di grande sviluppo dei percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali, digitalizzati e supportati dal FSE, diviene sempre più importante condividere informazioni che promuovano maggiore appropriatezza ed in qualche modo il controllo di un eccesso di domanda e contribuiscano a meglio governare e ridurre (mai azzerare) le liste di attesa. Solo in questo modo si persegue l'obiettivo del Legislatore che, consentendo agevolazioni fiscali ai fondi ha inteso realizzare uno scenario nel quale questi ultimi siano di reale supporto alla presa in carico globale ed appropriata dei cittadini, promuovendo una maggiore solidarietà intergenerazionale;

- L'alimentazione del cruscotto con le informazioni richieste, pur complessa per il diverso linguaggio informativo dei fondi e che dovrà andare a regime superata la fase sperimentale, tenuta distinta dall'alimentazione del flusso SIAF (Sistema informativo anagrafe fondi), è cruciale per definire i campi di interazione con il Servizio sanitario nazionale.

Fig.1

NOME FONDO	ISCRITTI	ASSISTITI
ASSILT Associazione per l'Assistenza Sanitaria Integrativa ai lavoratori della Telecom Italia	114.500	254.000
Banque Bruxelles Lambert s.a.	11	30
BASF ITALIA S.p.A.	50	150
C.A.S.P.I.E. Cassa Autonoma di Assist. Sanitaria tra il Personale dell'Istituto di Emissione	66.000	170.000
CADGI Cassa Assistenza dipendenti Gruppo IBM S.p.A.	11.000	26.000
CADN Cassa Assistenza Dirigenti Società del Gruppo Nestlé in Italia	270	270
CAMPA	8.000	8.000
CAPAIAP Cassa Autonoma di Previdenza e Assistenza Integrativa Avvocati e Professionisti	650	1.500
CASAGIT Cassa Autonoma Assistenza Integrativa dei Giornalisti Italiani	20.260	43.418
CASDIC	42.000	42.000
Cassa Edile della Provincia di Firenze	8.400	8.400
Cassa Edile di Mutualità ed Assistenza di Milano	32.000	32.000
Cassa Mutua Aziendale Dipendenti "Soc. TERNI"	510	1.500
Consorzio Mutue di Novara	17.728	26.707
Digital Equipment S.p.A.	1.200	2.400
Ente Mutuo di Assistenza tra gli Esercenti il Commercio della Provincia di Milano	13.000	35.000
F.A.S.Di.P. Fondo Assistenza Sanitaria per i Dirigenti Pirelli	2200	2200
F.I.S.D.A.F. Fondo Integrativo Sanitario Dirigenti Aziende FIAT	7.700	18.500
FASCO Fondo Assistenza Cooperazione S.M.S.	1.500	1.500
FASDAC Fondo Assistenza Sanitaria Dirigenti Aziende Commerciali	19.200	51.000
FEDERCASSE Cassa Mutua Nazionale per il personale delle banche di credito cooperativo	16.500	38.000
FIDA - Area Milanese (Settore EniChem)	3172	3172
FIS BULL	3.700	5.800
Fondo Integrativo Assistenza Malattia Dipendenti della Banca di Credito Bergamasco S.p.A.	1788	4155
Fondo Integrativo Sanitario ENI	30.000	33.000
Fondo integrativo sanitario per i dipendenti dell'Enel S.p.A.	100.000	250.000
Fondo Pensione-Cassa di previdenza ed Assistenza Banca Popolare di Bergamo/Credito Varesino	13800	13800
GALENO Cassa Autonoma Previdenza e Assistenza Integrativa a Favore dei Medici e Odontoiatri	1.250	3.798
Mutua Sanitaria Provinciale di "Como"	2.500	2.500
SANIPASS Cassa di Assistenza San Paolo	21.510	54.845
Società di Mutua Assistenza di Modena	1978	1978
Società di Mutuo Soccorso "Carbonara al Ticino" (PV)	35	35
Società Nazionale di Mutuo Soccorso "Cesare Pozzo"	95.000	300.000
Società Operaia di Mutuo Soccorso "Santa Ninfa" (TP)	550	550
TOTALE	657.962	1.436.208

Per le considerazioni esposte (e sono solo alcune del dibattito generale su questo tema) appare difficile in questo momento avanzare proposte di aggiornamento legislativo, anche da parte dell'Osservatorio, che in questa fase deve supportare i fondi nell'inserimento dei dati nel cruscotto e parallelamente lavorare sulle

modalità di affidamento in gestione (era previsto un decreto del Ministro della sanità) e sul regolamento, su proposta del Ministro della sanità (decreto interministeriale), che disciplini:

- le modalità di costituzione e di scioglimento,
- la composizione degli organi di amministrazione,
- le forme e le modalità di contribuzione,
- i soggetti destinatari dell'assistenza,
- il trattamento e le garanzie riservate al singolo sottoscrittore ed al suo nucleo familiare,
- le cause di decadenza della qualificazione di fondo integrativo del SSN.

Il mondo dei fondi integrativi rivolto a 16 milioni di iscritti governa una spesa contenuta a fronte delle agevolazioni fiscali concesse ma rappresenta un grande potenziale per integrare il servizio sanitario nazionale in previsione degli sviluppi futuri dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

Il Legislatore dovrà indirizzare eventuali scelte di aggiornamento normativo del settore avendo a disposizione informazioni utili ad individuare percorsi di integrazione con il Servizio sanitario nazionale ed il sistema di protezione sociale sostenibili ed appropriati.

Il cruscotto delle prestazioni che l'Osservatorio ha avviato va in questa direzione.

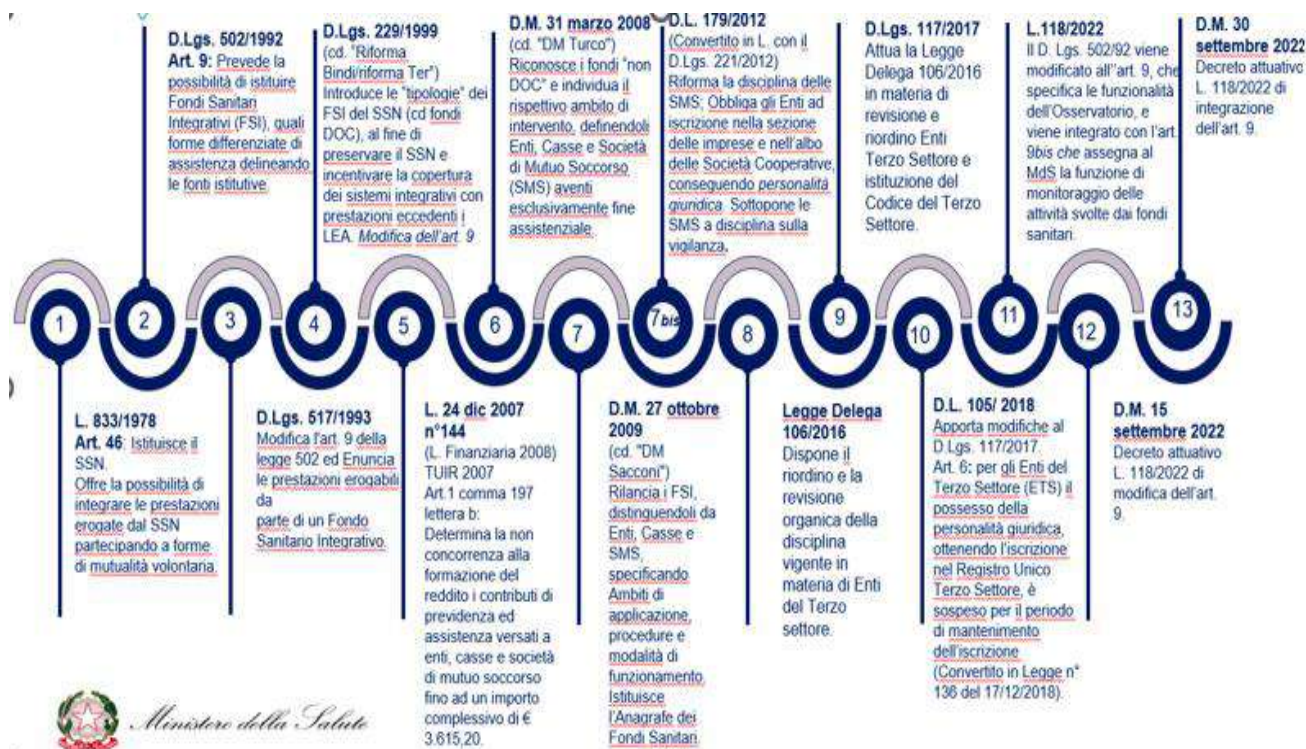
Lo sviluppo dell'assistenza primaria sostenuto da piattaforme di intelligenza artificiale per il coordinamento dei servizi, la presa in carico dei pazienti cronici e l'integrazione tra sanità e sociale per la realizzazione di percorsi assistenziali condivisi dal lato dei sistemi sanitario e sociale offriranno lo scenario nel quale possono operare i fondi integrativi.

Una via da tracciare secondo linee strategiche che in questo delicato settore della vita pubblica debbono essere condivise da tutti, politici, amministratori, operatori sanitari, cittadini.

Negli ultimi anni la partecipazione di questi ultimi alle scelte di politica sanitaria è aumentata in molti Paesi: si tratta di trovare il modo di prevederne un maggiore coinvolgimento affinché aumenti la consapevolezza delle difficoltà nelle quali si opera ogni giorno in una Società in rapida trasformazione.

Un secondo pilastro della protezione sanitaria e sociosanitaria può supportare il sistema nazionale e non si tratta di privatizzare la sanità, ma di renderla più sostenibile, equa, diffusa e centrata sui bisogni reali delle persone.

Fig.2



[1] L'ultimo Piano sanitario nazionale risale al 2011 ed è negli anni stato sostituito dagli Accordi Stato-Regioni. I Livelli essenziali di assistenza sono stati individuati con DPCM nel 2001, rivisitati nel 2017 e sottoposti ad annuali integrazioni al progredire della ricerca nei campi clinico, farmaceutico, tecnologico, etc.

[2] Mastrobuono I, Pompili S. *Le forme integrative di assistenza sanitaria: casse aziendali, fondi di categoria e società di mutuo soccorso*. Atti del convegno: le nuove regole dell'assistenza sanitaria integrativa. Convegni e formazione de Il Sole 24 Ore. 25 maggio 1998, Milano.

[3] Il regolamento, predisposto dal Ministro della Sanità pro tempore Elio Guzzanti, di concerto con quello del lavoro e della previdenza sociale alla fine dell'anno 1995, era stato articolato in 9 articoli ed aveva, tra gli obiettivi, quello di consentire un censimento delle diverse forme integrative di assistenza sanitaria presenti ed operanti in Italia. Il documento di Stefano Zamagni dal titolo "Questioni aperte nel sistema sanitario italiano e linee di intervento" della Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale così si è espresso sulla proposta di regolamento *"la bozza aveva ottenuto parere favorevole del Consiglio di Stato, con alcune correzioni e prevedeva l'introduzione di un "sistema di controlli" con l'obiettivo di accertare l'equilibrio gestionale delle mutue. Si stabiliva, inoltre, il divieto di realizzare nuove strutture sanitarie, per non dilatare l'offerta, incentivando invece le mutue integrative a concorrere per rendere più efficienti e produttive le strutture sanitarie sottoutilizzate. Casse e fondi avrebbero avuto comunque tre anni di tempo per adeguarsi alle regole previste dal regolamento, che, doveva essere deliberato dal Consiglio dei ministri, nella forma di decreto del Presidente della Repubblica, e registrato alla Corte dei Conti, per farlo entrare in vigore entro il mese di febbraio 1996, ma le successive elezioni ne hanno bloccato l'approvazione definitiva."*

[4] Le prestazioni sociosanitarie comprendono:

- **prestazioni sanitarie a rilevanza sociale**, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite, vaccinazioni;
- **prestazioni sociali a rilevanza sanitaria**, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.
- **le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria** sono caratterizzate da particolari rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

Le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e quelle ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivo nazionale e regionale.

Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale ai sensi dell'articolo 3, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. La regione determina, sulla base dei criteri posti dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza. I livelli delle prestazioni sociali (LEPS o LIVEAS, livelli essenziali delle prestazioni sociali), previsti nella Legge 328/2000 sono stati individuati, parzialmente, nel Piano sociale nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-23 (servizi sociali alla persona non autosufficiente o disabile, pronto intervento sociale, valutazione multidimensionale e progetto personalizzato, servizi per residenza fittizia, indennità di accompagnamento, etc.) Alcuni di questi come l'assistenza ai non autosufficienti, l'assistenza sociale integrata, il pronto intervento sociale sono stati considerati prioritari per le ATS (Articolazioni territoriali sociali) nella Legge di bilancio 2022 (L.234/2021) e ripresi nella Legge 33/2023 *"Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane"*.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=133410

Rafforzare la governance della resistenza antimicrobica in Europa: un approccio coordinato "one health"

Benjamin Davido, Sofia Ny, Corine van Lingen, Christine Årdal, Laura Alonso Irujo, Sofia Linnros e altri

Riepilogo

La resistenza antimicrobica (AMR) causa oltre 35.000 decessi all'anno nell'UE/SEE e si prevede che causerà 1,91 milioni di decessi a livello globale entro il 2050.

La seconda Azione Congiunta sulla Resistenza Antimicrobica e le Infezioni Correlate all'Assistenza Sanitaria (EU-JAMRAI-2), che riunisce 128 partner di 30 paesi, rappresenta uno sforzo coordinato UE/SEE per contenere l'AMR attraverso un approccio One Health. Sebbene quasi tutti i paesi UE/SEE dispongano di un Piano d'Azione Nazionale contro l'AMR, la nostra valutazione iniziale ha rivelato che l'attuazione rimane limitata da risorse limitate, scarso coordinamento intersettoriale e leadership frammentata.

EU-JAMRAI-2 affronta queste sfide promuovendo una sorveglianza armonizzata, rafforzando la prevenzione e il controllo delle infezioni, applicando interventi di gestione mirati, garantendo un accesso sostenibile agli antibiotici essenziali e sensibilizzando i destinatari prioritari. Analizzando le lacune politiche e gli ostacoli operativi, questo documento sottolinea la necessità di una maggiore responsabilità e di un impegno politico più forte per tradurre le strategie in azioni sostenibili. Rafforzare la governance della resistenza antimicrobica attraverso un approccio europeo unificato è essenziale per ottenere progressi efficaci e duraturi contro questa pandemia silenziosa.

Introduzione

La resistenza antimicrobica (AMR) rappresenta una grave minaccia per la salute globale nei paesi di tutti i livelli economici e si prevede che causerà 1,91 milioni di vittime nel mondo nel 2050. [1](#), [2](#) Il suo impatto sulla salute pubblica, sui sistemi sanitari, sulla sicurezza alimentare e sulla stabilità economica è profondo e non può essere trascurato.

In Europa, dati recenti suggeriscono che le infezioni dovute a batteri resistenti agli antimicrobici sono già responsabili di oltre 865.000 casi e 35.000 decessi all'anno nel 2022, secondo il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC). [3](#) Questo onere non è solo elevato, ma anche in aumento nel tempo e tra i paesi, e la prevalenza di organismi multifarmaco-resistenti (MDRO) varia tra gli Stati membri. [4](#), [5](#) Tra i 30 Stati membri, si stima che entro il 2050 ci saranno oltre 569 milioni di giorni di degenza ospedaliera aggiuntivi legati alla resistenza antimicrobica. [6](#)

Nel complesso, la posta in gioco per la salute pubblica, il benessere degli animali e l'equilibrio ecologico sta aumentando, mentre i costi sanitari e le perdite di produttività sono stimati a 1,5 miliardi di euro all'anno secondo l'OCSE. [7](#)

Nel settembre 2024, i leader mondiali hanno lanciato una Dichiarazione Politica sulla Resistenza Antimicrobica all'Assemblea Generale delle Nazioni Unite (UNGA), sottolineando la necessità di implementare un approccio One Health (OH) nei Piani d'Azione Nazionali (NAP) dei Paesi. [8](#) Ha ribadito la necessità di una titolarità nazionale che tenga conto dei contesti, delle priorità e delle esigenze locali, e ha sottolineato l'importanza di una leadership politica efficace nella lotta alla Resistenza Antimicrobica.

L'OCSE ha dimostrato che un approccio OH è efficace ed economicamente efficiente. Più specificamente, investire 4 dollari a parità di potere d'acquisto (PPA) pro capite all'anno in un pacchetto di politiche potrebbe evitare oltre 17.000 decessi, risparmiare oltre 9,4 miliardi di dollari a parità di potere d'acquisto in spese sanitarie e generare circa 13,8 miliardi di dollari a parità di potere d'acquisto in guadagni di produttività in 34 Paesi OCSE e UE/SEE. [6](#)

In seguito alla dichiarazione dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite, l'organizzazione quadripartita (OMS, Organizzazione per l'alimentazione e l'agricoltura (FAO), Organizzazione mondiale per la salute animale (WOAH) e Programma delle Nazioni Unite per l'ambiente (UNEP) ha recentemente avviato un processo consultivo per istituire un gruppo indipendente di esperti sulle prove per un'azione contro la resistenza antimicrobica, con l'obiettivo di informare e orientare meglio l'elaborazione delle politiche e gli interventi per prevenirne e mitigarne l'impatto.

Nei paesi UE/SEE, nonostante l'esistenza di Piani d'Azione Nazionali per la Salute (PNA), è stata evidenziata una significativa variabilità nella loro attuazione, tra cui lacune nell'integrazione ambientale, nei dettagli operativi, nei meccanismi di monitoraggio e nei finanziamenti. [9](#) Pertanto, è necessario che gli Stati membri lavorino in sinergia e scambino buone pratiche, tenendo conto delle specificità di ciascun paese, per aggiornare le proprie strategie attuali. La Direzione Generale Europea per la Salute e la Sicurezza Alimentare (DG SANTE), attraverso il programma EU4Health, l'Autorità per la Preparazione e la Risposta alle Emergenze Sanitarie (HERA), attraverso iniziative di preparazione alle pandemie, e la Direzione Generale per la Ricerca e l'Innovazione (DG RTD), hanno avviato programmi per aiutare gli Stati membri a integrare il concetto di "One Health" nelle politiche e a definire le priorità europee di ricerca e innovazione, in linea con l'agenda di ricerca prioritaria "One Health" del quadripartito per la resistenza antimicrobica (AMR-OHPRA). [10](#)

Molti fattori contribuiscono allo sviluppo dell'AMR, tra cui non solo il consumo di antibiotici, ma anche influenze antropologiche e socioeconomiche¹¹ [12](#), il che significa che l'AMR non è solo un problema sanitario, ma una sfida di governance altamente complessa, che richiede risposte che vanno oltre la sfera clinica.

Pertanto, sebbene siano necessari sforzi continui per migliorare la prevenzione e il controllo delle infezioni (IPC) e la gestione antimicrobica (AMS), dobbiamo considerare un approccio olistico che comprenda un accesso sostenibile ad antibiotici, diagnostica e vaccini efficaci, nonché cambiamenti comportamentali e sensibilizzazione, rafforzando al contempo una sorveglianza integrata dell'ambiente sanitario. Inoltre, poiché anche i viaggi contribuiscono alla diffusione dell'AMR¹³ [14](#), in particolare nel contesto della globalizzazione, l'AMR è ora inclusa nel regolamento sulle gravi minacce transfrontaliere per la salute¹⁵. [Infine](#), anche la governance è un elemento chiave per il successo delle politiche volte a contenere l'AMR. Infatti, uno studio recente ha dimostrato una relazione tra qualità della governance, consumo di antibiotici e riduzione della resistenza antimicrobica, [16](#) indicando che una governance efficace non è solo un fattore di supporto, ma un fattore decisivo nella lotta alla resistenza antimicrobica.

L'Europa si sta preparando ad affrontare la resistenza antimicrobica

Per affrontare questi specifici fattori scatenanti della resistenza antimicrobica, nel 2024 è stata lanciata la seconda Azione Congiunta sulla Resistenza Antimicrobica e le Infezioni Correlate all'Assistenza Sanitaria (EU-JAMRAI 2), guidata dalla Francia (INSERM), per quattro anni (fino alla fine del 2027). EU-JAMRAI 2 è sostenuta da un finanziamento di 50 milioni di euro della Commissione Europea e riunisce 128 partner provenienti da 30 Paesi, tra cui i 27 Stati Membri dell'UE, nonché Islanda, Norvegia e Ucraina.

La missione di EU-JAMRAI 2 è promuovere, attraverso un'azione congiunta e coordinata in tutta Europa, la collaborazione interdisciplinare tra Paesi, istituzioni e settori, per salvaguardare l'efficacia degli antimicrobici e proteggere la salute pubblica, con l'ambizioso obiettivo di cambiare l'approccio globale alla resistenza antimicrobica attraverso una prospettiva "One Health".

Il progetto EU-JAMRAI-2 affronta cinque aree di azione interconnesse. Rafforza il coinvolgimento e il coordinamento attraverso un gruppo di coordinamento composto da funzionari di collegamento nazionali, consentendo l'identificazione di esigenze e lacune e facilitando al contempo la collaborazione e lo scambio di buone pratiche tra i paesi.

Promuove inoltre una più ampia adozione di misure all'avanguardia di prevenzione e controllo delle infezioni (IPC) per le infezioni acquisite in comunità e quelle correlate all'assistenza sanitaria, nonché strategie di stewardship antimicrobica (AMS) in diversi contesti, e fornisce strumenti a supporto dell'implementazione di interventi di stewardship basati sul comportamento.

EU-JAMRAI-2 supporta inoltre lo sviluppo di un sistema integrato di sorveglianza "One Health" per la resistenza antimicrobica in Europa, che include un pannello di controllo dedicato per il settore veterinario.

Inoltre, i paesi partecipanti stanno lavorando per migliorare l'accesso ad antibiotici e vaccini essenziali e per promuovere la consapevolezza e la comprensione della resistenza antimicrobica tra i professionisti e il pubblico in tutta Europa.

Insieme, questi pilastri garantiscono che gli sforzi in corso a livello nazionale ed europeo siano coerenti e si rafforzino reciprocamente. Tuttavia, il loro successo dipenderà da una governance più forte e ben coordinata tra i settori e tra i paesi, oltre che dagli sforzi per superare le diverse sfide che si presentano nell'attuazione efficace dei Piani d'azione nazionali.

Analisi delle lacune nelle politiche europee sulla resistenza antimicrobica

Nel 2019, la Regione Europea dell'OMS ha dimostrato che l'onere della resistenza antimicrobica era significativamente associato al grado di attuazione del PAN. [17](#) Per tenere conto dei contesti specifici dell'UE/SEE, l'EU-JAMRAI 2 ha condotto un'indagine strutturata di valutazione dei bisogni nell'autunno del 2024, coordinata dal suo pacchetto di lavoro sul coinvolgimento degli Stati membri e sullo sviluppo del PAN. L'indagine è stata distribuita tramite una rete di funzionari di collegamento nazionali a 30 paesi dell'UE/SEE, ciascuno dei quali ha fornito una risposta coordinata integrando, ove possibile, i contributi dei settori della salute umana, animale e ambientale. Gli intervistati erano funzionari dei ministeri della salute, istituti nazionali di sanità pubblica e, in alcuni casi, autorità alimentari e veterinarie. Il questionario ha affrontato la struttura, lo stato di avanzamento e le sfide dei piani d'azione nazionali contro la resistenza antimicrobica, nonché le priorità politiche e le buone pratiche, a seguito della relazione di sintesi della DG SANTE e della recente raccomandazione del Consiglio sul rafforzamento dell'azione dell'UE contro la resistenza antimicrobica.

Dei 28 Paesi su 30, solo otto hanno dichiarato di avere un Piano d'Azione Nazionale One Health completo sulla resistenza antimicrobica sufficientemente attivo al momento dell'indagine.

La maggior parte ha riferito che non tutti i settori (salute umana, animale e ambientale) sono ancora adeguatamente rappresentati nei loro PAN, con numerosi miglioramenti nella pianificazione nei prossimi anni. Sebbene ancora in fase di analisi, i risultati preliminari hanno mostrato che le principali sfide affrontate dai Paesi per l'attuazione di un approccio di salute pubblica riguardano questioni di risorse e governance.

Vincoli finanziari, tra cui mancanza di risorse finanziarie, inadeguata allocazione del bilancio o difficoltà nell'allineamento delle risorse e/o nei finanziamenti a lungo termine, sono stati segnalati da oltre la metà degli intervistati. Seguono la mancanza di risorse umane (n = 10; 35,7%) e le sfide legate al funzionamento dei meccanismi di coordinamento intersettoriale (ICM) (n = 8; 28,6%). Anche la mancanza di un impegno politico ad alto livello è stata citata frequentemente.

Al contrario, per quanto riguarda l'ICM, dodici Stati membri (42,8%) hanno già istituito meccanismi o piattaforme per la comunicazione regolare e il processo decisionale congiunto, tra cui task force e/o comitati direttivi. L'indagine ha inoltre evidenziato che i principali settori interessati da lacune politiche o differenze nella completezza delle politiche sono l'ambiente (n = 13; 46,4%) e la salute delle piante (n = 10; 35,7%). Inoltre, in otto paesi mancano piani operativi dettagliati (piani che collegano attività concrete, responsabilità e finanziamenti per garantire l'efficace attuazione del PAN) e sono ancora in fase di sviluppo in 16, spesso privi di tempistiche, ruoli e budget chiari. I quadri di monitoraggio e valutazione sono assenti in dieci paesi e, quando presenti, talvolta mancano di indicatori standardizzati e di raccolta dati, ostacolando il monitoraggio dei progressi. Tuttavia, osserviamo esempi di PAN di nuova attuazione, come quelli di Danimarca, Finlandia e Islanda, che adottano un approccio pratico che prevede la definizione concreta delle priorità delle azioni ogni anno, l'assegnazione dei finanziamenti e la definizione di tempistiche chiare.

I risultati evidenziano le notevoli differenze tra gli Stati membri, sia nei progressi che nelle sfide, rivelando al contempo opportunità di miglioramento e collaborazione. Molti Stati membri hanno inoltre segnalato buone pratiche o competenze specifiche che potrebbero condividere.

A tal fine, l'EU-JAMRAI 2 ha avviato un programma di supporto che include masterclass e gruppi di lavoro tematici per promuovere la condivisione delle conoscenze e lo scambio di buone pratiche. Attraverso questo "hub", l'EU-JAMRAI 2 promuove la cooperazione tra gli Stati membri e facilita l'apprendimento reciproco, riconoscendo al contempo che non esiste una soluzione unica adatta a tutti e che le significative differenze nei sistemi e nei contesti tra i paesi devono incentivare azioni mirate.

Gestione antimicrobica (AMS) e prevenzione e controllo delle infezioni (IPC)

Lo sviluppo di politiche da solo non è sufficiente: AMS e IPC sono strategie fondamentali e sinergiche per contenere l'AMR. Prevenendo le infezioni in primo luogo e ottimizzando l'uso di antibiotici quando si verificano, IPC e AMS robusti insieme riducono direttamente le possibilità che patogeni resistenti emergano e si diffondano. In ambito sanitario, efficaci misure di IPC, come rigorosi protocolli igienici, possono prevenire fino al 70% delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria, secondo le stime dell'OMS. [18](#)

Allo stesso tempo, programmi AMS ben strutturati mirano a garantire che gli antibiotici siano prescritti solo quando realmente necessari e che la scelta, il dosaggio e la durata del trattamento siano appropriati. Le prove dimostrano che tali interventi di gestione possono ridurre in modo sicuro l'uso non necessario di antibiotici e migliorare le pratiche di prescrizione per i pazienti ospedalizzati. [19](#)

Nonostante i loro comprovati benefici, tradurre in pratica le politiche AMS e IPC in tutti i sistemi sanitari europei rimane una sfida. Come accennato in precedenza, molti paesi e strutture sanitarie non dispongono delle risorse umane, dei finanziamenti e della formazione dedicati necessari per questi programmi, e le carenze sono state ulteriormente evidenziate dalla pandemia di COVID-19, anche nei sistemi sanitari avanzati. [18](#)

Ciononostante, si stanno compiendo progressi e gli sforzi a livello dell'UE nell'ultimo decennio hanno contribuito a una diminuzione del 23% del consumo complessivo di antibiotici per uso umano dal 2012 al 2021, indicando un certo successo nella gestione. [7](#) Inoltre, le vendite aggregate (mg/PCU) sono diminuite del 53,0% in questo periodo, ovvero da 161,2 mg/PCU nel 2011 a 75,8 mg/PCU nel 2022. [20](#)

Tuttavia, il concomitante aumento del 34% dell'uso ospedaliero di antibiotici di ultima istanza (ad esempio, carbapenemi) evidenzia la necessità di un'ulteriore ottimizzazione dell'uso degli antibiotici in terapia intensiva. [7](#)

Pertanto, le autorità europee hanno chiesto di intensificare le pratiche IPC e di istituire solidi programmi AMS in ogni Paese come parte della risposta One Health a questa “pandemia silenziosa”.

In questo contesto, EU-JAMRAI 2 supporta gli Stati membri nell'adozione di linee guida IPC all'avanguardia sia per le strutture comunitarie che ospedaliere e nell'implementazione di strategie di gestione complete e personalizzate in base alle esigenze locali.

Ciò include lo sviluppo di strumenti basati sul comportamento per contribuire a colmare il divario tra le linee guida e la pratica prescrittiva, promuovendo miglioramenti duraturi nella prescrizione di antibiotici. Particolare attenzione viene prestata ad aree tradizionalmente carenti di risorse, come le strutture di assistenza a lungo termine e la pediatria, attraverso iniziative di formazione e sviluppo delle capacità dedicate, per garantire che i principi di AMS e IPC siano integrati in tutti i settori sanitari.

L'iniziativa adotta un approccio OH, estendendo i principi di IPC e AMS oltre l'assistenza sanitaria umana, alla salute animale e ai settori ambientale. In ambito di salute animale, il progetto supporta lo sviluppo di protocolli IPC/biosicurezza armonizzati per il bestiame e gli animali da compagnia, collegandoli a strategie di riduzione dell'uso di antimicrobici.

Per il settore ambientale, mappa gli interventi per mitigare la diffusione dell'AMR attraverso canali come la gestione delle acque reflue e del letame. Rafforzando queste competenze fondamentali, EU-JAMRAI 2 e i programmi correlati mirano a potenziare in modo sostanziale la difesa dell'Europa contro la resistenza antimicrobica in prima linea nell'assistenza ai pazienti.

Migliorare l'accesso ad antibiotici e vaccini importanti

È noto che l'accesso ad antibiotici efficaci prolunga la vita, riduce la disabilità e le spese sanitarie e consente l'accesso alle innovazioni mediche. [21](#) Inoltre, l'accesso sostenibile ad antibiotici efficaci è un prerequisito per le misure di gestione.

Per migliorare l'accesso ad antibiotici e vaccini, l'EU-JAMRAI 2 ha identificato antibiotici umani e veterinari clinicamente importanti e/o vaccini veterinari con una fornitura nazionale vulnerabile in 16 paesi e ha creato una mappa interattiva dei prodotti di interesse per il progetto (<https://eu-jamrai.eu/access/>).

Abbiamo quindi identificato gli ostacoli che impediscono l'accesso sostenibile a ciascun prodotto di interesse in ciascun paese e stiamo ora lavorando per sviluppare e implementare un'ampia gamma di interventi appropriati mirati alle esigenze di ciascun paese e prodotto.

Sorveglianza sanitaria integrata dell'AMR

La sorveglianza è un altro pilastro delle azioni di lotta alla resistenza antimicrobica, consentendo l'individuazione tempestiva di modelli di resistenza emergenti, il monitoraggio delle tendenze della resistenza antimicrobica, il confronto tra i paesi e l'elaborazione di interventi mirati.

Il progetto Tricycle dell'OMS, incentrato sull'*Escherichia coli* produttore di beta-lattamasi a spettro esteso, ha avviato una sorveglianza integrata nei settori umano, animale e ambientale. [22–24](#) In Europa, i rapporti del Joint Inter-Agency Antimicrobial Consumption and Resistance Analysis (JIACRA) analizzano i dati provenienti da esseri umani e animali da produzione alimentare provenienti dalle cinque reti di sorveglianza europee per comprendere meglio l'emergenza e le tendenze concomitanti della resistenza antimicrobica in Europa.

Le recenti raccomandazioni del Consiglio dell'UE supportano lo sviluppo di sistemi integrati per la sorveglianza della resistenza antimicrobica (e del consumo di antimicrobici) che comprendano la salute umana, la salute animale, la salute delle piante, gli alimenti, le acque reflue e l'ambiente. [25](#) In questo contesto, EU-JAMRAI 2 promuove una sorveglianza integrata dell'AMR in ambito umano in tutta Europa, promuovendo gli sforzi per sviluppare la sorveglianza umana, veterinaria e ambientale, integrando altre iniziative dell'UE.

Oltre alla sorveglianza EARS-Net dell'AMR nella salute umana guidata dall'ECDC, EU-JAMRAI 2 estende la rete EARS-Vet sulla sorveglianza dell'AMR negli animali malati, [26](#) [27](#) avviata nel primo EU-JAMRAI 1 e che ora comprende 40 partner provenienti da 17 paesi. EU-JAMRAI 2, in collaborazione con l'azione congiunta EU-WISH, [28](#) sta anche costruendo la rete EARS-Env per la sorveglianza ambientale, in particolare nelle acque reflue.

Istruzione e sensibilizzazione

Infine, è necessario intensificare il coinvolgimento della società, puntando sulla formazione degli operatori sanitari, degli operatori della salute animale e sulla sensibilizzazione dell'opinione pubblica. In molti paesi, i temi relativi alla resistenza antimicrobica sono ancora assenti dai programmi universitari e diversi studi hanno evidenziato la necessità di includere più formazione e istruzione nel campo della prescrizione appropriata di antimicrobici.

Per aumentare la consapevolezza e migliorare l'istruzione dalla scuola primaria all'università, l'EU-JAMRAI 2 ha progettato un ampio portafoglio di azioni di sensibilizzazione, combinando creatività, accuratezza scientifica e inclusività per raggiungere un pubblico ampio e diversificato, e lavorando in collaborazione con altri stakeholder, reti di musei scientifici [29](#) e iniziative come l'iniziativa narrativa sulla resistenza antimicrobica [30](#). Inoltre, l'EU-JAMRAI, nella sua prima edizione, ha creato un simbolo sulla resistenza antimicrobica per unire gli sforzi. Il simbolo è diventato ampiamente riconosciuto ed è fonte di orgoglio e unità europea.

Appello per rafforzare la governance sanitaria unica contro la resistenza antimicrobica in tutti i paesi

Alla luce dell'aumento delle infezioni resistenti agli antibiotici nell'UE/SEE, è evidente la necessità di azioni più urgenti per affrontare la resistenza antimicrobica e rafforzarne la governance. La situazione attuale, caratterizzata da difficoltà di finanziamento e da una limitata collaborazione intersettoriale, rappresenta una minaccia significativa per la salute pubblica. Inoltre, l'impegno politico potrebbe vacillare in periodi di instabilità globale.

I cambiamenti nel panorama internazionale, inclusi i cambiamenti nelle priorità di finanziamento (ad esempio, il ritiro degli Stati Uniti dagli investimenti internazionali in sanità e istruzione) e le crisi in corso come guerre e cambiamenti climatici, rischiano di distogliere l'attenzione e le risorse sostenibili dalla resistenza antimicrobica. L'approccio integrato sviluppato da EU-JAMRAI-2 è riassunto nella [Figura 1](#) e illustra i quattro pilastri necessari per rispondere all'urgente richiesta di azione contro la resistenza antimicrobica.

Facilitando azioni nazionali di salute pubblica basate sull'evidenza, adattate alla cultura e alle strutture locali, EU-JAMRAI-2 mira a sostenere sforzi sostenuti e coordinati, aiutando i paesi europei a costruire una difesa solida e unitaria contro la resistenza antimicrobica, sottolineando al contempo la necessità di una governance più forte per garantire un impatto duraturo.

Per avere successo, dobbiamo promuovere sinergie. Pertanto, gli esperti dell'EU-JAMRAI 2 invitano i decisori politici, gli operatori sanitari e tutte le parti interessate a unire le forze per dare priorità alla resistenza antimicrobica e attuare soluzioni efficaci e durature.

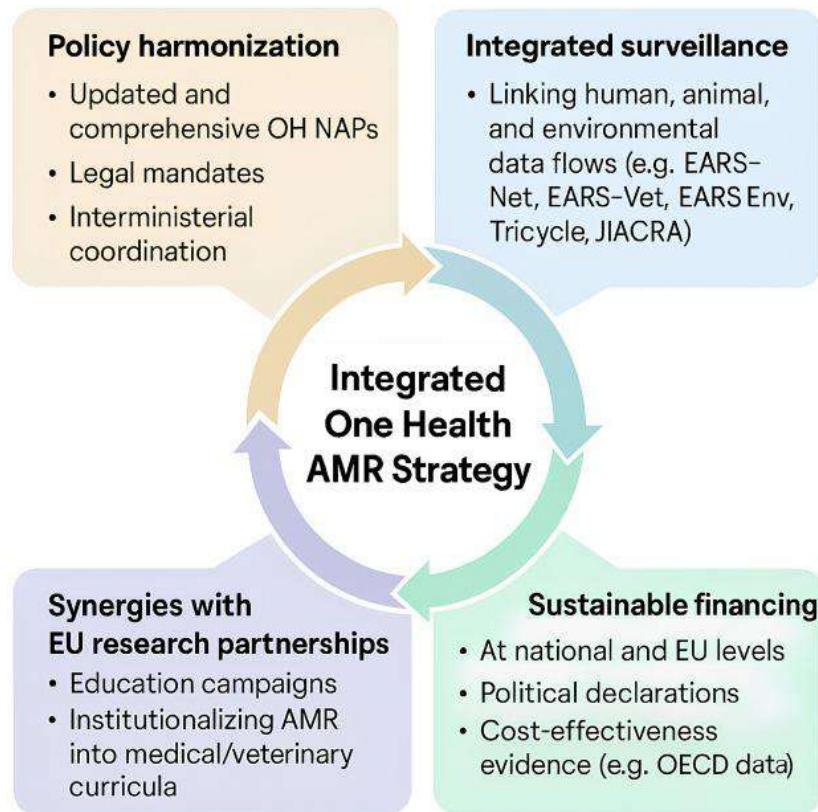


Fig. 1 Strategia One Health integrata EU-JAMRAI-2 : quattro pilastri dell'urgente richiesta di azione contro la resistenza antimicrobica . Abbreviazioni: AMR: resistenza antimicrobica; EARS-Net: Rete europea di sorveglianza della resistenza antimicrobica; EARS-Env: Rete europea di sorveglianza della resistenza antimicrobica per l'ambiente; EARS-Vet: Rete europea di sorveglianza della resistenza antimicrobica in medicina veterinaria; JIACRA: Analisi congiunta interagenzia del consumo e della resistenza antimicrobica; NAP: Piani d'azione nazionali; OCSE: Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico; OH: One Health.



Messaggi chiave

I RITARDI NEGLI INTERVENTI SUI CAMBIAMENTI CLIMATICI STANNO COSTANDO SEMPRE VITE E MEZZI DI SUSSISTENZA

Milioni di persone muoiono inutilmente ogni anno a causa della dipendenza dai combustibili fossili, delle crescenti emissioni di gas serra e dell'incapacità di adattarsi adeguatamente ai cambiamenti climatici. I rischi per la salute e gli impatti dei cambiamenti climatici sono peggiori che mai in 13 dei 20 indicatori di impatto.

IL RETROMARCIA NELL'AZIONE CONTRO IL CAMBIAMENTO CLIMATICO STA METTENDO LE PERSONE IN PERICOLO

Gli investimenti nei combustibili fossili sono in crescita, i finanziamenti per l'adattamento restano insufficienti e le emissioni legate all'energia hanno raggiunto livelli senza precedenti. Con l'adattamento che diventa sempre più costoso e impegnativo, l'inversione degli impegni sul clima pone minacce senza precedenti alla vita e al benessere umano.

L'AZIONE CONTRO IL CAMBIAMENTO CLIMATICO OFFRE UN'ANALISI DI VITA

L'impatto salvavita delle limitate azioni intraprese si sta già facendo sentire e si sta rafforzando lo slancio globale per ulteriori azioni. I paesi che guidano la transizione stanno già beneficiando di miglioramenti in termini di salute ed economia. Nel frattempo, la leadership locale e di base sta rafforzando lo slancio per un futuro più sano, partendo dal basso.



Il rapporto 2025 del [Lancet Countdown](#) su salute e cambiamento climatico evidenzia che la crisi climatica è già un'emergenza sanitaria globale, con **13 dei 20 indicatori chiave della salute umana che raggiungono livelli record**. Il rapporto sottolinea l'aumento della mortalità legata al caldo (+23% rispetto agli anni '90), le crisi alimentari, l'impatto delle ondate di calore sulla produttività e l'urgente necessità di politiche di mitigazione e adattamento più efficaci.

Punti chiave del rapporto

- **Emergenza sanitaria globale:** Il cambiamento climatico è la più grave minaccia alla salute pubblica del XXI secolo, con rischi in costante aumento.
- **Crescente mortalità:** Si stima che circa 546.000 decessi all'anno siano legati al calore tra il 2012 e il 2021, con un incremento del 23% rispetto agli anni '90.
- **Impatto sulla produttività:** Nel 2024, l'esposizione al calore ha causato la perdita di 640 miliardi di ore di lavoro potenziali, con perdite di produttività equivalenti a 1,09 trilioni di dollari.
- **Crisi alimentare e ondate di calore:** Nel 2023, siccità e ondate di calore hanno associato una grave insicurezza alimentare a 124 milioni di persone in più.
- **Inquinamento da combustibili fossili:** L'inquinamento dell'aria dovuto ai combustibili fossili è collegato a circa 2,5 milioni di morti ogni anno.
- **Minaccia climatica in Italia:** Nel 2024, ogni abitante è stato esposto in media a 46 giorni di ondate di calore, di cui 33 attribuibili alle attività umane.
- **Soluzioni e mitigazione:** Il rapporto evidenzia che l'azione climatica può offrire un "salvavita" attraverso la mitigazione e l'adattamento.
- **Investimenti critici:** I sussidi ai combustibili fossili nel 2023 sono stati tre volte superiori ai fondi per il clima, mentre 15 paesi hanno speso più per i sussidi energetici che per la loro intera sanità.

Che rapporto c'è tra la **salute e la crisi ambientale**? Molto stretto almeno secondo il [Lancet Countdown on Health and Climate Change 2025](#), pubblicato su *The Lancet*.

Nel rapporto viene evidenziato come il clima, o meglio il cambiamento climatico, l'inquinamento e gli incendi abbiano un forte impatto sulla salute dell'uomo tanto.

Ben tredici dei venti indicatori che monitorano i rischi per la salute dal cambiamento climatico hanno raggiunto livelli senza precedenti. **La crisi climatica colpisce già oggi la salute umana, in particolar modo in quelli che sono i Paesi più poveri e vulnerabili.** Ecco i dati

Salute e crisi ambientale: la ricerca scientifica pubblicata sul The Lancet

Considerando i dati sulla salute e quelli sulla crisi ambientale, secondo lo studio **Lancet Countdown on Health and Climate Change 2025** coordinato da University College London in collaborazione con l'Organizzazione mondiale della sanità e finanziato da Wellcome Trust, emergono diversi fattori di rischio.

Nella ricerca emerge, infatti, come una stima di ben **2,5 milioni di morti annue siano dovute all'inquinamento da combustibili fossili**, mentre **546.000 decessi legati al calore tra il 2012 e il 2021**. In merito a quest'ultimo dato si è calcolato un incremento del 23% della mortalità da caldo rispetto agli anni '90. Gli incendi, invece, hanno causato 154.000 morti mentre la perdita di produttività dovuta al calore ha raggiunto 639 miliardi di ore lavorative, pari a 1,09 trilioni di dollari.

Cosa dicono i dati relativi all'Italia?

Nel nostro Paese, secondo il rapporto pubblicato su *The Lancet*, ogni abitante è stato esposto in media a ondate di caldo per 46 giorni nel solo 2024. Di questi almeno 33 sono attribuibili ai cambiamenti climatici indotti dall'uomo. Si è inoltre calcolato che **dal 2012 al 2021 si sono registrati circa 7.400 decessi l'anno legati all'aumento delle temperature.**

Prendendo poi in considerazione anche l'**inquinamento atmosferico** l'impatto è ancora maggiore. Nel lasso di tempo intercorso tra il 2019 e il 2023 quasi il 99% della popolazione italiana è stato esposto a livelli di PM10 superiori ai limiti Oms.

Le buone notizie

Il rapporto non mette in risalto solo dati preoccupanti, ma anche dati che costituiscono per l'umanità buone notizie. Sono emersi, per esempio, importanti **progressi** locali in quanto è stato stimato che le emissioni del settore sanitario sono diminuite del 16% tra il 2021 e il 2022, ma anche che **oltre 800 città** abbiano completato valutazioni del rischio climatico. Secondo gli studiosi l'istruzione sui legami tra clima e salute è stata integrata nei corsi di due terzi degli studenti di Medicina.

*La battaglia per il Pianeta è una battaglia di tutti. Con le **Missioni Green** dell'app Meteo.it puoi imparare e praticare ogni giorno, divertendoti, una vita più sostenibile attraverso quiz, storie e piccoli gesti quotidiani. C'è anche una classifica per vedere come ti piazzhi nella sfida con gli altri.*

<https://www.meteo.it/notizie/salute-e-crisi-ambientale-il-nuovo-rapporto-lancet-2025-63ac6086#:~:text=Nella%20ricerca%20emerge%2C%20infatti%2C%20come,PM10%20superiori%20ai%20limiti%20Oms.>



L'inazione sul clima sta mietendo milioni di vittime ogni anno, avverte il nuovo rapporto di Lancet Countdown

L'OMS e i suoi partner globali chiedono che la tutela della salute delle persone venga riconosciuta come il motore più potente dell'azione per il clima, mentre un nuovo rapporto globale pubblicato oggi avverte che la continua dipendenza eccessiva dai combustibili fossili e l'incapacità di adattarsi a un mondo che si riscalda stanno già avendo un impatto devastante sulla salute umana.

Il rapporto del 2025 del Lancet Countdown on Health and Climate Change, prodotto in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), rileva che 12 dei 20 indicatori chiave che monitorano le minacce per la salute hanno raggiunto livelli record, dimostrando come l'inazione sul clima stia costando vite umane, mettendo a dura prova i sistemi sanitari e minando le economie.

"La crisi climatica è una crisi sanitaria. Ogni frazione di grado di riscaldamento costa vite umane e mezzi di sussistenza", ha affermato il Dott. Jeremy Farrar, Direttore Generale Aggiunto per la Promozione della Salute e la Prevenzione e Cura delle Malattie presso l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

"Questo rapporto, prodotto con l'OMS come partner strategico, chiarisce che l'inazione sul clima sta uccidendo persone in tutti i Paesi. Tuttavia, l'azione per il clima è anche la più grande opportunità per la salute del nostro tempo. Aria più pulita, diete più sane e sistemi sanitari resilienti possono salvare milioni di vite ora e proteggere le generazioni attuali e future".

Risultati chiave del rapporto Lancet Countdown del 2025

- **Aumento dei decessi correlati al caldo:** il tasso di mortalità correlato al caldo è aumentato del 23% dagli anni '90, portando il totale dei decessi correlati al caldo a una media di 546.000 decessi all'anno. Nel 2024, una persona media è stata esposta a 16 giorni di caldo pericoloso, un numero che non sarebbe stato previsto senza i cambiamenti climatici, con neonati e anziani che hanno dovuto affrontare un totale di oltre 20 giorni di ondate di calore a persona, un aumento di quattro volte rispetto agli ultimi vent'anni.
- **Impatto degli incendi boschivi e della siccità:** nel 2023, siccità e ondate di calore hanno causato un'insicurezza alimentare moderata o grave per altri 124 milioni di persone.
- **Tensione economica:** l'esposizione al caldo ha causato la perdita di 640 miliardi di ore di lavoro potenziali nel 2024, con perdite di produttività pari a 1,09 trilioni di dollari. I costi dei decessi correlati al caldo tra gli anziani hanno raggiunto i 261 miliardi di dollari.
- **I sussidi ai combustibili fossili superano di gran lunga i finanziamenti per il clima:** nel 2023 i governi hanno speso 956 miliardi di dollari in sussidi netti ai combustibili fossili, più del triplo dell'importo annuale promesso per sostenere i paesi vulnerabili al clima. Quindici paesi hanno speso più sussidi ai combustibili fossili che per l'intero bilancio sanitario nazionale.
- **Benefici dell'azione per il clima:** si stima che tra il 2010 e il 2022 siano stati evitati circa 160.000 decessi prematuri ogni anno, grazie alla sola riduzione dell'inquinamento atmosferico esterno derivante dal carbone. La produzione di energia rinnovabile ha raggiunto un record del 12% dell'elettricità globale, creando 16 milioni di posti di lavoro in tutto il mondo. Due terzi degli studenti di medicina hanno ricevuto una formazione su clima e salute nel 2024.

"Abbiamo già le soluzioni a portata di mano per evitare una catastrofe climatica, e le comunità e le amministrazioni locali di tutto il mondo stanno dimostrando che il progresso è possibile. Dalla crescita dell'energia pulita all'adattamento delle città, l'azione è in corso e sta producendo reali benefici per la salute, ma dobbiamo mantenere questo slancio", ha affermato la Dott.ssa Marina Romanello, Direttore Esecutivo di Lancet Countdown presso l'University College di Londra. "Eliminare rapidamente i combustibili fossili a favore di energie pulite e rinnovabili e di un uso efficiente dell'energia rimane la leva più efficace per rallentare il cambiamento climatico e proteggere le vite. Allo stesso tempo, il passaggio a diete più sane e rispettose del clima e a sistemi agricoli più sostenibili ridurrebbe drasticamente l'inquinamento, i gas serra e la deforestazione, salvando potenzialmente oltre dieci milioni di vite all'anno".

Azione climatica che promuove la salute

Sebbene alcuni governi abbiano rallentato i loro impegni in materia di clima, il rapporto mostra che città, comunità e settore sanitario stanno aprendo la strada. Quasi tutte le città che hanno presentato il rapporto (834 su 858) hanno completato o prevedono di completare le valutazioni del rischio climatico. La transizione energetica sta portando aria più pulita, posti di lavoro più sani, crescita economica misurabile e investimenti interni.

Il settore sanitario stesso ha dimostrato una leadership impressionante in materia di clima, con le emissioni di gas serra (GHG) legate alla salute che sono diminuite del 16% a livello globale tra il 2021 e il 2022, migliorando al contempo la qualità dell'assistenza.

I dati presentati dall'OMS mostrano che un numero crescente di sistemi sanitari sta valutando i rischi e preparandosi al futuro pericoloso che li attende. Il 58% degli Stati membri ha completato una valutazione della vulnerabilità e dell'adattamento alla salute e il 60% ha completato un piano nazionale di adattamento alla salute.

Guardando alla COP30: mettere la salute al centro dell'azione per il clima

Mentre il mondo si prepara alla COP30 di Belém, in Brasile, i risultati del Rapporto Globale 2025 di The Lancet Countdown forniscono una base di dati fondamentale per accelerare un'azione per il clima incentrata sulla salute. L'OMS sfrutterà questo slancio attraverso il prossimo Rapporto Speciale della COP30 su Cambiamenti Climatici e Salute, uno sforzo collaborativo che evidenzia le politiche e gli investimenti necessari per

proteggere la salute, l'equità e attuare il Piano d'Azione di Belém, che rappresenta l'esito storico atteso della COP30.

Il rapporto "Lancet Countdown on Health and Climate Change" è stato realizzato in collaborazione con Wellcome, che continua a fornire un supporto finanziario fondamentale. Il rapporto è guidato dall'University College di Londra, in collaborazione con l'OMS e 71 istituzioni accademiche e agenzie delle Nazioni Unite in tutto il mondo. Giunto alla sua nona edizione, il rapporto fornisce la valutazione più completa degli impatti dei cambiamenti climatici sulla salute e dei benefici collaterali di un'azione urgente, in vista della COP30 in Brasile.

<https://www.who.int/news/item/29-10-2025-climate-inaction-is-claiming-millions-of-lives-every-year--warns-new-lancet-countdown-report#:~:text=Key%20findings%20from%20the%202025%20Lancet%20Countdown%20report&text=Wildfire%20and%20drought%20impacts:%20Droughts,climate%20and%20health%20in%202024.>



Annunciamo il Lancet Migration European Hub e la Lancet Regional Health-Europe Commission su cambiamenti climatici, migrazioni, spostamenti e salute

Bernadette N. Kumar. Anand S. Bhopal' Sylvia Garry, Rosemary James, Ozge Karadag, Miriam Orcutt, e altri

I "problemi difficili", descritti da Rittel e Weber [1](#) 50 anni fa, sono questioni difficili da definire e da risolvere, a causa di una combinazione di valori contrastanti, incertezze intrinseche e diverse interconnessioni. Il nesso tra cambiamento climatico, migrazione, sfollamento e salute esemplifica tale sfida.

Il cambiamento climatico è una sfida complessa, politicamente sensibile ed eticamente complessa.

È profondamente interconnesso con altre sfide sanitarie globali, come le epidemie di malattie infettive, l'insicurezza alimentare e le disuguaglianze sanitarie, e influenza sempre più dove, perché e come le persone si trasferiscono.

"Migrazione" è un concetto ampio che descrive lo spostamento di persone dal loro luogo di residenza abituale, indipendentemente dallo status giuridico, dal motivo o dalla durata del soggiorno, mentre "sfollamento" si riferisce più specificamente allo spostamento involontario di persone, in particolare all'interno dei confini.

La mobilità della popolazione, un fenomeno multiforme, ha un impatto indipendente sui rischi per la salute e sulla resilienza, a seconda del paese di origine, delle condizioni di sfollamento, dell'accoglienza e dell'integrazione. [2](#) [3](#)

Comprendere le intersezioni tra cambiamenti climatici, migrazioni e sfollamenti in Europa è alla base della resilienza, della risposta e del miglioramento della salute dei sistemi sanitari.

Queste intersezioni sottolineano l'urgente necessità di prove rigorose per orientare politiche adattate e risposte efficaci.

C'è una crescente consapevolezza dell'importanza del nesso tra cambiamenti climatici, salute, migrazioni e sfollamenti, anche all'interno del sesto rapporto di valutazione del Gruppo intergovernativo di esperti sul cambiamento climatico (IPCC). [4](#)

Tuttavia, la ricerca sulla salute in materia di cambiamenti climatici e migrazioni è ancora in gran parte condotta in modo isolato, con storie, approcci e competenze disciplinari diversi.

Questa disconnessione richiede una ricerca innovativa, collaborativa e interdisciplinare che contribuisca a stabilire chiari collegamenti tra migrazione, sfollamenti e cambiamenti climatici e a districare le loro conseguenze dirette e indirette sulla salute nel breve e nel lungo termine.

Il cambiamento climatico non è più una sfida lontana.

L'Europa si sta attualmente riscaldando a un ritmo circa doppio rispetto alla media globale, con conseguenti impatti a cascata sulla salute. [5](#)

Il Lancet Countdown on Health and Climate Change mostra che diversi rischi per la salute, in particolare la mortalità correlata al caldo, le malattie infettive sensibili al clima (ad esempio il virus del Nilo occidentale, la dengue, la chikungunya), gli incendi boschivi, le inondazioni e l'insicurezza alimentare causata da lunghi mesi di siccità, stanno aumentando in frequenza, gravità e portata geografica, con l'Europa meridionale particolarmente colpita. [6](#)

I rischi ambientali sono distribuiti in modo non uniforme. Le minoranze etniche e le comunità di migranti, le popolazioni a basso reddito e quelle con uno status giuridico precario affrontano un'esposizione sproporzionatamente maggiore alle ondate di calore e alle malattie trasmesse da vettori. [6](#)

Queste disuguaglianze concordano con il modello di evidenze più ampie: i migranti e le popolazioni sfollate spesso affrontano rischi ed esposizioni per la salute sproporzionati, con un accesso più limitato all'assistenza sanitaria e peggiori esiti sanitari. [2](#)

Colmare le lacune conoscitive nell'intersezione tra cambiamento climatico, migrazione e sfollamento e salute, e identificare interventi appropriati, è fondamentale per soddisfare le esigenze delle popolazioni migranti e sfollate nel contesto europeo. Poiché i dati disaggregati per etnia, status migratorio, origine e rotta sono scarsi, quantificare il rischio differenziale o il monitoraggio a lungo termine è difficile.

I sistemi di sorveglianza in molti paesi europei raramente incorporano indicatori del cambiamento climatico sensibili alla residenza dei migranti, allo status legale o alle condizioni di vita.

I piani di adattamento e resilienza tendono a concentrarsi sulla popolazione generale, con scarsa attenzione alle popolazioni negli insediamenti informali o a quelle escluse per status legale o amministrativo. [7](#)

È fondamentale rafforzare la ricerca e il monitoraggio, compresi gli studi longitudinali, per valutare l'impatto degli shock climatici e le conseguenze a lungo termine sulla salute, e integrare indicatori sanitari sensibili al cambiamento climatico, come quelli relativi al calore, alla qualità dell'aria e dell'acqua e alla nutrizione, nelle politiche migratorie.

È fondamentale rafforzare la ricerca e il monitoraggio, compresi gli studi longitudinali, per valutare l'impatto degli shock climatici e le conseguenze a lungo termine sulla salute, nonché integrare indicatori sanitari sensibili ai cambiamenti climatici nelle politiche migratorie.

Il [Lancet Migration European Hub](#) guiderà questa Commissione che affronta il nesso tra cambiamenti climatici, migrazioni e salute, fornendo le prove necessarie per orientare lo sviluppo di politiche e risposte su cambiamenti climatici, migrazioni, sfollamenti e salute nella regione europea dell'OMS.

In qualità di collegio accademico multidisciplinare e guidato dalla scienza, esamineremo l'attuale situazione globale ed europea, identificheremo esigenze urgenti e lacune nella ricerca, nelle politiche e nelle pratiche, e produrremo analisi e raccomandazioni originali.

Il nostro lavoro includerà la modellazione del rischio per prevedere i futuri flussi migratori, stimare gli impatti sulla salute e supportare la preparazione dei sistemi sanitari, utilizzando prove empiriche sui percorsi sanitari che collegano gli eventi di cambiamento climatico a migrazioni e sfollamenti. [8](#)

La comprensione dei legami tra cambiamenti climatici, migrazioni, sfollamenti e salute e lo sviluppo di risposte eque saranno incompleti senza le voci degli stakeholder locali e dei migranti: saranno utilizzati metodi partecipativi per incorporare queste prospettive vitali.

La nostra Commissione utilizzerà una combinazione di metodi quantitativi e qualitativi, integrati da studi di caso e vignette ([Fig. 1](#)).

Riconoscendo i fenomeni intrinsecamente globali in esame, inizieremo dal contesto internazionale prima di concentrarci sulla regione europea.

A livello globale, esploreremo come un "approccio globale" [9](#) che esamini attività coordinate tra paesi di origine, transito e destinazione – piuttosto che concentrarsi solo sui punti di arrivo – possa sostenere la salute dei migranti e delle popolazioni sfollate nel contesto dei cambiamenti climatici.

In Europa, esamineremo come i cambiamenti climatici modellano i modelli migratori all'interno, in entrata e in uscita dalla regione e come questi flussi influenzano la salute e i sistemi sanitari, compresi i bisogni sanitari insoddisfatti dei migranti. Esamineremo anche le strategie e le risposte di adattamento.

Ciò include valutare se le politiche e le pratiche europee esistenti in materia di migrazione, salute e adattamento ai cambiamenti climatici siano adeguate allo scopo: rispondono in modo adeguato ai bisogni dei migranti e quali strategie innovative potrebbero affrontare meglio il nesso cambiamento climatico-salute-migrazione?

Il nostro lavoro promuoverà la conoscenza e informerà politiche e pratiche efficaci. Promuoveremo la ricerca che colma e chiarisca come cambiamenti climatici, migrazioni e sfollamenti interagiscono, e ne chiarisca gli effetti diretti e indiretti sulla salute, sia ora che in futuro.

Affrontare il nesso clima-salute-migrazioni-sfollamenti richiede una cooperazione intersettoriale e transfrontaliera.

I Ministeri della Salute, dell'Ambiente, delle Migrazioni, del Lavoro e dell'Edilizia Abitativa devono collaborare con i governi locali e la società civile, comprese le organizzazioni guidate dai migranti, per una pianificazione e un'attuazione efficaci delle politiche.

Le nostre raccomandazioni evidenzieranno gli approcci che consentiranno ai decisori politici di unire le forze per prevedere e rispondere agli effetti dei cambiamenti climatici sulla mobilità della popolazione e sulla salute, anche attraverso lo sviluppo di indicatori per il *Lancet Countdown on Health and Climate Change*.

L'Europa si trova in una fase cruciale in cui i principi di umanità, solidarietà e copertura sanitaria universale sono minacciati. Con i cambiamenti climatici che già causano impatti misurabili sulla salute e i modelli di migrazione e sfollamento sempre più influenzati dallo stress ambientale, è urgente la necessità di una pianificazione sanitaria pubblica integrata e basata sui diritti.

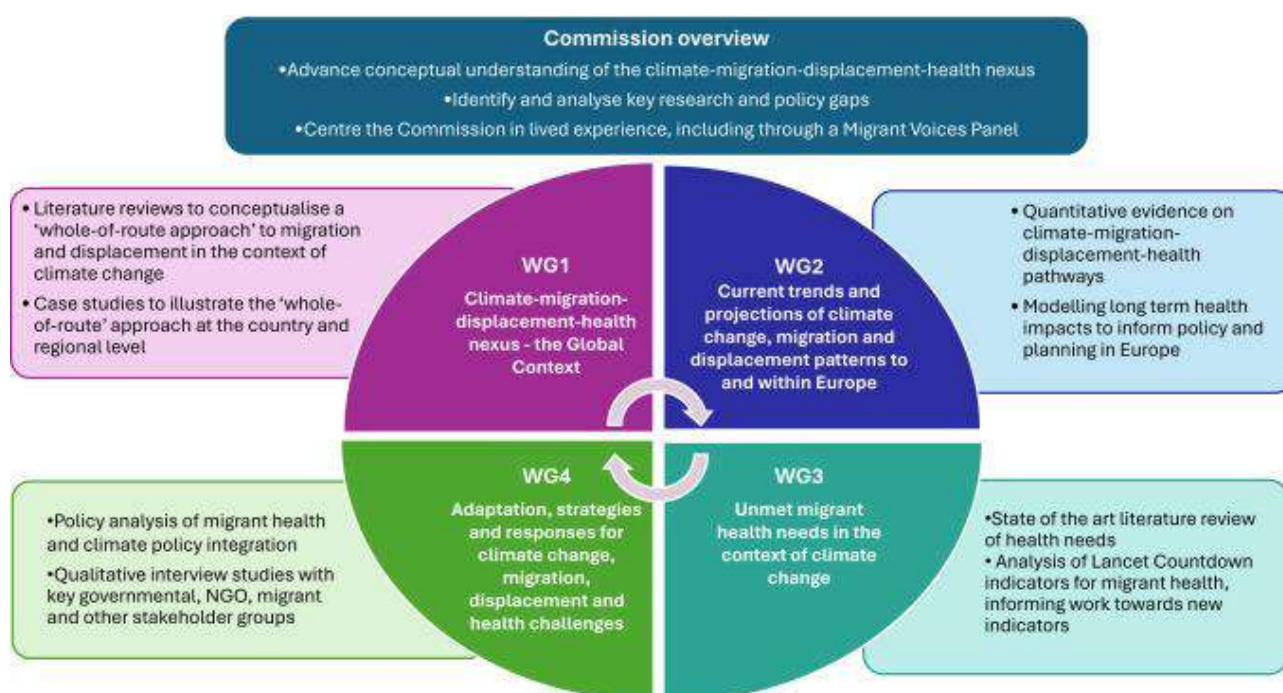


Fig. 1 Panoramica della Commissione sui cambiamenti climatici, le migrazioni, gli spostamenti e la salute. Questa figura mostra i quattro gruppi di lavoro (cerchio interno), i principali approcci metodologici per ciascun gruppo di lavoro (riquadri esterni) e gli obiettivi generali della Commissione (in alto).

Il mancato riconoscimento e l'incapacità di agire sul nesso tra migrazione, cambiamenti climatici e salute perpetueranno le disuguaglianze, aumenteranno la morbidità e la mortalità prevenibili e mineranno la coesione sociale.

Nuove evidenze evidenziano opportunità, tra cui sistemi sanitari inclusivi, lo sviluppo di politiche sensibili ai cambiamenti climatici e alle migrazioni e la promozione di partenariati intersettoriali che non lascino indietro nessuno. [10](#)

Questi non sono solo imperativi morali; politiche e azioni basate sull'evidenza sono essenziali per la sicurezza sanitaria, la stabilità, lo sviluppo sostenibile e il bene pubblico.

Affrontando le principali sfide legate al cambiamento climatico, alla salute, alla migrazione e agli sfollamenti, questa Commissione promuoverà l'obiettivo generale di raggiungere gli Obiettivi di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite in materia di buona salute e benessere (SDG 3), parità di genere (SDG 5), riduzione delle disuguaglianze (SDG 10), città e insediamenti umani più resilienti (SDG 11) e cambiamento climatico e il suo impatto (SDG 13).

[https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(25\)00324-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(25)00324-2/fulltext)



Un invito all'azione: leadership sul clima all'Assemblea mondiale della sanità

Thais Araújo Cavendish e Thiago Nogueira

[L'ultimo decennio è stato ufficialmente il più caldo mai](#) registrato, evidenziando l'incapacità dell'umanità di ridurre le emissioni di gas serra e l'urgente necessità di un'azione decisa per il clima.

La comunità scientifica e la società civile chiedono che la salute umana diventi una priorità in questa agenda, supportata da prove di un maggiore coinvolgimento sociale e dall'archetipo di affidabilità, etica e responsabilità incarnato dagli operatori sanitari. [2-3](#)

Sebbene vi sia una crescente consapevolezza tra gli operatori sanitari e le istituzioni sanitarie riguardo alla relazione causale tra cambiamento climatico e malattie, questo settore manca ancora di volontà politica, finanziamenti e infrastrutture per guidare politiche di risposta ambiziose ed eque. [4-6](#)

Le Assemblee Mondiali della Sanità (AMS), in cui l'OMS e i suoi 194 Stati membri discutono annualmente le priorità sanitarie globali, riflettono chiaramente questa tendenza.

Dall'adozione della Convenzione quadro delle Nazioni Unite sui cambiamenti climatici nel 1992, solo sette AMS hanno affrontato il tema dei cambiamenti climatici e dei loro impatti sulla salute umana e sui sistemi sanitari, con lacune che possono arrivare a un decennio.

La [tabella](#) riassume questi documenti dell'AMS in cui vengono espresse la leadership e la percezione dell'emergenza nel settore sanitario. Tra queste, solo sei assemblee hanno emesso decisioni o risoluzioni sugli effetti dei cambiamenti climatici sulla salute.

	Leadership	Emergenza
1998	Ruolo guida dell'OMS nel portare all'attenzione della comunità internazionale le minacce potenzialmente gravi dei fenomeni ambientali globali per la salute umana Gli Stati membri si sono impegnati a migliorare la capacità dei leader di essere proattivi nel fornire orientamenti tecnici, sviluppare e attuare strategie per affrontare gli effetti del cambiamento climatico e adattarsi ad esso, e mostrare leadership nel sostenere le necessarie azioni rapide e complete	L'OMS si è impegnata ad assistere gli Stati membri nella
2008	Essenzialità nel formulare una risposta chiara per proteggere la salute umana e garantire che sia posta al centro del dibattito sul clima	risposta agli shock acuti associati alla variabilità climatica, comprese le conseguenze sulla salute dei disastri naturali e le epidemie più frequenti, gravi e di vasta portata.

Leadership

Il settore sanitario, a livello internazionale, nazionale e subnazionale, ha la responsabilità, la leva politica e il personale con le competenze necessarie per proteggere il pubblico dalle minacce alla salute legate al clima.

One of the goals for the international response to protect health from climate change: to ensure that concerns about public health security are placed at the centre of the response to climate change

Public health needs to be protected from climate change and health-sector professionals should show leadership in supporting rapid and comprehensive actions, promoting mitigation and adaptation strategies that both improve health now and reduce future impacts of climate change

Enhanced awareness of climate change and its associated health impacts would enable health-sector professionals to assume a leadership role in promoting and implementing comprehensive strategies for the mitigation of greenhouse gas emissions and the adaptation to climate change that would both improve health and reduce vulnerability

2009 Develop and run a global awareness-raising and advocacy campaign aiming to put health at the centre of the climate change mitigation and adaptation agenda at the international level

..

Engaging other sectors through leadership, partnership, advocacy, and mediation to achieve improved health outcomes

National health ministries—through leadership and intersectoral governance, evidence-based advocacy, operational programmes, and surveillance and monitoring—can drive progress in tackling environmental, social, and climatic risks, to obtain short-term and long-term benefits

2019 The health sector also needs to lead by example when it comes to procurement policies and services, waste management, and energy-related choices to limit any negative impact on health, environment, and climate

Stepping up demand and leadership for health: broad engagement and action are required of the health sector, stakeholders from other sectors, and the community to implement health-supportive policies, together with healthy design and management of environments

Emergenza

Control and reduce health risks and strengthen coordinated preparedness and response for the health effects of acute emergencies and other crises that might be exacerbated by climate variability and change

Incorporating climate change into existing health programmes and scaling-up of disaster risk reduction, emergency preparedness, and response capacities to meet the increased risk of emergencies

WHO committed to support the assessment of the effectiveness of health emergency management measures in reducing the effect of extreme events on health with the development of appropriate evaluation methods and pilot studies

Capacity-building of relevant health workforces on health, environment, and climate change, such as health emergencies

Ensuring that environmental risks are fully covered and action to counter them is supported in the national and implementation of international health instruments, would particularly enhance and augment capacities to prevent, prepare for, and respond to environmental emergencies

WHO committed to support countries to develop systems for preparedness against environmental disasters and emergencies, providing normative and technical guidance and strengthening global and regional networks of experts

Natural disasters take a toll on people's lives and health worldwide, with climate change and forced migration

further intensifying such emergency situations. The number of displaced people fleeing emergencies is increasing, with the greatest effects being felt in countries with the worst environmental health conditions and the least capacity to respond to environmental health emergencies. Preventing and managing such emergencies is essential for health security to keep people safe

Leadership	Emergenza
Health sector is ideally placed to implement environmental health interventions at the community level (either directly or in partnership with civil society organisations), to lead by example in showing good practice in sustainability, by reducing the environmental impact of health-care practice	Protect people's health from environmental risks throughout the phases of disaster or emergency management cycle
Enhance the capacity of the health sector to fulfil its increasingly crucial functions of stewardship, leadership, and coordination in health matters with cross-sectoral scope. In addition, the health sector should lead by example to limit negative impacts of the health sector on health, environment, and climate	In low-income and middle-income countries, it is necessary to address the major deficit in equipping health-care facilities with safely managed water, sanitation, and hygienic practices as well as reliable energy supplies, and ensuring their resilience to extreme weather events and other emergency situations
..	All countries should have the capacity to manage environmental health services effectively throughout emergencies
Promote the voice of health leaders, on behalf of the most vulnerable populations, in support of adaptation in the most affected regions, such as small islands and developing nations, while promoting mitigation measures in the countries primarily responsible for greenhouse gas emissions worldwide	..
WHO committed to serve as a global leader in the field of climate change and health and establish a WHO roadmap to net zero by 2030 for the WHO Secretariat	Invest in climate adaptation measures that proactively address climate-related health effects, including early warning systems for climate-related disease outbreaks and enhancing emergency preparedness and response; and pandemic prevention, preparedness, and response
WHO committed to provide technical leadership and strategic guidance for other stakeholders, while continuing to identify country needs for technical and financial support on climate change and health	Sostenere la ricerca sui cambiamenti climatici e sui determinanti della salute nel contesto della copertura sanitaria universale (inclusa l'assistenza sanitaria primaria) e delle emergenze sanitarie (in particolare prevenzione, preparazione e risposta alle pandemie; sicurezza sanitaria; resistenza antimicrobica; e malattie zoonotiche)
Le parti interessate potrebbero sostenere il rafforzamento delle capacità, la leadership e l'attuazione di approcci continui per garantire che i problemi sanitari siano affrontati in modo efficace, ove appropriato, attraverso l'inclusione della salute nelle agende relative al clima.	Gli Stati membri potrebbero integrare la riduzione del rischio di catastrofi, la risposta e la gestione con strategie di adattamento climatico investendo in misure che rafforzino la resilienza del sistema sanitario, tra cui sistemi di allerta precoce potenziati per gli impatti sulla salute correlati al clima, come epidemie e pandemie, nonché meccanismi di preparazione alle emergenze e di risposta rapida migliorati.
L'OMS si è impegnata a continuare a guidare la politica e la tecnica nel campo del cambiamento climatico e della salute, anche, tra l'altro, nell'ambito delle risorse disponibili, stabilendo una tabella di marcia dell'OMS per raggiungere l'obiettivo zero netto entro il 2030 per il Segretariato dell'OMS e implementando approcci più sostenibili, in linea con la tabella di marcia globale delle Nazioni Unite.	..

Tavolo

Leadership e percezione dell'emergenza nell'azione per il clima dal punto di vista dell'Assemblea mondiale della sanità, 1998-2024

La tabella presenta estratti dai documenti dell'Assemblea Mondiale della Sanità (AMS) sui cambiamenti climatici, attraverso i quali vengono espresse la leadership e la percezione dell'emergenza nel settore sanitario.

Dall'adozione della Convenzione quadro delle Nazioni Unite sui cambiamenti climatici nel 1992, l'AMS ha emanato tre risoluzioni, tre decisioni e sette rapporti, che sono stati codificati e categorizzati utilizzando il software Atlas.ti 25. La tabella distingue tra dichiarazioni e impegni assunti dagli Stati membri e dall'OMS.

Il simbolo (·) indica che nel testo non sono stati identificati estratti relativi alle categorie di leadership ed emergenza. I [documenti dell'AMS](#) analizzati sono disponibili al pubblico all'indirizzo: Risoluzioni e decisioni: WHA51.29; WHA61.19; WHA72(9); WHA72(10); WHA74(24); WHA77.14; WHA78(27). Rapporti e documenti di supporto: A51/21; A61/14; A62/11; A72/15; A72/16; A74/4; A77/4; A78/4 Add.2.

Gli stakeholder dell'OMS generalmente non assumono impegni frequenti o assertivi per guidare l'azione per il clima, nonostante le numerose dichiarazioni su come la salute umana e l'equità dovrebbero essere pilastri centrali dello sviluppo sostenibile e delle politiche climatiche.

L'OMS sostiene la maggior parte di questi impegni, mentre gli Stati membri in genere limitano la loro leadership nelle politiche nazionali di mitigazione e adattamento con termini diplomatici come "ove appropriato".

Nel 2019, l'AMS, dopo un intervallo di 11 anni, ha affrontato la crisi climatica e altri rischi per la salute ambientale attraverso una decisione che riconosceva la strategia globale dell'OMS su salute, ambiente e cambiamenti climatici. [7](#)

In genere, le decisioni riguardano questioni amministrative, procedurali o di attuazione, mentre le risoluzioni esprimono la posizione dell'Assemblea su questioni specifiche, stabilendo linee guida, politiche o raccomandazioni con una portata più ampia e normativa.

Questo approccio indica una minore rilevanza della questione della crisi climatica dopo il 2019, una tendenza osservata per almeno quattro anni e coincidente con lo scoppio della pandemia di COVID-19. Contemporaneamente, le AMS hanno sottolineato l'imperativo per il settore sanitario di dare il buon esempio nella riduzione delle emissioni di carbonio.

Ciò ha portato alla formazione dell'Alleanza per un'azione trasformativa su clima e salute nel 2021, sottolineando la necessità di strutture sanitarie a basse emissioni di carbonio e sostenibili.

Le azioni di adattamento, naturalmente parte dei compiti del settore sanitario, hanno iniziato a condividere la scena.

In questo periodo, i documenti dell'AMS suggerivano la Salute in tutte le politiche e One Health come strategie guida per il settore sanitario.

Nel 2024, l'AMS ha rivisitato l'agenda su clima e salute con una risoluzione che riconosceva le gravi minacce alla salute umana e le sfide che ciò poneva agli sforzi di adattamento dei sistemi sanitari. La risoluzione ha ribadito il cambiamento climatico come una delle maggiori minacce globali per la salute e ha chiesto un'azione immediata da parte dell'OMS e dei suoi Stati membri.

Questo ha segnato un periodo cruciale di 26 anni durante il quale i documenti ufficiali hanno fornito prove schiaccianti di milioni di morti, sfollati, traumi e malattie causati dal cambiamento climatico in tutto il mondo. Tuttavia, non c'è stata alcuna volontà di riconoscere questo scenario come un'emergenza climatica, con una tendenza prevalente a inquadrare disastri climatici isolati come emergenze di salute pubblica.

All'inizio del 2025, l'OMS ha lanciato un appello per i finanziamenti destinati ad affrontare le emergenze sanitarie, evidenziando l'impatto dei cambiamenti climatici e la vulnerabilità di 3 miliardi di persone a ondate di calore, inondazioni ed eventi meteorologici estremi in tutto il mondo. [8](#)

Nonostante ciò, l'OMS di quest'anno ha approvato un Piano Globale per i Cambiamenti Climatici e la Salute, caratterizzato da limitazioni simili in termini di ambizione per la leadership e linguaggio di emergenza rispetto agli anni precedenti.

Il Regolamento Sanitario Internazionale definisce un'emergenza sanitaria pubblica di interesse internazionale (PHEIC) come "un evento straordinario che pone un rischio per la salute pubblica ad altri Stati attraverso la diffusione internazionale di malattie e che richiede potenzialmente una risposta internazionale coordinata". Studi chiave sulla salute globale suggeriscono che il mondo ha dovuto affrontare più delle sette PHEIC

dichiarate dall'OMS; tuttavia, questioni politiche e una forte attenzione alla sicurezza hanno impedito ad altre emergenze sanitarie pubbliche di ottenere lo status di PHEIC. [9](#) [10](#)

Potrebbe essere questo il caso dell'emergenza climatica?

Gli sforzi di coordinamento sanitario internazionale sono gravemente compromessi dai tagli ai finanziamenti e sono ora gravemente minacciati dagli effetti simbolici e pratici del recente ritiro degli Stati Uniti dall'OMS. [11](#) Riconoscere i gravi effetti del cambiamento climatico sulla salute umana come un'emergenza climatica potrebbe cambiare radicalmente la percezione e il coinvolgimento degli stakeholder sanitari. Tuttavia, è fondamentale mantenere la trasparenza e la partecipazione, che spesso mancano nelle strategie di risposta alle emergenze. [12](#)

Nei prossimi anni, l'AMS dovrebbe cogliere l'opportunità di elevare il ruolo di leadership del settore sanitario nell'affrontare l'emergenza climatica.

[https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(25\)00267-0/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(25)00267-0/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

quotidianosanità.it

One Health. Organizzazioni internazionali fanno squadra: “È tempo di agire”

ECDC, EMA, EFSA, EEA, ECHA (con il contributo della Commissione Ue) e FAO, UNEP, WOA, OMS chiedono azioni per promuovere l'approccio “One Health”, con 4 raccomandazioni: migliorare il coordinamento globale e regionale; investire in una governance One Health più forte e in una leadership collaborativa; rendere la collaborazione intersettoriale la norma; sfruttare le prove per supportare gli investimenti strategici negli approcci One Health.

03 NOV - Con l'intensificarsi di incendi boschivi, ondate di calore, inondazioni e altre crisi interconnesse, riconoscere il legame tra salute umana, animale e ambientale e agire in modo intersettoriale è essenziale.

Per questo, in occasione della Giornata Mondiale “One Health”, che si celebra oggi, nove organizzazioni internazionali [European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), European Medicines Agency (EMA), European Food Safety Authority (EFSA), European Environment Agency (EEA) and European Chemicals Agency (ECHA) con il contributo della Commissione Ue/Dg Sante), Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO), United Nations Environment Programme (UNEP), World Organisation for Animal Health (WOAH) and World Health Organization (WHO)] formulano quattro raccomandazioni chiave e chiedono azioni a livello regionale, nazionale e globale per promuovere l'attuazione dell'approccio “One Health” in Europa.

“In qualità di rappresentanti della task force interagenzia One Health dell'UE¹ e del quadripartito Europa e Asia centrale², riconosciamo congiuntamente l'urgenza di affrontare i rischi che intercorrono tra la salute umana, animale, vegetale e ambientale”, spiegano in una nota.

“Questi rischi, aggravati dai cambiamenti climatici, dall'inquinamento, dalla perdita di biodiversità, dai cambiamenti nell'uso del suolo, dalle complesse catene alimentari e dall'aumento del commercio e dei viaggi, richiedono misure di prevenzione e risposta più forti e integrate”.

L'estate del 2025 è stata la più calda mai registrata, si sottolinea nella nota. All'inizio di settembre, quasi un milione di ettari di terreno era andato perso a causa degli incendi boschivi nell'UE, superando la media annua a lungo termine di 280.000 ettari. Le ondate di calore marine hanno colpito quasi tutto il Mediterraneo, amplificando lo stress ecologico e minacciando i mezzi di sussistenza.

Il caldo record e le prolungate stagioni delle zanzare hanno alimentato la diffusione della West Nile, della chikungunya e della dengue, determinando al contempo un aumento delle malattie legate al caldo, delle infezioni di origine alimentare e una pressione sui sistemi sanitari, colpendo in particolare le popolazioni

vulnerabili. Allo stesso tempo, malattie animali come la lingua blu, la dermatite nodulare contagiosa e l'influenza aviaria minacciano il benessere degli animali e la sicurezza alimentare.

“Questi sconvolgimenti ambientali aumentano ulteriormente il rischio di malattie zoonotiche e transfrontaliere, poiché i cambiamenti di habitat, l'uso non sostenibile del suolo e le pratiche agricole avvicinano fauna selvatica, bestiame ed esseri umani”, sottolineano le agenzie. “Lavoriamo a stretto contatto con la Commissione Europea e invitiamo tutte le parti interessate – governi, altre istituzioni (incluse le istituzioni finanziarie), società civile, mondo accademico e settore privato – a intensificare il loro impegno per promuovere il modello One Health a tutti i livelli”.

Le quattro raccomandazioni per raggiungere questo obiettivo sono:

1. Migliorare il coordinamento globale e regionale

“Garantire l'allineamento nell'attuazione del Quadro d'azione inter-agenzia dell'UE per un modello One Health e del Piano d'azione congiunto quadripartito* per un modello One Health, rafforzando la solidarietà globale e regionale nell'affrontare le sfide sanitarie transfrontaliere”.

2. Investire in una governance One Health più forte e in una leadership collaborativa

“Come evidenziato dal parere del Meccanismo di Consulenza Scientifica sulla governance One Health nell'Unione Europea, una governance solida è essenziale per collegare politiche e azioni intersettoriali. Sono necessari maggiori investimenti per rafforzare le capacità istituzionali, promuovere un processo decisionale inclusivo e favorire modelli di leadership collaborativa in grado di gestire efficacemente le complesse sfide del modello One Health a livello regionale e dell'Unione Europea”.

3. Rendere la collaborazione intersettoriale la norma

“Integrare One Health nei sistemi di governance nazionali e subnazionali attraverso la legislazione, finanziamenti sostenuti e quadri politici abilitanti. Costruire fiducia e responsabilità attraverso una comunicazione trasparente, pianificazione e processi decisionali congiunti, condivisione dei dati e monitoraggio intersettoriale”.

4. Sfruttare le prove a supporto di investimenti strategici negli approcci One Health

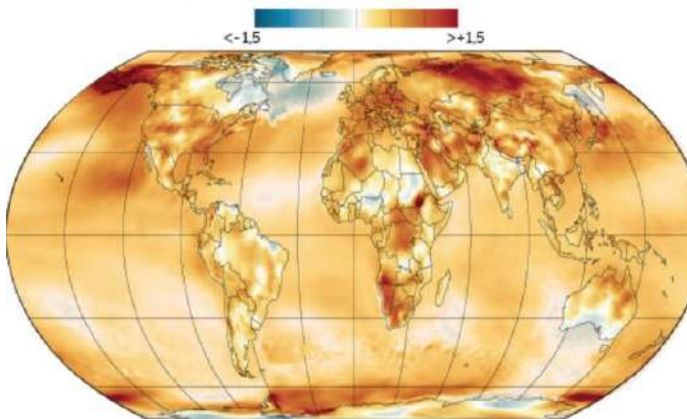
Condurre e sviluppare analisi che dimostrino il valore economico e sociale della prevenzione e della preparazione attraverso misure One Health. Garantire che le scelte politiche siano basate su prove scientifiche e apportino benefici per la salute umana, animale e ambientale, dimostrando al contempo il valore aggiunto ottenuto attraverso il coordinamento, la collaborazione, la comunicazione e il rafforzamento delle capacità che l'approccio One Health promuove.

“Per prevenire, preparare e rispondere alla prossima pandemia, nessun settore o paese può agire da solo: dobbiamo agire insieme, ora”, concludono le organizzazioni.

https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=133078

Lo scenario

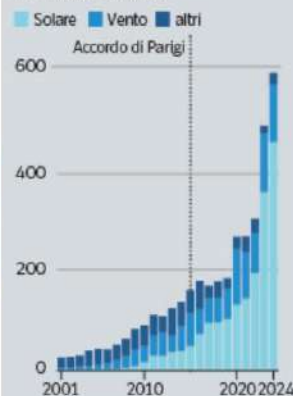
Le temperature hanno continuato a salire a causa dei timori di un riscaldamento accelerato. Le regioni si sono riscaldate nell'ultimo decennio, alcune aree più di altre. Le temperature medie nel 2015-24 confrontate con il periodo 2005-14.



L'energia rinnovabile è aumentata

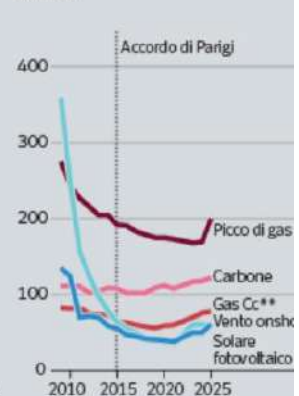
L'energia solare ed eolica di nuova installazione sta aumentando vertiginosamente...

Variazione annuale della capacità installata globale (Gw)



... e ora riduce il prezzo dei combustibili fossili

Costo medio livellato dell'elettricità* (\$/Mwh)



la Repubblica

Wood Mackenzie avverte: la transizione deraglia, il mondo verso +2,6 °C

Vito de Ceglia

Investimenti insufficienti e tensioni geopolitiche rendono irraggiungibile la neutralità climatica al 2050. Secondo il nuovo Energy Transition Outlook 2025-2026, servirebbero 4.300 miliardi di dollari l'anno per limitare il riscaldamento a 2 °C. L'AI e la corsa ai minerali critici ridisegnano la geografia dell'energia

L'obiettivo delle emissioni nette zero entro metà secolo è ormai fuori portata. È quanto emerge dal nuovo rapporto "Energy Transition Outlook 2025-2026" di Wood Mackenzie, secondo cui la combinazione tra crescente domanda di energia e tensioni geopolitiche spinge il pianeta su una traiettoria di riscaldamento globale di 2,6 °C.

Per contenere l'aumento medio della temperatura entro 2 °C, sarebbe necessario investire 4.300 miliardi di dollari all'anno tra il 2025 e il 2060 e raggiungere la neutralità climatica intorno a quella data. Oggi, tuttavia, gli investimenti nel settore energetico ammontano appena al 2,5% del Pil mondiale e dovrebbero salire al 3,35% entro il prossimo decennio per tenere viva la prospettiva del net zero.

Il report, dal titolo "Energy evolution in the age of superintelligence", esplora quattro scenari: uno base, che conduce a +2,6 °C; quello degli impegni nazionali (2 °C); il percorso net zero al 2050 (1,5 °C); e una transizione ritardata, che porterebbe a +3,1 °C. In nessuno di essi le grandi economie industriali raggiungono gli obiettivi del 2030.

L'Europa rimane l'area più ambiziosa, ma l'avanzata della Cina nel campo di solare, veicoli elettrici e batterie ne consolida il ruolo di nuova potenza climatica. Gli Stati Uniti, al contrario, intensificano la produzione di combustibili fossili e spingono le esportazioni di Gnl. "Sta emergendo una nuova leadership climatica: mentre l'Occidente rallenta, Pechino accelera", osserva Prakash Sharma, vicepresidente di Wood Mackenzie.

Per raggiungere la neutralità climatica, gli investimenti annuali dovrebbero crescere di circa il 30% in Cina, il 36% in Europa e il 76% negli Stati Uniti, che affrontano il divario più ampio. Le tre aree insieme rappresenteranno il 70% degli investimenti globali entro il 2040, ma il resto del mondo — in particolare i Paesi emergenti dell'Asia-Pacifico — dovrà più che raddoppiare la spesa per restare in linea.

Sul fronte tecnologico, il rapporto prevede che solare ed eolico passeranno dal 20% al 60% della generazione elettrica mondiale entro il 2050, con il fotovoltaico destinato a superare il gas nel 2033 e il carbone nel 2034. Tuttavia, le rinnovabili variabili raggiungeranno un limite tecnico del 68%, legato alla stabilità delle reti e alla capacità di stoccaggio.

La domanda di petrolio toccherà il picco nel 2032, due anni più tardi rispetto alle previsioni precedenti, mentre il gas naturale rimarrà il principale combustibile ponte per sostituire il carbone. L'ascesa dell'intelligenza artificiale — sottolinea Wood Mackenzie — sosterrà la domanda di gas in tutti gli scenari, con un incremento stimato di 180 miliardi di metri cubi al 2050.

Proprio l'AI è tra i fattori che stanno rivoluzionando la mappa energetica mondiale. Il boom dei data center porterà i consumi elettrici del settore a 700 TWh già nel 2025, superando quelli dei veicoli elettrici, e a raddoppiare entro il 2030. "L'espansione di tecnologie come l'AI e l'elettrificazione sta trasformando il sistema energetico, rendendolo più complesso e interdependente", spiega Sharma.

Il rapporto sottolinea anche la crescente dipendenza dai minerali critici — litio, nichel, cobalto, rame e terre rare — concentrati per lo più in Cina. Un'auto elettrica richiede in media sei volte più minerali di un veicolo tradizionale (450 kg contro 78 kg), un fattore che apre nuove vulnerabilità geopolitiche e spinge i Paesi importatori a cercare accordi di fornitura e strategie di diversificazione. "Le risorse naturali — nota Wood Mackenzie — sono il nuovo campo di battaglia strategico della transizione".

La transizione, conclude il report, sta entrando in una fase più matura e stressata, in cui scala, integrazione dei sistemi e capitale diventano nodi centrali. L'elettricità è destinata a diventare il vettore energetico dominante, superando la metà dei consumi finali entro il 2050, ma le interconnessioni tra mercati e tecnologie rendono il sistema più fragile.

"Trattare petrolio, gas, carbone ed elettricità come comparti separati — conclude Sharma — significa perdere di vista le sinergie e le vulnerabilità che definiscono la nuova era energetica. La sfida ora è costruire un sistema integrato, flessibile e resiliente, capace di coniugare sicurezza e decarbonizzazione".

https://www.repubblica.it/dossier/economia/transizione-sostenibile/2025/10/31/news/wood_mackenzie_avverte_la_transizione_deraglia_il_mondo_verso_26_c-424951303/?ref=RHVS-BG-P8-S6-T1-inz1

la Repubblica

Green deal, accordo Ue sul clima: emissioni ridotte del 90% entro il 2040 con flessibilità

Claudio Tito

L'intesa a maggioranza qualificata dopo 24 ore di negoziati. L'Italia vota a favore. Contrarie Slovacchia, Ungheria e Polonia

BRUXELLES – Dopo una intera giornata e una notte l'accordo sul clima è stato trovato. Anche se l'obiettivo di ridurre le emissioni del 90 per cento entro il 2040 è stato votato a maggioranza con la contrarietà di Slovacchia, Ungheria e Polonia, e l'astensione di Belgio e Bulgaria. Quindi anche l'Italia e la Francia si sono espresse a favore.

La mediazione è stata trovata introducendo non solo delle verifiche biennali che possono ritoccare gli obiettivi ma anche con la previsione di altre diverse flessibilità tra cui il 5% di crediti internazionali - con un ulteriore possibile 5% dopo revisione – (si tratta di progetti ambientali in Paesi extra Ue in cambio dei quali si può ridurre il target concordato in Europa), il rinvio dell'Ets2 (i certificati che danno diritto alle emissioni) al 2028 e il riconoscimento del ruolo dei biocarburanti come richiesto da Roma.

Verso Cop30

Con questa intesa si raggiunge un accordo sul contributo determinato a livello nazionale (noto come 'Ndc'), quello per gli sforzi globali sul clima per il 2035 richiesti dagli impegni della Cop30 di Belém, in Brasile. Si prevede un taglio delle emissioni tra il 66,25% e il 72,5% rispetto ai livelli del 1990.

"Quello che stiamo facendo ha davvero un'impatto estremamente importante – ha detto il commissario Ue al Clima, l'olandese Wopke Hoekstra – L'Unione europea ha così disperatamente bisogno: una politica adatta al clima, alla competitività e all'indipendenza. Ed è esattamente ciò che stiamo realizzando".

Soddisfatto anche il ministro italiano, Gilberto Pichetto Fratin. "E' un compromesso buono – è la sua opinione - che accoglie le istanze presentate dall'Italia. La Commissione ha riconosciuto che le istanze che portavamo avanti: lo slittamento di un anno dell'Ets2, l'inserimento per la prima volta nella parte normativa, il ruolo dei biocarburanti; ha dato disponibilità non solo a passare dal 3 al 5 per cento dei crediti di carbonio internazionali ma anche di inserire poi in fase di revisione un ulteriore 5 per cento per i crediti a livello domestico".

https://www.repubblica.it/economia/2025/11/05/news/green_deal_accordo_ue_emissioni_ridotte_90-424960400/?ref=RHLM-BG-P6-S1-T1-fdg14

Pandemia in essere e in arrivo

THE LANCET *Regional Health*
Europe

Aumento della resistenza antimicrobica in Europa: EMA ed ECDC delineano azioni urgenti per raggiungere gli obiettivi dell'UE

Emer Cooke e Pamela Rendi-Wagner

Il 18 novembre, Giornata europea per la consapevolezza degli antibiotici¹, il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) ha pubblicato i dati del 2024 sulla resistenza antimicrobica (AMR)² e sul consumo di antimicrobici nell'Unione europea (UE).³ I risultati richiedono un'azione urgente per intensificare gli sforzi per contenere l'AMR.

La resistenza antimicrobica è oggi tra le principali minacce sanitarie globali urgenti e in aumento. L'ECDC stima che la resistenza antimicrobica sia responsabile di oltre 35.000 decessi all'anno nell'UE/Spazio Economico Europeo (SEE)⁴ e costi miliardi di euro per i sistemi sanitari dell'UE e del mondo.

La resistenza antimicrobica compromette la nostra capacità di curare le infezioni, minacciando il successo di risultati fondamentali negli interventi medici moderni come il trapianto di organi, il trattamento del cancro, la chirurgia e la terapia intensiva di adulti, bambini e neonati.

I dati ECDC recentemente pubblicati mostrano in modo convincente che l'UE non è sulla buona strada per raggiungere quattro dei cinque obiettivi stabiliti dal Consiglio dell'UE per il 2030 rispetto al 2019 (Fig. 1).^{2,3,5} L'incidenza stimata delle infezioni del flusso sanguigno da *Klebsiella pneumoniae* resistente ai carbapenemi, con un obiettivo UE di una riduzione del 5%, è invece aumentata di oltre il 60%.²

L'incidenza delle infezioni del flusso sanguigno da *Escherichia coli* resistente alle cefalosporine di terza generazione, che ha un obiettivo di riduzione del 10%, è aumentata di oltre il 5%.² Contrariamente all'obiettivo dell'UE di raggiungere una riduzione del 20% entro il 2030, il consumo annuo totale di antibiotici è invece aumentato nel 2024.³

Infine, la percentuale di antibiotici consumati dal gruppo Access della classificazione AWaRe [6](#) che include antibiotici di prima linea efficaci per la maggior parte delle infezioni contratte in comunità è rimasta stagnante intorno al 60% dal 2019, non raggiungendo l'obiettivo dell'UE del 65%. [3](#)

L'aumento nell'UE delle infezioni causate da microrganismi difficili da trattare, come il *K. pneumoniae* resistente ai carbapenemi, è probabilmente alimentato da diversi fattori: una popolazione a rischio in crescita con una predisposizione crescente alle infezioni dovuta all'invecchiamento e alle comorbidità; la trasmissione transfrontaliera di microrganismi resistenti da regioni con elevata prevalenza di resistenza antimicrobica, ulteriormente aggravata dai conflitti armati; e, in modo critico, un elevato consumo di antimicrobici e pratiche di prevenzione e controllo delle infezioni (IPC) subottimali. [7](#)

È preoccupante che la pipeline di antibiotici rimanga limitata, con praticamente nessun nuovo antibiotico con nuovi meccanismi d'azione prossimo alle sperimentazioni cliniche in fase avanzata e con solo un numero limitato di prodotti con novità significative che si prevede ottengano l'approvazione UE nei prossimi anni.

La stagnazione nel consumo di antibiotici del gruppo "Access" di AWaRe segnalata dall'ECDC e la crescente dipendenza dagli agenti del gruppo "Reserve" sottolineano le persistenti difficoltà di accesso e la necessità di un impegno continuo dell'EMA e dell'ECDC con gli Stati membri, l'UE e l'industria, sia per garantire un ingresso sostenibile sul mercato, una corretta allocazione e un uso ottimale degli antibiotici nuovi e consolidati, [sia](#) per preservare l'efficacia e garantire la disponibilità degli antibiotici esistenti e nuovi.

L'ECDC e l'EMA continueranno a collaborare per raccogliere dati solidi e fruibili sulla resistenza antimicrobica e sul consumo di antimicrobici.

L'EMA ha pubblicato documenti guida a supporto di progetti innovativi di sperimentazione clinica per promuovere l'innovazione lungo l'intero processo di sviluppo degli antibiotici e avvia un dialogo tempestivo con i richiedenti per ridurre i rischi e accelerare lo sviluppo di nuovi antibiotici mirati ai patogeni prioritari dell'OMS.

L'EMA dà inoltre priorità ai percorsi normativi e agli incentivi per gli agenti che rispondono a bisogni critici insoddisfatti, in particolare quelli attivi contro i patogeni prioritari dell'OMS, facilitando al contempo l'accesso agli antibiotici nel gruppo WHO Access attraverso una valutazione armonizzata, misure di sicurezza e linee guida per la stewardship. [8](#)

Inoltre, riconoscendo la rapida comparsa di resistenza ai nuovi agenti, l'EMA promuove una solida farmacovigilanza per tutti gli antibiotici di nuova autorizzazione, garantendo l'individuazione precoce delle tendenze di resistenza e un intervento rapido quando necessario.

Attraverso iniziative come la rete DARWIN EU [9](#) e attività dedicate alle carenze di medicinali [10](#), l'EMA migliora la generazione di evidenze dal mondo reale per comprendere i modelli di utilizzo dei medicinali e per monitorare e mitigare le interruzioni di fornitura che interessano gli antibiotici critici.

L'ECDC continuerà a monitorare la resistenza antimicrobica e il consumo di antimicrobici, stimando l'impatto della resistenza antimicrobica e valutando i rischi per la salute pubblica ad essa correlati; ciò è fondamentale per definire le priorità delle azioni e della ricerca in materia di salute pubblica, nonché per individuare le aree in cui sono maggiormente necessari nuovi antibiotici.

L'ECDC supporta inoltre i Paesi nell'aggiornamento e nella modernizzazione periodica dei loro sistemi di sorveglianza e nel colmare le lacune esistenti, nel potenziamento delle capacità di laboratorio e nello sfruttamento del potenziale della digitalizzazione e delle cartelle cliniche elettroniche per la raccolta di dati a supporto delle azioni di salute pubblica, nonché per l'adozione di politiche basate su informazioni tempestive e solide evidenze.

	Target achieved	Progress	Regress
 Reduce by 20% the total consumption of antibiotics in humans Defined daily doses (DDDs) per 1 000 inhabitants per day	2019 baseline	19.9	-
	2024	20.3	+2%
	2030 TARGET	15.9	-20% from 2019 baseline
 At least 65% of the total consumption of antibiotics in humans belongs to the 'Access' group of antibiotics As defined in the AWaRe classification of the WHO	2019 baseline	61.2%	-
	2024	60.3%	-0.9% *
	2030 TARGET	65%	+3.8% *
 Reduce by 15% the total incidence of bloodstream infections with meticillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA) Number per 100 000 population	2019 baseline	5.6	-
	2024	4.5	-20.4%
	2030 TARGET	4.8	-15% from 2019 baseline
 Reduce by 10% the total incidence of bloodstream infections with third-generation cephalosporin-resistant <i>Escherichia coli</i> Number per 100 000 population	2019 baseline	10.4	-
	2024	11.0	+5.9%
	2030 TARGET	9.4	-10% from 2019 baseline
 Reduce by 5% the total incidence of bloodstream infections with carbapenem-resistant <i>Klebsiella pneumoniae</i> Number per 100 000 population	2019 baseline	2.18	-
	2024	3.51	+61.0%
	2030 TARGET	2.07	-5% from 2019 baseline

Fig. 1 Progressi verso gli obiettivi dell'UE in materia di consumo di antimicrobici e resistenza antimicrobica, aggiornamento 2025 (dati 2024). * Differenza in punti percentuali rispetto al 2019.

Inoltre, l'ECDC fornisce raccomandazioni personalizzate dopo un'approfondita valutazione delle capacità degli Stati membri dell'UE in materia di resistenza antimicrobica e infezioni correlate all'assistenza sanitaria durante le visite di valutazione della preparazione e della risposta alle emergenze di sanità pubblica guidate dall'ECDC.

Insieme, l'ECDC e l'EMA restano pienamente impegnati a continuare a guidare la Commissione e gli Stati membri in questo ambito, al fine di raggiungere questo obiettivo fondamentale per la salute pubblica.

[https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(25\)00331-X/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(25)00331-X/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

Il dibattito NITAG in Italia: un'opportunità di prevenzione

Massimo Agosti

Abbiamo letto con interesse il commento di Casigliani e colleghi sulla nomina e successiva revoca dei membri del National Immunisation Technical Advisory Group (NITAG). [1](#)

Gli autori sottolineano il rischio che i recenti eventi possano erodere decenni di progressi nella fiducia nei vaccini in Italia. Vorremmo ampliare questa discussione affrontando ulteriori aspetti che potrebbero rafforzare ulteriormente questo punto scientifico cruciale.

La nomina iniziale da parte del Ministero della Salute di due scettici sui vaccini al NITAG ha suscitato profonda preoccupazione nella comunità scientifica. Medici, società scientifiche e istituzioni, tra cui il Consiglio Nazionale dei Medici, hanno avvertito che tali posizioni "antiscientifiche" avrebbero potuto minare la fiducia del pubblico nelle strategie vaccinali.

La successiva revoca è stata quindi accolta con favore, ma avrà senso solo se seguita da un processo di nomina trasparente che coinvolga tutte le parti interessate.

In questo contesto, è essenziale costruire un nuovo NITAG che includa anche i professionisti clinici che lavorano quotidianamente con pazienti e famiglie sulle strategie preventive, inclusa la vaccinazione.

La Società Italiana di Neonatologia ha evidenziato una grave lacuna: l'assenza di rappresentanti di specialità cruciali per la prevenzione, ovvero neonatologi e ostetrici.

Questa omissione è critica, poiché le decisioni dei genitori in merito alla vaccinazione vengono spesso prese durante la gravidanza e nei primissimi giorni di vita. Oggi sono disponibili diversi vaccini materno-fetali e l'immunizzazione neonatale contro il virus respiratorio sinciziale è entrata di recente nella pratica clinica, e si prevede che ulteriori vaccini seguiranno. [2](#)

I neonatologi sono i primi medici a interagire con i neonati e le famiglie durante la delicata fase dei primi 1000 giorni di vita. Oltre a fornire cure precoci, svolgono un ruolo fondamentale nella prevenzione: effettuano screening neonatali, rafforzano la fiducia dei genitori e promuovono la salute a lungo termine. Il loro contributo è quindi indispensabile per qualsiasi strategia nazionale di immunizzazione completa.

Comitati tecnico-scientifici come il NITAG sono essenziali per tradurre le politiche in azioni efficaci. Per avere successo, devono essere indipendenti da influenze ideologiche o politiche e includere tutte le figure professionali chiave. In particolare, il NITAG francese include un neonatologo e un ostetrico, mentre quello spagnolo un neonatologo. [3](#) [4](#) La perinatologia è quindi più fortemente rappresentata in altri paesi europei che in Italia.

Questo squilibrio riflette un problema strutturale più profondo: l'assenza di cattedre ordinarie di neonatologia nelle università italiane, recentemente evidenziata da *The Lancet Regional Health—Europe*. [5](#)

I neonatologi italiani chiedono un'alleanza strategica più forte nella medicina preventiva, in particolare nella vaccinazione. I neonati sono i cittadini di domani; incarnano il futuro di un Paese che sta affrontando un rigido inverno demografico e un tasso di natalità record.

Vorremmo credere che la controversia NITAG possa essere considerata un'opportunità per riaffermare il primato della scienza nel processo decisionale in materia di sanità pubblica e per garantire che i neonatologi, insieme ad altri medici chiave, siano adeguatamente rappresentati nella definizione delle politiche nazionali di immunizzazione.

Durante la preparazione di questo lavoro abbiamo utilizzato Chat-GPT per migliorare il linguaggio e la formulazione del testo.

Dopo aver utilizzato questo strumento/servizio, l'autore ha rivisto e modificato il contenuto secondo necessità, assumendosi la piena responsabilità del contenuto della pubblicazione.

[https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(25\)00279-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(25)00279-0/fulltext)

Le disuguaglianze nello status socioeconomico a livello di area modellano i modelli di resistenza antimicrobica in Cina, 2014-2023: un'analisi di modellazione spaziotemporale bayesiana

Yi Yang, Jiani Jiang, Può Chen, Rongrong Qu, Yi Liu, Chen Xu e altri

Riepilogo

Sfondo

La resistenza antimicrobica (AMR) rappresenta una sfida sanitaria globale in crescita, e lo status socioeconomico (SES) rappresenta un fattore di influenza significativo. Questo studio mirava a quantificare lo status socioeconomico a livello di area e a valutarne l'associazione con i batteri resistenti ai farmaci in Cina.

Metodi

I dati sulla resistenza antimicrobica sono stati raccolti dal China Antimicrobial Resistance Surveillance System (CARSS, 2014-2023). Il SES a livello di area in tutta la Cina è stato rilevato dall'Indice di Deprivazione di Area a livello di Contea (CADI) e dall'Indice di Deprivazione di Townsend (TDI).

Le distribuzioni spaziotemporali dei batteri resistenti ai farmaci sono state esplorate mediante analisi di autocorrelazione spaziale e di scansione spaziotemporale. I principali fattori di rischio per la resistenza antimicrobica sono stati identificati mediante analisi GeoDetector.

Sei modelli bayesiani sono stati stabiliti attraverso l'analisi di modellazione spaziotemporale bayesiana.

Il Bayesian Spatiotemporal Interaction Hierarchy Model (BSTIHM), che dimostra una maggiore accuratezza stimativa, è stato selezionato per prevedere i modelli di resistenza antimicrobica a livello nazionale.

Risultati

Sono stati ottenuti profili di resistenza antimicrobica per un totale di 34.442.268 isolati di tredici tipi di batteri resistenti ai farmaci. La distribuzione di questi batteri ha mostrato una manifesta eterogeneità spaziotemporale a livello nazionale.

Sia CADI che TDI hanno costantemente rivelato un gradiente socioeconomico distinto, con un basso SES a livello di area nelle regioni occidentali, medio nelle regioni centrali e alto nelle regioni orientali. Cluster spaziotemporali di batteri resistenti ai farmaci sono stati osservati principalmente nelle regioni con basso SES. Un SES a livello di area inferiore (intervallo di odds ratio (OR): 1,054-1,254) e una maggiore intensità di utilizzo di antimicrobici (intervallo di OR: 1,022-1,174) hanno contribuito a un rischio più elevato per tutti i tredici tipi di batteri resistenti ai farmaci.

Nel frattempo, lo scarico totale di acque reflue (intervallo OR: 1,064-1,280), il PM_{2,5} (intervallo OR: 1,031-1,135) e il numero di operatori sanitari ogni 10.000 persone (intervallo OR: 1,035-1,310) sono risultati correlati al rischio di contrarre la maggior parte dei batteri resistenti ai farmaci. I rischi stimati per tutti i tredici tipi di batteri resistenti ai farmaci sono risultati maggiori nelle regioni con SES basso e medio, in base al BSTIHM.

Interpretazione

Lo stato socioeconomico a livello territoriale è un fattore chiave del rischio di resistenza antimicrobica, che potrebbe essere causato dall'uso eccessivo di antibiotici e dall'inquinamento ambientale.

Investimenti mirati nei sistemi sanitari e ambientali nelle regioni con stato socioeconomico a livello territoriale inferiore sono essenziali per ridurre efficacemente l'impatto della resistenza antimicrobica.

Finanziamento

Programma nazionale di ricerca e sviluppo chiave della Cina, Fondazione nazionale per le scienze naturali della Cina, Fondazione per le scienze naturali della provincia di Zhejiang e Fondazione per le scienze naturali della provincia di Jiangsu.

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Abbiamo condotto una ricerca completa su PubMed e medRxiv per gli articoli pubblicati dall'inizio del database fino al 31 maggio 2025, utilizzando le seguenti parole chiave: ("stato socioeconomico" O "SES" O "SES a livello di area" O "SES a livello individuale") e ("resistenza antimicrobica" O "resistenza batterica" O "resistenza agli antibiotici").

La ricerca che esamina lo stato socioeconomico (SES) in relazione alla resistenza antimicrobica (AMR) rimane limitata. In particolare, un recente studio pubblicato su *Nature Medicine* ha evidenziato lo SES come un determinante sociale critico che influenza l'impatto globale dell'AMR.

Ciononostante, questi studi precedenti si basavano principalmente su indicatori singoli e limitati per valutare le condizioni socioeconomiche, privi di metriche quantitative complete e convalidate per caratterizzare accuratamente la complessa relazione tra disuguaglianze socioeconomiche a livello di area e rischio di AMR. Inoltre, analisi su larga scala e specifiche per regione che affrontano esplicitamente le disuguaglianze socioeconomiche a livello di area e il rischio di AMR rimangono notevolmente limitate in Cina. Questa critica lacuna di conoscenze sottolinea l'urgente necessità di salute pubblica di condurre indagini rigorose, adatte alle disuguaglianze socioeconomiche a livello di area in Cina, facilitando interventi mirati ed equi contro la resistenza antimicrobica.

Valore aggiunto di questo studio

Questo è il primo studio a caratterizzare quantitativamente le disuguaglianze socio-economiche a livello di area in Cina utilizzando due parametri convalidati, l'Indice di Deprivazione di Area a livello di Contea (CADI) e l'Indice di Deprivazione di Townsend (TDI), rivelando marcati gradienti socio-economici a livello di area caratterizzati da valori bassi nelle regioni occidentali, medi nelle regioni centrali e alti nelle regioni orientali. Sfruttando dati completi di sorveglianza nazionale, inclusi 34.442.268 isolati batterici da CARSS dal 2014 al 2023, abbiamo sistematicamente identificato una pronunciata eterogeneità spazio-temporale nelle distribuzioni di tredici principali tipi di batteri resistenti ai farmaci (CtxCroR-Eco, QnR-Eco, CR-Eco, CR-Aba, CR-Kpn, CtxCroR-Kpn, CR-Pae, MRSA, MRCNS, ERSP, PRSP, VR-Efa e VR-Efm) in tutta la Cina. I nostri risultati hanno dimostrato una solida relazione tra un basso status socioeconomico a livello di area e un rischio più elevato di resistenza antimicrobica, rivelando carichi di resistenza antimicrobica sostanzialmente elevati nelle regioni socioeconomicamente svantaggiate.

Inoltre, il nostro studio si è esteso oltre le dimensioni socioeconomiche, scoprendo associazioni significative tra il rischio di resistenza antimicrobica e fattori ambientali (ad esempio, scarico di acque reflue, PM_{2.5}) e risorse sanitarie (ad esempio, intensità del consumo di antimicrobici, densità di personale sanitario ogni 10.000 abitanti).

Inoltre, le regioni con basso e medio status socioeconomico hanno mostrato un rischio di resistenza antimicrobica previsto più elevato sulla base del modello avanzato Bayesiano di gerarchia di interazione spaziotemporale (BSTIHM).

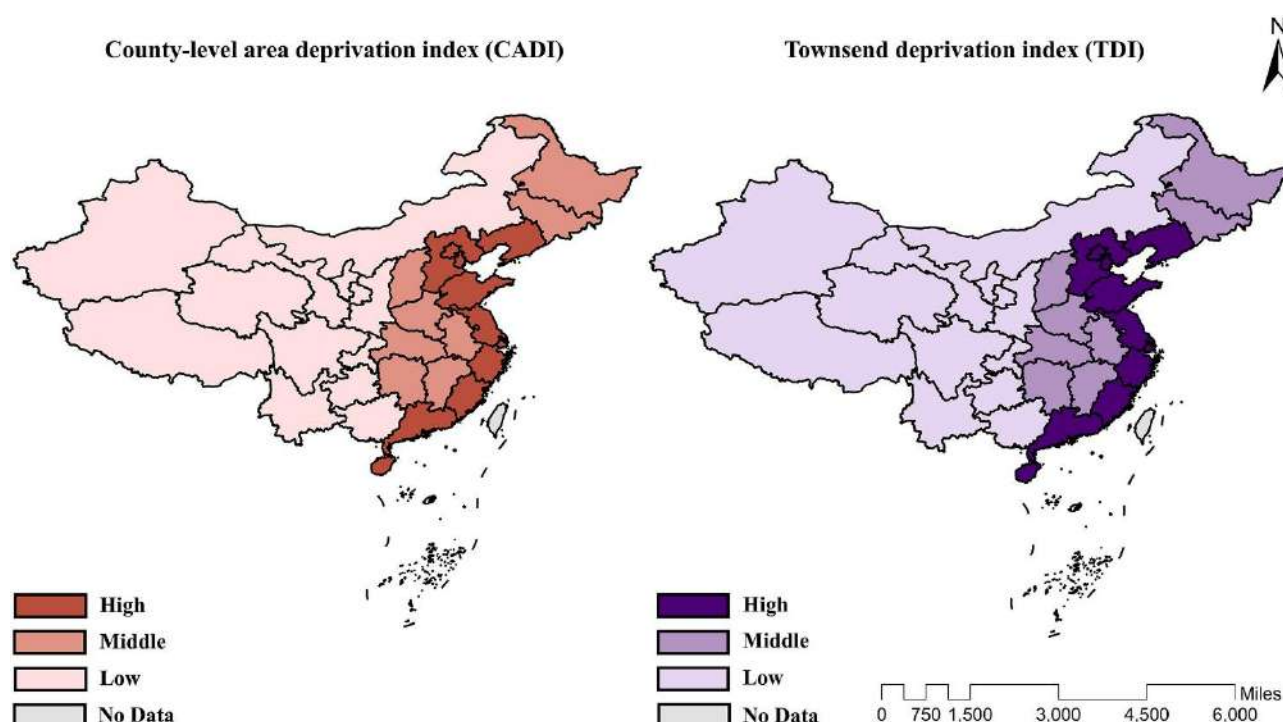
Questi risultati hanno individuato i fattori multifattoriali della resistenza antimicrobica, evidenziando l'imperativo di integrare le disuguaglianze socioeconomiche a livello di area nelle future strategie nazionali complete volte a mitigare la resistenza antimicrobica in Cina, soprattutto nelle regioni con basso status socioeconomico.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

La distribuzione di tredici principali tipi di batteri resistenti ai farmaci ha mostrato un'evidente eterogeneità spaziotemporale in tutta la Cina. I nostri risultati hanno evidenziato che un basso livello socioeconomico areale è un fattore di rischio chiave per la resistenza antimicrobica.

Questi risultati hanno richiesto un cambiamento decisivo nelle strategie di mitigazione della resistenza antimicrobica, andando oltre gli interventi biomedici convenzionali verso quadri politici integrati che affrontino sistematicamente le disuguaglianze socioeconomiche sottostanti a livello territoriale.

Le future strategie di salute pubblica dovrebbero integrare metriche complete sulle disuguaglianze socioeconomiche a livello territoriale (CADI e TDI) nei quadri di sorveglianza della resistenza antimicrobica e di allocazione delle risorse, facilitando interventi mirati nelle regioni socioeconomicamente svantaggiate per ridurre efficacemente l'impatto della resistenza antimicrobica.



[https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(25\)00284-6/fulltext#fig2](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(25)00284-6/fulltext#fig2)

quotidianosanità.it

Antimicrobico-resistenza. Nonostante i piani, gli investimenti e gli alert l'Ue non è in linea con 4 dei 5 target per il 2030. Per l'Italia segnali di miglioramento ma ancora tanta strada da fare

Oltre 35mila morti l'anno nell'Ue/See. Servono innovazione, sorveglianza potenziata e un uso più responsabile degli antibiotici per invertire la rotta. L'Italia mostra un consumo elevato di antibiotici e resistenze strutturali, ma risultati migliori della media UE nella riduzione delle infezioni da MRSA e in alcuni trend di resistenza. Ecco il report dell'Ecdc in occasione della Giornata europea di sensibilizzazione sugli antibiotici.

18 NOV -

Nonostante l'impegno dei Paesi europei e degli operatori sanitari, l'Europa non sta procedendo nella direzione giusta per centrare quattro dei cinque obiettivi fissati dal Consiglio dell'Ue sulla lotta all'antimicrobico-resistenza (AMR) entro il 2030. L'aumento della resistenza ai farmaci antimicrobici e la drammatica scarsità di nuove terapie efficaci configurano una crisi sanitaria pubblica in continua evoluzione, che coinvolge tanto il continente europeo quanto il resto del mondo.

Questa la "cruda realtà" fotografata dai [dati pubblicati oggi dal Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie \(Ecdc\)](#) proprio mentre l'Europa celebra [la Giornata Europea di Consapevolezza sugli](#)

Antibiotici.

Una sentenza senza appello: l'AMR continua a crescere in tutta l'Unione Europea e nello Spazio Economico Europeo (UE/SEE), minacciando di invertire anni di progressi medici. E In un contesto globalizzato aggrava ulteriormente le pressioni derivanti dall'invecchiamento della popolazione, dalla diffusione delle malattie croniche, dalla mobilità internazionale e dalla crescente carenza di personale sanitario.

“Affrontare l'AMR richiede innovazione fondamentale su tre fronti chiave: un'azione forte per un uso responsabile degli antibiotici, pratiche sostenute e standardizzate di prevenzione e controllo delle infezioni, e l'arrivo di nuovi antibiotici”, afferma la direttrice dell'Ecdc, la dottoressa Pamela Rendi-Wagner.

Europa lontana dai target 2030

I dati mostrano una situazione in peggioramento. Dal 2019 l'incidenza stimata delle infezioni del torrente ematico da *Klebsiella pneumoniae* resistente ai carbapenemi è aumentata di oltre il 60%, a fronte di un obiettivo di riduzione del 5%. In crescita anche le infezioni da *Escherichia coli* di terza generazione resistente alle cefalosporine, aumentate di quasi il 6% contro un target di diminuzione del 10%.

Non va meglio sul fronte del consumo di antibiotici: nel 2024 i consumi risultano in ulteriore crescita, mentre l'obiettivo Ue prevede una riduzione del 20%. La quota di utilizzo degli antibiotici di prima linea – quelli del gruppo “Access” secondo la classificazione AWaRe dell'Oms, che dovrebbero rappresentare almeno il 65% dei consumi – resta ferma attorno al 60%.

Una crisi sanitaria, umana e sociale

Secondo l'Ecdc, le infezioni resistenti causano oltre 35mila morti l'anno nell'UE/SEE, con un impatto pesantissimo su persone, sistemi sanitari e società. L'aumento delle resistenze minaccia direttamente la medicina moderna, mettendo a rischio interventi salvavita come trapianti, chirurgia maggiore, terapie oncologiche e cure intensive. “Dietro ogni statistica c'è una persona che sta finendo le opzioni terapeutiche: un bambino, un genitore, un nonno. L'AMR è un problema medico ma anche sociale - sottolinea **Diamantis Plachouras**, responsabile del Dipartimento AMR dell'Ecdc - dobbiamo assicurarci che nessuno in Europa resti senza una terapia efficace”.

Antibiotico-resistenza: Italia a confronto con l'Unione Europea

E l'Italia? Se l'Unione Europea registra progressi disomogenei, l'Italia presenta un profilo con aree di miglioramento ma anche luci e ombre.

La tempesta perfetta: più resistenze, meno trattamenti

Tornando agli scenari globali, sono diversi i fattori che alimentano l'aumento delle infezioni difficili da trattare: l'invecchiamento della popolazione e la prevalenza di patologie croniche; la diffusione transfrontaliera di microrganismi resistenti; l'uso elevato e spesso inappropriato di antibiotici; carenze nelle pratiche di prevenzione e controllo delle infezioni.

A tutto ciò si aggiunge una pipeline globale di nuovi antibiotici estremamente limitata. Mancano soprattutto nuovi farmaci contro microrganismi ritenuti prioritari per la salute pubblica, come i Gram-negativi resistenti ai carbapenemi. Sul mercato stanno arrivando pochissimi antibiotici con meccanismi d'azione davvero innovativi, mentre cresce il ricorso a farmaci “di ultima istanza” e resta insufficiente l'uso ottimale degli antibiotici “Access”.

La situazione evidenzia quindi, suggerisce Ecdc, la necessità urgente di azioni coordinate per garantire produzione sostenibile, accesso equo e uso responsabile degli antibiotici già disponibili e di quelli futuri.

Il ruolo dell'Ecdc a supporto dei Paesi Ue/See

L'Ecdc comunque prosegue il monitoraggio della resistenza antimicrobica e del consumo di antibiotici in tutta Europa, valutando i rischi per la salute pubblica e stimando l'impatto delle infezioni resistenti. Il Centro collabora con gli Stati membri per: rafforzare i sistemi di sorveglianza; potenziare i laboratori; sviluppare strumenti digitali e sfruttare le cartelle cliniche elettroniche per decisioni più informate.

Un ruolo cruciale è rappresentato anche dal sostegno alla sorveglianza genomica dei patogeni resistenti, che consente l'identificazione precoce delle minacce emergenti, il monitoraggio dei focolai e una collaborazione

più stretta su scala regionale e globale. Non solo, l'Ecdc offre inoltre supporto mirato ai singoli Paesi attraverso valutazioni approfondite delle capacità di risposta, per garantire che tutti gli Stati dell'UE/SEE siano attrezzati per fronteggiare questa minaccia in continua evoluzione. "L'AMR è una sfida dinamica, ma l'Europa può ancora fare progressi reali. Insieme possiamo garantire terapie efficaci alle generazioni future", conclude Plachouras.

Gli obiettivi Ue al 2030

La Raccomandazione del Consiglio Ue del 13 giugno 2023 definisce cinque target, con il 2019 come anno di riferimento.

Eccoli:

- Ridurre del 20% il consumo totale di antibiotici negli esseri umani.
- Almeno 65% dei consumi deve provenire dal gruppo di antibiotici "Access" (classificazione AWaRe Oms).
- Riduzione dell'incidenza delle infezioni del flusso sanguigno da:
 - MRSA (*Staphylococcus aureus* resistente alla meticillina): -15%
 - Coli di terza generazione resistente alle cefalosporine: -10%
 - *Pneumoniae* resistente ai carbapenemi: -5%

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=133431



Così riscaldamento globale e inquinamento indeboliscono spermatozoi e fertilità maschile

Cesare Buquicchio

L'Italia è uno dei Paesi con [il tasso di natalità più bassi al mondo](#). Un dato allarmante che trova radici in molteplici fattori socioeconomici e culturali, ma anche in cause fisiologiche spesso sottovalutate. Tra queste, emerge con forza [l'impatto della crisi climatica](#), dell'aumento delle temperature e dell'inquinamento ambientale sulla fertilità maschile.

Una ricerca italiana pubblicata sull'ultimo numero di **Journal of Assisted Reproduction and Genetics** ha messo in luce come l'esposizione a inquinanti chimici, atmosferici e l'aumento delle temperature nelle città abbiano effetti negativi sulla qualità dello sperma.

«Ci sono molti lavori scientifici che dimostrano come questi inquinanti ambientali, spesso definiti perturbatori endocrini, possano avere un impatto negativo sulla salute riproduttiva – spiega il professor **Daniele Gianfrilli**, uno degli autori dello studio, endocrinologo ed esperto di medicina della riproduzione della Sapienza Università di Roma –. Ma l'elemento indagato ora è che anche il calore ha un ruolo preciso: il rialzo delle temperature tipico delle città, per la loro conformazione e la mancanza di verde, comporta un peggioramento della qualità del liquido seminale». Lo studio ha analizzato i dati degli ultimi dieci anni sull'esposizione a inquinanti chimici, particolato atmosferico e temperature elevate. I risultati dimostrano come questi fattori riducano concentrazione, motilità e morfologia degli spermatozoi.

Perché il calore danneggia la fertilità?

Il funzionamento del sistema riproduttivo maschile è particolarmente sensibile alle variazioni termiche. I testicoli dell'uomo, per funzionare correttamente, devono essere a una temperatura più bassa rispetto a quella corporea, «tanto è vero che sono nella sacca scrotale, cioè sono esterni al nostro addome, a differenza

dell'ovaio delle donne, proprio perché devono stare a una temperatura di uno-due gradi più bassa» sottolinea ancora Gianfrilli.

Dunque, quando le temperature ambientali aumentano in modo costante e prolungato, come accade sempre più frequentemente nelle città a causa dei cambiamenti climatici e delle ondate di calore, anche i testicoli subiscono questo stress termico. «Ormai diversi studi dimostrano come le alte temperature a cui sono esposti alcuni lavoratori o chi si sottopone frequentemente a saune possano incidere sulla produzione di spermatozoi», aggiunge il professore, evidenziando come l'effetto, seppur reversibile in certi casi, possa avere conseguenze sulla fertilità dell'intera popolazione urbana.

One Health: la salute urbana per il benessere collettivo

Il legame tra ambiente urbano e salute riproduttiva si inserisce pienamente nel paradigma One Health, il concetto che interconnette la salute dell'ambiente con quella umana e animale. «L'ambiente urbano deve essere studiato, valutato e bisogna incidere con interventi fattivi ed efficaci per far sì che sia un ambiente salutare e non un ambiente che danneggia la salute e il benessere del cittadino» riflette Gianfrilli. Questa visione è tanto più cruciale considerando che la maggior parte della popolazione mondiale vive ormai in grandi aggregati urbani, dove l'esposizione agli inquinanti è maggiore e costante. Per affrontare queste sfide, Gianfrilli lavora con il professor Andrea Lenzi per la Cattedra UNESCO sulla salute urbana della Sapienza che si dedica alla formazione di amministratori pubblici e professionisti sanitari, sviluppando ricerche epidemiologiche e raccomandazioni per contrastare inquinamento, riscaldamento e gli altri fattori che impattano sul benessere di chi vive nelle città.

La città influenza anche diabete e obesità

La [fertilità maschile](#) non è l'unica vittima dell'ambiente urbano. Obesità e diabete rappresentano patologie croniche strettamente legate alla conformazione delle città. «La conformazione urbana incide sul livello di mobilità del cittadino, per cui si tende a essere più sedentari», spiega Gianfrilli, sottolineando come «la facilità di accesso a cibo poco sano o ultraprocesso, la difficoltà di accesso a servizi sanitari, o la disponibilità di strutture e spazi per svolgere attività fisica abbiano ormai un peso significativo». Un cambiamento epocale che ha invertito i paradigmi storici: «Fino a trenta, quarant'anni fa, obesità e diabete erano patologie della classe economicamente più benestante. Adesso i dati epidemiologici mostrano come l'aumento significativo sia nei quartieri più svantaggiati e con minore alfabetizzazione sanitaria».

Da qui nasce l'esigenza di strumenti divulgativi innovativi per aumentare la consapevolezza dei cittadini e orientarli verso stili di vita più salutari. È questo l'obiettivo del progetto di Terza Missione "Spillover: come ti racconto la one health" ideato dal Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive della Sapienza Università di Roma, coordinato dalla professoressa **Michaela Liuccio** e declinato nel podcast Spill-On-Air a cui ha partecipato lo stesso Gianfrilli per coinvolgere i cittadini su questi temi cruciali per la salute urbana.

https://www.ilsole24ore.com/art/cosi-riscaldamento-globale-e-inquinamento-indeboliscono-spermatozoi-e-fertilita-maschile-AHrIW2nD?cmpid=nl_sanita24



Violenza donne, stress post traumatico a distanza di anni per oltre metà vittime

Dall'indagine epigenetica dell'Istituto superiore di sanità su un campione di donne e minori coinvolti l'impatto profondo delle aggressioni ma anche la possibilità di predire gli effetti a lungo termine e sviluppare interventi preventivi personalizzati

Redazione Salute

Lo dicono i racconti quotidiani, lo conferma l'epigenetica: subire violenza comporta nelle donne un disturbo da stress post traumatico che a distanza di anni rimane. Una vulnerabilità che può portare con sé anche depressione e il rischio di essere nuovamente "vittime".

A rivelarlo è il progetto di ricerca EpiWE, Epigenetica per le donne, coordinato dall'Istituto superiore di sanità (Iss) e finanziato dal ministero della Salute per indagare se, quanto e per quanto tempo la violenza influenzi l'attività dei geni e comprometta la salute psico-fisica delle donne.

Ebbene, dai dati raccolti grazie alle prime cento donne che hanno accettato di donare un campione di sangue per questo studio, è emerso che oltre la metà delle donne vittime di violenza a distanza di anni presenta un disturbo da stress post traumatico, un quarto ha sintomi di depressione, un terzo è ad alto rischio di subire di nuovo violenza. Non solo: da una collaborazione con la regione Puglia il progetto è stato appena esteso anche ai minori che hanno assistito a violenza, un'esperienza che anche in questo caso porta, secondo i primi risultati, a profonde conseguenze psicologiche.

Un progetto aperto

Le informazioni - spiegano dall'Iss - sono state raccolte su 76 vittime di violenza, mentre il resto del campione è stato utilizzato come controllo, applicando un questionario elettronico innovativo (EpiWEAT), elaborato dall'Istituto in italiano e in altre quattro lingue (inglese, francese, spagnolo, tedesco) per favorirne la diffusione tra le donne immigrate e i mediatori linguistici.

I questionari verranno poi integrati con analisi sui campioni per cercare le "cicatrici" epigenetiche sul Dna, impronte molecolari che non cambiano la struttura dei geni, ma ne modificano la funzionalità. Al momento EpiWE ha coinvolto le regioni Lazio, Lombardia, Campania, Puglia e Liguria, in cui le donne possono ancora [partecipare e aiutare lo studio donando un campione](#).

I dati principali

Oltre la metà delle vittime presenta disturbi post-traumatici (Ptd) gravi: il 27% delle donne con diagnosi di Ptd e 28.4% con Ptd complesso (C-Ptd). Il 23% delle vittime presenta sintomatologia depressiva (episodio depressivo maggiore, probabile o possibile) secondo la scala Ces-D. Il 32% è ad alto rischio di subire nuovamente violenza.

Più della metà ha un livello di istruzione pari o superiore al diploma di maturità e il 34% ha un'occupazione stabile mentre l'82% è di cittadinanza italiana. L'aggressore nel 97% dei casi è un uomo, nel 71% è il coniuge o partner. Nel 90% dei casi la violenza (sessuale, fisica, psicologica ed economica) è ripetuta nel tempo.

«La violenza domestica lascia tracce epigenetiche che modificano l'espressione dei geni, cioè la loro attività, senza alterare la sequenza del Dna – spiega Simona Gaudi, responsabile del progetto per l'Iss -. Studiare queste modificazioni potrebbe permetterci di predire gli effetti a lungo termine della violenza e sviluppare interventi preventivi personalizzati prima che insorgano patologie croniche».

Gli effetti sui minori

«Il progetto EpiWE – riprende Gaudi - ha portato all'elaborazione oltre che di EpiWeat di un secondo strumento digitale innovativo, EpiChild, pensato per i bambini e adolescenti. EpiChild è stato somministrato per ora a 26 minori di 7-17 anni (fra cui 8 orfani speciali, con madre deceduta e padre deceduto o in condizioni di detenzione) che hanno assistito alla violenza in famiglia, arruolati nel territorio pugliese in seguito a una collaborazione con la Regione Puglia e nell'ambito dello studio ESMiVA, Esiti di salute nei minori esposti a violenza assistita».

Secondo i primi risultati, spiega l'esperta, quasi l'80% dei minori ha vissuto come evento traumatico l'aver assistito a violenze fisiche in famiglia, e sono stati identificati diversi casi di Ptd complesso e depressione elevata. Il 42,3% del campione ha genitori separati o divorziati, e nel 92,3% dei casi l'aggressore è il padre. «I risultati – conclude Gaudi - confermano l'urgenza di: screening sistematici nelle strutture sanitarie e nei servizi sociali, interventi multidisciplinari integrati tra sanità, scuola e servizi sociali, Protocolli di prevenzione personalizzati basati su evidenze scientifiche, monitoraggio longitudinale, ossia nel tempo) per valutare l'evoluzione dei sintomi.

Lo studio proseguirà con follow-up programmati per monitorare l'evoluzione della sintomatologia della violenza subita, e costruire una base dati per future ricerche sul trauma transgenerazionale».

https://www.ilsole24ore.com/art/violenza-donne-stress-post-traumatico-oltre-meta-vittime-distanza-anni-AHP6JdvD?cmpid=nl_sanita24

The impact of the European Code Against Cancer on health, the economy and society

L'impatto del Codice europeo contro il cancro sulla salute, l'economia e la società

Messaggi chiave

- Il cancro rappresenta un peso enorme e crescente per le società europee. Un recente rapporto dell'OCSE sul cancro ha mostrato che, nell'UE27+2, ogni minuto vengono diagnosticati quattro casi di cancro, con un costo per i sistemi sanitari di quasi 97 miliardi di euro all'anno e una riduzione della produttività della forza lavoro di circa 50 miliardi di euro all'anno. Con l'invecchiamento della popolazione e l'aumento dei costi delle cure, si prevede che queste pressioni si intensificheranno.
- Il piano europeo per combattere il cancro evidenzia la prevenzione come la strategia più efficace per ridurre questo peso. Oltre a salvare vite umane, politiche di prevenzione efficaci ridurrebbero i costi sanitari, aumenterebbero la produttività, taglierebbero le emissioni di gas serra e rafforzerebbero il benessere generale della società.
- La quinta edizione del Codice europeo contro il cancro (ECAC-5) fornisce raccomandazioni aggiornate e basate sull'evidenza per aiutare le persone a ridurre il rischio di cancro. Questa nuova edizione include ora politiche pubbliche complementari per creare ambienti che consentano scelte salutari. Questo approccio è strettamente allineato con la pubblicazione dell'OCSE "Affrontare l'impatto del cancro sulla salute, l'economia e la società", che ha mostrato il considerevole potenziale sanitario ed economico dell'azione politica sui fattori di rischio del cancro.
- Questo rapporto presenta analisi selezionate dal rapporto OCSE, sostenendo l'importanza di politiche volte ad affrontare i fattori di rischio del cancro (fumo, consumo dannoso di alcol, obesità, diete non sane, scarsa attività fisica e inquinamento atmosferico), nei 27 stati membri dell'Unione Europea (UE), Norvegia e Islanda (UE27+2).
- Se tutti i paesi raggiungessero i migliori tassi di fattori di rischio osservati nell'UE27+2, ciò migliorerebbe significativamente la vita:
 - Si stima che si prevengano 300.000 casi di cancro all'anno, inclusi il 33% dei nuovi casi di cancro del colon-retto e il 27% dei nuovi casi di cancro ai polmoni.

- La mortalità prematura per cancro e altre malattie non trasmissibili diminuirebbe, con un totale di 300.000 decessi prematuri evitati ogni anno.
- Le persone vivrebbero più a lungo e sarebbero più felici: ci sarebbero quasi mezzo milione di casi di depressione in meno ogni anno.
- Intervenire sui fattori di rischio del cancro comporta anche più ampi benefici sociali per i decisori politici:
 - Si stima che i costi annuali dell'assistenza sanitaria per il cancro diminuiscano di 20 miliardi di euro, mentre il costo dell'assistenza per altre malattie non trasmissibili (NCD) sarebbe inferiore di 41 miliardi di euro, liberando ingenti risorse che possono essere reinvestite altrove.
 - Man mano che le persone migliorano la loro salute, sono più in grado di lavorare e la forza lavoro dell'UE27+2 guadagnerebbe l'equivalente di 2,6 milioni di lavoratori a tempo pieno.
 - I paesi con una spesa sanitaria più elevata otterrebbero notevoli risparmi dal raggiungimento dei migliori livelli di fattori di rischio, anche se hanno già una bassa prevalenza di fattori di rischio.
 - Diete migliori ridurrebbero le emissioni di anidride carbonica (CO₂), metano (CH₄) e protossido di azoto (N₂O) dell'equivalente di 16 milioni di auto a benzina, ovvero il numero di auto in Svezia, Austria e Belgio messe insieme.

Dal rischio alla ricompensa

Ogni minuto, quattro persone nei 27 Stati membri dell'Unione Europea (UE), più Islanda e Norvegia (UE27+2) ricevono una diagnosi di cancro, innescando una cascata di conseguenze per i sistemi sanitari, le economie e le società. Secondo le analisi dell'OCSE, si prevede che il cancro costerà ai sistemi sanitari dell'UE27+2 la sbalorditiva cifra di 97 miliardi di euro a parità di potere d'acquisto all'anno nei prossimi 21 anni (OCSE, 2024[1]).

Ciò rappresenta un aumento del 5% della spesa sanitaria rispetto a uno scenario senza cancro, un importo paragonabile all'intero bilancio sanitario annuale dei Paesi Bassi. Oltre all'onere sanitario, il cancro impone un pesante tributo alla società. La produttività della forza lavoro si riduce di circa 50 miliardi di euro a parità di potere d'acquisto ogni anno, più del PIL annuo della Lettonia.

Guardando al futuro, si prevede che l'invecchiamento della popolazione, le crescenti aspettative di migliori risultati in termini di cancro e i crescenti costi di trattamenti e tecnologie innovative aumenteranno ulteriormente i costi dei trattamenti nei prossimi 25 anni (OCSE, 2024[1]).

Per affrontare il crescente peso sanitario ed economico del cancro, l'UE ha lanciato l'ambizioso Piano europeo per combattere il cancro nel 2021 (Commissione europea, 2021[2]). Al centro di questa strategia c'è la prevenzione, lo strumento più efficace attualmente disponibile per ridurre l'impatto insostenibile del cancro in tutto il continente.

Circa il 40% dei casi di cancro in Europa è considerato evitabile attraverso cambiamenti nei principali fattori di rischio comportamentali come il fumo, il consumo dannoso di alcol, le diete non sane e la scarsa attività fisica. La quinta edizione del Codice europeo contro il cancro (ECAC-5) svolge un ruolo fondamentale in questo sforzo offrendo raccomandazioni chiare e basate sull'evidenza che consentono alle persone di fare scelte di vita consapevoli che possono ridurre significativamente il rischio di cancro (Figura 1).

L'ECAC-5 si basa sulle sue versioni precedenti con i consigli più aggiornati per il pubblico. Riconosce inoltre che la prevenzione richiede un supporto sistemico e pone una forte enfasi sul ruolo delle politiche pubbliche nel plasmare ambienti sani, riconoscendo che la capacità degli individui di seguire le raccomandazioni è spesso influenzata da fattori sociali ed economici più ampi.

Vengono inoltre fornite indicazioni pratiche per i decisori politici, che mostrano come normative mirate, investimenti e misure di salute pubblica possano creare le condizioni per scelte più salutari più facili e accessibili. Questo approccio è strettamente allineato con la pubblicazione dell'OCSE "Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society", che delinea una serie di misure concrete e attuabili in materia

di prevenzione, diagnosi e trattamento che i paesi possono adottare per salvare vite umane e ridurre i costi (OCSE, 2024[1]).

Ad esempio, per quanto riguarda il tabacco, il principale fattore di rischio per il cancro, il rapporto esamina il potenziale impatto del raggiungimento dell'obiettivo concordato a livello internazionale di una riduzione del 30% del consumo di tabacco entro il 2025 rispetto ai livelli del 2010, come traguardo intermedio verso la quasi totale eliminazione del fumo entro il 2040 (ovvero la riduzione della prevalenza del fumo al di sotto del 5%). Le politiche volte a promuovere stili di vita più sani hanno il potenziale non solo di prevenire il cancro, ma anche di ridurre l'impatto di altre importanti malattie non trasmissibili (MNT), come le malattie cardiovascolari (MCV), la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), il diabete e la demenza.

Tuttavia, l'impatto va oltre la salute fisica.

Adottando politiche a supporto delle raccomandazioni dell'ECAC-5, gli Stati membri dell'UE possono ottenere benefici individuali, economici e sociali di vasta portata. Possono migliorare la salute mentale, rafforzare l'economia attraverso l'aumento della produttività e la riduzione dei costi sanitari, nonché ridurre le emissioni di gas serra. Questo policy brief esplora i potenziali benefici delle politiche volte a ridurre i fattori di rischio del cancro, presentando solide motivazioni a favore dell'azione.

Immaginare un'Europa in cui tutti i paesi raggiungano il massimo nella prevenzione del cancro

Alcuni paesi hanno dimostrato cosa è possibile fare in termini di riduzione del rischio.

Ad esempio, in Svezia solo il 9% delle persone fumava quotidianamente nel 2022, ovvero la metà della media del 18% osservata nell'UE (OCSE/Commissione Europea, 2024[3]).

Nei Paesi Bassi, il 61% degli adulti raggiunge i livelli raccomandati di attività fisica, rispetto a una media di solo il 32% nell'UE. Questo documento illustra le argomentazioni economiche per l'attuazione dell'ECAC-5, concentrandosi sulle raccomandazioni relative allo stile di vita (ovvero le raccomandazioni da 1 a 6) e su quelle relative all'esposizione all'inquinamento (ovvero la raccomandazione 11).

Presenta i risultati del modello di pianificazione strategica della sanità pubblica per le malattie non trasmissibili (SPHeP-NCD) dell'OCSE, confrontando la situazione attuale con uno scenario in cui tutti i paesi hanno ridotto i propri fattori di rischio per raggiungere i migliori livelli raggiunti nella regione europea (Riquadro 1). L'analisi prende in considerazione sei principali fattori di rischio per il cancro: fumo, consumo eccessivo di alcol, scarsa attività fisica, obesità, diete non salutari (tra cui diete troppo povere di cereali integrali, verdura e frutta e troppo ricche di carne rossa e lavorata e sale) e inquinamento atmosferico.

Vite più lunghe, più sane e più felici.

In un'Europa più sana, in cui tutti i paesi raggiungono i migliori tassi di fattori di rischio osservati nell'UE27+2, meno persone si ammalerebbero di cancro. Si stima che ci sarebbero quasi 300.000 nuovi casi di cancro in meno all'anno. Migliorare la dieta da sola preverrebbe fino a 107.000 casi di cancro all'anno, mentre raggiungere i migliori tassi di fumo in Europa ne preverrebbe altri 71.000.

Nella maggior parte dei paesi, l'impatto maggiore si vedrebbe sul cancro del colon-retto, seguito a ruota dal cancro ai polmoni (Figura 2). Nei paesi dell'UE27+2, si eviterebbe il 33% dei nuovi casi di cancro del colon-retto e il 27% dei nuovi casi di cancro ai polmoni, se tutti i paesi raggiungessero i migliori tassi di fattori di rischio. Figura 2.

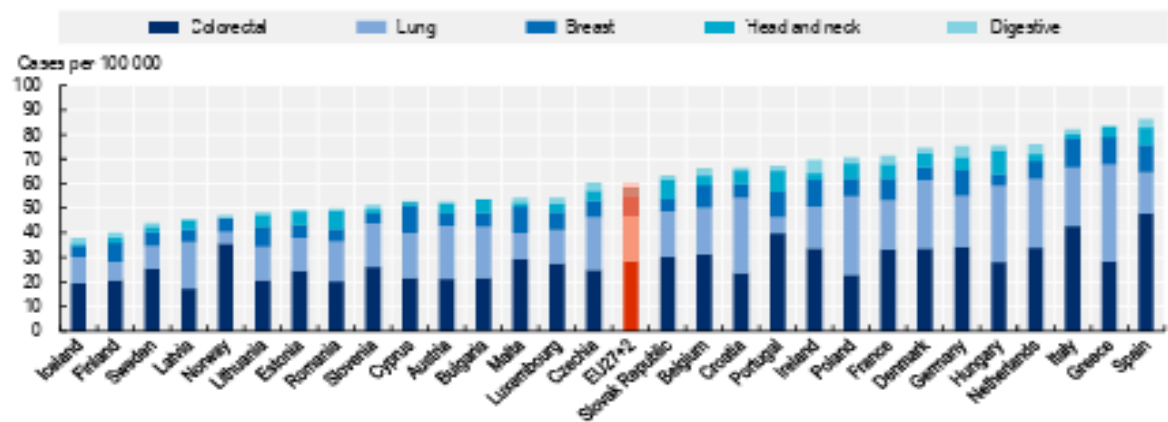
La riduzione dei fattori di rischio potrebbe prevenire quasi 300.000 casi di cancro, soprattutto al colon-retto e ai polmoni. Anche la mortalità prematura per cancro diminuirebbe, per un totale di quasi 75.000 decessi prematuri per cancro all'anno.

Ma l'impatto si fa sentire anche per altre patologie: la mortalità prematura per malattie cardiovascolari si ridurrebbe di quasi 180.000 all'anno e si ridurrebbero di 30.000 i decessi prematuri per cirrosi.

In totale, si eviteranno quasi 300.000 decessi prematuri (ovvero decessi in persone di età inferiore ai 75 anni) per malattie non trasmissibili se tutti i Paesi raggiungessero i migliori tassi di fattori di rischio osservati in Europa (Figura 3).

Figure 2. Reducing risk factors could prevent nearly 300 000 cases of cancers, especially in the colorectum and lungs

Cancer cases prevented (cases per 100 000 per year) if all countries achieved the best risk factor rates observed across the EU27+2, average over 2023-50



Note: Digestive includes liver, oesophageal, pancreatic, and stomach cancer; head and neck includes lip and oral cavity, larynx, other pharynx, and nasopharynx cancer.
Source: OECD SPHeP NCDs model, 2024.

Figure 3. Reducing risk factors could prevent nearly 300 000 premature deaths per year from cancer and other NCDs

Reduction in premature mortality (deaths in people under the age of 75) in the EU27+2 countries if all achieved the best risk factor rates observed across the EU27+2, total number of premature deaths avoided per year, average over 2023-50



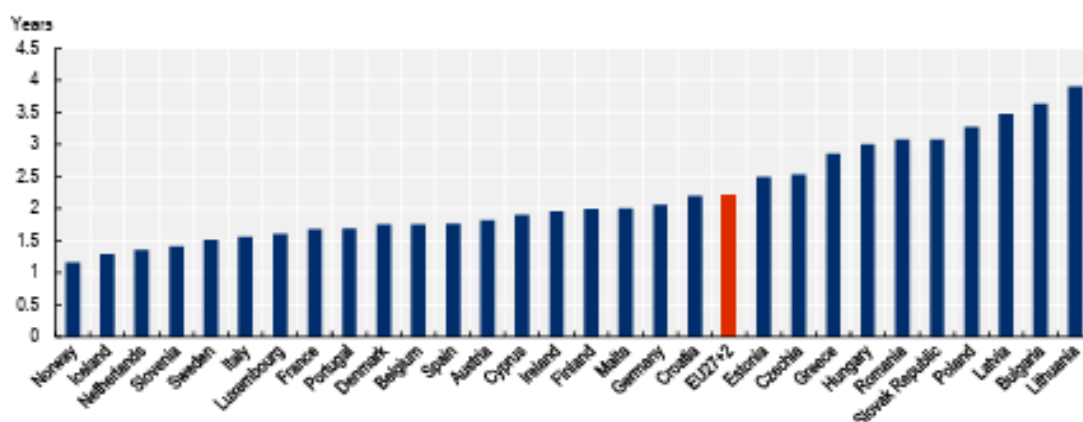
Note: *... = COPD : 1 998 ; **... = Dementia: 1 775.
Source: OECD SPHeP NCDs model, 2024.

Grazie alla riduzione della mortalità prematura, le persone in Europa vivrebbero più a lungo: l'aspettativa di vita media aumenterebbe di oltre due anni (Figura 4).

Le persone vivrebbero anche più felici: ci sarebbero quasi mezzo milione di casi di depressione in meno ogni anno. Sebbene l'entità dell'impatto vari da paese a paese, tutti hanno i loro vantaggi nell'affrontare i fattori di rischio del cancro.

Figure 4. Reducing risk factors would improve life expectancy by an average of more than 2 life years across EU27+2 countries

The impact of achieving the best risk factor rates observed across the EU27+2 on the average population life expectancy in years, average over 2023-2050



Source: OECD SPHeP NCDs model, 2024.

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1763126140.pdf>

quotidianosanità.it

Stati Uniti. Svolta choc dei Cdc: “Nessuna prova che i vaccini non causino l’autismo”.

La scienza ribadisce: non esiste alcun nesso

I CDC hanno riscritto le linee guida sul proprio sito web, aprendo alla possibilità di un nesso tra vaccini e autismo nonostante il consolidato consenso scientifico che lo esclude. La modifica, voluta dal Segretario alla Salute Kennedy Jr., è avvenuta senza consultare gli scienziati interni e ha portato all'allontanamento di esperti e alla loro sostituzione con figure vicine all'amministrazione. La comunità scientifica internazionale contesta questa svolta

G. Rodriguez

I Centers for Disease Control and Prevention (Cdc) americani hanno riscritto ieri la sezione del loro sito web dedicata alla sicurezza vaccinale, allineandosi alla posizione del Segretario alla Salute **Robert F. Kennedy Jr.** che sostiene un collegamento tra vaccini infantili e autismo.

Il sito dell'agenzia federale, riferimento mondiale per le politiche di salute pubblica, recita ora: "L'affermazione 'i vaccini non causano autismo' non è basata su evidenze perché gli studi non hanno escluso la possibilità che i vaccini infantili causino autismo". Il testo aggiunge che le autorità sanitarie hanno "ignorato" studi che supportano il nesso tra vaccini e autismo.

Autism and Vaccines

QUESTIONS AND CONCERNS | PAGE 2 OF 9 | ALL PAGES ↓



For Everyone
NOV. 19, 2025

KEY POINTS

- The claim "vaccines do not cause autism" is not an evidence-based claim because studies have not ruled out the possibility that infant vaccines cause autism.
- Studies supporting a link have been ignored by health authorities.
- HHS has launched a comprehensive assessment of the causes of autism, including investigations on plausible biologic mechanisms and potential causal links.

La revisione sarebbe avvenuta senza consultare lo staff Cdc che studia l'autismo, secondo quanto riferito a *Reuters* da un scienziato dell'agenzia che ha richiesto l'anonimato.

Kennedy aveva preparato il terreno per tutto questo dallo scorso agosto, licenziando la direttrice dei Cdc **Susan Monarez** per divergenze sulle politiche vaccinali.

L'agenzia è ora guidata da **Jim O'Neill**, non scienziato, mentre tutti i 17 membri del comitato consultivo sui vaccini sono stati sostituiti con nominati di Kennedy.

Gli scienziati contestano l'affermazione che gli studi non abbiano escluso un nesso causale, definendola "una stortura logica". Nella metodologia scientifica, quando si ipotizza una relazione causale (es. "i vaccini causano autismo"), spetta a chi avanza l'ipotesi fornire prove a sostegno.

Non è compito della scienza dimostrare l'assenza di ogni possibile effetto immaginabile, ma valutare le prove fornite per le affermazioni positive. In ambito scientifico il concetto di "prova definitiva" è di per sé raro.

Ciò non toglie che le evidenze a sostegno dell'assenza di un collegamento tra vaccini e autismo siano talmente numerose e robuste da aver prodotto un consenso paragonabile a quello sulla teoria dell'evoluzione.

Pertanto, perseverare nell'investigare un'ipotesi già ampiamente confutata diventa una scelta metodologicamente irrazionale. Portata alle sue estreme conseguenze, questa logica potrebbe giustificare la ricerca di un nesso tra vaccini e la facoltà di volare, sulla base del solo fatto che nessuno ha mai fornito una "prova definitiva" per escluderlo. La riscrittura dei Cdc rappresenta il culmine di un sistematico smantellamento dell'autorità scientifica americana, segnando l'ennesima rottura radicale con l'Oms e le agenzie sanitarie globali che continuano ad affermare l'assenza di nesso tra vaccini e autismo.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=133552

quotidianosanità.it

Diabete. In Italia oltre 4 milioni di casi con spesa e consumo di farmaci in crescita. Ma un paziente su 4 non segue correttamente le terapie

Secondo la [Relazione sul diabete 2024](#) del Ministero della Salute, il diabete colpisce circa il 6,2% della popolazione italiana con una prevalenza in aumento soprattutto al Sud. Il consumo dei farmaci antidiabetici cresce del 4,5% in un anno, trainato dalle nuove molecole come gliflozine e analoghi del GLP-1. La spesa pubblica per i farmaci ha superato 1,45 miliardi di euro nel 2023, pari al 5,6% della spesa farmaceutica nazionale.

04 NOV -

Il diabete continua a rappresentare una delle principali emergenze sanitarie del Paese. Lo evidenzia la *Relazione al Parlamento 2024 sul diabete* del Ministero della Salute, che fotografa una patologia in costante crescita, con un peso crescente anche sul fronte economico e farmaceutico. Oggi in Italia quasi un cittadino su 16 convive con il diabete, mentre le disuguaglianze territoriali e sociali aggravano l'incidenza della malattia. Allo stesso tempo, l'innovazione terapeutica spinge la spesa per i farmaci a nuovi record, trainata dalle nuove classi di antidiabetici di ultima generazione.

Il rapporto ministeriale aggiornato al 2024 conferma la portata della sfida sanitaria: **in Italia si stimano circa 4 milioni di persone con diabete noto**, pari al **6,2% della popolazione** (6,9% uomini e 5,7% donne), con un ulteriore milione e mezzo di casi non ancora diagnosticati. La prevalenza cresce fino al **20% tra gli over 75** ed è più elevata nel **Mezzogiorno (7,9%) e nelle Isole (7,4%)**, rispetto al Nord (circa 5,5-6,3%).

Il **diabete di tipo 2** rappresenta circa il 90% dei casi ed è strettamente legato a obesità, sedentarietà e condizioni socioeconomiche svantaggiate: secondo il sistema di sorveglianza **PASSI dell'Istituto Superiore di Sanità**, il **70% dei diabetici è in eccesso di peso** e il **48% completamente sedentario**. L'86% è in terapia farmacologica, soprattutto con **ipoglicemizzanti orali (79%) e insulina (25%)**.

L'uso dei farmaci: tra innovazione e costi crescenti

Nel 2023 la spesa pubblica per i farmaci antidiabetici ha raggiunto **1,450 miliardi di euro**, pari al **5,6% della spesa farmaceutica nazionale complessiva**, con un incremento del **+7,6% rispetto al 2022**. I consumi, espressi in DDD (Defined Daily Doses), sono aumentati del **4,5%**, toccando le **71,4 DDD ogni 1000 abitanti al giorno**, pari a circa il **5,4% dei consumi totali di farmaci** in Italia.

L'aumento è trainato in modo deciso dai **farmaci di nuova generazione**, sempre più diffusi nelle prescrizioni diabetologiche:

- Gli **analoghi del GLP-1** (come semaglutide, dulaglutide e liraglutide) hanno registrato un **+17,9% di spesa** e un incremento dei consumi del **+26,4%**, nonostante la riduzione del costo medio per dose del 6,7%. Con una **spesa pro capite di 8,38 euro**, rappresentano oggi la **categoria più costosa**.
- Le **gliflozine** (dapagliflozin, empagliflozin, canagliflozin), utilizzate sempre più spesso anche nei pazienti con scompenso cardiaco o nefropatia diabetica, hanno visto un **balzo del 60,1% della spesa** e un **+65,6% dei consumi**, con una spesa media pro capite di **3,04 euro**.
- La **metformina** resta il pilastro della terapia, utilizzata da sola o in associazione nel **32,6% dei trattamenti totali**, con un consumo pari a **23,3 DDD ogni 1000 abitanti die**, mantenendosi stabile nel tempo e a costi contenuti (0,20 euro per giornata di terapia).

Le **insuline**, pur restando fondamentali nel trattamento del diabete di tipo 1 e nei casi avanzati di tipo 2, mostrano una **contrazione della spesa (-36,1%)** e dei consumi (-31,4%) dovuta sia alla progressiva diffusione di molecole più innovative sia alla riduzione dei costi delle insuline basali.

Nel dettaglio, l'**insulina degludec associata alla liraglutide** è il principio attivo più costoso (4,44 euro per giornata di terapia), seguita dalla **semaglutide** (3,50 euro) e dalla **dulaglutide** (4,09 euro). Quest'ultima, insieme alla semaglutide, registra un **incremento record dei consumi**: rispettivamente **+52,3% e +75,9%** in un solo anno, segno dell'adozione rapida di queste terapie a somministrazione settimanale, particolarmente apprezzate per efficacia e comodità.

Al contrario, le **gliptine** (inibitori della DPP-4), un tempo protagoniste, mostrano oggi una stabilizzazione o un lieve calo dei consumi, mentre le **sulfaniluree e glinidi**, ormai superate dalle linee guida, continuano a essere prescritte ma in riduzione costante (-6,4 DDD/1000 ab die), pur rappresentando ancora circa il 10% dell'uso totale.

Disuguaglianze territoriali e aderenza alle cure

Come per la diffusione della malattia, anche l'uso dei farmaci riflette un **forte divario geografico**. La **prevalenza d'uso dei farmaci antidiabetici è del 6,5% a livello nazionale**, ma sale al **7,7% nel Sud e nelle**

Isole, contro il **5,5% nel Nord** e il **6,7% nel Centro**. Una distribuzione coerente con la maggiore incidenza di obesità, sedentarietà e diabete in queste aree.

Sul fronte dell'aderenza terapeutica, il rapporto segnala una **non aderenza del 23,9%**, pur in diminuzione rispetto al 2022 (-12%). Le donne risultano meno aderenti (28,1%) rispetto agli uomini (23,9%). Inoltre, solo il **47,5% dei pazienti risulta ancora in trattamento dopo 12 mesi**, con livelli più alti di persistenza al Nord. Tra i motivi principali: politerapia, eventi avversi, deficit cognitivi e scarsa interazione medico-paziente.

La *Relazione sul diabete 2024* conferma che la patologia è in crescita sia in termini epidemiologici che di impatto economico. L'aumento della prevalenza, trainato da obesità e sedentarietà, si accompagna a una forte espansione dei consumi di farmaci innovativi. La sfida dei prossimi anni sarà garantire **appropriatezza prescrittiva, aderenza alle cure e prevenzione**, in un contesto di spesa pubblica in aumento e disuguaglianze territoriali ancora marcate.

Parallelamente si evidenzia come le trasformazioni organizzative del servizio sanitario, come delineato dal DM 77, puntano a potenziare l'assistenza territoriale attraverso l'implementazione di centri diabetologici multidisciplinari, il ruolo attivo dei medici di medicina generale, delle case di comunità e della farmacia dei servizi, supportati da sistemi informatici integrati e dal Fascicolo Sanitario Elettronico interoperabile.

Questi interventi sono essenziali per garantire un accesso uniforme e personalizzato alle cure, rispondendo alle esigenze quotidiane delle persone con diabete. Nonostante i progressi, è imprescindibile continuare a investire in programmi di prevenzione, promuovendo stili di vita sani e agendo sui determinanti ambientali e comportamentali della malattia. Il PNRR rappresenta un'opportunità strategica per rafforzare ulteriormente l'assistenza diabetologica in Italia, favorendo la digitalizzazione, l'innovazione e la collaborazione tra tutti gli attori del sistema sanitario, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone con diabete e di contenere i costi sanitari a lungo termine.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=133098

Ospedale che cambia



Riformare le cure urgenti

Primo Buscemi

I centri di cure urgenti potrebbero rappresentare una promettente risposta organizzativa per affrontare il problema crescente del sovraffollamento del pronto soccorso. Le esperienze degli Stati Uniti e del Regno Unito dimostrano come strutture dedicate, dotate di personale qualificato e strumenti diagnostici di base, possano garantire un'assistenza più rapida e accessibile per problemi di salute a bassa complessità clinico-assistenziale, rispetto al ricorso diretto al pronto soccorso. Le sperimentazioni in Emilia Romagna e Toscana.

Le persone che hanno bisogno di cure urgenti per problemi di salute non gravi si trovano, sempre più spesso, a dover scegliere tra una lunga attesa in Pronto Soccorso e un appuntamento con il proprio medico di famiglia fissato a distanza di giorni o settimane. Questo fenomeno, che è determinato, da un lato dal sovraffollamento del pronto soccorso e dall'altro, dal sovraccarico di lavoro a cui sono sottoposti i medici di famiglia, non si verifica solo in Italia, ma è un problema che affligge molti Paesi.

Per offrire una risposta sanitaria tempestiva e di qualità alla crescente domanda di assistenza, diverse nazioni hanno realizzato delle strutture dedicate alle cure per le urgenze a bassa complessità clinico-assistenziale. Questi centri sono dotati di personale medico e infermieristico qualificato, sono attrezzati con strumenti diagnostici di base e connessi con i servizi di emergenza e di Cure Primarie per garantire un percorso assistenziale efficiente e sicuro. I centri di cure urgenti offrono assistenza per problemi di salute di lieve entità in tempi rapidi, con l'obiettivo di ridurre gli accessi inappropriati al pronto soccorso.

Nel tempo, questo modello organizzativo si è diffuso in Paesi come gli Stati Uniti d'America (USA) e il Regno Unito, per sbarcare recentemente anche in Italia. L'efficacia nel ridurre gli accessi impropri in pronto soccorso e la sostenibilità economica dei centri di cure urgenti sono ancora questioni aperte, sulle quali i ricercatori continuano a interrogarsi.

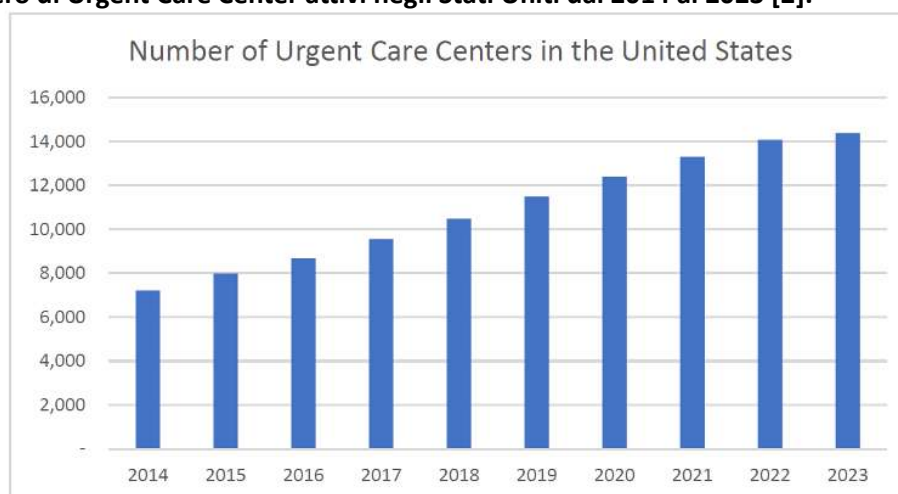
I centri di cure urgenti negli USA

Negli Stati Uniti, i primi centri di cure urgenti (*Urgent Care Center, UCC*) sono stati realizzati già a partire dagli anni '70 e attualmente rappresentano un modello di assistenza consolidato, con l'obiettivo di rispondere a una domanda crescente di assistenza medica tempestiva, accessibile e meno costosa rispetto a quella offerta dai pronto soccorso ospedalieri [1]. Il numero di centri sul territorio nazionale è in rapida crescita: nel 2023 erano presenti oltre 14.000 centri [2]. Oltre il 78% della popolazione statunitense vive a meno di 10 minuti di automobile da un UCC. Sebbene l'incremento interessi tutte le zone, l'espansione degli UCC nelle aree periferiche è aumentata di quasi il 20% dal 2019 al 2022.

La rapida diffusione dei centri di cure urgenti che ha avuto luogo negli ultimi anni è stata determinata da una serie di fattori, tra cui la crisi delle Cure Primarie, la convenienza economica, la comodità del servizio e l'aumento degli investimenti nel settore [3]. Gli Urgent Care Center offrono un'alternativa flessibile e conveniente per la gestione di condizioni acute, ma non emergenziali, come ferite superficiali, distorsioni, infezioni respiratorie, allergie e forniscono anche servizi diagnostici (radiografie, analisi di laboratorio) e servizi di prevenzione (vaccinazioni). La maggior parte degli UCC apre entro le 8:00 del mattino e chiude dopo le 19:00 e oltre il 67% dei centri è operativo tutti i giorni della settimana, compreso il fine settimana.

Nel 2022, è stato registrato un volume di attività pari a circa 50 visite al giorno per UCC. Il volume di pazienti nei centri di assistenza urgente può essere stagionale, con picchi tipici in autunno inoltrato e inverno, durante la cosiddetta "stagione respiratoria" correlata alla diffusione dell'influenza, del COVID-19 e delle altre malattie respiratorie [4].

Figura 1. Numero di Urgent Care Center attivi negli Stati Uniti dal 2014 al 2023 [2].



Per quanto riguarda l'assetto proprietario, gli *Urgent Care Center* possono risultare di proprietà di medici o di gruppi di medici, di proprietà di ospedali, di proprietà di compagnie assicurative o di compagnie di private equity. Gli UCC presenti sul territorio statunitense differiscono tra loro per le modalità di organizzazione dello staff, che sono caratterizzate da una certa eterogeneità. I medici che lavorano negli UCC sono per lo più medici specializzati in Medicina di Emergenza e Urgenza o medici di Cure Primarie. La composizione dell'equipe può variare a seconda dei volumi di attività del centro, ma generalmente comprende la presenza di medici affiancati da infermieri, "physician assistant"* e personale amministrativo.

Uno studio del 2021 pubblicato sull'autorevole rivista "Health Affairs", ha rilevato che **il costo medio di una visita al pronto soccorso è molto più alto del costo medio di una visita presso un UCC** (1.646 dollari vs 171) [5]. Tuttavia, lo stesso studio ha evidenziato che, sebbene gli UCC siano in grado di ridurre gli accessi inappropriati al pronto soccorso, il loro impatto nel raggiungere tale obiettivo risulta limitato e, nel complesso, la loro diffusione potrebbe contribuire a determinare un aumento della spesa sanitaria. Al di là del potenziale aumento dei costi, che dovrà comunque essere attentamente valutato dai decisori politici, si ricorda che ridurre gli accessi inappropriati al pronto soccorso per contrastare il fenomeno dell'overcrowding dovrà costituire sempre una priorità per i sistemi sanitari, in quanto il sovraffollamento del pronto soccorso è associato a peggiori esiti di salute per le persone assistite.

I centri di cure urgenti nel Regno Unito

Nel 2017, nel Regno Unito sono stati istituiti gli Urgent Treatment Centre (UTC) con l'obiettivo di standardizzare i servizi per le cure urgenti allora presenti sul territorio [6]. Nei decenni precedenti, infatti, per far fronte al problema del sovraffollamento del pronto soccorso, erano state realizzate diverse tipologie di centri, come i *Walk-In Centre* e i *Minor Injuries Unit*. Attraverso l'introduzione del modello degli UTC, definiti come "strutture comunitarie e di assistenza primaria che forniscono accesso a cure urgenti per la popolazione locale", il Servizio Sanitario Nazionale inglese (*National Health Service*) mira a ridurre la pressione sul pronto soccorso e a migliorare l'efficienza delle cure. Gli UTC sono strutture aperte almeno 12 ore al giorno, gestite da medici di famiglia, infermieri e altri operatori sanitari che dispongono di servizi di diagnostica di base come le analisi delle urine, l'elettrocardiogramma (ECG) e, in alcuni casi, la possibilità di effettuare radiografie. I pazienti possono accedere agli UTC tramite prenotazione o ad accesso diretto. Gli UTC offrono servizi integrati con i servizi locali di emergenza e urgenza e di Cure Primarie.

I dati di attività del 2021–2022 suggeriscono che gli UTC sono una realtà sempre più solida. Gli *Urgent Treatment Centre* sono destinati a svolgere un ruolo fondamentale nell'offrire una risposta integrata ai bisogni di salute della popolazione del Regno Unito e si può prevedere un aumento del loro utilizzo, man mano che clinici e pazienti diverranno più consapevoli delle loro potenzialità e modalità di accesso.

I centri di cure urgenti in Italia

A partire dal 2023, le Regioni Emilia-Romagna e Toscana hanno avviato dei progetti sperimentali per migliorare la gestione delle urgenze minori e ridurre la pressione sul pronto soccorso. In Emilia Romagna sono stati attivati i Centri di Assistenza e Urgenza (CAU), strutture sanitarie territoriali destinate alla gestione delle urgenze sanitarie a bassa complessità clinico-assistenziale che garantiscono, oltre alle prestazioni erogate dalla Continuità Assistenziale, anche prestazioni non complesse altrimenti erogate nei Punti di Primo Intervento e nei Pronto Soccorso [7]. A giugno 2025 erano attivi sul territorio regionale 46 CAU [8].

A settembre 2024, i pazienti che si erano rivolti ai CAU dalla loro attivazione erano più di 370.000. A seguito dell'introduzione della sperimentazione, nei primi nove mesi del 2024, rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, gli accessi in codice bianco nel pronto soccorso in Emilia-Romagna erano diminuiti mediamente del 20% e quelli in codice verde del 10%. Questi dati potrebbero indicare l'efficacia dell'intervento di introduzione dei CAU nel ridurre gli accessi inappropriati al pronto soccorso, in particolare in un contesto nazionale nel quale il pronto soccorso sono sempre più affollati e il numero complessivo di accessi ai servizi di

emergenza è in costante aumento. Tuttavia, al momento è in atto una revisione del modello organizzativo dei Centri di Assistenza e Urgenza a causa della forte disomogeneità delle performance di queste strutture registrata sul territorio regionale [9].

In Toscana, sono attivi da dicembre 2024 i Punti di Intervento Rapido (PIR), ambulatori di assistenza primaria dedicati ai casi a bassa complessità clinico-assistenziale. In Toscana sono attivi, al momento, sei PIR. La Regione Toscana ha prorogato la sperimentazione dei PIR fino al 31 dicembre 2025, prevedendo azioni migliorative per rendere più fluida l'accessibilità al servizio.

Attualmente, sia in Emilia-Romagna che in Toscana, è in corso un acceso dibattito politico sull'effettivo rapporto di costo-efficacia di questi interventi. [10-11] Ad ogni modo, entrambe le Regioni stanno attuando delle misure per potenziare e migliorare l'assetto organizzativo dei servizi per le urgenze introdotti, sulla base di quanto appreso nel corso delle sperimentazioni.

Conclusioni

I centri di cure urgenti potrebbero rappresentare una promettente risposta organizzativa per affrontare il problema crescente del sovraffollamento del pronto soccorso. Le esperienze degli Stati Uniti e del Regno Unito dimostrano come strutture dedicate, dotate di personale qualificato e strumenti diagnostici di base, possano garantire un'assistenza più rapida e accessibile per problemi di salute a bassa complessità clinico-assistenziale, rispetto al ricorso diretto al pronto soccorso. In Italia, le sperimentazioni attuate in Emilia-Romagna e Toscana mostrano risultati iniziali incoraggianti. Tuttavia, sono necessari ulteriori studi che valutino la costo-efficacia del modello organizzativo nei diversi contesti nazionali.

**Nota. "Physician assistant": un professionista sanitario autorizzato a eseguire determinate procedure mediche sotto la supervisione di un medico.*

Primo Buscemi, Dirigente Medico, SOSD Coordinamento Sanitario Servizi Zona Sud Est, Azienda USL Toscana Centro

<https://www.saluteinternazionale.info/2025/11/riformare-le-cure-urgenti/>



Cure palliative: necessarie per 300mila anziani, ma solo il 15% le riceve

In occasione della Giornata Nazionale delle Cure Palliative, la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria svolgerà un'indagine sullo stato delle cure palliative

Valentina Arcovio

Sono oltre 300mila gli anziani che hanno bisogno di ricevere sollievo dalla sofferenza causata da **malattie complesse**, progressive e inguaribili. Nonostante la legge sancisca il diritto alle **cure palliative**, si riscontra una copertura insufficiente, anche se la necessità è destinata a crescere a causa dell'**invecchiamento della popolazione** e dell'aumento delle patologie croniche, con una percentuale di accesso che l'Organizzazione Mondiale della Sanità stima attorno al 15%. Per riconoscere e misurare i **bisogni di cure palliative** nelle residenze per anziani e in ospedale, tradizionalmente non organizzati e sensibilizzati per fornire questo tipo di trattamenti, la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) coordinerà, insieme alle principali società scientifiche, associazioni e fondazioni nell'ambito della geriatria, medicina interna, cure palliative e assistenza socio-sanitaria, la prima e più ampia indagine sullo stato delle cure palliative in **ospedali e RSA**.

Parte una survey in 144 RSA e 207 reparti ospedalieri

La survey, che si svolgerà in occasione della [Giornata Nazionale delle Cure Palliative](#) dell'11 novembre, permetterà di scattare una fotografia istantanea della situazione in 144 RSA e 207 **reparti ospedalieri** distribuiti in tutta Italia, coinvolgendo oltre 3000 pazienti. “Numerose evidenze scientifiche hanno dimostrato che l'introduzione precoce, già nelle fasi iniziali delle **malattie gravi e inguaribili**, delle cure palliative, integrata anche con risposte ai **bisogni psicologici** e sociali dei pazienti, è associata a miglioramenti significativi nella capacità dell'anziano di affrontare la malattia, con un impatto positivo anche sul suo benessere globale e su quello di familiari e caregiver”, spiega **Dario Leosco**, coordinatore dell'indagine e presidente SIGG.

Le cure palliative sono anche più sostenibili per il SSN

“Oltre ai benefici clinici e psicologici, l'adozione precoce delle **cure palliative** ha dimostrato di contribuire a una maggiore efficienza nell'impiego delle risorse sanitarie, riducendo i costi complessivi dei trattamenti e la durata dei ricoveri ospedalieri”, sottolinea **Graziano Onder**, co-coordinatore dell'indagine e professore di Medicina e Cure Palliative, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. “In altre parole, le cure palliative precoci non solo migliorano la **qualità della vita** del paziente, ma contribuiscono anche a un sistema sanitario più sostenibile ed efficace”, aggiunge.

Un gap tra i bisogni dei pazienti e le risposte fornite dal sistema sanitario

Nonostante l'introduzione della [Legge 38/2010](#) sancisca il diritto alle **cure palliative** in Italia, persiste ancora un gap significativo tra i bisogni dei pazienti e le risposte fornite dal sistema sanitario. “In questo contesto, non solo gli hospice e le unità domiciliari, ma anche le **strutture residenziali** per anziani e gli ospedali, concorrono in modo complementare, alla gestione di anziani vulnerabili, che hanno bisogno di cure palliative specifiche, continue e personalizzate”, afferma **Monica Torrini**, Dirigente Medico di Geriatria all'Ospedale Careggi di Firenze e membro del Gruppo di Studio SIGG ‘La cura nella fase terminale della vita’. “È per questa ragione che la survey è volta anche a sensibilizzare gli operatori che operano in questi setting, facilitando la presa in carico dei **bisogni dei pazienti** ospiti di queste strutture”, puntualizza.

Identificare precocemente i pazienti con bisogni di cure palliative

“L'indagine si svilupperà attraverso la somministrazione di un breve questionario compilato da sanitari, **medici e infermieri**, e prenderà in considerazione indicatori e misure utili a valutare i **bisogni di cure palliative** dei singoli pazienti, come dolore, ulcere da decubito, malnutrizione, capacità deambulatoria e delirium”, sottolineano Leosco e Onder. “Sarà possibile identificare precocemente i pazienti con bisogni di **cure palliative** sulla base di indicatori di severità della malattia e su valutazione di perdita dell'autonomia, di peso, del declino cognitivo, di ricoveri non programmati e del **declino globale** dell'assistito”, aggiungono. “La Giornata Nazionale delle Cure Palliative rappresenta, dunque, un'importante occasione per il primo monitoraggio dei bisogni di cure palliative di pazienti all'interno di **ospedali e RSA**, e per la raccolta di dati concreti sullo stato dell'assistenza sanitaria in questo ambito”, conclude Leosco.

<https://www.sanitainformazione.it/cure-palliative-necessarie-per-300mila-anziani-ma-solo-il-15-le-riceve/>

Pronto soccorso in affanno sul personale, ma è boom di disagio giovanile e codici rosa

Barbara Gobbi

Cure psichiatriche in urgenza per 350mila pazienti l'anno con ben il 10% delle consulenze richieste per minori e un totale di circa 250mila codici rosa che approdano nei Pronto soccorso italiani. Dove si prevede che anche nel 2026 il personale continuerà a scarseggiare o a essere addirittura merce rara, tanto che solo un terzo delle strutture riuscirà da gennaio in poi - con il venir meno tra l'altro dei contratti con le cooperative dei gettonisti disposto per legge - a coprire oltre il 75% degli organici mentre un altro terzo disporrà di meno della metà dell'organico previsto.

L'indagine Simeu

È drammatica la fotografia dei Pronto soccorso italiani scattata dall'ultima survey realizzata dalla Società italiana di medicina d'Emergenza Urgenza (Simeu), riunita a Roma per l'Accademia dei direttori. Dove si parla di tecnicismi, certo, ma anche di vita quotidiana, perché è in queste strutture che approda gran parte del malessere non solo sanitario della società. Incluso il disagio psichiatrico galoppante e le vittime scampate alla violenza domestica.

A scattare una "istantanea" di carenze ed emergenze è l'indagine-flash condotta su un campione di strutture di medicina di Emergenza-Urgenza del Servizio sanitario nazionale: hanno risposto circa 50 Pronto soccorso selezionati corrispondenti per numero di centri e quantità di accessi nel 2024 (oltre 2,3 milioni) al 12% del totale nazionale, tra Dea di II livello, di I livello e strutture semplici di Pronto soccorso.

Organici sott'acqua

I dati andranno ulteriormente raffinati ma quel che emerge è una fotografia già molto significativa: secondo i direttori di struttura, da gennaio 2026 potrebbe arrivare un'ennesima "gelata" sul personale non solo per l'addio progressivo ai gettonisti ma anche per la possibile scadenza di contratti ancora in piedi dal Covid. E allora si prevede che solo un 31% delle strutture vedrà un organico superiore al 75% ma il 100% sarà una chimera e questa è in ogni caso la proiezione più rosea. Ben più pesanti sono le stime di un 26% di centri che dovrà far fronte all'assistenza e ai bisogni più svariati dei cittadini con meno del 50% dell'organico, che in un 4% dei casi sarà addirittura inferiore al 25% del necessario. Un quarto, appena. Il 39% dei centri - e il dato vista la condizione di sofferenza attuale è considerato paradossalmente quasi "buono" - avrà un numero di medici in servizio tra il 50% e il 75%.

«Questi dati - sottolinea il Presidente nazionale Simeu Alessandro Riccardi - pur in lieve miglioramento rispetto agli anni precedenti, confermano come la crisi del personale medico continui a rappresentare un elemento fortemente problematico nel sistema dell'emergenza urgenza. In mancanza della messa in campo di altre soluzioni per il prossimo futuro, si conferma la necessità di ricorrere a soluzioni-tampone, quali prestazioni aggiuntive e reclutamento di professionisti con modalità contrattuali esterne alla dipendenza dal Ssn».

La psiche in codice rosso

Il numero delle consulenze psichiatriche richieste nell'attività di Pronto soccorso è in crescita: nel campione esaminato da Simeu si attesta a 40.000 per il 2024, pari a quasi il 2% degli accessi di Pronto soccorso. Proiettando la rilevazione-spot sul dato nazionale si ottiene una necessità di interventi psichiatrici in urgenza pari a circa 350.000 all'anno.

Secondo Fabio De Iaco, Responsabile dell'Accademia dei direttori Simeu, «per quanto riguarda le urgenze psichiatriche il primo dato da sottolineare è che nel 54% delle strutture è presente una guardia attiva specialistica, in grado intervenire tempestivamente, mentre nel 33% è possibile una reperibilità specialistica e nel 13% non è previsto alcun intervento psichiatrico. Il dato ripropone una questione nota ma irrisolta, relativa all'evidente peso crescente del disagio e della patologia psichiatrica che si deve confrontare con un'insufficienza delle risorse specialistiche».

Allarme adolescenti

De Iaco accende i riflettori in particolare sugli adolescenti: «Un tema nel tema e che per noi sta diventando drammatico. Il 61% delle strutture non ha alcuna possibilità di ricovero per un adolescente e questa percentuale dà conto da un lato della scarsità dei posti letto denunciata da anni dai neuropsichiatri dell'infanzia, dall'altro che sempre più di frequente ci troviamo davanti ad atti di autolesionismo tra sostanze, armi da taglio e tranquillanti. Questi ragazzi poi non trovano, una volta dimessi, una risposta sul territorio e l'emergenza cresce. Va detto che il quadro che risulta dai dati è poi decisamente sottostimato rispetto alla realtà: molto spesso per i ragazzi non si richiede la consulenza psichiatrica o si allontanano in altro modo. È un iceberg quello che arriva da noi e del resto come ci dice la letteratura mondiale il Pronto soccorso è la principale porta di accesso al Servizio sanitario nazionale per gli adolescenti».

Il dato generale che emerge dalla survey mostra che mentre il 67% delle strutture che ha partecipato all'indagine ha a disposizione all'interno dell'ospedale un reparto di degenza psichiatrica, la possibilità di ricoverare un paziente di età inferiore ai 18 anni con problemi comportamentali scende al 39%.

I codici rosa

Le pazienti registrate nel 2024 con codice rosa sono poco più di 3000: un dato stabile negli ultimi anni, dal 2022 in poi, e la proiezione sul 2025 conferma la stessa tendenza. Proiettato sul totale nazionale si ottiene un numero di circa 250.000 codici rosa nei Pronto soccorso: «Un indice drammatico», commenta De Iaco. «Il tema non è tanto l'accertamento della lesione quanto la presa in carico sociosanitaria a cui non possiamo fare fronte, tanto più con questi organici - prosegue -: quando nel cuore della notte arriva una signora maltrattata con tre bambini piccoli che non può rientrare a casa, non hai nessuno che ti dia una mano per le prime 24-36 ore. Ci troviamo, nell'urgenza, a dover cercare un posto per offrire un ricovero sicuro a queste persone. Il Pronto soccorso purtroppo non è nelle condizioni di far fronte a queste situazioni, nell'attesa che i servizi sociali si attivino. Non possiamo ospitare una famiglia intera, ma è quello che ci capita di fare soprattutto nel weekend o di notte».

La conferma di questo scenario arriva da Antonella Cocorocchio, Responsabile Area infermieristica Simeu. «Quello della violenza contro le donne è un dato che andrà confermato anche attraverso altre rilevazioni: è però importante - spiega - sottolineare come il Codice Rosa in Pronto Soccorso costituisca un'evenienza per la quale la parte clinica rappresenta solo una parte dell'impegno necessario, spesso neppure prevalente. Le implicazioni di natura assistenziale che i codici rosa impongono, per esempio con la necessità di identificare rifugi per le vittime che devono essere allontanate da contesti pericolosi, frequentemente anche in presenza di bambini, impongono ai Pronto Soccorso compiti per i quali, a fronte della massima disponibilità degli operatori, spesso le risorse programmate sono insufficienti».

<https://www.ilsole24ore.com/art/pronto-soccorso-affanno-personale-ma-e-boom-disagio-giovanile-e-codici-rosa-AHMcpyrD>



Oncologia: oltre metà degli ospedali è senza supporto territoriale

Troppi ritardi su case e ospedali di comunità previsti dal Pnrr: investire anche sulla digitalizzazione e sviluppare team multiprofessionali

Monica Giordano, Silvana Leo, Cinzia Ortega, Giuseppina Sarobba e Paolo Tralongo

Promuovere una visione organica e continua del percorso oncologico; estendere e replicare i modelli organizzativi che già funzionano; ridurre la variabilità territoriale attraverso politiche regionali coerenti; rendere strutturale digitalizzazione, telemedicina e presa in carico domiciliare.

Sono questi i quattro punti che, secondo noi oncologi del CIPOMO, possono davvero accelerare l'integrazione tra ospedale e territorio e garantire una continuità di cura più solida per i pazienti.

I ritardi accumulati da case e ospedali di comunità

Queste priorità sono state al centro del nostro CIPOMO Day 2025, che si è svolto il 21 novembre e che ha messo in evidenza ancora una volta la distanza tra la programmazione prevista dal DM 77 e la reale operatività dei servizi territoriali. I dati Agenas lo mostrano con chiarezza: poco più di 300 Case della Comunità pienamente funzionanti su oltre 1.200 previste, meno di un terzo degli Ospedali di Comunità realmente attivi, e circa il 60% delle Centrali Operative Territoriali operative. Questo significa che oltre metà degli ospedali italiani continua a muoversi senza un adeguato supporto territoriale, con effetti concreti sulla qualità e sulla sicurezza della presa in carico. Nel corso della giornata abbiamo ribadito come l'evoluzione demografica, l'aumento della popolazione anziana e la crescente cronicizzazione della malattia oncologica richiedano modelli assistenziali diversi da quelli tradizionali. Follow-up, gestione delle tossicità, terapie di supporto: molti di questi interventi potrebbero essere garantiti nei nuovi setting territoriali previsti dal DM 77, liberando risorse ospedaliere e migliorando la qualità di vita dei pazienti. Perché ciò avvenga, però, serve una rete realmente funzionante, interoperabile e capace di dialogare con la medicina generale.

Le opportunità offerte da digitale e terapie più flessibili

La presa in carico oncologica, oggi, si sviluppa sempre meno dentro le mura ospedaliere e sempre più nei contesti ambulatoriali, territoriali e domiciliari. Le nuove terapie orali e sottocutanee consentono un'organizzazione più flessibile, mentre gli strumenti digitali e la telemedicina – ancora troppo poco utilizzati – potrebbero semplificare il coordinamento tra specialisti e medicina generale, ridurre gli spostamenti dei pazienti e migliorare lo scambio di informazioni tra professionisti.

Uno dei punti critici messi in luce dal CIPOMO Day riguarda le profonde differenze regionali: nel Sud e nelle aree interne l'attuazione del DM 77 risulta in ritardo di 12-18 mesi, con ricadute evidenti sulla capacità dei servizi sanitari di rispondere ai bisogni reali delle persone. Per questo riteniamo urgente rafforzare il ruolo delle politiche regionali nel creare reti più solide, omogenee e realmente operative.

La sostenibilità del sistema passa anche da qui: investire sulla digitalizzazione, sviluppare team multiprofessionali realmente integrati, e completare l'attuazione dei servizi territoriali previsti dal PNRR. Il CIPOMO Day 2025 ha voluto essere non solo un momento di analisi, ma una presa di posizione chiara: l'integrazione ospedale-territorio non è più un'opzione, ma una condizione imprescindibile per un'oncologia moderna, sostenibile e centrata sui pazienti.

https://www.ilsole24ore.com/art/oncologia-oltre-meta-ospedali-e-senza-supporto-territoriale-AHZOEEd?cmpid=nl_sanita24



Firmato il nuovo contratto dei medici: aumenti di 491 euro lordi al mese e 6.500 euro di arretrati

Marzio Bartoloni

È stato sottoscritto all'Aran, Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni, il [Contratto collettivo nazionale di lavoro](#) 2022-2024 per l'Area della Dirigenza Medica e Sanitaria, che riguarda 137mila dirigenti, di cui 120mila medici e 17mila dirigenti sanitari non medici. Le risorse complessive

disponibili, pari a 1,2 miliardi di euro, assicurano un incremento medio del 7,27%, traducendosi in aumenti medi di circa 491 euro al mese per 13 mensilità e in arretrati medi stimati in 6.500 euro.

La trattativa, avviata lo scorso 1° ottobre, si è svolta in un clima positivo e ha portato alla definizione di un accordo considerato ampiamente soddisfacente dalla maggior parte delle organizzazioni sindacali. Non hanno aderito Fp Cgil Medici e Fassid. “La firma di oggi è arrivata a poco più di un mese dall'avvio della trattativa. Si garantiscono incrementi economici significativi, compresi 6.500 euro medi di arretrati. Con il via libera di oggi si apre la strada all'avvio in tempi rapidi del negoziato per il triennio 2025-2027. Ringrazio le organizzazioni sindacali per il contributo e il confronto costruttivo”, avverte il presidente dell'Aran **Antonio Naddeo**. Che ora si dice fiducioso per arrivare presto anche al nuovo contratto: “La firma in tempi record apre la strada per il rinnovo 2025-2027”. Un nuovo round contrattuale che può contare sulle risorse stanziata dalla scorsa legge di bilancio.

“Doveva essere una trattativa rapida e così è stato. Al quarto incontro presso l'Aran è stata firmata la pre-intesa per il rinnovo del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro dei medici e dei dirigenti sanitari relativo al triennio 2022-2024”, Così **Guido Quici**, presidente della Federazione Cimo-Fesmed ricordando che l'accordo prevede aumenti mensili che vanno dai 322 euro lordi per gli incarichi di base ai 530 euro per i direttori di unità operativa complessa dell'area chirurgica, mentre gli arretrati oscillano tra gli 8.066 euro e i 13.480 euro, al lordo dell'indennità di vacanza contrattuale già erogata.

Non solo antibiotici: come difenderci dai super batteri

“Siamo complessivamente soddisfatti del risultato ottenuto, che accoglie molte delle richieste da noi avanzate - sottolinea -. Come più volte auspicato, la trattativa si è concentrata sugli aspetti economici, riuscendo a destinare quasi il 90% delle risorse alla parte fissa della retribuzione”. “Ora - conclude Quici - è fondamentale arrivare al più presto alla firma definitiva del contratto e consentire alle Regioni di emanare l'atto di indirizzo per l'avvio delle trattative del triennio 2025-2027”. Soddisfazione espressa anche dalla Segretaria Generale della Cisl, **Daniela Fumarola**: “Si tratta di un risultato significativo che riguarda un settore cruciale per la vita del Paese”. “Parliamo di professionisti che, negli ultimi anni, anche a causa della pandemia e della riduzione degli organici, hanno garantito con impegno, sacrificio e senso di responsabilità cure e assistenza ai cittadini. A loro va il nostro riconoscimento e la nostra gratitudine” ha aggiunto la sindacalista.

“Ora è necessario proseguire con determinazione nel percorso avviato. Per questo chiediamo che, nell'immediato, venga emanato l'atto di indirizzo per il triennio 2025-2027, così da avviare senza ritardi il nuovo negoziato e assicurare continuità ai rinnovi contrattuali” ha proseguito. “Auspichiamo che la sanità pubblica e i professionisti che vi operano tornino al centro dell'agenda politica del Paese. Il Servizio Sanitario Nazionale rappresenta una conquista di civiltà che va difesa e rafforzata, senza arretramenti” ha concluso Fumarola. Bocciatura della pre intesa del contratto invece da **Andrea Filippi**, Segretario Nazionale Fp Cgil Medici e Dirigenti SSN: “È preoccupante che, a fronte della fuga dai servizi sanitari ospedalieri e territoriali dei professionisti in cerca di rispetto del valore sociale della loro professione e di migliori condizioni di lavoro per migliorare la qualità delle cure offerte alla cittadinanza, si risponda con un contratto defanziato che non affronta temi centrali per l'organizzazione dei servizi”.

Nel mirino risorse contrattuali che “impoveriscono le buste paga di ben 10 punti percentuali, con una perdita di 537 euro lordi medi mensili rispetto all'inflazione, un aumento tabellare di soli 92 euro lordi al netto dell'anticipo, aumenti contrattuali degli incarichi, maggiori per le posizioni apicali ed in extramoenia, rispetto a quelle più basse da sempre sacrificate come quelle dei giovani e dei neoassunti, indennità di specificità, seppur già finanziata da gennaio 2026, congelata fino al prossimo contratto e ancora non adeguatamente finanziata per i Dirigenti sanitari, mancato finanziamento dell'indennità di esclusività dei Dirigenti delle Professioni Sanitarie che attende da anni una soluzione”.

“Per questo - prosegue la Cgil - noi non lo abbiamo firmato e siamo pronti a radicalizzare la nostra vertenza coinvolgendo, con lo sciopero generale del 12 dicembre, anche i Dirigenti Medici, Veterinari, Sanitari e delle Professioni Sanitarie che non accettano un contratto imposto dal Governo, firmato passivamente senza nessuna negoziazione.

https://www.ilsole24ore.com/art/firmato-nuovo-contratto-medici-aumenti-491-euro-lordi-mese-e-6500-euro-arretrati-AHdzJxoD?cmpid=nl_sanita24

Dirigenza medica e sanitaria. L'Anaao resta anche nel triennio 2025-2027 il sindacato più rappresentativo. Arretra la Cimo e aumentano Aaroi-Emac e Fassid, stabile il resto del fronte sindacale

I nuovi dati Aran confermano alcuni equilibri consolidati all'interno della dirigenza medica e sanitaria, ma registrano anche movimenti significativi tra le principali organizzazioni sindacali. Rispetto al precedente triennio 2022-2024, infatti, si osservano crescite importanti di Anaao Assomed che consolida il suo primato, Aaroi-Emac, Fassid e FVM, mentre cala la Federazione Cimo-Fesmed che si conferma in ogni caso al secondo posto.

Il nuovo accertamento della rappresentatività per l'Area Sanità relativo al triennio 2025-2027 [pubblicato](#) dall'Aran conferma alcuni equilibri consolidati all'interno della dirigenza medica e sanitaria, ma registra anche movimenti significativi tra le principali organizzazioni sindacali. Rispetto al precedente triennio 2022-2024, infatti, si osservano crescite importanti di Anaao Assomed, Aaroi-Emac, Fassid e FVM, mentre cala la Federazione Cimo-Fesmed che si conferma in ogni caso al secondo posto

- **Anaao Assomed** rafforza la propria posizione di leadership nel comparto. Le deleghe salgono da 18.038 a 18.626, con una crescita che porta la rappresentatività dal 25,92% al 27,05%.
- L'incremento percentuale è il più consistente dell'intera area e consolida ulteriormente il ruolo di primo sindacato dei medici dipendenti del SSN. La crescita delle deleghe – seppur numericamente contenuta – produce un effetto percentuale significativo, segno di una fidelizzazione stabile e duratura.
- La **Federazione Cimo-Fesmed** è l'unica grande sigla a registrare un arretramento. Le deleghe scendono da 13.331 a 12.380, e la quota di rappresentatività cala dal 19,15% al 17,98%.
- Una contrazione non enorme nei numeri ma incisiva in termini percentuali: la sigla perde oltre un punto di rappresentatività, in un contesto in cui gli altri sindacati risultano in crescita. Il distacco da Anaao si amplia ulteriormente.
- **AAROI-EMAC** prosegue nel suo andamento graduale ma costante di rafforzamento. Le deleghe passano da 7.563 a 7.887, con un incremento della quota dal 10,87% all'11,45%.
- Il sindacato degli anestesisti-rianimatori resta dunque una presenza stabile e crescente tra le sigle della dirigenza sanitaria, mantenendo il terzo posto ma avvicinandosi alle percentuali della Federazione Cimo-Fesmed.
- **FASSID** registra una crescita significativa. Le deleghe aumentano da 6.705 a 7.372, portando la rappresentatività dal 9,63% al 10,71%.
- Anche **FVM** vede un incremento rilevante. Le deleghe passano da 5.674 a 6.300, con una crescita percentuale dall'8,15% al 9,15%.
- Per la **FP CGIL** – unica confederale con un peso consistente nell'area – le deleghe scendono da 6.012 a 5.917, con una rappresentatività sostanzialmente stabile: dall'8,64% all'8,59%.
- La **Federazione Cisl Medici** registra un lieve calo: le deleghe passano da 4.187 a 4.107, e la quota percentuale scende dal 6,02% al 5,96%.
- Anche la **UIL FPL** passa da 4.207 a 3.888 deleghe, con una riduzione della rappresentatività dal 6,04% al 5,65%.

ACCERTAMENTO DELLA RAPPRESENTATIVITA'
TRIENNIO 2022 - 2024

AREA SANITA'			
ORGANIZZAZIONE SINDACALE	DELEGHE	%	CON
ANAAO ASSOMED	18.038	25,92%	
FEDERAZIONE CIMO-FESMED	13.331	19,15%	
AAROI EMAC	7.563	10,87%	
FASSID	6.705	9,63%	
FP CGIL	6.012	8,64%	
FVM	5.674	8,15%	
UIL FPL	4.207	6,04%	
FEDERAZIONE CISL MEDICI	4.187	6,02%	

ACCERTAMENTO DELLA RAPPRESENTATIVITA'
TRIENNIO 2025 - 2027

AREA SANITA'		
ORGANIZZAZIONE SINDACALE	DELEGHE	%
ANAAO ASSOMED	18.626	27,05%
FEDERAZIONE CIMO-FESMED	12.380	17,98%
AAROI EMAC	7.887	11,45%
FASSID	7.372	10,71%
FVM	6.300	9,15%
FP CGIL	5.917	8,59%
FEDERAZIONE CISL MEDICI	4.107	5,96%
UIL FPL	3.888	5,65%

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=133420

Medicina territoriale



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Formazione dei comunicatori sanitari: la necessità di un nuovo approccio

Kristen Panthagani, Edward R. Melnick, Katelyn Jetelina e Megan L. Ranney

Pubblicato il 2 agosto 2025

N inglese J Med 2025 ; 393 : 526 - 529

DOI: 10.1056/NEJMp2500320

La comunicazione sanitaria negli Stati Uniti versa in una situazione precaria. Negli ultimi due decenni, le fonti di informazione sanitaria preferite e affidabili dal pubblico sono cambiate radicalmente, ma le istituzioni non sono riuscite a tenere il passo con questi cambiamenti.

Per decenni, il sistema sanitario statunitense si è affidato a un approccio comunicativo top-down in cui le istituzioni governative e le associazioni professionali valutano le prove e diffondono raccomandazioni attraverso siti web istituzionali e interazioni medico-paziente. Tuttavia, questo approccio è inadeguato nell'attuale ecosistema informativo in rapida evoluzione. Sebbene la fiducia nei medici rimanga elevata, visite ambulatoriali brevi e siti web statici non sono sufficienti a contrastare l'esposizione massiccia a informazioni sanitarie inaccurate e molte persone non hanno un accesso adeguato all'assistenza sanitaria.

Quando i medici non sono disponibili, le istituzioni sanitarie e altri enti spesso indirizzano le persone con domande relative alla salute a fonti online affidabili, come i siti web dei Centers for Disease Control and Prevention (cdc.gov) o istituzioni accademiche.

Tuttavia, queste fonti si sono spesso rivelate inadeguate a soddisfare le esigenze pubbliche, anche prima dei recenti e destabilizzanti tagli ai finanziamenti e al personale. I siti web istituzionali tendono a fornire informazioni eccessivamente complesse, utilizzando testi di livello di lettura superiore a quello raccomandato dall'American Medical Association per la sesta elementare¹, [e](#) vengono spesso aggiornati lentamente in risposta alle tendenze e alle voci emergenti in materia di salute.

Con il calo della fiducia nelle istituzioni, le persone si rivolgono a fonti alternative di informazioni sulla salute, come le piattaforme dei social media: fonti coinvolgenti e accessibili che consentono una comunicazione tempestiva, ma spesso contengono informazioni inaccurate.

Oltre la metà degli americani che hanno dichiarato di aver provato nuovi strumenti o approcci sanitari nell'anno precedente ha indicato che i post sui social media erano la fonte di tali strategie, mentre solo un terzo ne è venuto a conoscenza dal proprio medico. [2](#) Un adulto statunitense su quattro dichiara di utilizzare i social media per cercare informazioni sulla salute almeno una volta alla settimana, con tassi più elevati tra le persone con bassi livelli di istruzione e reddito. [3](#)

Invece di riconoscere questa tendenza come sintomo del fallimento di un approccio comunicativo top-down, le istituzioni sanitarie hanno ampiamente scoraggiato i pazienti dal cercare informazioni sanitarie sui social media, indirizzandoli invece verso fonti istituzionali, fonti che spesso non forniscono risposte a domande emergenti e che molte persone non riescono a comprendere o di cui non si fidano. Applaudiamo Healthy People 2030 per la sua maggiore enfasi sulla comunicazione e l'alfabetizzazione sanitaria, compresi i suoi obiettivi di migliorare la comunicazione delle persone con i loro medici e l'accesso alle cartelle cliniche online. Tuttavia, siamo preoccupati che questi obiettivi si concentrino principalmente sulla comunicazione all'interno dei sistemi sanitari e ignorino in gran parte il ruolo fondamentale dei social media nel plasmare l'alfabetizzazione sanitaria negli Stati Uniti.

La propensione del pubblico verso stili di comunicazione sanitaria informali e coinvolgenti indica che c'è un vuoto da colmare; non è un comportamento per cui i cittadini dovrebbero essere rimproverati. Se le fonti autorevoli non reagiscono a questo cambiamento, le informazioni inaccurate continueranno a prevalere, mettendo a repentaglio la salute.

Per colmare questa lacuna, crediamo che più medici, scienziati ed esperti di sanità pubblica dovrebbero essere formati per comunicare e interagire con il pubblico. La pandemia di Covid-19 ha evidenziato il potere di questi comunicatori, persone che hanno tradotto in tempo reale le scoperte scientifiche dinamiche utilizzando social media, newsletter e apparizioni sui media. I comunicatori individuali hanno un vantaggio sostanziale rispetto alle istituzioni: il loro pubblico familiarizza con la loro voce e personalità, il che li aiuta a promuovere la fiducia in modi che le organizzazioni anonime non possono (vedi [immagini](#)). [Tuttavia, la maggior parte dei medici e degli scienziati riceve poca o nessuna formazione formale in comunicazione pubblica. Mentre l'89% degli adulti statunitensi ritiene che gli scienziati siano intelligenti, meno della metà afferma di essere buoni comunicatori.](#)⁴Esempi di comunicazione breve sui social media.

Per affrontare questo problema, le organizzazioni professionali che supervisionano i programmi di formazione universitaria e post-laurea in scienze biomediche, sanità pubblica e medicina potrebbero sviluppare competenze di base in comunicazione pubblica, da integrare nei programmi scolastici. Programmi di formazione come il programma "Health Communication for Social Change" della City University di New York e il nostro prossimo programma presso la Yale School of Public Health, "Navigare nel panorama mediatico per

il massimo impatto sulla salute pubblica", potrebbero fungere da modello per ampliare la formazione in comunicazione sanitaria. Gli attuali quadri di competenze per gli specialisti in comunicazione sanitaria⁵ [potrebbero](#) essere adattati per fornire competenze pratiche a scienziati e medici.

Una competenza importante consiste nel distinguere la diffusione delle informazioni dalla comunicazione. Gli studiosi accademici ricevono un'ampia formazione nella diffusione delle informazioni scientifiche, un approccio unidirezionale che prevede la condivisione di dati e fatti attraverso presentazioni e articoli di riviste scientifiche, ma ricevono una formazione molto inferiore sulla comunicazione chiara e concisa, adattata al grande pubblico. Tale comunicazione è bidirezionale – implica l'integrazione del feedback del pubblico – e spesso richiede di bilanciare sfumature e comprensibilità. Durante la pandemia, la comunicazione inefficace era comune. Ad esempio, i responsabili della sanità pubblica hanno detto alla gente che i vaccini forniscono immunità, senza riconoscere che questo termine sarebbe stato spesso interpretato erroneamente nel senso che i vaccini offrono una protezione completa, a causa del disallineamento tra le definizioni colloquiali e scientifiche di immunità. Le informazioni sono state diffuse efficacemente, ma il messaggio non è stato compreso.

In secondo luogo, scienziati e clinici avranno bisogno di una formazione sulla comunicazione dell'incertezza scientifica e sulla gestione delle aspettative. Questa formazione potrebbe concentrarsi su strategie per comunicare l'incertezza in modo trasparente e mantenere la fiducia in un contesto di linee guida in continua evoluzione. I cittadini dovrebbero essere supportati nella comprensione dei cambiamenti dinamici insiti nel processo di scoperta scientifica, anziché essere trattati come bersagli passivi di linee guida. Questo approccio richiede di comunicare ciò che gli scienziati fanno e, soprattutto, ciò che non fanno e i modi in cui cercano risposte. Quadri come la comunicazione del rischio includono non solo l'avvertimento dei pericoli, ma anche il riconoscimento della confusione che spesso accompagna l'incertezza.

Una terza competenza riguarda l'utilizzo di strategie comunicative empatiche e coinvolgenti. I messaggi basati sulla vergogna sono comuni nei discorsi online, ma sono controproducenti per la costruzione della fiducia. La formazione potrebbe porre l'accento sull'incontro con il pubblico laddove si trova, piuttosto che ignorare le sue preoccupazioni. Costruire un rapporto con un pubblico richiede un approccio bidirezionale che adatti i messaggi al background e ai valori delle persone.

Infine, la formazione potrebbe aiutare scienziati e medici a sfruttare i media interattivi per un ascolto efficace. A differenza dei siti web istituzionali statici, i social media e altri strumenti online possono fornire un feedback in tempo reale che consente ai comunicatori di riconoscere le preoccupazioni e adattare i messaggi per migliorare la chiarezza, l'efficacia e la competenza culturale. La formazione potrebbe includere un'introduzione a strumenti online come Google Trends e un coinvolgimento efficace nelle sezioni dei commenti per comunicare in modo responsabile con i membri del pubblico, sia individualmente che su larga scala.

L'espansione di una comunicazione sanitaria autorevole richiederà il supporto istituzionale. Le istituzioni accademiche e sanitarie spesso scoraggiano tirocinanti e docenti dall'interagire con il pubblico online e sui media, sottolineando i rischi associati all'uso dei social media e creando una cultura di paura attorno alla comunicazione pubblica. Questo approccio è controproducente. I leader istituzionali dovrebbero riconoscere la comunicazione e il coinvolgimento del pubblico come contributi accademici vitali per il progresso della salute pubblica. I processi di promozione accademica e di assunzione a tempo indeterminato potrebbero premiare i docenti che si impegnano nella comunicazione pubblica. Oltre al conteggio delle pubblicazioni e delle citazioni, ad esempio, nelle decisioni relative alla promozione e all'assunzione a tempo indeterminato si potrebbero utilizzare parametri di portata e di impatto sulle comunità. Le sovvenzioni pilota potrebbero offrire ai ricercatori tempo dedicato alla comunicazione scientifica; attualmente, i comunicatori dedicano notti e fine settimana a questo lavoro spesso non retribuito e poco riconosciuto.

Le conseguenze della mancata formazione di medici e scienziati su come comunicare efficacemente con il pubblico sono diventate sempre più evidenti. Centinaia di migliaia di americani sono morti a causa della mancata vaccinazione contro il Covid-19, causata in gran parte da carenze comunicative e informazioni inaccurate, e quasi un americano su tre crede alla falsa affermazione secondo cui questi vaccini avrebbero causato migliaia di morti improvvise. I drastici tagli ai finanziamenti dei National Institutes of Health hanno scioccato la comunità della ricerca biomedica, eppure scienziati e medici fanno ancora fatica a spiegare perché la ricerca biomedica sia importante per il pubblico con parole comprensibili per la maggior parte delle

persone, essendo stati formati per giustificare l'importanza di tale ricerca ad altri accademici, non ai propri vicini.

Sebbene migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria e l'informazione sanitaria istituzionale sia fondamentale, questi sforzi da soli non sono sufficienti. Le istituzioni accademiche e sanitarie devono anche fornire a scienziati e medici gli strumenti per interagire efficacemente su piattaforme mediatiche non tradizionali. Senza questi cambiamenti, voci e falsità continueranno a essere più influenti della scienza sanitaria.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2500320?emp=marcom>

quotidianosanità.it

La Manovra e la Prevenzione

Marco Geddes da Filicaia

Vengono stanziati nuovi fondi per la prevenzione oncologica e il potenziamento degli screening per mammella, colon-retto e polmone, ma le modifiche ai programmi non passano da un aggiornamento dei Lea né dal Piano oncologico nazionale. Pur riconoscendo l'aumento delle risorse, permangono una disomogeneità regionale nell'attuazione e l'urgenza di strategie comuni per ridurre le disuguaglianze e migliorare l'adesione ai programmi di screening

La Legge finanziaria 2026, che arriverà nelle prossime settimane in Parlamento, dedica alla prevenzione l'Articolo 64 (Misure di prevenzione), che si compone di quattro commi.

Il comma 1 stabilisce un finanziamento di 238 milioni di euro per:

- a. il potenziamento dello screening mammografico per il tumore della mammella, allo scopo di estenderlo alle donne di età compresa tra 45 e 49 anni e tra 70 e 74 anni;
- b. Il potenziamento dello screening per il tumore del colon-retto, allo scopo di estenderlo alle persone di età compresa tra 70 e 74 anni;
- c. la prosecuzione del programma di prevenzione e monitoraggio del tumore, nell'ambito della rete italiana screening polmonare (RISP), allo scopo di garantire la più ampia copertura sul territorio nazionale e una maggiore equità di accesso e favorire l'accessibilità ampliando la platea dei potenziali beneficiari aventi i requisiti per accedere al programma.

Tale finanziamento deve inoltre concorrere al rimborso alle Regioni per l'acquisto di vaccini ricompresi nel calendario nazionale vaccinale, incrementando l'apposito fondo previsto da norme precedenti.

Al comma 2 la norma prevede, per l'anno 2026, un ulteriore importo, aggiuntivo rispetto a quello previsto al comma 1, pari a 247 milioni di euro (127 derivanti dalla precedente legge di bilancio del 2025; 120 sul fabbisogno sanitario standard dell'articolo 63 di questa stessa normativa).

Con il comma 3 vengono stanziati 1 milione di euro (dalle risorse destinate al perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale) per la realizzazione, a cura del Ministero della salute, di campagne di comunicazione sulla prevenzione.

Il comma 4 prevede che i criteri di riparto degli importi di cui al comma 1 siano definiti in sede di riparto del complessivo fabbisogno sanitario standard dell'anno di riferimento.

Se ne deduce, in sostanza, che i fondi per la prevenzione salgono dal 5% al 5,2% in modo strutturale. Per il

resto si tratta di un aumento temporaneo in parte finanziato con un fondo, costituito nel precedente anno, che ora usano - o indicano di usare – secondo alcuni obiettivi.

Il fatto che emerga un incremento dei finanziamenti destinati alla prevenzione e, nello specifico, a questi screening, risulta certamente positivo.

La lettura del testo tuttavia ci conferma – se ve ne fosse bisogno – che le politiche sanitarie sono decise o quantomeno definite/delineate in sede del Ministero della Economia e Finanze (MEF), cosicché il loro effettivo risultato, in termini di efficacia sugli obiettivi dichiarati, appare assolutamente aleatorio.

Vengono modificati, con questa Legge di bilancio, i due screening oncologici sopra richiamati, normati dal Ministero della salute attraverso il Piano Oncologico Nazionale (documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro, 2023-2027) e definiti, sotto il profilo giuridico, dai Livelli essenziali di assistenza (LEA) sin dal 2001 e confermati dal DPCM 12 gennaio 2017. È opportuno richiamare all’attenzione del lettore che il DPCM che stabilisce i Lea si avvale del parere delle competenti Commissioni parlamentari della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica, nonché dell’intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

La domanda che inevitabilmente ci si pone è se la procedura sia corretta e perfino legittima.

Ci si attenderebbe infatti che si introducesse una modifica o aggiornamento al Piano Oncologico Nazionale sulla base di una valutazione costi-benefici dell’ampliamento delle summenzionate fasce di età.

Conseguentemente un aggiornamento dei Lea per il quale è necessario il parere delle Commissioni parlamentari (un dato non trascurabile del rapporto Governo – Parlamento) e in particolare della Conferenza Stato - regioni.

Sono infatti le Regioni che dovranno organizzare questa attività, acquisire i dati sulle persone da invitare, trasmettere i risultati dell’attività all’Osservatorio Nazionale Screening, mettere a disposizione attrezzature e personale non solo per lo screening, ma anche per il percorso successivo per i casi risultati positivi ai test.

In assenza di tali iniziative sarà inevitabile che il finanziamento non venga utilizzato o finalizzato, di fatto, ad altra attività.

Inoltre, se non si attua una modifica dei Lea, l’estensione dello screening è condizionata – finanziariamente – alla annuale legge di bilancio o a carico del bilancio di ciascuna Regione.

Al di là del fatto che la maggioranza delle Regioni impegnano, nell’ambito della Prevenzione, come evidenzia ripetutamente la Ragioneria Generale dello Stato, una spesa inferiore al 5% previsto dalla normativa (complessivamente a livello nazionale ci attestiamo al 4,5%), le problematiche rispetto agli screening oncologici non riguardano tanto la loro estensione – in termini di fasce di età – ma il diverso approccio da Regione a Regione e, prioritariamente, l’adesione della popolazione.

Per quanto riguarda il tumore del colon - retto la normativa in vigore (vale a dire il Programma nazionale screening e i livelli LEA) indica la fascia di età 50 – 69 anni con esame biennale.

Le Regioni, per quanto riguarda le fasce di età invitate, si suddividono in tre categorie:

- 1.** Età 50 – 69 anni con esame biennale: Basilicata, Campania, Friuli Venezia- Giulia, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Trentino Alto Adige, Valle d’Aosta.
- 2.** Età 50- 74 anni con esame biennale: Abruzzo, Lazio, Liguria, Lombardia, Umbria, Veneto.
- 3.** Età 50 – 69 anni con esame biennale + 70 – 74 anni con esame annuale: Emilia – Romagna, Marche.

Tuttavia l’elemento più rilevante è la differenza di adesione al test, come attesta l’Osservatorio nazionale Screening per il 2024: a fronte di una media italiana di “adesione corretta” del 35,8%, il Nord arriva al 46,8%, il Centro al 32,7%, il Sud 21,1%.

Più accentuate le differenze interregionali: Valle d’Aosta il 66,4%, Veneto il 61,7%; all’estremo opposto la Calabria 5,2% e la Sicilia 15,4%.

Pertanto, se alcuni programmi di estensione di tale screening da parte delle Regioni sono perseguibili, o già perseguiti, assestandosi la partecipazione al di sopra della media nazionale, altre realtà (fra cui, ad esempio Campania, Lazio, Puglia) sono nettamente sotto la media; il loro obiettivo prioritario dovrebbe pertanto essere quello di incentivare la partecipazione della popolazione a cui l’offerta di screening è già in atto.

Per quanto riguarda lo screening per il tumore del seno la variabilità di approccio fra le Regioni è assai più ampia, sia in termini di fasce di età che di periodizzazione, con ben sei differenti criteri, come si desume dal sito dell'AIRC che titola, non a caso: "Screening oncologici in ogni Regione: mettiamo ordine".

1. Puglia, Sardegna, Abruzzo, Molise si attengono alle indicazioni nazionali: 50 – 69 con mammografia ogni due anni.
2. Friuli Venezia Giulia ha abbassato l'età di ingresso: 45 – 69 anni.
3. Lazio e la Calabria hanno allungato l'uscita dallo screening: 50 – 74 anni.
4. Marche ha definito questa fascia di età: 45 - 74 anni.
5. Emilia-Romagna, Toscana, Lombardia, Sicilia, Valle d'Aosta e Veneto hanno adottato un programma più esteso e più intensivo: 45 – 49 annuale + 50 –74 biennale a cui ha aderito anche il Piemonte tuttavia con adesione spontanea tra i 70 e i 75 anni.
6. La Campania infine si caratterizza per diversità anche all'interno del proprio territorio: 45 – 69 in quattro Asl, 50 – 69 in tre Asl.

Queste diversità non appaiono - tutte – giustificate. Per quanto riguarda il tumore della mammella e la "calibrazione" costi/rischi- benefici vi sono approcci diversi.

Ad esempio le linee guida dell'Americana Cancer Society suggeriscono (have the option to start) una mammografia annuale fin dai 40 anni, ma dai 45 il suggerimento diventa una netta indicazione (should get), sostanzialmente per tutta la vita in buona salute, (con una partecipazione del 74% fra le assicurate, a fronte del 37% fra le non assicurate).

Diverso è l'approccio in Inghilterra e Scozia, dove il NHS offre lo screening con esame triennale dai 50 ai 70 anni (partecipazione 2023 – 2024 = 70,0%). Successivamente è possibile ripresentarsi spontaneamente ogni tre anni.

Le scelte fino ad ora indicate possono logicamente essere oggetto a modifiche, in base ai risultati della letteratura e alla introduzione di nuove tecnologie, che migliorano la diagnostica e riducono le radiazioni.

Un ampliamento della offerta appare appropriato là dove, fra i 50 e i 69 anni, si è raggiunta una adeguata copertura (adesione corretta), come ad esempio in Veneto (75,9%), Emilia-Romagna (73,9%), Toscana (67,4%),

Meno comprensibili appaiono invece le iniziative di ampliamento, già in atto, del Lazio e delle Marche con una copertura nella fascia di età maggiormente a rischio: rispettivamente del 43,6% e del 46,2%; ancor più particolari le iniziative di ampliamento in Campania con una adesione allo screening del 33,5% e in Calabria dove l'adesione si ferma al 22,1%!

Vi è inoltre un altro elemento da considerare: a livello territoriale tutte le regioni del Sud Italia, oltre al Lazio, la Liguria e le Marche, sono al di sotto della media nazionale (53,8%), ma presentano i livelli più elevati di esami mammografici al di fuori dello screening del SSN (accertamenti "spontanei"), non raggiungendo tuttavia, in queste regioni, la complessiva (screening + autopresentazione) media nazionale.

L'accesso alla mammografia, al di fuori dello screening organizzato, ha tuttavia una caratteristica che si chiama "disuguaglianza", come si evidenzia in base ai livelli di istruzione e alla cittadinanza.

Alla mammografia, al di fuori dello screening organizzato, vi ricorrono infatti il 30% delle laureate a fronte dell'11% di donne con nessuna istruzione o istruzione elementare; ancora più rilevanti le differenze in termini di nazionalità: 21% di italiane o provenienti da PSA (Paesi a sviluppo avanzato) contro il 9% di stranieri provenienti da Paesi a forte pressione migratoria.

Tali differenze, ovvero tali rilevanti disuguaglianze, non sussistono all'interno del programma di screening del Servizio sanitario nazionale.

Una iniziativa adeguata, nell'ambito di tali programmi di prevenzione oncologica, dovrebbe pertanto mirare a:

1. Definire una strategia comune fra le Regioni, con differenziazioni (incrementi dell'offerta per fasce di età e frequenza) sulla base degli obiettivi raggiunti.

2. Promuovere forme di partenariato fra Regioni, finalizzate ad esportare le migliori pratiche nelle Regioni che hanno una adesione inferiore alla media nazionale.
3. Mettere a punto iniziative specifiche mirate al superamento delle disuguaglianze con informazione mirata (anche linguistica) e offrire una prossimità di erogazione della prestazione, finalizzata a un riequilibrio di adesione e appropriatezza fra territori e fasce di popolazione (zone interne, gruppi svantaggiati ecc.).
4. Disincentivare, eliminando eventuali esenzioni fiscali e con un'azione di confronto con le organizzazioni sindacali su tale questione, le attività di (pseudo) prevenzione in tale ambito.

Tali iniziative sono un elemento di “inquinamento” delle attività di screening programmato, poiché causano una duplicazione di accertamenti con una sovraesposizione a radiazioni, una non rispondenza all’invito da parte del Ssn, con aggravii per il servizio (nuovo richiamo ecc.), una potenziale over diagnosi con conseguenti successivi accertamenti.

https://www.quotidianosanità.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=133070

quotidianosanità.it

A Roma al via PRIMA, progetto di integrazione ospedale-territorio con l’infermiere di famiglia e comunità

Iniziativa sperimentale promossa da AOU Sant’Andrea e ASL Roma 4. Il percorso di presa in carico prevede l’attivazione dell’Infermiere di Famiglia e Comunità già durante la fase di accettazione in DEA e il ricovero ospedaliero presso l’Ospedale Sant’Andrea, con la finalità di identificare precocemente i bisogni del paziente e predisporre un piano personalizzato di dimissione protetta, strutturato dalle equipe coinvolte.

30 OTT - Pianificare la presa in carico post ospedalizzazione attraverso la figura dell’Infermiere di Famiglia e Comunità con l’obiettivo di garantire continuità, personalizzazione degli interventi assistenziali ai pazienti dimessi dal DEA o ricoverati in area medica, integrando tra di loro ospedale e territorio. Questo l’obiettivo di “PRIMA, Presa in carico Integrata e Multidisciplinare Anticipata”, un progetto sperimentale che vede la collaborazione tra l’Azienda ospedaliero-universitaria Sant’Andrea di Roma e la ASL Roma 4, oggetto di un protocollo d’intesa firmato ieri, nella sede della Regione Lazio, dal Direttore Generale AOU Sant’Andrea, **Francesca Milito** e dal Direttore Generale ASL Roma 4, **Rosaria Marino**. All’evento erano presenti anche **Carmen Cappitella**, Direttore Professioni Sanitarie AOU Sant’Andrea, **Alessia De Angelis**, Direttore Professioni Sanitarie ASL Roma 4 e **Valentina Vanzi**, Rappresentante OPI Roma.

Il progetto traduce operativamente il ruolo dell’Ifec, così come previsto dal DM 77 e dalle disposizioni regionali, per realizzare una sanità di prossimità centrata sui bisogni delle persone. Mira a facilitare la continuità e l’integrazione tra i diversi setting clinico-assistenziali, sia a domicilio che attraverso le strutture delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità, contribuendo alla riduzione dei tempi di ospedalizzazione e migliorando l’accesso alle cure sul territorio della Asl Roma 4.

Sono cinque i punti che caratterizzano il progetto: ridurre i tempi di attesa all’interno del Pronto Soccorso del Sant’Andrea, migliorare la qualità e la sicurezza delle cure attraverso la continuità assistenziale. E ancora: promuovere l’empowerment del paziente e del caregiver, aumentando la capacità di autogestione della salute; garantire una gestione più efficiente delle risorse sanitarie e sociali, riducendo i costi legati a ricoveri evitabili e accessi impropri al PS.

Il percorso di presa in carico prevede l’attivazione dell’Infermiere di Famiglia e Comunità già durante la fase di accettazione in DEA e il ricovero ospedaliero presso l’Ospedale Sant’Andrea, con la finalità di identificare

precocemente i bisogni del paziente e predisporre un piano personalizzato di dimissione protetta, strutturato dalle equipe coinvolte.

I destinatari di PRIMA sono i pazienti accettati al DEA o ricoverati in Area medica al Sant'Andrea di età superiore ai 18 anni che sono dimessi verso il proprio domicilio e non in case di riposo sul territorio della ASL Roma 4. Infermiere di Famiglia e Comunità della ASL Roma 4, MMG, Reparti ospedalieri e case manager, responsabile medico, coordinatore e infermieri dell'U.O. coinvolta e Team Operativo Ospedaliero dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Andrea, Centrale Operativa Aziendale, Servizi Sociali e ADI e la Centrale Operativa Territoriale Distrettuale della ASL Roma 4, oltre alle Farmacie per riconciliazione terapeutica, sono invece i principali attori.

“Si tratta di una iniziativa certamente virtuosa che consente di rispondere in modo più organico alle esigenze di cura oltre le strutture ospedaliere, rafforzando così il rapporto con il territorio e integrando anche il lavoro del personale medico ospedaliero con quello di medici di famiglia, assistenti sociali, associazioni di volontariato. Allargare la partecipazione alle cure significa far crescere il benessere collettivo”, spiega in una nota **Francesca Milito**, Direttore Generale AOU Sant'Andrea.

“Il progetto si inserisce nell'ambito della nuova rete di servizi territoriali promossa dalla ASL Roma 4, che include la realizzazione delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità - dichiara **Rosaria Marino**, Direttore Generale Asl Roma 4 - Il percorso di presa in carico tramite gli IFEC sarà garantito anche ai pazienti che accedono ai Poli Ospedalieri di Civitavecchia e Bracciano, secondo le medesime modalità operative”.

“Qualsiasi iniziativa che favorisca la continuità assistenziale è la benvenuta dagli Infermieri, sui quali - ha dichiarato il Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma, **Maurizio Zega** - ricade per oltre il 92% l'attività domiciliare. La presa in carico attraverso la figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità non solo è utile: è indispensabile per la salute pubblica”.

https://www.quotidianosanita.it/lazio/articolo.php?articolo_id=133020

quotidianosanità.it

PA Bolzano. In fase di progettazione un nuovo modello di assistenza territoriale

Si parla di un sistema moderno e interconnesso che prevede l'attivazione, a partire dalla primavera 2026, di un nuovo numero 116117 come punto di accesso unico per tutte le esigenze sanitarie; dell'organizzazione uniforme della continuità assistenziale su tutto il territorio provinciale; di una maggiore flessibilità e attrattività per i medici di medicina generale che avranno possibilità di prestare servizio nelle Case della Comunità.

12 NOV - Il Dipartimento Prevenzione sanitaria e Salute e l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige promuovono l'ampliamento e il rafforzamento dell'assistenza territoriale. Il progetto, illustrato in una nota, prevede che a partire dal prossimo anno verrà introdotto un numero unico per l'assistenza sanitaria in Alto Adige, ossia il numero verde 116117 che sarà attivo 24 ore su 24 per fornire informazioni relative alla salute.

Contestualmente, è prevista una riforma sostanziale della cosiddetta continuità assistenziale, ovvero del servizio di guardia medica svolto dai medici di medicina generale al di fuori dell'orario ambulatoriale, che in futuro sarà offerto attraverso le nuove Case della Comunità.

Il cuore del nuovo modello è un sistema moderno e interconnesso, basato su tre pilastri:

1) Il nuovo numero 116117 come punto di accesso unico per tutte le esigenze sanitarie. Con il nuovo numero europeo 116117 si intende creare un punto di accesso unico per tutte le esigenze sanitarie della popolazione. Alle chiamate risponderà personale specializzato, fornendo direttamente le informazioni necessarie oppure indirizzando l'utente alla struttura competente: al proprio medico di medicina generale, se in servizio, all'Ambulatorio medico per le piccole urgenze presso la Casa della Comunità al di fuori dell'orario ambulatoriale, oppure - in caso di emergenza - al numero unico di emergenza 112.

2) L'organizzazione uniforme della continuità assistenziale su tutto il territorio provinciale.

La continuità assistenziale dei medici di base sarà organizzata in modo uniforme in tutta la provincia, garantendo a tutte le cittadine e i cittadini, indipendentemente dal luogo di residenza, l'accesso a cure mediche di base equivalenti in qualsiasi momento. Il nuovo modello prevede che tale servizio venga svolto dai nuovi Ambulatori medici per le piccole urgenze, attualmente in fase di realizzazione all'interno delle Case della Comunità. Questi ambulatori saranno accessibili - nelle Case della Comunità più grandi anche 24 ore su 24 - per disturbi acuti ma non gravi, contribuendo così a ridurre il carico dei Pronto Soccorso ospedalieri.

3) Maggiore flessibilità e attrattività per i medici di medicina generale. La possibilità per i medici di medicina generale di prestare servizio nelle Case della Comunità offre maggiore flessibilità, una pianificazione più agevole e una migliore conciliazione tra vita professionale e familiare. "Si tratta di un passo importante in un'epoca in cui sempre più persone cercano un buon equilibrio tra lavoro, famiglia e tempo libero. I medici che prestano servizio possono integrare il proprio reddito, mentre altri possono concentrarsi maggiormente sull'attività ambulatoriale o sulla famiglia", afferma Michael Mayr, direttore del Dipartimento Prevenzione sanitaria e Salute.

Il nuovo modello è innovativo, garantisce competenze chiare, percorsi brevi e un'assistenza uniforme, facilmente accessibile e di alta qualità, nel luogo giusto. L'integrazione tra la continuità assistenziale, gli ambulatori medici nelle Case della Comunità e il numero 116117 crea un sistema coordinato e integrato per tutte le cittadine e i cittadini dell'Alto Adige, indipendentemente dal luogo di residenza o dall'orario.

La proposta prevede un'introduzione graduale del nuovo modello: l'attivazione del numero 116117 sarà sperimentata a partire dalla primavera 2026 in una fase pilota nel Comprensorio sanitario di Bolzano, per poi essere estesa progressivamente a tutto il territorio provinciale.

https://www.quotidianosanita.it/provincia_autonoma_bolzano/articolo.php?articolo_id=133315

quotidianosanità.it

Medici di famiglia. Firmata la convenzione 2022-2024

L'ACN riconosce un incremento complessivo vicino al 6%, mettendo in campo circa 300 milioni di euro annui. Circa il 70% dell'aumento è destinato alle quote fisse capitarie e orarie, mentre il restante 30% confluisce in un fondo per le attività delle AFT, erogato ai medici in base al raggiungimento di obiettivi

"La firma di oggi rilancia la stagione contrattuale che non può dichiararsi conclusa: l'auspicio è che l'impegno per la conclusione delle prossime trattative entro giugno 2026, come già preannunciato dal Presidente della Conferenza delle Regioni Massimiliano Fedriga e dal Presidente del Comitato di Settore Marco Alparone durante il nostro Congresso di ottobre, possa essere rispettato". **Silvestro Scotti**, segretario generale Fimmg, commenta così l'intesa siglata oggi in SISAC sull'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) 2022 – 2024.

L'accordo arriva a meno di un mese dall'Atto di indirizzo grazie anche all'impegno del Ministero della Salute con il ministro Orazio Schillaci e del MEF con il ministro Giancarlo Giorgetti che rapidamente hanno concluso l'iter di approvazione degli atti di loro competenza. Questo ACN segna un cambio di passo per la medicina

generale: si recupera l'arretrato 2022-2024, compresi 150 milioni di contribuzione previdenziale riferiti al 2024 e 2025, e si apre subito il cantiere 2025-2027, così da riallineare i rinnovi al periodo di riferimento.

L'obiettivo non è solo economico: si punta a una reale simmetria tra la vigenza delle norme statali — con particolare attenzione all'attuazione del PNRR — e la convenzione dei medici di famiglia. Sul piano economico, l'ACN riconosce un incremento complessivo vicino al 6%, mettendo in campo circa 300 milioni di euro annui. Circa il 70% dell'aumento è destinato alle quote fisse capitarie e orarie, mentre il restante 30% confluisce in un fondo per le attività delle AFT, erogato ai medici in base al raggiungimento di obiettivi. Le risorse eventualmente non utilizzate del fondo saranno reinvestite in ulteriori progettualità, così da evitare dispersioni e massimizzare l'impatto sull'assistenza territoriale. Sotto il profilo normativo, l'accordo introduce correzioni mirate in attesa di una revisione organizzativa più ampia nel prossimo rinnovo. Tra le priorità, maggiore flessibilità per i medici neo-genitori e specifiche forme di supporto per i medici in formazione titolari di incarichi temporanei, per favorire ingresso e permanenza nella rete delle cure primarie. Grande attenzione anche ad una maggiore collaborazione tra le diverse branche, il testo richiama alla responsabilità della prescrizione diretta degli esami e delle visite di controllo ritenuti appropriati da parte di tutti i medici coinvolti nel percorso — inclusi gli specialisti — proponendo così una maggiore integrazione e una partecipazione più ampia al percorso assistenziale.

In questo quadro, ancora una volta dalla Fimmg arriva con forza la richiesta di un sostegno immediato alla capacità produttiva degli studi, delle équipes e delle dotazioni tecnologiche: "Serve immediatamente il nuovo Atto di indirizzo — dice Scotti — ma non solo: serve un'immediata iniezione di risorse economiche nella Legge di Bilancio che dimostri attenzione e fiducia verso il personale convenzionato da parte del Governo e del Ministero della Salute. Risorse irrinunciabili se si vuole generare carburante per far correre la nostra organizzazione, il personale di studio, le dotazioni strumentali di cui non possiamo più fare a meno". Il leader Fimmg ribadisce che bisogna uscire dal paradosso secondo il quale, nell'ambito della Legge di Bilancio, concepire manovre come la defiscalizzazione, la riduzione della pressione fiscale sulle quote variabili o le agevolazioni contributive sulle assunzioni del personale sia un tabù per la medicina convenzionata, mentre risulta obiettivo facile, congruo e coerente se a favore del personale dipendente.

"Se non si andrà rapidamente verso questa direzione — avverte Scotti — ci rimarrà solo da pensare che si voglia ridurre l'amplificazione della nostra capacità assistenziale ormai allo stremo per l'aumento del carico assistenziale a fronte di un numero di medici di famiglia che rischia di diminuire ancora. Noi non abbiamo alcuna intenzione di rallentare la corsa ad una medicina generale che è pronta alle sfide non più rimandabili del futuro".

Per FMT ha firmato il segretario nazionale, **Francesco Esposito**, che alla fine della riunione ha dichiarato: "Un accordo di transizione, con ombre e qualche luce, ma necessario per chiudere la stagione dei ritardi e metterci alle spalle un atto di indirizzo delle regioni a isorisorse. Firmiamo oggi ma per il triennio già passato, un malcostume che si ripete da anni e che speriamo sia definitivamente archiviato con l'impegno della controparte pubblica di riaprire subito le trattative per il 2026, così da allineare temporalmente, e finalmente, l'anno e l'ACN. E partendo stavolta da un atto di indirizzo frutto di dialogo con le parti sociali, con risorse adeguate e con una visione riformista dal punto di vista organizzativo e normativo, perché, è bene ricordarlo, gli accordi servono a valorizzare i medici per tutelare i cittadini e la sanità pubblica, per rispondere alla domanda di salute in modo efficace ed efficiente".

Nel merito della preintesa "cambia poco", sottolinea il segretario nazionale Esposito: "Partiamo da una nota negativa chiarissima, oltre agli aspetti citati precedentemente: è insufficiente rispetto al peso dell'inflazione, con un aumento previsto solo del 5,78%. Buona invece la previsione di una maggiore protezione e flessibilità oraria per le donne medico in maternità. Positivo, sempre sul piano della flessibilità, che si favoriscano quei medici che vogliono operare nelle case di comunità, senza l'obbligo di transitare dal ruolo unico".

"Chiudiamo questa fase — conclude Esposito — ora serve un vero cambio di passo per la sanità pubblica puntando sui medici, perché cresce il disagio e l'insofferenza nella categoria dopo anni di politiche sanitarie con poche idee e senza investimenti".

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=133136

Firmato l'accordo 2022-2024 sulla medicina generale: in campo 300 milioni all'anno

Scotti (Fimmg): "Cambio di passo importante ma non siamo ancora al traguardo, entro giugno l'accordo 2025-2027". Esposito (Fmt): accordo di transizione

Ernesto Diffidenti

È stato firmato in Sisac l'Accordo collettivo nazionale 2022-2024 su medicina generale, continuità assistenziale e 118 che mette in campo 300 milioni l'anno. Sul piano economico, ciò si traduce in incremento complessivo dei compensi vicino al 6%. Circa il 70% dell'aumento è destinato alle quote fisse capitarie e orarie, mentre il restante 30% confluisce in un fondo per le attività delle Aggregazioni funzionali territoriali (AFT), erogato ai medici in base al raggiungimento degli obiettivi. Le risorse eventualmente non utilizzate del fondo saranno reinvestite in ulteriori progettualità, così da evitare dispersioni e massimizzare l'impatto sull'assistenza territoriale.

Sotto il profilo normativo, l'accordo introduce correzioni mirate in attesa di una revisione organizzativa più ampia nel prossimo rinnovo. Tra le priorità, maggiore flessibilità per i medici neo-genitori e specifiche forme di supporto per i medici in formazione titolari di incarichi temporanei, per favorire ingresso e permanenza nella rete delle cure primarie. Attenzione anche ad una maggiore collaborazione tra le diverse branche con un richiamo alla responsabilità della prescrizione diretta degli esami e delle visite di controllo che devono essere appropriati da parte di tutti i medici coinvolti nel percorso, inclusi gli specialisti.

Scotti (Fimmg): ora aprire le trattative per il 2025-2027

"La firma di oggi - commenta **Silvestro Scotti**, segretario generale Fimmg - rilancia la stagione contrattuale che non può dichiararsi conclusa: l'auspicio è che l'impegno per la conclusione delle prossime trattative entro giugno 2026, come già preannunciato dal presidente della Conferenza delle Regioni Massimiliano Fedriga e dal presidente del Comitato di Settore Marco Alparone durante il nostro Congresso di ottobre, possa essere rispettato".

L'accordo arriva a meno di un mese dall'Atto di indirizzo grazie anche all'impegno del ministro della Salute, Orazio Schillaci, e del Mef con il ministro Giancarlo Giorgetti che rapidamente hanno concluso l'iter di approvazione degli atti di loro competenza. "Questo ACN - continua Scotti - segna un cambio di passo per la medicina generale: si recupera l'arretrato 2022-2024, compresi 150 milioni di contribuzione previdenziale riferiti al 2024 e 2025, e si apre subito il cantiere 2025-2027, così da riallineare i rinnovi al periodo di riferimento".

In manovra fondi per l'innovazione degli studi medici

Da Fimmg, tuttavia, arriva con forza anche la richiesta di un sostegno immediato alla capacità produttiva degli studi, delle équipe e delle dotazioni tecnologiche. "Serve immediatamente il nuovo Atto di indirizzo - dice Scotti - ma non solo: serve un'immediata iniezione di risorse economiche nella legge di Bilancio che dimostri attenzione e fiducia verso il personale convenzionato da parte del Governo e del ministero della Salute. Risorse irrinunciabili se si vuole generare carburante per far correre la nostra organizzazione, il personale di studio, le dotazioni strumentali di cui non possiamo più fare a meno». Il leader Fimmg ribadisce che bisogna uscire dal paradosso secondo il quale "concepire manovre come la defiscalizzazione, la riduzione della pressione fiscale sulle quote variabili o le agevolazioni contributive sulle assunzioni del personale sia un tabù per la medicina convenzionata, mentre risulta obiettivo facile, congruo e coerente se a favore del personale dipendente".

Esposito (Fmt): firmato un accordo di transizione

Per il segretario nazionale della Federazione dei medici territoriali (Fmt), **Francesco Esposito**, "la firma per un triennio già passato, è un malcostume che si ripete da anni e che speriamo sia definitivamente archiviato con l'impegno della controparte pubblica di riaprire subito le trattative per il 2026, così da allineare temporalmente, e finalmente, sia l'anno che l'Accordo sulla convenzione nazionale della medicina generale e del territorio". Secondo Esposito "è un accordo di transizione, con ombre e qualche luce, ma necessario per

chiudere la stagione dei ritardi e metterci alle spalle un atto di indirizzo delle Regioni a isorisorse". Nel merito della preintesa "cambia poco", secondo il segretario Fim. "Partiamo - spiega - da una nota negativa chiarissima: è insufficiente rispetto al peso dell'inflazione, con un aumento previsto solo del 5,78%. Buona invece la previsione di una maggiore protezione e flessibilità oraria per le donne medico in maternità. Positivo, sempre sul piano della flessibilità, che si favoriscano quei medici che vogliono operare nelle case di comunità, senza l'obbligo di transitare dal ruolo unico".

https://www.ilsole24ore.com/art/firmato-l-accordo-2022-2024-medicina-generale-campo-300-milioni-all-anno-AHk8OKZD?cmpid=nl_sanita24

quotidianosanità.it

Serve flessibilità contrattuale per attrarre i medici e salvare la medicina generale

Movimento Medici di Medicina Generale per la Dirigenza

Gentile Direttore,

il [recente articolo](#) in cui il segretario Fimmg Scotti (propone maggiore autonomia e flessibilità nel contratto dei medici di medicina generale (mmg) per attrarre maggiormente i giovani ci ha suscitato non poche perplessità.

Il segretario nel commentare gli ultimi dati sulle scelte dei giovani medici in tema di formazione e specializzazioni, motiva l'allontanamento dei giovani mmg con un impersonale *"non si è ancora riusciti a leggere le esigenze di questi professionisti e a tradurle in una adeguata forma contrattuale che possa offrire le risposte che chiedono"*, come se non fosse compito dei sindacati individuare tali esigenze.

Né comprendiamo l'accostamento tra il basso interesse dei giovani alla Scuola di Specializzazione in Medicina di Comunità e Cure Primarie (che non forma i futuri mmg come afferma, semmai li *"formerebbe"* se venisse colmato il vuoto normativo che la penalizza non consentendole tale sbocco professionale) e le cause di scarsa attrattività da lui citate, che invece sono proprie della medicina generale, quali motivi economici, rischio professionale e carichi di lavoro più elevati.

Non si capisce poi su quali dati o fonti si basi l'affermazione che *"l'irrigidimento su diritti apparentemente legati alla subordinazione finisce per rendere meno attrattiva una professione che, invece, se strutturata nella sua autonomia organizzativa e professionale, regolata da responsabilità e da progetti reddituali connessi agli obiettivi di salute dei cittadini, può essere molto attrattiva"* o addirittura che a rendere attrattiva la professione possa essere la trasformazione dei mmg del futuro in *"slash worker"* o *"freelance"* perché nativi digitali, sotto un cappello contrattuale che consenta un'attività *"in presenza o a distanza, su base oraria o a volume, con retribuzioni per servizi e obiettivi"*. Tutto questo inquadrabile in un mondo del lavoro moderno e attrattivo per le nuove generazioni, cui non appartarrebbe il passaggio alla dipendenza, segno a suo dire di scarsa comprensione delle nuove aspettative.

Mentre Scotti inneggia all'autonomia e alla flessibilità dei freelance e degli slash worker, tra luci ed ombre i più liberi tra i liberi professionisti, senza peraltro specificare come intenda declinarli nella pratica, e dimenticando forse che dietro tali nuovi profili potrebbe concretizzarsi anche il rischio di precariato o della necessità di cimentarsi in più lavori per compensare introiti bassi o discontinui, nasconde le rigidità contrattuali apportate all'ultimo contratto della medicina generale, e quanto questo abbia potuto contribuire alla scarsa attrattività della medicina generale tra i giovani.

A causare smarrimento e timore tra i giovani mmg e tra gli attuali corsisti ha infatti contribuito non tanto l'ipotetico irrigidimento sui diritti legati alla dipendenza ma la concreta realtà delle riforme contrattuali relative al ruolo unico e alle AFT introdotte dall'ultimo ACN, applicando modelli portati avanti proprio per allontanare l'ipotesi della dipendenza voluta dal Ministro e dalle Regioni per portare a compimento il modello

di assistenza territoriale indicato dal PNRR e dal DM 77/22 con la realizzazione delle Case di Comunità nelle quali è previsto che lavorino anche i mmg.

Il ruolo unico, che impone al mmg di esercitare sia attività a ciclo di scelta che attività oraria, è temuto dalla categoria come portatore di un carico di lavoro insostenibile e inconciliabile. L'AFT rappresenta invece un modello di associazionismo forzato, dove i mmg sono obbligati ad entrare senza possibilità di scelta in associazioni costruite dall'alto e tenute alla continuità dell'assistenza. E' evidente che tale organizzazione lasci al mmg ben poca autonomia professionale, senza peraltro garantirgli tutele. Vincolare una quota significativa della remunerazione al raggiungimento di obiettivi da parte dell'AFT limita ulteriormente l'autonomia professionale del mmg, introducendo sia un elemento di incertezza nello stipendio che un elemento vincolante di valutazione.

Negli ultimi anni sono stati effettuati diversi sondaggi indipendenti sulle preferenze dei mmg tra libera professione convenzionata e dipendenza, e in tutti la categoria è risultata abbastanza equamente divisa, con una quota che potremmo quantificare tra il 40 e il 50% a favore della dipendenza, che risulta preferita in maggioranza tra i giovani. Una scelta che corrisponde poco al profilo del medico imprenditore o freelance.

Il lavoro autonomo ed in particolare la modalità "freelance", che si rivolge ad una pluralità di occupazioni ma anche di datori di lavoro, è adatto a chi desidera maggiore autonomia e flessibilità nei propri orari, con la possibilità di guadagnare di più rispetto ai colleghi dipendenti, ma può richiedere maggiori necessità di adattamento e una maggiore inclinazione al rischio. Un lavoro che potrebbe non essere l'ideale per chi invece preferisce maggiore stabilità e maggiori tutele, per chi aspira ad una maggiore integrazione all'interno del SSN e per chi si ispira al modello più tradizionale del mmg clinico.

Di fronte a questi dati e a questa realtà, condividiamo che certamente una delle parole chiave per restituire attrattività alla professione del mmg sia "flessibilità", che però va intesa anche nel senso più ampio di una pluralità di forme contrattuali che includa la dipendenza dal SSN, con possibilità di scelta tra questa e la libera professione, venendo così incontro alle diverse esigenze dei potenziali futuri mmg e riuscendo così ad attrarne un maggior numero. Solo in questo modo si potrà salvare la medicina generale.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=133298

L'Italia resta indietro nelle retribuzioni: tra i Paesi Ocse infermieri in fondo alla classifica, i medici poco sopra la media ma il gap con i principali stati del Nord Europa è ancora elevato

Luciano Fassari.

I dati OCSE confermano che l'Italia continua a pagare meno, sia i medici specialisti sia gli infermieri, rispetto alla gran parte dei Paesi avanzati. I dottori italiani si attestano a 142 mila dollari a parità di poter d'acquisto (PPP), appena sopra la media ma distanti anni luce da Irlanda, Paesi Bassi e Germania. Per gli infermieri la situazione è ancora più preoccupante: 48 mila dollari, contro una media OCSE di 61 mila, con l'Italia in coda all'Europa occidentale.

14 NOV -

Medici specialisti pagati meno dei colleghi del Nord Europa e infermieri tra i meno retribuiti di tutto l'Occidente avanzato: il nuovo quadro OCSE presente nel rapporto Health at a Glance 2025 sulle remunerazioni sanitarie fotografa con chiarezza un'Italia che fatica a restare competitiva sul terreno degli stipendi. Mentre altri Paesi europei ed extraeuropei investono per trattenere e attrarre professionisti, l'Italia arranca tra salari stagnanti, differenziali crescenti e una mobilità in uscita che indebolisce ulteriormente la capacità del Servizio sanitario nazionale di garantire qualità e continuità assistenziale.

Medici specialisti: Italia leggermente sopra la media, ma la distanza dai Paesi leader è enorme

Secondo la comparazione OCSE, i medici specialisti italiani guadagnano in media 142 mila USD PPP, un valore superiore alla media OCSE (133 mila USD PPP) ma ben lontano dai Paesi dove le retribuzioni sono più elevate.

I Paesi in testa

Irlanda: 256 mila

Paesi Bassi: 228 mila

Germania: 207 mila

Corea: 195 mila

Belgio: 170 mila

Danimarca: 163 mila

Regno Unito: 162 mila

L'Italia si colloca quindi in una fascia medio-alta, ma il gap con i leader europei è di 60-100 mila dollari l'anno.

I Paesi con retribuzioni inferiori o comparabili

Spagna: 133 mila

Francia: 115 mila

Slovenia / Polonia: tra 106 e 108 mila

Portogallo: 85 mila

Grecia: 75 mila

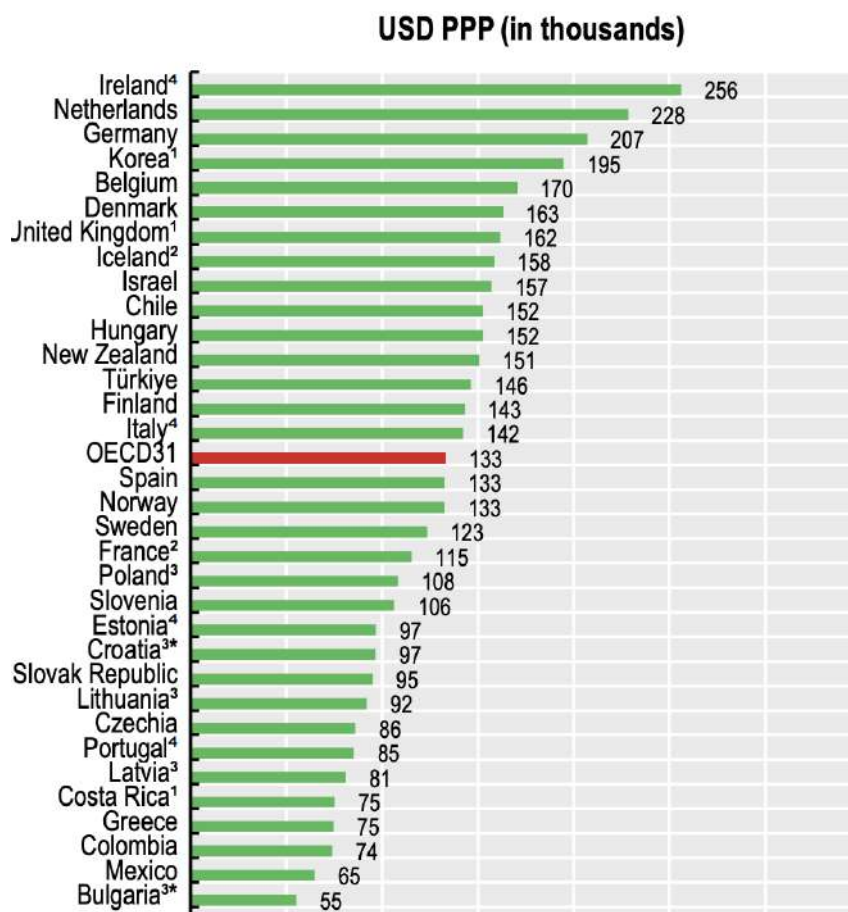
Bulgaria: 55 mila

Il posizionamento italiano resta quindi "di mezzo": meglio del Sud Europa e dell'Est, ma troppo poco per evitare la concorrenza di sistemi molto più generosi.

Un problema strutturale: competitività salariale e scelta delle specialità

Il divario retributivo influisce direttamente sulle scelte dei giovani medici: i Paesi ad alta remunerazione attraggono specialisti da tutto il mondo, mentre quelli con retribuzioni più basse – come l'Italia – rischiano di perdere personale formato con risorse pubbliche.

Il fenomeno è particolarmente evidente nelle specialità più carenti in Italia: anestesia, pronto soccorso, radiologia e medicina interna.



Infermieristica: l'Italia tra le ultime in Europa occidentale

Se per i medici il posizionamento italiano è intermedio, per gli infermieri la situazione appare decisamente più critica.

Gli infermieri italiani guadagnano in media 48 mila USD PPP, contro una media OCSE di 61 mila. Un divario di 13 mila dollari che diventa molto più ampio se confrontato con i Paesi ad alta retribuzione.

I Paesi guida OCSE

Lussemburgo: 123 mila

Stati Uniti: 97 mila

Australia: 84 mila

Paesi Bassi: 82 mila

Paesi nordici (Danimarca, Norvegia, Islanda): tra 72 e 77 mila

Qui le retribuzioni sono tra il 40% e il 100% più alte rispetto all'Italia.

I partner europei

Germania: 73 mila

Spagna: 73 mila

Francia: 48 mila (simile all'Italia, ma con trend di crescita più rapido)

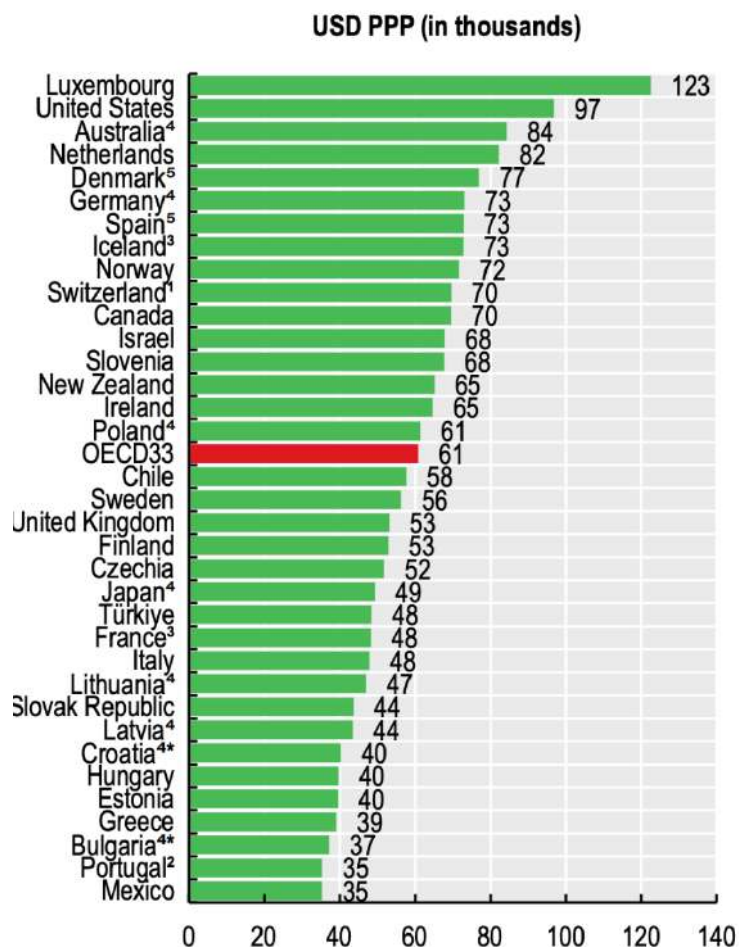
I Paesi dell'Est

Ungheria: 40 mila

Grecia: 39 mila

Bulgaria: 37 mila

L'Italia è quindi al limite inferiore dei Paesi dell'Europa occidentale e più vicina – per livelli salariali – al blocco dell'Est che alle economie di riferimento dell'Unione Europea.



Gli effetti sul SSN: carenze, mobilità, difficoltà di reclutamento

La differenza retributiva non è solo un numero: è un fattore diretto della crisi di personale che il SSN sta vivendo. Un numero crescente di medici e infermieri italiani migra verso Germania, Svizzera, Regno Unito, Paesi nordici, Francia dove stipendi e condizioni lavorative risultano più favorevoli. Inoltre, secondo le stime delle associazioni infermieristiche mancano circa 70 mila infermieri, mentre le carenze di specialisti colpiscono soprattutto i reparti di emergenza-urgenza e le specialità ad alta complessità.

Il sotto-finanziamento della forza lavoro sanitaria compromette la capacità di: garantire turni adeguati, mantenere gli standard di qualità, coprire la crescente domanda legata all'invecchiamento della popolazione. Un quadro che rischia di diventare insostenibile senza interventi strutturali.

La fotografia OCSE è chiara: i medici italiani sono pagati in modo moderatamente competitivo, ma comunque lontano dai Paesi guida e gli infermieri italiani sono tra i meno retribuiti dell'Europa occidentale e sotto la media OCSE.

Se il SSN vuole restare attrattivo – e soprattutto funzionale – deve intervenire su entrambi i fronti con: politiche salariali mirate, percorsi di carriera più chiari, valorizzazione delle competenze e investimenti sulla forza lavoro.

L'alternativa è un progressivo indebolimento del sistema, già oggi sostenuto dalla professionalità di operatori spesso mal retribuiti rispetto al contesto internazionale.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=133366



Gimbe: 'La manovra 2026 è un'illusione contabile, la sanità resta senza infermieri'

Andrea Tiroto

La Legge di Bilancio 2026 per la sanità italiana, analizzata dalla Fondazione Gimbe, evidenzia una crisi profondissima del sistema infermieristico che rischia di diventare un'emergenza sanitaria nazionale dai contorni allarmanti. Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione, riconosce purtroppo che «nonostante gli annunci e le cifre altisonanti, la legge di bilancio delude le legittime aspettative di professionisti sanitari e cittadini».

La carenza di infermieri è drammatica: l'Italia conta solo 5,8 infermieri ogni 1.000 abitanti, contro una media europea di 8,4, con differenze territoriali marcate che penalizzano il Sud e molte regioni strategiche. La professione è gravata da un'età media molto alta (il 50% degli infermieri ha oltre 50 anni) e da stipendi inferiori alla media europea, elementi che rendono quasi impossibile il ricambio generazionale e accentuano la fuga dal servizio pubblico.

Le risorse stanziare dalla manovra – circa 1.630 euro annui in più per gli infermieri – sono considerate da Cartabellotta «solo briciole», incapaci di arrestare l'emorragia di professionisti verso il privato o l'estero né di rendere attrattiva la professione infermieristica per le nuove generazioni. L'unica strada plausibile resta un «piano straordinario di reclutamento dall'estero», segno della gravità e urgenza della crisi. Nel 2022 l'Italia perdeva già circa 10.000 infermieri l'anno, e si stima che entro il 2030 mancheranno tra 60.000 e 100.000 infermieri per soddisfare i bisogni di una popolazione che invecchia rapidamente, con tutte le conseguenze in termini di qualità e accesso alle cure.

Anche Cartabellotta cade però nella trappola della soluzione estera, probabilmente senza rendersi conto che l'emergenza infermieristica è mondiale e che, ove esistano infermieri disposti a lasciare il proprio paese, posto che generalmente la scolarizzazione in inglese è ben radicata ovunque nel mondo tranne che in Italia, questi sceglierebbero mete che consentano l'abbattimento della barriera linguistica, andando a scegliere paesi con retribuzioni e organizzazione del lavoro migliori che in Italia. Esattamente quello che vanno cercando gli infermieri italiani disposti a lasciare il bel paese.

Questa emergenza infermieristica si somma a un quadro generale di sottofinanziamento del SSN: il Fondo Sanitario Nazionale cresce nominalmente, ma in rapporto al PIL scende sotto il 6% entro il 2028, mentre le Regioni, in difficoltà economiche, rischiano di non poter colmare il gap di circa 6,8 miliardi già dal 2026. Cartabellotta denuncia una gestione delle risorse «orientata a soddisfare i diversi attori più che a delineare una strategia di rilancio» del sistema sanitario pubblico, definendo la manovra un'«illusione contabile» e sottolineando che «l'auspicata inversione di rotta, ancora una volta, è rimandata alla prossima Legge di Bilancio».

Infine, viene richiamata l'attenzione sui costi a carico dei cittadini, con oltre 41 miliardi di spesa out-of-pocket nel 2024 e 5,8 milioni di persone costrette a rinunciare a cure essenziali. Mentre la sanità pubblica crolla, le scelte politiche privilegiano altri settori strategici come la difesa, trascurando il SSN che dovrebbe essere «il pilastro della nostra democrazia».

La Manovra 2026 mostra insomma un ritardo grave nel rispondere alla crisi infermieristica, frutto di una combinazione di invecchiamento del personale, scarsa attrattività della professione e risorse insufficienti. Senza interventi strutturali e mirati, la tenuta stessa del SSN e la qualità dell'assistenza pubblica rischiano di comprometersi seriamente nel prossimo decennio.

<https://infermieristicamente.it/articolo/19795/gimbe--la-manovra-2026-e-un-illusione-contabile,-la-sanita-resta-senza-infermieri->

Professioni sanitarie: valutazioni in corso per rinviare il vincolo di esclusività al 2026

Ernesto Diffidenti

Il vincolo di esclusività per i professionisti sanitari come infermieri e fisioterapisti dipendenti del Ssn potrebbe essere rinviato per un altro anno, fino al 31 dicembre 2026.

Ne ha parlato il ministro della Salute, Orazio Schillaci, nel corso del Question Time alla Camera, sottolineando che i dati attualmente raccolti non consentono di delineare un quadro omogeneo a livello nazionale. "Un'incompletezza - ha detto - che ci impone un po' prudenza".

Regioni indietro con l'invio dei dati

Il ministero ha richiesto alle Regioni e alle Province autonome di trasmettere, con cadenza trimestrale, i dati relativi alle istanze di autorizzazione per attività libero-professionali del comparto sanitario: numero di richieste pervenute, accolte e respinte, nonché l'adozione o meno del regolamento aziendale previsto.

"Ma non tutte le Regioni - ha spiegato Schillaci - hanno fornito i dati richiesti e non tutte le aziende ed enti del Ssn hanno adottato il regolamento". In base ai primi dati raccolti le autorizzazioni più frequenti concesse riguardano infermieri, fisioterapisti, dietisti, logopedisti, terapisti della neuro-psicomotricità dell'età evolutiva e tecnici di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare.

Gli obiettivi della proroga

Per questi ritardi Schillaci sta valutando l'opportunità di avviare le iniziative necessarie per proporre una proroga del termine fissato dalla norma dal 31 dicembre 2025 a quello del 31 dicembre 2026. Due gli obiettivi: da una parte rispondere al crescente fabbisogno di prestazioni richieste dal sistema sanitario, e dall'altra valorizzare il personale appartenente al comparto sanità, consentendo allo stesso di svolgere la propria attività, in linea con quanto già previsto per il personale della dirigenza medica, fuori dall'orario di servizio.

I ritardi della Campania sul Pnrr

Nel corso del Question Time il ministro della Salute ha risposto anche a un'interrogazione sui ritardi della Regione Campania nell'attuazione del Pnrr. Secondo l'ultimo report Agenas, non risulta attiva alcuna Casa di Comunità sulle 191 previste e risulta attivo un solo un Ospedale di Comunità su 61.

"I dati del Report sul primo semestre 2025 sono corretti e, per la Regione Campania, evidenziano un ritardo grave che non possiamo nascondere né minimizzare", ha precisato Schillaci, sottolineando che "non possiamo permetterci che risorse già stanziare rimangano sulla carta mentre i cittadini affollano i pronto soccorso perché manca alternativa sul territorio". Il ministro è intervenuto anche sulla possibilità di esercitare i poteri sostitutivi.

"La Regione Campania dichiara che le strutture sono realizzate dalle Asl come soggetti attuatori delegati - ha aggiunto -. Bene, ma questo non può essere un alibi. La Regione ha il dovere di coordinare, controllare, intervenire". Sui poteri sostitutivi il ministro ha ricordato che "lo strumento esiste e, se necessario, verrà attivato. Al momento lavoriamo in stretto raccordo con la Regione Campania con l'obiettivo di accelerare e recuperare il tempo perso".

Nessuna deriva privatistica

Un'altra interrogazione ha chiamato il ministro a rispondere sulle iniziative di sostegno alle Regioni per l'abbattimento delle liste d'attesa e la piena erogazione dei Lea, al fine di evitare processi di privatizzazione della sanità pubblica. "Serve chiarezza quando si parla di deriva privatistica - ha detto Schillaci -. Il rapporto tra pubblico e privato in sanità deve essere inteso come un modello di integrazione virtuosa, non come mera contrapposizione. Il settore pubblico mantiene il ruolo centrale e di garanzia, mentre il privato accreditato opera in modo complementare, all'interno di un sistema regolato. L'obiettivo è assicurare ai cittadini accesso tempestivo, appropriato e universalistico alle prestazioni sanitarie". Per il ministro, tuttavia, alcune cose sono da riordinare "ma il sistema, nonostante tutto, funziona. Un sistema che dà lavoro a centinaia di migliaia di persone e che ci rende una delle nazioni più longeve al mondo e i 23.500 centenari italiani lo dimostrano ogni

giorno. Chi ha responsabilità di governo non può permettersi il lusso della demagogia. Deve fare i conti con i bilanci reali - ha concluso - e non con quelli immaginari. E quando questi conti vengono fatti - come dimostrano i 7,4 miliardi di incremento sul 2026 - i risultati sono misurabili e verificabili. Il resto è solo rumore di fondo”.

https://www.ilsole24ore.com/art/professioni-sanitarie-valutazioni-corso-rinviare-vincolo-esclusivita-2026-AHCP2PqD?cmpid=nl_sanita24

Redazione ASQUAS Review

Manovra 2026 professioni sanitarie

La manovra 2026 prevede misure per le professioni sanitarie, tra cui un piano straordinario di assunzioni per circa 7.000 professionisti sanitari e medici a partire dal 2026, e l'incremento delle indennità di specificità sanitaria.

Inoltre, ci sono investimenti nella prevenzione, una riforma del sistema delle professioni sanitarie attesa entro la fine del 2026, e borse di studio per specializzandi.

Tuttavia, alcune critiche sottolineano che i fondi stanziati potrebbero non essere sufficienti a coprire tutte le necessità.

Assunzioni e personale

- *Piano straordinario di assunzioni:* Sono stati stanziati circa €. 450 milioni di euro per assumere circa 1.000 medici dirigenti e oltre 6.000 professionisti sanitari a partire dal 2026.
- *Borse di studio per specializzandi:* Dal 2026, una borsa di studio di circa €. 4.773 lordi annui sarà corrisposta a specializzandi veterinari, odontoiatri, farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologi per tutta la durata legale del corso.

Retribuzioni e indennità

- *Incremento indennità:* La manovra prevede un aumento delle indennità di specificità sanitaria di 280 milioni di euro.
- *Aumento indennità di pronto soccorso:* Sono previsti fondi aggiuntivi per aumentare le indennità di pronto soccorso nel 2025 e 2026.

Prevenzione e screening

- *Investimenti nella prevenzione:* La manovra stanza fondi per interventi di prevenzione, come l'ampliamento degli screening oncologici (mammella, colon-retto) e il programma di prevenzione del tumore polmonare.
- *Vaccinazioni:* Vengono previsti fondi per il rimborso alle Regioni per l'acquisto di vaccini previsti dal calendario vaccinale.

Riforme e opportunità

- *Riforma professioni sanitarie:* Il Governo è delegato a riformare l'intero sistema delle professioni sanitarie entro il 31 dicembre 2026 attraverso decreti attuativi.
- *Incarichi per specializzandi:* Gli specializzandi possono svolgere incarichi libero-professionali su base volontaria al di fuori del loro orario di formazione.
- *Assunzione di medici specializzandi:* Fino al 31 dicembre 2027, le aziende e gli enti del SSN possono assumere medici specializzandi con un contratto di lavoro subordinato a tempo determinato a tempo parziale.

Personale Ssn. In manovra arrivano aumenti indennità e prestazioni aggiuntive con flat tax.

Dai medici agli infermieri ecco quanto guadagneranno con gli incrementi previsti

Rodriquez.

La manovra conferma e amplia gli aumenti per il personale sanitario già avviati nel 2024, portando gli incrementi complessivi a 3.052 euro lordi annui per medici e veterinari e 1.600 euro per gli infermieri. Previsti anche nuovi fondi per assunzioni stabili da 450 milioni l'anno e 143,5 milioni per prestazioni aggiuntive volte a ridurre le liste d'attesa. Gli aumenti interessano anche altre professioni sanitarie, con incrementi tra 347 e 700 euro annui. La Corte dei Conti riconosce la continuità e la portata delle misure, ma avverte il rischio di disallineamento normativo nel pubblico impiego.

07 NOV -

La manovra di bilancio 2026 porta importanti novità per il personale del Servizio sanitario nazionale, con aumenti retributivi che arriveranno fino a 3.000 euro lordi annui per i medici, 1.600 euro lordi per gli infermieri e incrementi tra i 347 e i 700 euro lordi per le altre figure sanitarie.

È quanto emerge dal focus della Corte dei Conti sugli articoli 69-71 del disegno di legge, che analizzano le misure dedicate al personale e al rafforzamento del sistema sanitario. Come chiarisce la Corte dei Conti, **questi importi rappresentano il risultato complessivo degli aumenti introdotti da due leggi di bilancio consecutive**: quella del 2024, che aveva già stanziato risorse per l'incremento dell'indennità di specificità, e quella del 2026, che aggiunge nuovi fondi a partire dal prossimo anno.

La manovra 2026 stanZIA 280 milioni aggiuntivi per incrementare ulteriormente l'indennità di specificità sanitaria, già potenziata dalla legge di bilancio 2024.

La Corte dei Conti sottolinea che gli importi indicati — 3.052 euro per medici e veterinari e 1.600 euro per infermieri — derivano dalla somma degli incrementi previsti dalle manovre:

- **Medici e veterinari**: 327 milioni già stanziati nel 2024, ai quali si aggiungono 85 milioni previsti ora. L'aumento medio aggiuntivo con la manovra 2026 è di 745 euro lordi annui, che porta il totale complessivo dell'indennità a circa 3.052 euro lordi all'anno.
- **Infermieri**: 285 milioni stanziati nel 2024 più 195 milioni aggiuntivi del 2026 (per un incremento medio di 701 euro annui), pari a un totale di 1.600 euro lordi annui.
- **Dirigenza sanitaria non medica**: +8 milioni dal 2026, pari a +503 euro annui.
- **Professioni sanitarie della riabilitazione, prevenzione, tecniche, ostetriche, assistenti sociali e Oss**: +58 milioni dal 2026, +347 euro annui pro capite.

In sostanza, **gli aumenti non sono tutti nuovi, ma il risultato di un percorso di valorizzazione del personale iniziato nel 2024 e consolidato con la manovra 2026**. La Corte, pur riconoscendo la continuità dell'intervento, segnala che l'aggiunta di fondi tramite leggi successive, al di fuori del rinnovo contrattuale, rischia di accentuare il disallineamento normativo rispetto al resto del pubblico impiego.

Dal 2026, le Regioni potranno inoltre destinare 143,5 milioni di euro per finanziare prestazioni aggiuntive di medici e personale sanitario, con l'obiettivo di accelerare la riduzione delle liste d'attesa. Il beneficio stimato è di 935 euro lordi annui per i medici e 347 euro per il personale del comparto sanitario, con un'imposta sostitutiva agevolata al 15%.

Per il quadriennio 2026–2029 è introdotta in via sperimentale la possibilità, per le Regioni in equilibrio di bilancio, di aumentare fino all'1% la parte variabile dei fondi per le condizioni di lavoro e i risultati della dirigenza. La misura non comporta nuovi oneri per la finanza pubblica e si affianca alle risorse già destinate al personale del pronto soccorso, una delle aree più critiche del sistema sanitario.

Nonostante il riconoscimento degli aumenti economici e delle nuove assunzioni, la Corte dei Conti sottolinea un aspetto di fondo: queste misure, pur positive per la tenuta del sistema sanitario, non sono perfettamente coordinate con il quadro generale del lavoro pubblico. L'assegnazione diretta di fondi per singole voci

retributive — evidenziano i giudici — rischia di rompere l'equilibrio tra legge e contrattazione collettiva, come previsto dal decreto legislativo 165/2001.

In altre parole, ciò che era giustificabile durante l'emergenza pandemica rischia oggi di trasformarsi in una disparità strutturale tra personale sanitario e altri dipendenti pubblici, con possibili ripercussioni sul sistema complessivo.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=133191

quotidianosanità.it

Comparto Sanità. Cisl Fp si conferma il sindacato più rappresentativo per il triennio 2025-2027

Rispetto al precedente periodo 2022-2024, la fotografia aggiornata conferma al vertice la CISL FP seguita ancora da Fp Cgil e Cisl Fp. Crescono Fials e Nursind che si confermano rispettivamente al quarto e quinto posto seguite dal Nursing Up.

17 NOV -

Il nuovo accertamento della rappresentatività sindacale nel comparto Sanità per il triennio 2025-2027 appena [pubblicato](#) dall'Arana conferma gli equilibri complessivi fra le principali sigle, ma evidenzia movimenti nelle deleghe e nei voti che determinano la media ponderata finale. Rispetto al precedente periodo 2022-2024, la fotografia aggiornata conferma al vertice la CISL FP seguita ancora da Fp Cgil e Cisl Fp. La Fials si conferma al quarto posto seguita da Nursind e Nursing Up.

La CISL FP si conferma anche nel 2025-2027 come il sindacato più rappresentativo del comparto. Le deleghe passano da 75.064 a 84.834, con un incremento di quasi 10 mila unità. La percentuale cresce dal 22,62% al 23,41%.

Anche sul fronte elettorale la sigla cresce: i voti passano da 94.463 a 100.532, ottenendo il 24,06%, contro il 24,83% del triennio precedente. La media complessiva resta molto elevata: 23,73%, leggermente sopra il 23,72% del periodo precedente, confermando una posizione di leadership ormai consolidata.

La FP CGIL registra un andamento sostanzialmente stabile. Le deleghe aumentano da 67.910 a 73.215, raggiungendo il 20,20% (contro il 20,46% precedente). In ambito elettorale i voti crescono da 86.501 a 96.135, con una quota del 23%, in lieve aumento rispetto al 22,73%.

La media complessiva, 21,60%, rimane identica al triennio precedente, segno di una posizione che si consolida senza particolari oscillazioni.

Per la UIL FPL i numeri mostrano un rafforzamento moderato. Le deleghe aumentano da 61.068 a 66.341, con una percentuale che passa dal 18,40% al 18,31%, quindi sostanzialmente stabile. Sul fronte elettorale i voti salgono da 74.715 a 83.663, con una quota del 20,02% (rispetto al precedente 19,64%). La media complessiva cresce al 19,16%, contro il 19,02% del triennio 2022-2024.

La FIALS mostra segnali di rafforzamento. Le deleghe passano da 40.808 a 50.066, con una quota che cresce dal 12,30% al 13,82%.

I voti aumentano da 45.527 a 55.440, raggiungendo il 13,27%, rispetto all'11,97% precedente. La media complessiva sale così dal 12,13% al 13,54%, segnando uno dei miglioramenti più consistenti dell'intero panorama sindacale.

Cresce anche il Nursind. Le deleghe salgono da 41.149 a 46.883: mentre numericamente crescono, la percentuale sul totale aumenta dal 12,40% al 12,94%.

Sul piano elettorale i voti salgono da 35.126 a 41.856 e la quota relativa sale dal 9,23% al 10,02%. La media ponderata aumenta dall'10,81% all'11,48%.

Nursing Up passa da 24.525 a 25.332 deleghe, con percentuali che passano dal 7,39% al 6,99%. I voti aumentano da 20.817 a 23.017 e la quota percentuale si alza lievemente dal 5,47% al 5,51%.

La media complessiva è 6,25%, poco al di sotto del 6,43% precedente, confermando un posizionamento stabile ma senza variazioni significative.

ACCERTAMENTO DELLA RAPPRESENTATIVITA'
TRIENNIO 2022 - 2024

COMPARTO SANITA'					
ORGANIZZAZIONE SINDACALE	DELEGHE	%	VOTI	%	MEDIA
CISL FP	75.064	22,62%	94.463	24,83%	23,72%
FP CGIL	67.910	20,46%	86.501	22,73%	21,60%
UIL FPL	61.068	18,40%	74.715	19,64%	19,02%
FIALS	40.808	12,30%	45.527	11,97%	12,13%
NURSIND	41.149	12,40%	35.126	9,23%	10,81%
NURSING UP	24.525	7,39%	20.817	5,47%	6,43%

ACCERTAMENTO DELLA RAPPRESENTATIVITA'
TRIENNIO 2025 - 2027

COMPARTO SANITA'					
ORGANIZZAZIONE SINDACALE	DELEGHE	%	VOTI	%	MEDIA
CISL FP	84.834	23,41%	100.532	24,06%	23,73%
FP CGIL	73.215	20,20%	96.135	23,00%	21,60%
UIL FPL	66.341	18,31%	83.663	20,02%	19,16%
FIALS	50.066	13,82%	55.440	13,27%	13,54%
NURSIND	46.883	12,94%	41.856	10,02%	11,48%
NURSING UP	25.332	6,99%	23.017	5,51%	6,25%

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=133416

Sanità, sociale e long term care



Sfide e ritardi nella riforma per l'assistenza agli anziani non autosufficienti

Cristiano Gori, Franco Pesaresi, Eleonora Vanni

Coordinatori, Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza

A volte, osservare la vita quotidiana ci insegna più dei libri. Uno di noi ha due vicini di età diverse, uno di 67 anni e l'altro di 89 anni con Alzheimer. Conoscendo le rispettive situazioni, sorge spontanea una domanda:

perché i politici si preoccupano tanto di aumentare di soli tre mesi l'età pensionabile del signore di 67 anni mentre ignorano tranquillamente la pesante situazione di quello di 89 affetto da Alzheimer e della sua famiglia?

L'interrogativo tocca un mistero della politica in Italia. La questione degli anziani non più autosufficienti – cioè impossibilitati a svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana – accomuna circa 10 milioni di persone: 4 milioni direttamente coinvolte, i loro familiari e gli operatori professionali. L'assistenza agli anziani, però, non è ancora riuscita a diventare una priorità politica.

Le speranze di cambiamento sono riposte nella prima riforma nazionale del settore, la Legge 33 approvata nel marzo 2023. Una riforma con un obiettivo ambizioso: modificare strutturalmente il nostro sistema di welfare, ideato quando gli anziani non autosufficienti erano molti meno di oggi, per metterlo in condizione di rispondere alla loro sempre più diffusa presenza.

Accedi e personalizza la tua esperienza

Purtroppo, però, queste speranze al momento paiono lontane dall'essere soddisfatte. Trascorsi due anni e otto mesi dall'approvazione della riforma, infatti, la sua attuazione incontra difficoltà che toccano tutti i punti chiave. Vediamoli.

Primo, le procedure. Richiedere assistenza pubblica, attualmente, costringe famiglie e anziani a peregrinare tra una moltitudine di sportelli, luoghi e sedi, affrontando una vera e propria babele di procedure diverse. La semplificazione di questo labirinto burocratico è un obiettivo fondante della riforma.

La bozza del Decreto Attuativo in materia, invece, determina procedure più complicate rispetto al presente, aumentando addirittura per gli interessati e le famiglie il numero di passaggi da compiere.

, un provvedimento legislativo nato per semplificare le cose rischia di ingarbugliarle ulteriormente.

Secondo, l'assistenza a casa. La riforma introduce servizi domiciliari pubblici appositamente ideati per gli anziani non autosufficienti, che in Italia non esistono.

Quello più diffuso, l'assistenza domiciliare integrata (Adi) fornita dalle Asl, offre infatti solo singole prestazioni di tipo medico e infermieristico, in media 14 visite all'anno, che sono utili ma certo non sufficienti a gestire la complessità dei bisogni di questa popolazione. Per ora, tuttavia, non si ravvisano tracce della nuova domiciliarità.

Terzo, i servizi residenziali. Lo schema del relativo Decreto attuativo elude le questioni fondamentali, a partire dalla più importante: la dotazione di personale, cioè la garanzia di un numero di operatori sufficiente ad assistere adeguatamente i residenti.

Se il decreto venisse approvato, equivarrebbe a stabilire, per gli anni a venire, che il compito di affrontare le numerose e complesse questioni legate alla residenzialità spetterà esclusivamente alle Regioni.

Quarto, l'indennità di accompagnamento, cioè il contributo di 542 euro mensili che costituisce la misura più diffusa. Se ne sta sperimentando una nuova versione, che condiziona la possibilità di riceverla non solo – come accade oggi – all'elevato fabbisogno assistenziale del richiedente, ma anche al fatto che le sue risorse economiche siano inferiori a una determinata soglia. In una simile ipotesi, la tutela della non autosufficienza in quanto tale cessa di costituire un obiettivo del welfare pubblico; questo, infatti, interviene solo quando il cittadino non autosufficiente o la sua famiglia non sono economicamente in grado di provvedere.

Il percorso di messa a terra della riforma, dunque, è in ritardo. normale che una riforma ambiziosa in un settore a elevata complessità politica e tecnica - del quale, oltretutto, lo Stato in precedenza non si è mai occupato in modo organico - incontri difficoltà importanti. Sarebbe fatale, però, lasciare che tali difficoltà diventino blocchi insuperabili.

Bisogna seguire, invece, la strada indicata in un recente intervento del Capo dello Stato. «Il Parlamento ha approvato, due anni or sono, la Legge 33/2023. È essenziale che le linee in essa contenute trovino concreta attuazione ad opera delle istituzioni centrali e locali».

<https://www.ilsole24ore.com/art/sfide-e-ritardi-riforma-l-assistenza-anziani-non-autosufficienti->

[AHwTIMrD?fbclid=IwY2xjawOodetleHRuA2FlbQlxMQBicmlkETE4a1ZZTURrZWNTdkxiQURmc3JOYwZhcHBfaWQQMjlyMDM5MTc4ODIwMDg5MgABHs0OgQmc3jHSOkKzw-IY2ocTB8rjU66AqfeQi6mSITlkc8ojWycXHfJJ70eN_aem_rdjFAfx1FaBz0WdvcWHN-A&brid=Brtp_Aasef1eYpPOcWV8Og](https://www.ilsole24ore.com/art/sfide-e-ritardi-riforma-l-assistenza-anziani-non-autosufficienti-AHwTIMrD?fbclid=IwY2xjawOodetleHRuA2FlbQlxMQBicmlkETE4a1ZZTURrZWNTdkxiQURmc3JOYwZhcHBfaWQQMjlyMDM5MTc4ODIwMDg5MgABHs0OgQmc3jHSOkKzw-IY2ocTB8rjU66AqfeQi6mSITlkc8ojWycXHfJJ70eN_aem_rdjFAfx1FaBz0WdvcWHN-A&brid=Brtp_Aasef1eYpPOcWV8Og)

Il 65% della spesa farmaceutica in Italia è per gli anziani, ma con poca aderenza alle cure. Fadoi: “Polifarmacoterapia è una realtà che va gestita attentamente”

Secondo il Report Osmed, il 68% degli anziani riceve prescrizioni per almeno 5 farmaci all'anno, ma poi aderiscono molto poco alle cure sul lungo periodo. Per gli internisti c'è in forte rischio di effetti collaterali da mix di principi attivi, a cui si deve rispondere con una medicina di precisione.

21 NOV -

Nel 2024 il 97,4% degli over 65, pari a 14,4 milioni di persone, ha ricevuto almeno una prescrizione. Questa fascia di popolazione assorbe il 64% della spesa farmaceutica totale e il 70% delle dosi dispensate nel Paese. In media ogni anziano assume 7,6 principi attivi, che diventano 8,7 negli over 85. La polifarmacoterapia è la norma: il 68,1% degli anziani riceve almeno cinque farmaci diversi all'anno e il 28,3% arriva a dieci o più, con valori più alti nel Mezzogiorno. Inoltre, tre anziani su dieci restano in politerapia cronica per almeno sei mesi consecutivi, con un picco del 43,7% intorno agli 89 anni.

I dati del Rapporto OsMed 2024 confermano una tendenza chiara: gli anziani italiani assumono un numero crescente di medicinali, spesso in contemporanea, con livelli di aderenza e continuità terapeutica molto bassi. Per FADOI – la Federazione dei medici internisti ospedalieri – la polifarmacoterapia è una condizione diffusa che richiede un monitoraggio attento e una gestione appropriata per evitare sovrapposizioni inutili, interazioni dannose, reazioni avverse e ricoveri che potrebbero essere prevenuti.

A questo crescente carico farmacologico, inoltre, si associa una scarsa aderenza ai trattamenti, soprattutto nelle patologie croniche. Il Rapporto segnala percentuali di “alta aderenza” estremamente basse: solo il 19,5% dei pazienti con asma o BPCO segue correttamente la terapia, il 32,4% dei diabetici e il 37,8% dei pazienti in trattamento con antidepressivi. La persistenza terapeutica è anch'essa insufficiente: dopo un anno rimangono in cura l'8,4% dei pazienti con asma o BPCO, il 34,2% di chi assume antidepressivi e il 48,8% dei pazienti in terapia antidiabetica. Con l'avanzare dell'età, soprattutto oltre gli 85 anni, aderenza e persistenza crollano ulteriormente, aumentando i rischi clinici in una popolazione già vulnerabile.

Per FADOI sottolinea questo scenario rappresenta una priorità clinica. Gli internisti evidenziano che gli over 75 sono i principali consumatori di dosi giornaliere e che la frammentazione delle prescrizioni – spesso affidate a specialisti diversi senza una visione complessiva del paziente – espone gli anziani a interazioni farmacologiche, effetti indesiderati e ricoveri evitabili. La Federazione richiama inoltre il tema dell'inappropriatezza prescrittiva, testimoniata tra l'altro dall'aumento del 19% nell'uso degli inibitori di pompa protonica, talvolta associati in modo non giustificato agli anticoagulanti orali diretti.

“I numeri dell'OsMed parlano chiaro – afferma il Presidente FADOI, **Francesco Dentali** –. Non possiamo lasciare una fascia fragile come quella anziana immersa in una giungla terapeutica fatta di 8, 10 o 12 farmaci, spesso assunti con scarsa aderenza e senza una valutazione strutturata dell'appropriatezza. Il rischio clinico è enorme e coinvolge tanto i pazienti quanto il Servizio sanitario nazionale”.

La Federazione chiede quindi un cambio di passo: maggiore attenzione all'appropriatezza delle terapie, revisioni periodiche dei trattamenti, percorsi integrati ospedale-territorio e programmi mirati alla riduzione del carico farmacologico evitabile. “Il Rapporto OsMed 2024 ci lancia un segnale inequivocabile – sottolinea il Presidente eletto FADOI, **Andrea Montagnani** –. Per proteggere gli anziani servono cure più leggere, più semplici e davvero personalizzate”. “È una necessità clinica oltre che un dovere etico”, conclude il Presidente della Fondazione FADOI, **Dario Manfellotto**.

https://www.quotidianosanità.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=133532

Registro Unico delle Associazioni della Salute, il requisito dei dieci anni ne esclude oltre un terzo

Le Associazioni chiedono di rivedere il requisito dei dieci anni per una partecipazione più inclusiva ai processi decisionali: "Rendere il Ruas uno strumento di inclusione, non di esclusione"

Isabella Faggiano

Nel mondo dell'associazionismo dei pazienti cresce la competenza, la capacità di dialogare con le istituzioni e di contribuire in modo qualificato ai processi regolatori. Eppure, una parte significativa di queste realtà rischia di restare esclusa dal **Registro Unico delle Associazioni della Salute (Ruas)**, introdotto dalla Legge di Bilancio 2025. A fare da barriera è il requisito dei dieci anni di costituzione, che taglierebbe fuori oltre il 36% delle organizzazioni attive nei settori delle malattie rare, croniche e oncologiche.

A evidenziarlo è la survey del progetto InPags, coordinato da Rarelab con la partecipazione dell'InPags Network, che riunisce 68 associazioni e due organizzazioni di pazienti. I risultati sono stati presentati a Roma nel corso dell'incontro 'Il ruolo del paziente nei processi regolatori'. "Il requisito dell'anzianità di 10 anni rischia di escludere realtà giovani, ma altamente qualificate – spiega **Francesco Macchia**, Managing Director di Rarelab – e questo rischio è particolarmente forte in un settore per definizione giovane, quello delle malattie rare. È auspicabile che la norma venga modificata o che, almeno per l'interlocuzione con l'Aifa, non si applichino gli stessi criteri del Ruas, data la natura più tecnica che politica di quel confronto".

Il progetto InPags e il valore del dialogo

Il progetto InPags, avviato nel 2024, ha l'obiettivo di rafforzare il coinvolgimento dei pazienti nei processi decisionali in ambito regolatorio. Fin dalle prime fasi, ha posto l'accento sulla necessità di garantire un sistema di partecipazione più inclusivo, capace di valorizzare il merito e le competenze, non soltanto l'anzianità delle organizzazioni. Proprio in questa prospettiva, il progetto sostiene la revisione dei criteri di accesso al Ruas e la **promozione di strumenti che assicurino una rappresentanza equilibrata** tra le diverse realtà associative, affinché la voce dei pazienti possa incidere realmente sulle decisioni di politica sanitaria.

Aifa e la partecipazione dei pazienti

Un passo importante in questa direzione è arrivato dall'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa), che ha previsto, nel **Regolamento della Commissione Scientifica ed Economica del Farmaco (Cse)**, la possibilità di convocare in audizione le associazioni dei pazienti in relazione alle patologie di competenza. "A partire dall'introduzione di tale previsione – ricorda **Lara Gitto**, presidente della Cse di Aifa – nell'ultimo anno l'Agenzia ha dato concreta attuazione al principio di partecipazione, convocando, quando necessario, le associazioni di pazienti e riconoscendo il valore di un dialogo continuativo".

Un mondo associativo che cambia

I dati della survey InPags mostrano una rete associativa in profonda trasformazione. Cresce il numero dei dipendenti, diminuisce quello dei volontari e aumenta l'attenzione alla trasparenza, alla rendicontazione e al rispetto delle normative, dal Runtis al Gdpr. "In Europa – osserva **Dario Martino**, presidente di Ates (Associazione Talassemia ed Emoglobinopatia Sardegna) – la partecipazione delle associazioni ai processi decisionali è ormai una realtà consolidata. In Italia stiamo costruendo un modello che deve diventare più strutturato e rappresentativo. Il Regolamento Cse e l'istituzione del Ruas sono passi avanti importanti, ma il requisito temporale rischia di limitarne la piena efficacia".

"Valorizzare il merito, non solo l'età"

La richiesta che arriva dal mondo dei pazienti è chiara: rendere il Ruas uno strumento di inclusione, non di esclusione. "Esistono oggi associazioni che, pur avendo una storia inferiore ai dieci anni, hanno sviluppato competenze avanzate e una solida esperienza operativa – sottolinea **Italia Agresta**, vicepresidente di Apimarr

Aps Ets –. Queste realtà agiscono con continuità e serietà, contribuendo in modo concreto al miglioramento dei percorsi di cura. Per questo auspico che il criterio temporale venga interpretato con flessibilità, valorizzando il merito e la reale capacità di incidere sui processi decisionali”. L’auspicio condiviso è che il Registro Unico delle Associazioni della Salute diventi un vero strumento di partecipazione, capace di rappresentare la pluralità e la competenza di un movimento associativo in crescita. Perché il valore delle associazioni non si misura negli anni, ma nella qualità della loro voce a servizio dei pazienti.

<https://www.sanitainformazione.it/registro-unico-delle-associazioni-della-salute-il-requisito-dei-dieci-anni-ne-esclude-oltre-un-terzo/>



Anziani, la Prestazione universale fa flop: solo 2 mila beneficiari sui 25mila attesi

A fronte di un’adesione minima alla sperimentazione che somma all’indennità di accompagnamento un assegno di 850 euro per pagare i badanti a domicilio si va verso il raddoppio dell’Isee a 12mila euro in manovra

Barbara Gobbi

La Prestazione universale introdotta per supportare gli anziani fragilissimi in attuazione della legge sulla non autosufficienza ha fatto flop. Almeno per il primo anno: rispetto a una platea attesa di 25mila beneficiari per ciascuno dei due anni di “test”, a settembre scorso risultavano pervenute meno di 5mila domande con un tasso di accoglimento del 41%. Tradotto: sono appena 2mila gli over 80 in condizioni ultra critiche che effettivamente stanno beneficiando della misura pensata per garantire loro, accanto all’indennità di accompagnamento, un “assegno di assistenza” da 850 euro al mese finalizzato a remunerare il costo di badanti regolarmente assunti.

Il documento

I dati di sintesi, certo provvisori ma indicativi di una sperimentazione ferma al palo, sono contenuti nel documento che il ministero del Lavoro e Politiche sociali ha redatto in vista della nuova legge di bilancio. Dove proprio in virtù di questa adesione “notevolmente inferiore rispetto alle stime iniziali effettuate” come si legge nel testo, i tecnici propongono per il secondo anno di sperimentazione di innalzare dagli attuali 6mila a 12mila euro la soglia dell’Isee così da “consentire il raggiungimento di 25mila domande per il 2026”. Contestualmente, per quest’anno si chiede di dimezzare a 125 milioni lo stanziamento di 250 milioni che era stato messo in campo.

Parametri stringenti

L’Isee è uno dei parametri di accesso alla Prestazione universale. Parametri che sono tutti estremamente rigorosi e forse proprio questo elemento - insieme alla complessa griglia di indicatori messa in campo dal decreto 200/2024 con cui sempre il ministero del Lavoro e Politiche sociali ha definito il “bisogno assistenziale gravissimo” che screma la platea, ha scoraggiato i primi 25mila potenziali candidati dal presentare la domanda decurtandoli a un sottoinsieme di 2mila.

Del resto, l’accesso alla Prestazione universale da 850 euro mensili, a suo tempo rivendicata dalla presidente del Consiglio Giorgia Meloni come un fiore all’occhiello della Riforma della non autosufficienza (legge 33/2023), è costellato di requisiti davanti ai quali qualunque over 80 non autosufficiente e “con bisogno assistenziale gravissimo” rischia di scoraggiarsi.

La riforma riscritta

A disegnare la sperimentazione era stato il maxi-decreto legislativo che di fatto ha riscritto la legge-quadro 33: il Dlgs 29/2024 invece di riformare l’indennità di accompagnamento come previsto in origine ha introdotto

la Prestazione universale - indennità di accompagnamento più assegno di assistenza - mettendo in campo 250 milioni l'anno da destinare a 24.510 anziani. Ma per le persone almeno 80enni con bisogno assistenziale gravissimo e Isee non superiore a 6mila euro già titolari di indennità di accompagnamento nonché seguite a domicilio (quindi non in Rsa), la situazione si è ulteriormente complicata: gli indicatori dello stato di bisogno assistenziale gravissimo per l'accesso alla sperimentazione sono quasi "impossibili" da soddisfare. Nel dettaglio: occorre essere persone in condizioni di disabilità gravissima o comunque necessitare di assistenza continua sulle 24 ore la cui interruzione, anche per un periodo molto breve, può portare a complicanze gravi o alla morte. In più, occorre totalizzare almeno otto punti in un questionario che il candidato beneficiario deve autocompilare, sulla propria situazione familiare e sociale. Elementi che hanno ristretto ancora di più la possibilità di accesso, vincolandola peraltro alla capacità economica di fare fronte all'assistenza e non al bisogno assistenziale, che andrebbe valutato in base alla capacità della persona non autosufficiente di compiere le attività della vita quotidiana come spostamenti o igiene personale, possibilità di cucinare, fare pulizie e così via.

I conti non tornano

Sarà la legge di bilancio per il 2026, eventualmente, a recepire la correzione di tiro proposta dal ministero. Quel che è certo è che per il momento, vista la bassissima adesione, la sperimentazione non può essere rappresentativa della valenza della Prestazione universale.

Senza contare che pare impossibile estenderla, una volta che il biennio di test sarà concluso, a tutti i beneficiari dell'indennità di accompagnamento che sono 1,3 milioni: calcolando 850 euro per 12 mensilità infatti servirebbero oltre 13 miliardi di euro l'anno. Esattamente il budget previsto - a oggi - per realizzare il Ponte sullo Stretto di Messina.

https://www.ilsole24ore.com/art/anziani-prestazione-universale-fa-flop-solo-2-mila-beneficiari-25mila-attesi-AHnNqFTD?cmpid=nl_sanita24



Disponibilità e fornitura di posti letto per cure a breve termine nelle strutture di assistenza a lungo termine: un meccanismo per garantire trasferimenti tempestivi fuori dall'ospedale per i pazienti anziani in Inghilterra

Madeline Naick e Karen Jones

Astratto

Contesto: Al momento dello studio, gli ospedali in Inghilterra ospitavano 24.029 pazienti che non soddisfacevano più i criteri per la residenza (al 1° aprile 2022).

Obiettivo: Questo studio qualitativo ha esaminato la disponibilità di posti letto a breve termine nelle strutture di assistenza a lungo termine per supportare il processo di dimissioni, insieme alle opportunità e alle sfide che i dirigenti hanno dovuto affrontare.

Metodo: I dirigenti delle strutture di assistenza a lungo termine sono stati intervistati tra ottobre 2021 e aprile 2022. L'approccio quadro ha sostenuto l'analisi, che ha utilizzato l'analisi tematica.

Risultati: I dirigenti hanno percepito che i posti letto a breve termine consentono il trasferimento dei pazienti da un ospedale per la valutazione e l'eventuale riabilitazione prima del ritorno a casa o di un ulteriore contesto di cura. Sono emersi tre temi principali: domanda e offerta, pressione sui servizi e impatto della pandemia di COVID-19.

Limitazioni: lo studio è stato condotto durante la pandemia di COVID-19, quando le linee guida governative per le strutture di assistenza a lungo termine hanno subito modifiche significative. Lo studio è stato limitato a un piccolo campione di dirigenti di strutture di assistenza a lungo termine e, pertanto, le opinioni potrebbero non essere rappresentative. Infine, riconosciamo che le preferenze di pazienti e famiglie non erano rappresentate nello studio e che il processo di dimissione non ha potuto essere esplorato a fondo.

Implicazioni: Questo studio ha rilevato che la comunicazione e la pianificazione all'interno e tra gli operatori sanitari e sociali sono fondamentali per garantire la tempestiva dimissione dei pazienti dalle strutture di assistenza a lungo termine. Questi risultati sono coerenti con la ricerca post-pandemica (Naick e Jones (in fase di sviluppo)), evidenziando il potenziale per orientare le politiche governative incentrate sul processo di dimissione ospedaliera.

<https://journal.ilpnetwork.org/articles/10.31389/jltc.337>



Trasformare l'assistenza a lungo termine attraverso l'innovazione basata sulle prove: imparare da tre centri di eccellenza europei

Maria Teresa Ferazzoli , Obert Tawodzera, Maria Nilsson, Bellis van den Berg, Maria Cheshire Allen, Karen McCormick, Mirella Minkman, Elisabetta Hanson, Lennart Magnusson e Jon Glasby

Astratto

Utilizzare le evidenze per migliorare i servizi pubblici è un'aspirazione fondamentale, ma anche una sfida significativa a livello internazionale, con una serie di investimenti nazionali chiave nell'abbattimento delle tradizionali barriere tra ricerca, politica e pratica.

Questo articolo riunisce le esperienze di tre centri di eccellenza europei che operano nel settore dell'assistenza sociale e sanitaria: Vilans (il centro nazionale di competenza per l'assistenza a lungo termine nei Paesi Bassi); Nka (il centro nazionale di eccellenza svedese nel campo dei caregiver non retribuiti); e IMPACT (il centro del Regno Unito per l'implementazione delle evidenze nell'assistenza sociale agli adulti). L'articolo descrive il background, la struttura e l'approccio di ciascun centro, traendone insegnamenti chiave. Esplora poi le potenziali differenze e le principali somiglianze.

In particolare, ciascun centro cerca di andare oltre le forme di divulgazione più tradizionali e top-down attraverso il proprio impegno a colmare il divario tra politica, pratica e ricerca; valorizzando voci diverse e diverse tipologie di evidenze; co-producendo ed esperienza vissuta e partecipando in modo più attivo ai dibattiti politici e al processo di cambiamento.

Introduzione

L'assistenza a lungo termine in tutto il mondo sta affrontando una serie di sfide comuni, tra cui la crescente domanda, la carenza di personale, i budget limitati e le esigenze sempre più complesse degli utenti ([Kentikelenis e Stubbs, 2021](#) ; [OCSE, 2023](#)). Sebbene esistano diverse risposte politiche a queste problematiche, molti paesi cercano di quadrare il cerchio, almeno in parte, insistendo sul fatto che i servizi dovrebbero essere sempre più "basati sulle prove", ovvero utilizzando la ricerca e i dati per orientare decisioni e politiche, in modo che i sistemi si concentrino su "ciò che funziona". L'energia viene investita nell'ampliamento delle innovazioni e nell'utilizzo di risorse sempre più scarse per ottenere il massimo effetto ([Boaz et al., 2019](#) ; [Larkin e Milne, 2018](#)). Sebbene tali richieste siano state spesso contestate e controverse, almeno alcuni dei dilemmi sono pratici: nonostante i continui tentativi di far sì che più ricerca venga utilizzata nella pratica, permane un divario persistente tra ciò che le prove suggeriscono possa essere efficace e ciò che effettivamente accade nell'assistenza nel mondo reale ([Boaz et al., 2019](#)). Nel tempo, è diventato sempre più chiaro che tradurre la conoscenza in pratica richiede strategie di implementazione personalizzate, adattate alle complessità locali. Inoltre, norme o routine organizzative consolidati spesso inibiscono l'adozione di nuove pratiche, rendendo necessarie risorse dedicate e una collaborazione multilivello tra diversi stakeholder (vedi [McArthur et al., 2021](#)).

Tuttavia, esiste una lacuna fondamentale nelle nostre conoscenze su come superare al meglio queste barriere e su come implementare le prove nella realtà dei servizi di assistenza a lungo termine in prima linea.

Esaminando l'ampia letteratura sulla diffusione e l'ampliamento dell'innovazione e del miglioramento nell'assistenza sanitaria, Greenhalgh e Papoutsis ([2019](#)) delineano la natura di alcune delle principali sfide:

Ci sono ragioni di buon senso per cui diffondere un'innovazione in un intero sistema sanitario è difficile. Realizzare qualsiasi cambiamento richiede impegno e di solito comporta anche – in varie combinazioni – spendere denaro, distogliere il personale dal proprio lavoro quotidiano, modificare norme culturali o professionali profondamente radicate e assumersi dei rischi. Metafore semplicistiche ("progetto", "pipeline" e "moltiplicatore") a parte, non esiste un modo semplice o universalmente replicabile per implementare il cambiamento su larga scala in un sistema complesso. Una tecnologia o un percorso che funziona senza intoppi nel contesto A funzionerà in modo maldestro (o per niente) nel contesto B. Date queste realtà, quali spunti offre la letteratura di ricerca in rapida crescita su diffusione e ampliamento al clinico, al manager, al commissario o al decisore politico impegnato? In che modo – se lo fa – questa letteratura si rivolge al paziente [o all'utente/cittadino del servizio]? (p. 1)

Identificano tre diverse lenti teoriche – scienza dell'implementazione, scienza della complessità e scienze sociali – ciascuna delle quali si basa su una diversa logica del cambiamento (meccanica, ecologica e sociale) (vedi [Tabella 1](#)).

Tabella 1

Diversi approcci per diffondere e ampliare l'innovazione e il miglioramento (da Greenhalgh e Papoutsis, 2019).

	SCIENZA DELL'IMPLEMENTAZIONE	SCIENZA DELLA COMPLESSITÀ	SCIENZE SOCIALI
Focus principale	Interventi basati sull'evidenza nella pratica	Le proprietà emergenti ed evolutive dei sistemi	Studio sociale di individui, gruppi e organizzazioni
Contributo	Fornisce un approccio concreto e pianificato alla fornitura e allo studio della diffusione e dell'ampliamento	Visione ecologica che enfatizza l'imprevedibilità intrinseca del sistema e la necessità di cambiamenti adattivi a livelli multipli e interagenti	Modelli di comportamento e interazione sociale in primo piano, convinzioni e valori professionali, routine e strutture organizzative

Meccanismi chiave di diffusione e ampliamento	Riduzione dell'incertezza, enfasi sulla fedeltà e influenze contestuali	Proprietà emergenti di un sistema interattivo: auto-organizzazione, gestione delle interdipendenze e attribuzione di senso	Influenze sociali, professionali e organizzative che modellano (e sono modellate da) l'azione individuale e collettiva
Metodi preferiti per raggiungere la diffusione e l'espansione	Utilizzare approcci programmatici e strutturati per sviluppare e replicare un intervento complesso in più contesti	Acquisire una profonda comprensione del caso nel suo contesto storico, sociopolitico e organizzativo. Utilizzare metodi diversi in modo flessibile e adattivo. Aspettarsi sorprese e gestirle in modo creativo. Sviluppare individui e organizzazioni affinché siano creativi e resilienti.	Sviluppare e applicare teorie su come il comportamento e le azioni degli individui siano influenzati da fattori interpersonali, materiali, organizzativi, professionali e di altro tipo
Metodi preferiti per la ricerca sulla diffusione e l'espansione	Metriche per misurare il miglioramento (quantitativamente) e un approccio sistematico per esplorare processi e meccanismi (qualitativamente)	Approccio basato sullo studio di caso che utilizza molteplici metodi qualitativi e quantitativi. La narrazione può essere utilizzata come strumento di sintesi per catturare complesse catene di causalità.	Etnografia, metodi basati su interviste e narrazioni di casi per fornire approfondimenti sulle interazioni e sui contesti sociali
Come si misura il successo	Replica di un particolare modello o approccio di servizio in più contesti ("fedeltà")	Narrazione sfumata su cosa è cambiato e perché, incluso (ove pertinente) come l'intervento è stato adattato o perché è stato abbandonato	Spiegazioni teoricamente informate ed empiricamente giustificate sul comportamento umano e organizzativo

Nel tentativo di mettere in pratica tali intuizioni, in diversi paesi sono emersi numerosi centri nazionali e centri di eccellenza, ognuno dei quali mira a migliorare i servizi pubblici nel proprio Paese attraverso una serie di attività, programmi e interventi diversi.

Tra gli esempi figurano una serie di "centri what works" nel Regno Unito, che mirano a "migliorare il modo in cui il governo e altre organizzazioni del settore pubblico creano, condividono e utilizzano prove di alta qualità nel processo decisionale" (<https://www.gov.uk/guidance/what-works-network> ; si veda anche [Sanders e Breckon 2023](#)).

Questi intraprendono, finanziano e/o sperimentano una serie di approcci diversi, tra cui la raccolta di prove esistenti sull'efficacia dei programmi governativi, la mappatura delle prove, il colmamento delle lacune commissionando nuove sperimentazioni e valutazioni, la condivisione dei risultati in modo accessibile e il supporto a professionisti, commissari e decisori politici affinché utilizzino tali risultati nel loro processo decisionale (<https://www.gov.uk/guidance/what-works-network>).

Più in generale, Martin e Williams ([2019](#)) identificano un approccio tradizionale dall'alto verso il basso all'implementazione delle prove, che descrivono come "ricerca *nella* pratica".

Questo si manifesta attraverso prove generate da "esperti" come università o autorità centrali, che vengono trasformate in raccomandazioni, specifiche dei servizi e obiettivi per coloro che erogano servizi sul campo.

Tra gli esempi figurano alcuni centri di eccellenza nazionali creati nel Regno Unito, come il National Institute for Health and Care Excellence (NICE), che produce linee guida basate sulle prove in relazione ai trattamenti

medici e ad alcune forme di erogazione dei servizi. Altri esempi includono sviluppi come le "clearing house", definite da Hirsch *et al.* ([2023](#)) nei seguenti termini:

Le clearinghouse delle prove (da ora in poi "clearinghouse"), chiamate anche registri di programmi basati sulle prove, conducono sistematicamente revisioni delle prove per determinare l'efficacia di un intervento (ad esempio una politica, un programma o una pratica)... Le clearinghouse raccolgono i risultati della ricerca su un intervento, valutano la qualità e la forza delle prove disponibili e riassumono tali risultati... Le clearinghouse fungono da canali di diffusione della ricerca che possono assistere i professionisti, inclusi i decisori politici, gli autori di sovvenzioni, i gruppi di advocacy e gli amministratori..., che spesso hanno tempo limitato o accesso limitato alla letteratura scientifica... Le clearinghouse promuovono interventi basati sulle prove incoraggiando l'adozione di interventi efficaci e scoraggiando l'adozione di interventi che hanno mostrato effetti negativi o non sono stati ben studiati .

Più recentemente, Martin e Williams ([2019](#)) descrivono una crescente consapevolezza dei limiti degli approcci top-down e uno spostamento verso approcci più bottom-up (ricerca *nella* pratica).

Questi includono un focus su approcci più sensibili a livello locale all'implementazione delle prove, lo sviluppo di "comunità di pratica" (vedi anche [Wenger, 1998](#)), approcci basati sull'esperienza, di co-progettazione e più collaborativi per la condivisione di buone pratiche all'interno e tra organizzazioni di servizi pubblici e partner. Altri esempi potrebbero includere "reti di advocacy" (collaborazioni di individui, gruppi e organizzazioni che cercano di influenzare il cambiamento delle politiche e delle pratiche) o movimenti sociali, come Social Care Future (un gruppo di persone che attingono all'assistenza e al supporto e ai loro alleati che hanno sviluppato e si battono attorno alla necessità di una nuova visione più incentrata sulla persona di ciò che dovrebbe essere l'assistenza sociale per adulti) [vedi <https://socialcarefuture.org.uk/> ; vedi anche Barnes e Bowl ([2000](#)) per una discussione più ampia sui movimenti sociali nella riforma dei servizi di salute mentale].

Il contributo di questo articolo

In questo contesto, questo articolo esplora le intuizioni di tre centri pionieristici di assistenza a lungo termine nei Paesi Bassi (Vilans), Svezia (Nka) e Regno Unito (IMPACT). Questi centri hanno organizzato un simposio durante la Conferenza "Transforming Care" del 2023 per scambiare conoscenze sull'implementazione delle evidenze in contesti di assistenza a lungo termine reali. Sebbene ogni centro avesse sviluppato approcci diversi in contesti diversi e si trovasse in fasi diverse della propria evoluzione, esistevano una serie di temi comuni che superavano i confini nazionali. Inoltre, i tre centri avevano collaborato durante la creazione di IMPACT, con colleghi del Regno Unito che visitavano gli altri due centri per definire la progettazione di quello che in seguito sarebbe diventato il centro IMPACT.

I colleghi di Nka e Vilans ora fanno parte del gruppo "Critical Friends" di IMPACT, contribuendo a fornire consigli e suggerimenti al di fuori dell'assistenza sociale del Regno Unito. I tre centri hanno continuato a collaborare anche in altri modi, ad esempio mettendo in comune le loro conoscenze sull'esperienza delle persone disabili e anziane durante il COVID, al fine di alimentare i dibattiti sulla relativa negligenza dell'assistenza sociale agli adulti durante la pandemia ([Glasby et al., 2023](#)).

Dopo aver testato le loro conoscenze con un pubblico internazionale (la conferenza ha visto la partecipazione di quasi 300 persone provenienti da undici paesi), i relatori sono stati incoraggiati a condividere queste lezioni con un pubblico più ampio. In un certo senso, le lezioni presentate di seguito sono in gran parte descrittive, ma approfondire in modo approfondito cosa fanno/perché/come questi centri e il contributo che apportano fornisce comunque un importante insegnamento che può essere utile a ricercatori, professionisti e decisori politici in altri sistemi e settori.

Nelle restanti sezioni di questo articolo, illustriamo il lavoro di ciascun centro in base a una serie di sottotitoli chiave (si veda anche [la Tabella 2](#) per una breve panoramica), prima di concludere con una serie di somiglianze chiave e alcune potenziali differenze. In diversi casi, il materiale (e spesso concetti complessi) e i termini chiave vengono tradotti dallo svedese o dall'olandese all'inglese e potrebbero non avere sempre un equivalente diretto (ad esempio, i *rimandi* formali o le missioni di ciascun centro potrebbero apparire leggermente forzati nella traduzione, oppure potrebbero esserci concetti contestati in una singola nazione e le cui sfumature potrebbero non essere sempre tradotte). Ciononostante, crediamo che sia utile cercare di condividere le lezioni superando le barriere nazionali e linguistiche e ci impegniamo a evidenziare somiglianze e differenze chiave che potrebbero essere più interessanti dei dettagli specifici di ciascun centro.

Tabella 2

Confronto e contrasto tra tre centri nazionali europei.

CARATTERISTICHE PRINCIPALI	VILANS (PAESI BASSI)	NKA (SVEZIA)	IMPACT (Regno Unito)
Sfondo	Grande organizzazione nazionale con 264 dipendenti; creata nel 2006 dalla fusione di infrastrutture di conoscenza pubblica più piccole per l'assistenza domiciliare, la riabilitazione e l'assistenza a lungo termine; è sopravvissuta e si è espansa grazie alla sua adattabilità, collaborazione e pertinenza.	Piccolo (15 dipendenti) ma molto ben collegato; fondato nel 2008 attraverso le connessioni politiche e le pressioni di un piccolo gruppo di ricercatori e attivisti impegnati; commissionato dal governo	In tutto il Regno Unito; centro più recente (2021-) – ma recentemente aumentato a circa 50 dipendenti; commissionato a livello nazionale da finanziatori indipendenti; significativo processo di co-progettazione in modo che il centro sia visto come parte del settore
Approfondimenti dall'implementazione, dalla complessità e dalle scienze sociali	Iniziato con un focus sulle intuizioni derivanti dalla scienza dell'implementazione/miglioramento della qualità; più recentemente, espansione del ruolo di coach più locali, innovazione digitale e focalizzazione sulla creazione di organizzazioni di apprendimento e reti collaborative	Agire come collegamento tra diversi partner in sistemi complessi	Fortemente influenzato dalle scienze sociali, con la conoscenza come co-creata, contestata e altamente specifica del contesto; forte attenzione al potere e voci raramente ascoltate
Mix di approcci top-down e bottom-up	Centro nazionale con programmi nazionali di grandi dimensioni, ma anche sempre più radicato nei sistemi di assistenza locali o regionali (<i>dall'alto verso il basso?</i>)	Collegare l'esperienza vissuta dai caregiver con le politiche e le pratiche (<i>collegando l'approccio top-down e bottom-up?</i>)	Fornire supporto pratico nelle realtà del posto di lavoro, ma cercando di integrare le lezioni apprese nelle politiche nazionali (<i>dai basso verso l'alto?</i>)

Approfondimenti da tre centri di eccellenza europei

Per ciascun centro di eccellenza (Vilans, Nka e IMPACT), forniamo una breve descrizione del contesto nazionale in cui opera il centro, definiamo i principi fondamentali e forniamo riflessioni chiave sull'apprendimento, sugli ostacoli e sulle soluzioni quando si cerca di implementare le prove nella pratica e di ampliare l'innovazione.

Vilans: un'organizzazione di conoscenza per l'assistenza e il supporto nei Paesi Bassi

Contesto e struttura

Il primo esempio è Vilans, il Centro nazionale di competenza per l'assistenza e il supporto nei Paesi Bassi. Vilans è nato da una serie di riforme politiche nel 2006 volte a creare un approccio più strutturato all'utilizzo delle conoscenze tra i diversi settori dell'amministrazione pubblica. Ciò ha portato alla nascita di una serie di "organizzazioni di conoscenza pubblica" o istituti nazionali, spesso collegati a singoli dipartimenti governativi,

che contribuiscono sia ad acquisire conoscenze su ciò che funziona sia a supportare lo sviluppo di pratiche basate sull'evidenza scientifica (vedere <https://www.rathenau.nl/en/science-figures/investments/income-and-expenditure-public-knowledge-institutes/funding-public> per una panoramica). Dopo una serie di fusioni e un graduale passaggio dal finanziamento nazionale a un'economia più mista, Vilans è ancora attivo. Con sede a Utrecht, conta circa 264 dipendenti e progetti in tutto il paese. La sua missione è "consentire alle persone con esigenze di assistenza a lungo termine di vivere la vita che desiderano". Per raggiungere questo obiettivo, Vilans si concentra su tre priorità strategiche:

1. Mettere al centro la vita delle persone anziché il sistema sanitario (assistenza e supporto integrati).
2. Fornire supporto e assistenza sostenibili con un numero ridotto di operatori sanitari, coinvolgendo l'assistenza informale e la comunità.
3. Integrare e applicare la tecnologia come aspetto prezioso e integrato del supporto, della cura e della vita quotidiana.

Vilans è nota nei Paesi Bassi e all'estero per la gestione di programmi di implementazione e innovazione su larga scala ([Nies et al., 2021](#)). In questi programmi, la conoscenza viene raccolta, condivisa, applicata e sviluppata insieme a vari stakeholder, come operatori sanitari, ricercatori e altri esperti. Per diffondere la conoscenza, Vilans gestisce diverse piattaforme di conoscenza (digitali) con obiettivi diversi e rivolte a diversi gruppi target. Complessivamente, queste piattaforme vengono visitate circa 7 milioni di volte all'anno. Inoltre, Vilans organizza un gran numero di incontri ed eventi, da conferenze su larga scala (con oltre 1000 partecipanti) a webinar online, per diffondere e condividere la conoscenza (vedere www.vilans.org per maggiori dettagli).

Vilans svolge un ruolo fondamentale nell'infrastruttura di conoscenza olandese per l'assistenza a lungo termine e oltre. In quanto organizzazione basata sulla conoscenza, l'istituto ospita 14 team professionali. Tra questi, il team di "gestione della conoscenza", il team di "apprendimento e cambiamento" e il team di "monitoraggio e impatto".

Il team di "conoscenza", insieme al team "online", supporta e organizza il flusso di conoscenza attraverso grandi piattaforme digitali, in modo che la conoscenza sia reperibile e utilizzabile in modo ottimale nella pratica da parte degli stakeholder chiave. Il team di "apprendimento e cambiamento" si concentra sul supporto a professionisti e manager nella loro organizzazione/sede o rete nello sviluppo e nell'implementazione di (nuovi) approcci.

Il team di "monitoraggio e impatto" mira a monitorare sistematicamente i progressi, i risultati e gli effetti di progetti e programmi, al fine di generare apprendimento, massimizzare l'impatto ed essere responsabili. Altri team forniscono supporto pratico e tecnico in ambito IT, gestione delle informazioni/dati e ricerca. Talvolta, i programmi di implementazione su larga scala ospitano centinaia di organizzazioni di assistenza partecipanti durante il periodo di progetto.

Approccio

La Figura 1 riassume il "ciclo della conoscenza" di Vilans. Questo implica la raccolta di domande chiave dalla pratica per contribuire a definire un'agenda per Vilans e/o a livello nazionale; la progettazione e la conduzione di nuove ricerche; e la diffusione di nuove conoscenze tramite piattaforme digitali, incontri (online) e progetti di sviluppo di servizi pratici. I diversi team contribuiscono alla traduzione di conoscenze esistenti o nuove attraverso prodotti di piccole dimensioni (o, in olandese, "spuntini"), cercando di contribuire a cambiare comportamenti o modalità di lavoro.

Questo viene valutato per comprendere l'impatto di tali programmi e identificare nuove lacune conoscitive. In tutto il progetto, Vilans combina evidenze scientifiche, evidenze pratiche ed evidenze esperienziali, definendo la "conoscenza" come "informazioni + esperienza + competenze + atteggiamenti".

Negli ultimi 10 anni, Vilans ha preso parte a vari programmi di implementazione nazionali su larga scala, tra cui ad esempio "Implementation of the National Dementia Care Standard", "The Innovation Impulse" (integrazione della tecnologia nei servizi per le persone con disabilità), il programma "Dignity and Pride for the Future" (a supporto dell'implementazione del quadro di qualità olandese per l'assistenza nelle case di cura) ([Vermunt et al., 2023](#)), "Power to the Region" (reti di assistenza collaborativa regionale) o "General Medical Care in the Region" (riorganizzazione dell'assistenza medica per anziani e disabili).

Sono stati inoltre istituiti nuovi programmi volti a garantire assistenza e supporto a prova di futuro, nelle singole organizzazioni e tramite reti di assistenza collaborativa regionale.

La maggior parte di questi programmi è stata finanziata dal Ministero della Salute, del Welfare e dello Sport e realizzata in collaborazione con i partner.

La maggior parte deriva da cambiamenti politici chiave, come nuovi quadri di qualità, accordi nazionali e/o nuove normative. Finanziando questi programmi, il Ministero mira a garantire che le politiche siano attuate e rese operative nella pratica, e a generare feedback per i decisori politici sull'impatto di tali cambiamenti sul campo.

In questo modo, i programmi Vilans possono anche essere visti come uno strumento politico per contribuire o "risolvere" problemi sociali e sfide politiche su larga scala, come il miglioramento della qualità dell'assistenza, la maggiore accessibilità, la riprogettazione dei servizi e/o il coinvolgimento delle persone, dei caregiver non retribuiti e delle comunità. I programmi consistono generalmente in un mix di attività, tra cui:

- Raccolta e condivisione delle conoscenze disponibili (scientifiche, professionali e di esperienza vissuta), delle buone pratiche e delle domande provenienti dalla pratica in prima linea sull'argomento
- Un invito alle organizzazioni partecipanti ad aderire e a ricevere supporto di implementazione personalizzato in loco da parte di coach esperti esterni ("agenti del cambiamento")
- Diffondere conoscenze ed esempi pratici attraverso piattaforme online, webinar online, reti e conferenze

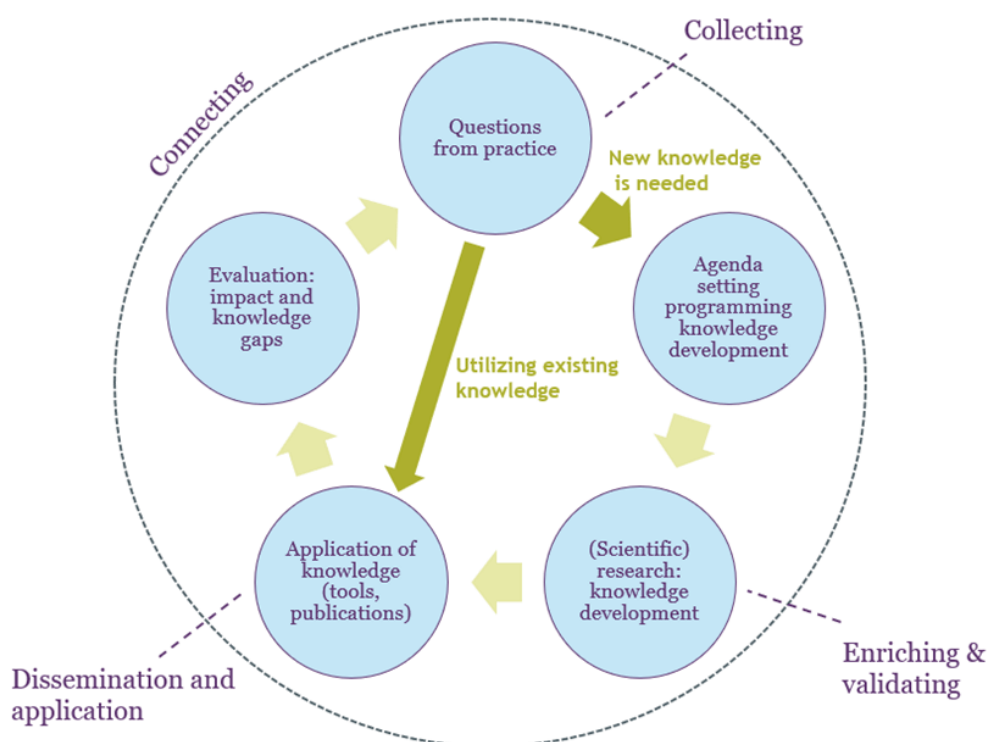


Figura 1

Il "ciclo della conoscenza" di Vilans.

Contributi chiave/lezioni apprese

Riflettendo su queste esperienze, Vilans individua una serie di lezioni chiave e direzioni di viaggio future:

1. Essendo indipendente, orientata alla missione, focalizzata sulla creazione di valore sociale e senza scopo di lucro, Vilans occupa una posizione unica nel campo dell'assistenza a lungo termine olandese, in qualità di "intermediario onesto" in dibattiti politici a volte molto divisivi. Questo aiuta Vilans a collegare politica, ricerca e pratica e a diffondere e implementare la conoscenza in collaborazione con molteplici partner.

2. La profondità e l'ampiezza delle reti di Vilans consentono di raccogliere domande e sfide chiave dalla pratica in prima linea, garantendo così che la ricerca e le politiche si concentrino sulle questioni più importanti. Una volta identificate queste problematiche e inserite nell'agenda nazionale, Vilans si impegna ad accelerare lo sviluppo, la convalida e l'arricchimento di nuove conoscenze, collaborando con università/altri partner della conoscenza e servizi di prima linea per migliorare la connessione tra ricerca e pratica.
3. In questo processo, Vilans contribuisce a migliorare le politiche future fornendo un feedback al ciclo politico e individuando nuove problematiche da affrontare. Rafforzare questo aspetto del suo lavoro sarà una priorità importante per Vilans in futuro.
4. Un ruolo chiave è svolto dagli esperti e dai coach di change management di Vilans, che facilitano la discussione aperta e la riflessione critica, creano focus e struttura e forniscono un contributo esperto. Ciò richiede la capacità di sviluppare un approccio sistemico integrato, combinando spunti provenienti sia dalla prospettiva di prima linea che da quella strategica, e una serie di competenze di facilitazione, change management e sviluppo organizzativo che spesso mancano nei ricercatori universitari e non sono facilmente accessibili agli operatori sanitari di prima linea (vedi [Chadborn et al., 2021](#) per ulteriori approfondimenti).
5. Avendo iniziato ad applicare e testare (nuove) conoscenze nella pratica, le piattaforme digitali e gli incontri online svolgono un ruolo chiave nel far arrivare messaggi e materiali chiave alle persone che ne hanno realmente bisogno. Questo è cruciale in termini pratici, poiché un centro nazionale può fare solo fino a un certo punto per interagire faccia a faccia con diverse località. Sebbene questo aspetto del lavoro di Vilans sia aumentato significativamente negli ultimi 5 anni, rimane un obiettivo chiave per l'organizzazione in futuro, adattando (nuove) conoscenze a diversi pubblici (come i caregiver non retribuiti) in misura ancora maggiore e aumentando l'applicabilità diretta di questo materiale.
6. Infine, in futuro ci saranno maggiori possibilità di supportare lo sviluppo di organizzazioni che apprendono (vedi [Foley e Vale, 2022](#)), in modo che nuove idee e modalità di lavoro possano svilupparsi in contesti più ricettivi. In futuro, Vilans cercherà di svolgere un ruolo più significativo in questo ambito, potenzialmente coinvolgendo nuove competenze e approcci per integrare più attivamente le innovazioni nella pratica. Inoltre, poiché la collaborazione nelle reti di assistenza integrate di più organizzazioni locali o regionali è sempre più rilevante, Vilans sta esplorando il modo migliore per sviluppare e supportare le infrastrutture di conoscenza locali/regionali.

svedese di competenza per l'assistenza familiare (Nka)

Contesto e struttura

Nka è stato fondato nel 2008 come centro nazionale di eccellenza per l'assistenza non retribuita. È stato incaricato dal Ministero della Salute e degli Affari Sociali (MHS), tramite l'Ente Nazionale Svedese per la Salute e il Welfare (NBHWS), di migliorare la comprensione delle modalità migliori per supportare i caregiver non retribuiti. Il suo compito è:

- Supportare e facilitare il lavoro di sviluppo e l'implementazione di una prospettiva di assistenza e supporto per gli assistenti all'interno dei comuni, delle regioni e da parte dei singoli attori
- Agire come collegamento tra ricerca e pratica
- Contribuire allo sviluppo di metodi e strumenti che siano sistematicamente diffusi e monitorati
- Raccogliere e trasmettere i risultati della ricerca e le migliori conoscenze disponibili nel settore
- Fornire consulenza e supporto ai genitori e ai tutori di persone con disabilità multiple e profonde
- Agire come punto di contatto per quanto riguarda la collaborazione nordica e internazionale nel settore

I partner principali (che compongono il Gruppo Direttivo) includono vari stakeholder e organizzazioni che svolgono funzioni consultive (vedi [Figura 2](#)). Attualmente, Nka occupa 15 posizioni equivalenti a tempo pieno, tra cui un direttore, un direttore scientifico, un amministratore/bibliotecario, un giornalista, un addetto alla comunicazione/web editor/produttore cinematografico, facilitatori professionisti e facilitatori di ricerca.

L'approccio di Nka si basa sulla convinzione che le persone che si avvalgono di assistenza e supporto e i loro caregiver siano gli esperti della propria vita ([Peat, 2023](#)) e che politiche, ricerca e pratica debbano essere

sviluppate in collaborazione con persone esperte per esperienza. Pertanto, cerca di riunire tutti i principali gruppi di stakeholder nelle sue attività principali. Fin dall'inizio, il centro ha adottato un'ampia definizione di "pratica basata sull'evidenza" ([Jergeby e Sundell, 2008](#)), come formata dalla fusione delle migliori conoscenze scientifiche disponibili, insieme alle esperienze e alle preferenze degli utenti e dei caregiver, nonché alle esperienze e alle competenze dei professionisti, tenendo conto del contesto organizzativo e culturale in questione.

Pertanto, il lavoro di Nka si propone di riunire queste diverse ma complementari fonti di conoscenza ed esperienza e, così facendo, di creare insieme nuove conoscenze, comprensioni e intuizioni.

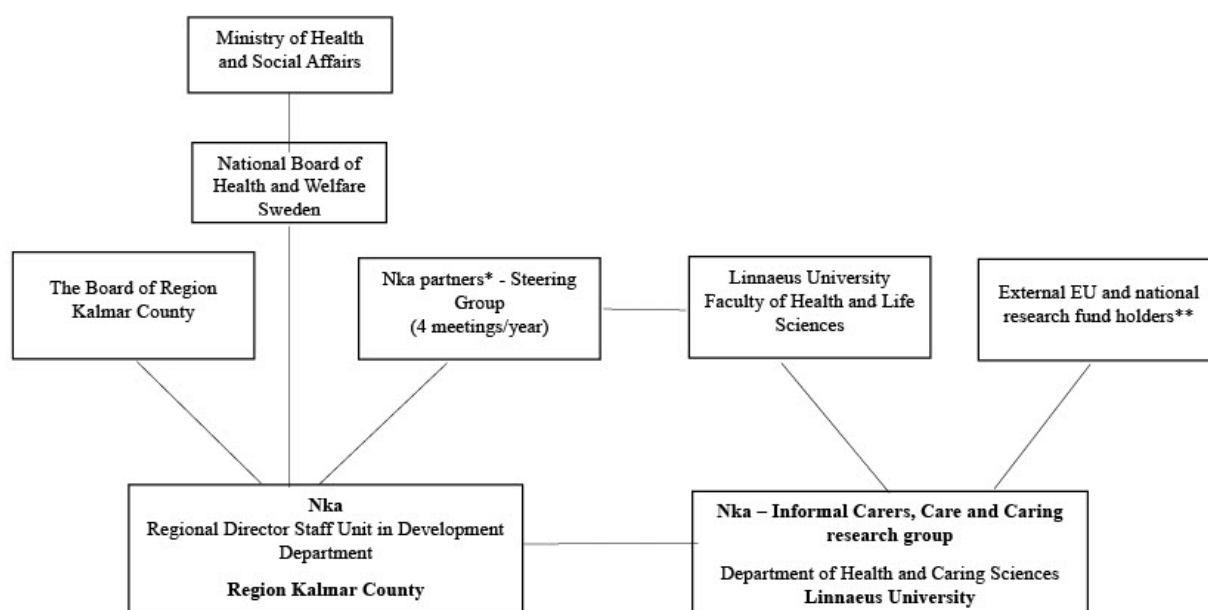


Figura 2

Struttura di Nka.

*Regione Contea di Kalmar, Università di Linneo, Carer Advocate County Coordinator Network, Svezia settentrionale, Carers Sweden, Associazione nazionale svedese per le persone con disabilità intellettiva.

**UE (Horizon Europe ed Erasmus +), Consiglio svedese per la ricerca sulla salute, la vita lavorativa e il benessere, Consiglio svedese per la ricerca, Fondazione della famiglia Kamprad per la ricerca e la beneficenza sull'imprenditorialità, Fondazione della scuola Uppsala Home Sisters.

Approccio

Nel raggiungere i propri obiettivi, Nka adotta diversi approcci:

- 'Remissvar': in Svezia, esiste una procedura formale nell'ambito del processo decisionale politico che consente a vari enti esterni di presentare una 'remissvar', ovvero una risposta scritta a una bozza di disegno di legge o di politica in fase di esame da parte del governo. Nka redige almeno una remissvar al mese. Invitiamo i principali gruppi di stakeholder a esprimere le proprie opinioni (in audizioni online) e facciamo riferimento a ricerche empiriche pertinenti, alla strategia nazionale per i caregiver e ai risultati delle nostre indagini nazionali (vedi sotto). In questo modo, presentiamo un'ampia gamma di evidenze relative alle situazioni, ai bisogni e alle aspirazioni dei caregiver. Sebbene non tutti i nostri suggerimenti vengano adottati, la posizione di Nka come partner affidabile del processo decisionale e fonte di competenza fa sì che molti dei nostri punti principali siano spesso inclusi nel testo generale del disegno di legge/politica proposto.
- *Indagini nazionali* : abbiamo condotto un'indagine nazionale sulla popolazione, gestita da Statistics Sweden nel 2018, basandoci su una precedente indagine NBHWS, per garantire di avere a portata di mano dati affidabili sulla prevalenza dell'assistenza non retribuita e sulle conseguenze dell'assistenza, incluso il supporto ricevuto dai caregiver e quello che vorrebbero ricevere. Ciò si è rivelato prezioso

per la condivisione e la diffusione dei risultati con comuni, regioni e organizzazioni nazionali, costituendo parte integrante delle prove a supporto della prima strategia nazionale svedese per i caregiver.

- *Reti di apprendimento misto (BLN)* : le BLN sono state istituite per consentire ai caregiver e alle loro organizzazioni di collaborare con operatori sanitari e socio-assistenziali, decisori e politici a livello locale su temi di interesse chiave. Le BLN sono comunità di pratica (CoP) eterogenee, originate dal lavoro di Wenger ([1998](#)), che ha formato comunità di pratica in ambito aziendale per contribuire a risolvere sfide comuni ma complesse, riunendo dipendenti aziendali con interessi comuni e coinvolgendoli in un processo di apprendimento collettivo, condivisione e risoluzione dei problemi. Nka mira a promuovere la consapevolezza/l'apprendimento condiviso, identificare le esigenze di cambiamento e, in ultima analisi, affinché il cambiamento avvenga a livello locale per fare la differenza nei risultati per i caregiver. Il consenso dei membri delle BLN, insieme al feedback della valutazione esterna, è che questo approccio è utile per contribuire a colmare il divario tra ricerca e pratica e, in alcuni casi, per apportare cambiamenti effettivi a livello locale ([Ewertzon, 2016](#) ; [Hanson, Magnusson e Sennemark, 2011](#)).

Contributi chiave/lezioni apprese

Sulla base di questi approcci, Nka è consapevole della necessità di concentrarsi su tre priorità aggiuntive e costanti. La prima è la necessità di svolgere un lavoro più collaborativo con gruppi di assistenti, le cui voci vengono raramente ascoltate. Sebbene il lavoro svolto finora abbia tenuto conto di elementi dell'identità e della situazione delle persone, come età, genere e status socio-economico, è necessaria una conoscenza più sistematica delle esigenze degli assistenti che potrebbero essere svantaggiati a causa di discriminazioni basate sulla razza o sull'orientamento sessuale.

In secondo luogo, è importante sensibilizzare l'opinione pubblica sui bisogni e sul contributo dei caregiver. Sebbene Nka sia sempre stata attiva in questo senso, la pandemia di COVID-19 ha ulteriormente evidenziato le carenze dell'assistenza agli anziani in Svezia e le sfide che i loro familiari devono affrontare. Ciononostante, l'interesse pubblico è da allora diminuito.

Nel tentativo di attirare l'attenzione a livello regionale e nazionale, Nka ha scoperto che integrare le storie e l'esperienza vissuta dai caregiver con le intuizioni di nuove ricerche può essere particolarmente efficace.

In terzo luogo, Nka ha la sua buona dose di critici, i quali ritengono che la presenza di un centro di questo tipo in Svezia serva principalmente a mantenere lo status quo, mantenendo le persone in ruoli di assistenza e sostanzialmente "sostenendo" servizi di welfare sottofinanziati.

Al contrario, Nka vede il proprio ruolo come quello di fornire informazioni sulla situazione dei caregiver, compresi i modi per supportare e responsabilizzare coloro che desiderano prendersi cura (pur riconoscendo che questa scelta è tutt'altro che netta ed è spesso legata a complessi obblighi morali e sociali e alle relazioni familiari).

Nka si impegna inoltre a evidenziare, sulla base di indagini successive e dati tratti da interviste, che gli stessi caregiver ritengono che la forma più efficace di supporto in Svezia rimanga un sistema sanitario e di assistenza sociale ben funzionante.

Soprattutto, un obiettivo chiave è quello di impegnarsi per una società più a misura di caregiver, in cui i caregiver non retribuiti e l'assistenza siano valorizzati, in cui le persone abbiano una scelta positiva se essere o meno caregiver e in cui i caregiver possano comunque condurre una vita scelta, prendersi cura della propria salute e non affrontare difficoltà finanziarie.

Il compito, quindi, è quello di migliorare il supporto a chi presta assistenza nel presente, lavorando al contempo per un futuro in cui la società nel suo complesso sia più attenta a chi presta assistenza.

Creare un "IMPATTO": spunti dal Regno Unito

Contesto e struttura

IMPACT è il più recente dei tre centri ed è stato progettato in seguito a visite sia a Vilans che a Nka per trarre insegnamento dalla loro esperienza molto più consolidata. In Inghilterra, l'assistenza sociale per

adulti [1](#) tende a essere significativamente sottofinanziata rispetto al Servizio Sanitario Nazionale del Regno Unito.

I servizi pubblici hanno inoltre vissuto oltre un decennio di "austerità" a seguito della crisi finanziaria globale della fine degli anni 2010 e di una serie di tagli a una serie di servizi di welfare sotto diversi governi conservatori.

I decisori locali hanno spesso reagito (comprensibilmente) cercando di proteggere il più possibile l'erogazione dei servizi di prima linea, con una conseguente riduzione e "svuotamento" del supporto disponibile per le organizzazioni e i professionisti di prima linea per innovare, gestire il cambiamento e migliorare la qualità dei loro servizi.

In questo contesto, IMPACT ('*Moving Adult Care Together*') è il centro del Regno Unito per l'implementazione delle prove nell'assistenza sociale agli adulti, istituito non dal governo, ma tramite un bando nazionale da 15 milioni di sterline dell'Economic and Social Research Council e della Health Foundation (ovvero un finanziatore accademico e un ente di beneficenza per la sanità).

Ha quattro obiettivi:

- Sostenere un uso più diffuso delle prove nell'assistenza sociale agli adulti
- Rafforzare le capacità e le competenze del personale addetto all'assistenza sociale per adulti
- Facilitare relazioni più sostenibili e produttive nell'ambito dell'assistenza sociale per adulti
- Migliorare la comprensione dei fattori che favoriscono/ostacolano l'implementazione delle prove.

Sulla base delle informazioni raccolte dai precedenti centri nazionali, i finanziatori hanno chiesto a IMPACT di lavorare in tre fasi: una fase di "co-progettazione" di 9 mesi (coinvolgendo l'intero settore in tutta la sua diversità e nelle quattro nazioni); una fase di "istituzione" di 1 anno (costituendosi come centro nazionale/testando nella pratica i modelli di erogazione proposti) e una fase di "erogazione" di 5 anni, con l'aspirazione a diventare in seguito una caratteristica permanente del panorama dell'assistenza sociale.

Il team dirigenziale di IMPACT è composto da 14 partner accademici, politici e pratici, tra cui persone che si avvalgono di assistenza e supporto, e organizzazioni che rappresentano i caregiver non retribuiti e il personale dell'assistenza sociale ([Figura 3](#)).

È supportato da:

- Cinque "IMPACT Assemblies" (due in Inghilterra e una ciascuna in Irlanda del Nord, Scozia e Galles): questi gruppi (ciascuno composto da circa 40 persone che si avvalgono di assistenza e supporto, assistenti, professionisti, dirigenti, ricercatori, ecc.) forniscono supporto esterno e stimolano; identificano le priorità; assicurano che il lavoro sia integrato nei diversi contesti politici delle quattro nazioni; assicurano che le voci diverse/raramente ascoltate siano centrali; supportano l'espansione e identificano i problemi futuri.
- Un "gruppo consultivo di coproduzione" (composto da una persona che si occupa di assistenza e supporto e da un assistente per ciascuna delle nostre cinque Assembly) fornisce consulenza sul lavoro di IMPACT in materia di coproduzione e identifica buone pratiche/aree per lo sviluppo futuro.
- Un "Critical Friends Group" (composto da esperti di spicco provenienti da paesi terzi nel settore dell'assistenza sociale nel Regno Unito) che fornisce consulenza, supporto e stimoli esterni. Nka e Vilans ne sono entrambi membri.
- Un "Consorzio" di partner più ampi in ambito politico/pratico, che condividono esperienze, coinvolgono le proprie reti e condividono buone pratiche.

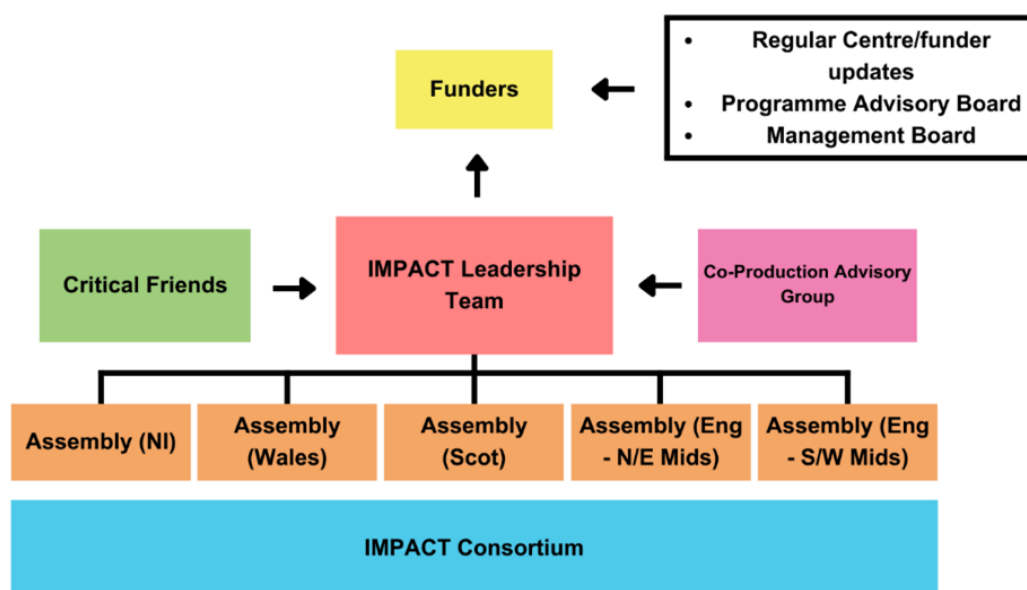


Figura 3 - La governance di IMPACT.

La fase di "co-progettazione" di IMPACT ha incluso due riunioni di ciascuna delle cinque Assemblee; la progettazione di una strategia di coproduzione da parte del Co-production Advisory Group; un sondaggio nazionale (con 2165 risposte da tutto il settore/dai quattro paesi); e riunioni di coinvolgimento delle parti interessate con i dirigenti senior di oltre 100 organizzazioni di assistenza sociale (da organizzazioni guidate dagli utenti ai responsabili politici nazionali).

Approccio

Sulla base di questi input, IMPACT ha sviluppato quattro modelli di erogazione principali e ha avviato una serie di progetti pilota per testarli nella pratica ([Tabella 3](#)). Il personale opera nelle organizzazioni in prima linea che ospitano i vari progetti di IMPACT e apporta un mix di competenze in materia di sviluppo organizzativo, esperienza vissuta e conoscenza pratica. Alcuni ruoli, ad esempio, sono quelli di "coach di miglioramento strategico", che supportano il personale nell'elaborazione di spunti di riflessione dalle prove, facilitando il cambiamento sul campo e aiutando le persone a comprendere quali risultati si possano ottenere lavorando in modo più basato sulle prove. L'innovazione locale viene quindi ampliata, non solo raccontandola ad altri, ma trovando modi per integrare queste intuizioni nelle politiche e nelle pratiche nazionali (ad esempio, tramite enti di regolamentazione dei servizi/istruzione/forza lavoro, ordini professionali e varie organizzazioni intermedie/associazioni) – questo processo lo chiamiamo "radicamento nazionale". IMPACT intrattiene inoltre relazioni chiave con diversi finanziatori della ricerca, in modo che le lacune nelle conoscenze attuali possano essere recuperate per influenzare la ricerca futura.

Tabella 3

Modelli di erogazione di IMPACT e progetti pilota del 2022.

MODELLO DI CONSEGNA	TIPO DI SFIDA/OPPORTUNITÀ	PILOTI 2022
Manifestanti	I coach facilitano cambiamenti importanti, strategici e basati sulle prove e incorporano lezioni chiave nelle politiche/pratiche nazionali	Approcci basati sulle risorse per gli anziani (Mid and East Antrim, Irlanda del Nord)
Reti	Riunire la popolazione locale per lavorare su soluzioni pratiche a problemi comuni ma complessi, condividendo l'apprendimento con altri gruppi che lavorano sullo stesso problema: tutto ciò si basa	Scelta e controllo per le persone con disabilità di apprendimento/problemi di salute mentale (siti in tutte e quattro le nazioni)

	direttamente sulle "reti di apprendimento misto" di Nka.	Reclutamento basato sui valori (siti in tutte e quattro le nazioni)
Facilitatori	Singoli agenti di cambiamento inseriti all'interno di organizzazioni locali per facilitare progetti di cambiamento più mirati, dal basso verso l'alto e basati su prove concrete	Utilizzo della tecnologia nell'assistenza domiciliare (Glasgow, Scozia) Personalizzazione per persone appartenenti a comunità etniche nere e minoritarie (Leicester, Inghilterra) Supporto per chi si prende cura di persone affette da demenza alla fine della vita (Ebbw Vale, Galles)
Chiedi a IMPACT	Rispondere agli "argomenti caldi" con guide accessibili e basate su prove, creando un archivio affidabile di prove nel tempo	Reclutamento e fidelizzazione Dimissioni ospedaliere Lezioni dal COVID

Contributi chiave/lezioni apprese

Riflettendo sul percorso di IMPACT fino ad oggi, ci sono una serie di insegnamenti che potrebbero essere di interesse per i colleghi che stanno riflettendo su queste tematiche in altri paesi e contesti. Forse i cinque principali "messaggi da assimilare" sono:

1. Quando cerchiamo prove di "ciò che funziona", dobbiamo attingere a spunti provenienti da diversi tipi di ricerca, dall'esperienza vissuta e dalla conoscenza pratica (si veda anche [Glasby e Beresford, 2006](#) ; [Glasby, Walshe e Harvey, 2007](#) per un approfondimento). Questi sono modi potenzialmente complementari, ma diversi, di conoscere il mondo, e dobbiamo unirli per triangolarli (e poi utilizzarli in termini pratici, riunendo persone con background diversi per lavorare su soluzioni comuni a problemi comuni). Sebbene questo possa sembrare un arido dibattito filosofico, in realtà si tratta di chi ne sa di più e di quali voci vengono solitamente ascoltate quando pianifichiamo il cambiamento rispetto a quali voci vengono raramente ascoltate. Crediamo che combinare le intuizioni provenienti da tutte e tre queste fonti di competenza porti a soluzioni migliori che hanno maggiori probabilità di essere integrate nella pratica e di raggiungere i tipi di risultati che le persone apprezzano.
2. Chi lavora nell'assistenza sociale agli adulti ha a disposizione una "politica" (che indica loro cosa dovrebbero fare) e delle "prove" (che forniscono un'indicazione di ciò che potrebbe essere promettente). Tuttavia, la parte davvero difficile è metterla in pratica. Soprattutto, le persone sentono di non avere il supporto pratico di cui hanno bisogno per apportare cambiamenti basati sulle prove.
3. Le persone hanno davvero apprezzato un approccio radicato nelle realtà della pratica locale e incentrato sull'apprendimento attraverso la pratica, ovvero avere qualcuno al proprio fianco che aiuti a confrontarsi con le intuizioni derivanti dalle prove, a fare le cose in modo diverso, a riflettere su cosa ha funzionato/non ha funzionato e a esplorare cosa dovrebbe succedere dopo.
4. A volte, le prove funzionano meglio quando si riesce a collegarle ai valori e alle motivazioni intrinseche delle persone. In questo modo, cessano di essere qualcosa che qualcun altro ti dice di implementare e diventano qualcosa che può aiutarti a raggiungere ciò per cui sei entrato in questo lavoro, o a vivere il tipo di vita che desideri.
5. Le prove, di per sé, raramente forniscono "la risposta", ma possono invece rappresentare una via per un dialogo e una conversazione più informati e proficui. Nella nostra esperienza, impariamo qualcosa dalle prove di base, impariamo qualcosa sperimentando le cose nella realtà della pratica e realizziamo i maggiori progressi quando esiste una relazione bidirezionale tra prove e pratica. Pertanto, le prove possono contribuire a migliorare la pratica, la pratica può contribuire a migliorare le prove, e le intuizioni più efficaci spesso derivano dall'interazione tra le due.

Temi comuni (e differenze)

Dopo aver presentato una panoramica di ciascuno di questi tre centri alla conferenza Transforming Care del 2023, la successiva discussione e il dibattito (anche da parte di relatori che si sono concentrati su spunti tratti dall'esperienza vissuta e dalla conoscenza pratica) hanno individuato una serie di temi comuni.

In primo luogo, tutti e tre i centri, pur operando in contesti nazionali così diversi, svolgono un ruolo chiave nel tentativo di creare un ponte tra ricerca, politica e pratica.

Si tratta spesso di mondi molto separati e lavorare al di là dei tradizionali compartimenti stagni richiede un impegno strategico alla collaborazione e alla costruzione di relazioni con un'ampia gamma di stakeholder.

A livello di servizi di prima linea, ciò coinvolge anche personale che sia credibile nei confronti delle persone, delle famiglie e del pubblico di riferimento, e che apporti competenze significative in termini di facilitazione, gestione del cambiamento e sviluppo organizzativo, pur mantenendo un occhio di riguardo alla rilevanza pratica. Sebbene ogni centro collabori con partner di ricerca/università e/o abbia sede in parte presso università leader, questi non sono ruoli di "ricerca" tradizionali, ma sono anche correlati alle competenze e all'esperienza che "consulenti" o "coach" potrebbero apportare.

Ciascuno dei centri qui presentati è anche molto diverso dai "centri di evidenza" che si concentrano principalmente su compiti come la conduzione di revisioni sistematiche, la produzione di "mappe" di evidenza e lo sviluppo di linee guida/protocolli per la produzione di linee guida. L'enfasi è invece posta sull'ottenimento di spunti da tali evidenze effettivamente utilizzate nella pratica.

In secondo luogo, lavorare in un settore come l'assistenza a lungo termine significa confrontarsi con diverse tipologie di conoscenza. Mentre discipline come la medicina possono talvolta concentrarsi su questioni molto "tecniche" (in cui particolari forme di dati sull'efficacia/costo-efficacia sono cruciali) e promuovere il concetto di "gerarchia delle prove", l'assistenza sociale è principalmente relazionale e il suo obiettivo è aiutare le persone con bisogni di assistenza e supporto a condurre una vita scelta. I risultati che persegue sono quindi intrinsecamente personali e fortemente dipendenti dal contesto.

Ciò significa che centri come Vilans, Nka e IMPACT devono integrare spunti di ricerca, esperienze vissute e conoscenze pratiche per essere efficaci e credibili per i diversi stakeholder con cui collaborano.

È importante sottolineare che quando parliamo di "prove di esperienza vissuta" ci riferiamo a due forme di prova: dati secondari provenienti da ricerche che coinvolgono persone che si avvalgono delle cure e il coinvolgimento diretto delle persone che si avvalgono delle cure come parte integrante del processo di produzione della conoscenza.

Si tratta principalmente di una questione filosofica e valoriale che riguarda la natura della competenza, e potrebbe comportare l'"alzare il volume" dell'esperienza vissuta e della conoscenza pratica, in modo che siano considerate modalità significative di conoscenza del mondo a pieno titolo e potenzialmente altrettanto importanti delle prove di ricerca (che storicamente tendono a essere una fonte di competenza meglio riconosciuta).

Tuttavia, ciò presenta anche vantaggi pratici, sia consentendo ai centri di riunire persone diverse con background diversi per lavorare a soluzioni comuni a problemi comuni, sia superando la natura molto limitata e frammentata della base di prove di assistenza sociale.

Se i decisori di alto livello si rifiutassero di impegnarsi in un percorso d'azione finché non ci fosse una serie di studi clinici randomizzati controllati di alta qualità a guidarli, raramente farebbero qualcosa. Tuttavia, se le prove provenienti da fonti diverse possono convergere per fornire una base sufficientemente solida per l'azione, anche se ogni elemento da solo sarebbe insufficiente, c'è margine per fare progressi (un principio noto come "consilienza"). In terzo luogo, e in relazione a quanto sopra, tutti e tre i centri cercano di promuovere la coproduzione (vedi anche [Beresford, 2019](#) ; [Peat, 2023](#) ; [Pestoff, 2012](#)). Questa è definita dal Social Care Institute for Excellence del Regno Unito ([2015](#)) come:

Persone che necessitano di assistenza e supporto e assistenti che lavorano con professionisti in partnership paritarie per raggiungere obiettivi condivisi.

Come suggerisce questa affermazione, non si tratta solo di un dialogo più significativo, ma anche di cercare attivamente di affrontare gli squilibri di potere e di amplificare voci raramente ascoltate.

Deve inoltre estendersi oltre i singoli progetti o lavori, valorizzando l'esperienza vissuta come un modo importante per conoscere il mondo a pieno titolo e integrarla nella cultura e nella governance dell'organizzazione. Soprattutto, implica un ruolo chiave nella costruzione di relazioni, nella comprensione delle prospettive e delle esperienze reciproche e nel ruolo di coordinatore in un settore spesso molto frammentato e con numerosi stakeholder.

Infine, ogni centro cerca di essere "più grande della somma delle sue parti", sia attraverso il "radicamento nazionale" di IMPACT, sia attraverso l'esperienza di Vilans in materia di comunicazione digitale, sia attraverso l'impegno di Nka nel catturare messaggi chiave per i decisori politici tramite il "remissvar".

Questo va oltre le tradizionali forme di diffusione lineare e dall'alto verso il basso, verso approcci che mirano a diventare partecipanti attivi nel processo politico, sia a livello locale, regionale o nazionale.

Ancora una volta, queste non sono necessariamente competenze e approcci che sono stati spesso considerati prioritari nei centri di ricerca universitari, ma che sono cruciali se si vuole che la prova di ciò che funziona faccia effettivamente la differenza nella realtà dei servizi locali e nella vita delle persone.

Tuttavia, nonostante questi temi comuni, esistono anche alcune sottili ma distinte differenze tra i tre centri. Sebbene queste dipendano in gran parte dal contesto delle singole nazioni e dal periodo in cui ciascun centro è stato progettato e avviato, possono anche derivare da lievi differenze nell'enfasi su come supportare al meglio il cambiamento basato sulle prove.

Queste differenze non dovrebbero forse essere sopravvalutate, ma [la Tabella 2](#) (sebbene eccessivamente semplificata) suggerisce alcune potenziali differenze.

Ad esempio, Vilans – inizialmente sviluppato nel 2006 in un periodo in cui si poneva una notevole enfasi sulla creazione di istituti nazionali/nuove infrastrutture, sulle tecniche di miglioramento della qualità e sulla scienza dell'implementazione delle intuizioni – ha inizialmente assunto la forma di un centro nazionale con una serie di ampi programmi di cambiamento e sviluppo. Più recentemente, Vilans ha mantenuto il suo impegno come centro nazionale leader e nel supportare il cambiamento su larga scala, ma ha riconosciuto sempre più l'importanza di coach locali, del coinvolgimento digitale e della creazione di contesti organizzativi ricettivi e reti collaborative. Fondata molto più di recente e fortemente influenzata dalle scienze sociali, IMPACT è forse più esplicita nell'offrire supporto pratico alle realtà dei singoli servizi, nell'importanza del contesto locale e nel cambiamento basato sulle evidenze come forma di co-creazione. Un'organizzazione molto più piccola che cerca di destreggiarsi tra complessi sistemi locali e nazionali, Nka è probabilmente più focalizzata sulla condivisione delle voci dei caregiver con i decisori, colmando i confini tra locale e nazionale e promuovendo un ulteriore cambiamento.

Nel tentativo di riunire le esperienze e le opinioni dei diversi stakeholder, ci sono forse anche alcune differenze di enfasi: Nka è radicata nell'esperienza vissuta dai caregiver; Vilans cerca di combinare l'orientamento alla missione con l'allineamento alle priorità politiche nazionali e il supporto all'erogazione dei servizi locali; e IMPACT considera la buona assistenza come la qualità della vita che aiuta le persone a vivere.

Riepilogo

Questo documento collaborativo tra centri pionieristici per l'implementazione delle evidenze nei Paesi Bassi, in Svezia e nel Regno Unito condivide insegnamenti pratici su come colmare il divario tra evidenze e pratica nell'assistenza sociale agli adulti. Sebbene ogni centro operi in contesti molto diversi con modelli di erogazione, approcci e storie differenti, ognuno di essi cerca di colmare i tradizionali divari tra ricerca, politica e pratica; adottare definizioni ampie e inclusive di ciò che costituisce un'evidenza valida; promuovere la coproduzione; e trovare modi pratici per integrare l'apprendimento nei servizi del mondo reale. Sebbene ogni centro cerchi di influenzare le politiche e le pratiche nazionali, il simposio "Transforming Care" suggerisce la possibilità di compiere progressi ancora maggiori rafforzando la collaborazione internazionale e lo scambio di conoscenze. Se l'evidenza deve fare la differenza, ciò avverrà attraverso la collaborazione, il dialogo bidirezionale, la partnership, la coproduzione e, infine, il cambiamento comportamentale, organizzativo e culturale.

<https://journal.ilpnetwork.org/articles/10.31389/jltc.328>

Cronicità e acuzie: serve un nuovo equilibrio

Claudio Maria Maffei

L'aggiornamento del Piano Nazionale della Cronicità rischia di rimanere inefficace come il precedente, poiché non affronta il nodo cruciale: la mancata razionalizzazione della rete ospedaliera per acuti (prevista dal DM 70/2015). Senza un ridisegno complessivo dell'offerta sanitaria che riduca gli ospedali periferici e potenzi le cure territoriali, qualsiasi piano sulla cronicità sarà solo teorico. È necessario un piano organico, non settoriale, che superi la frammentazione tra acuzie e cronicità

È stato di recente approvato in conferenza Stato-Regioni l'aggiornamento del Piano Nazionale della cronicità, la cui prima versione risale al 2016. Questa approvazione ha suscitato reazioni positive, pienamente giustificate se non fosse che viene aggiornato un Piano di fatto solo molto parzialmente operativo, un Piano che di fatto ha trovato pochissime applicazioni di sistema che coincidono con le Regioni che hanno attivato e fatto funzionare le Case della Salute prima del DM 77 del 2022 e le Case della Comunità dopo.

Notoriamente queste Regioni sono pochissime come i report di monitoraggio dell'applicazione del DM 77 da parte dell'Agenas documentano. Forse, anzi sicuramente, è andata meglio nella applicazione del modello a specifiche patologie come il diabete o a specifiche patologie in specifiche aree come le demenze.

Come noto, per cui mi limito ad un accenno, il primo Piano Nazionale della Cronicità, il DM 77 e il secondo Piano Nazionale della cronicità hanno un comune riferimento nel Chronic Care Model, che è un modello di almeno un decennio precedente rispetto a questi atti. Il Chronic Care Model prevede un approccio proattivo, interprofessionale, basato sulle evidenze, di comunità e centrato sul paziente e sul nucleo familiare e sociale. Anche su questo modello preferisco non entrare in dettagli scolastici perché chi lo pratica, o anche solo chi lo ha studiato che è il presumibile lettore di questo appunto, lo conosce a sufficienza. Basta ricordare ancora una volta che nel DM 77 ci sono tutti gli ingredienti del Chronic Care Model, anche se la ricetta l'hanno sperimentata in pochi.

Il punto che ancora una volta voglio richiamare e' che accanto al, anzi prima del, Piano Nazionale della Cronicità c'è stato sotto mentite spoglie il Piano Nazionale della risposta ospedaliera agli eventi acuti e cioè il DM 70 del 2015. Questo Piano aveva tra i suoi principi ispiratori la razionalizzazione delle reti ospedaliere attraverso l'utilizzo di una serie di criteri che le dovevano ridisegnare e non "tagliare" come ancora si continua a scrivere e, di conseguenza, pensare. Questi criteri erano la classificazione degli ospedali in base alle attività svolte a loro volta collegate a bacini di utenza per disciplina/funzione, la costruzione di reti cliniche secondo il modello Hub and spoke a partire da quelle tempo dipendenti e la definizione di un ruolo di integrazione da parte delle strutture private.

In questo percorso (che qui ho molto semplificato) le piccole strutture ospedaliere periferiche di cui la sanità pubblica italiana era piena (e continua ad essere abbastanza piena) mantenevano una attività per acuti e quindi un ruolo nella rete dell'emergenza-urgenza solo in presenza di particolari condizioni. Insomma, il Piano di riordino delle reti ospedaliere per acuti era il primo passo per un ridisegno della offerta complessiva di servizi sanitari e socio-sanitari ad una popolazione che invecchia in presenza di incombenti vincoli economici e organizzativi (personale). Il Piano Nazionale della Cronicità, è questo il punto, può crescere a livello di sistema nelle Regioni solo contestualmente alla evoluzione dei Piani di riordino degli ospedali. Questa banale (e mi rendo conto troppo spesso ripetuta da parte mia) considerazione trova pochissima accettazione tra i cittadini cui questa prospettiva non viene quasi mai proposta dalla politica, che non a caso dove ha razionalizzato le reti ospedaliere è riuscita a far crescere forme magari incomplete di sperimentazione e messa a regime di esperienze di Chronic Care Model. Mi risulta invece difficile da capire la "timidezza" diffusa che avvolge anche i forti sostenitori di una risposta avanzata alla cronicità quando si parla di razionalizzazione delle reti ospedaliere.

Forse dobbiamo passare dai Piani di settore (cronicità, salute mentale, demenze, ecc.) a un Piano complessivo di riorientamento del SSN in risposta ai nuovi bisogni e tenendo conto sia degli attuali e futuri vincoli che delle possibili innovazioni sia tecnologiche che organizzative. Torno alla domanda di fondo: che senso ha fare Piani che aggiornano Piani che non hanno funzionato perché altri Piani che li condizionavano non hanno a loro volta funzionato? Peraltro va benissimo l'inserimento di nuove patologie tra quelle che il Piano Nazionale

della Cronicità aggiornato prende in considerazione specificamente, ma non a caso si parla di Piano Nazionale della Cronicità e non di Piano Nazionale delle Malattie Croniche.

A scanso di equivoci ricordo infine che se i nodi strutturali alla base della crisi del Ssn non verranno risolti (sottofinanziamento, politiche del personale e divario Nord-Sud) nemmeno un Piano Nazionale “complessivo” funzionerà mai.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=133043



Legge Caregiver, Locatelli: “Chi ama e cura non vuole essere sostituito, ma accompagnato”

Dopo oltre 15 anni di attesa, arriva il disegno di legge che riconosce tutele, diritti e dignità a chi si prende cura ogni giorno di una persona non autosufficiente. La ministra Locatelli a Sanità Informazione: “Finalmente un quadro normativo condiviso e con copertura economica: indietro non si torna”

Isabella Faggiano

Dopo più di quindici anni di attese, bozze e tentativi rimasti sospesi tra Camera e Senato, il riconoscimento giuridico dei caregiver familiari sembra finalmente vicino. “È un punto di svolta – afferma **Alessandra Locatelli**, Ministra per le Disabilità, in un’intervista a Sanità Informazione – perché dopo tanti anni di proposte di legge rimaste ferme, finalmente ci sono le risorse in bilancio e un testo condiviso che dà un quadro normativo a chi ama e cura ogni giorno un proprio familiare”.

Il disegno di legge, già depositato al Dipartimento per gli Affari Giuridici e Legislativi della Presidenza del Consiglio, sarà presentato in una delle prime sedute utili del Consiglio dei Ministri, dopo l’approvazione della legge di bilancio. Si tratta, spiega Locatelli, di un provvedimento che “parte dal caregiver familiare convivente e prevalente, ma che dà risposte anche a tutte le altre figure di caregiver che dedicano tempo e cura, con intensità diverse, alle persone amate”.

Un riconoscimento che parte dal valore della cura

“Chi ama e cura non vuole essere sostituito, ma accompagnato”, sottolinea la ministra. L’idea alla base del provvedimento è quella di coniugare l’aspetto valoriale della relazione di cura con diritti concreti e strumenti di sostegno. “Accompagnare – prosegue Locatelli – significa **garantire misure di conciliazione tra vita e lavoro**, servizi di supporto per alleggerire il carico quotidiano, formazione e supporto psicologico. E, nei casi di alta intensità di cura, anche un contributo economico riconosciuto da una cornice normativa chiara”.

Un principio che si inserisce nella più ampia riforma della disabilità, che ha introdotto il progetto di vita personalizzato, fondato sull’ascolto dei bisogni e sulla costruzione di percorsi individuali. “La legge sul caregiver familiare è un tassello coerente di questo percorso – aggiunge – perché mette la persona e la famiglia al centro dei servizi e delle politiche di welfare”.

Tutele differenziate, ma nessuno escluso

Il disegno di legge prevede tutele diverse, calibrate sulla base dell’intensità della cura prestata. “La tutela più elevata – precisa Locatelli – spetta al caregiver familiare convivente, quello che vive accanto al proprio caro ventiquattr’ore su ventiquattro, che condivide ogni momento: quando sta male, quando ride, quando è aggressivo o fragile. È una maratona continua, e da qui dobbiamo partire”.

Ma la norma riconosce anche i caregiver non conviventi, con percorsi dedicati di sostegno e formazione.

“Non lasciamo indietro nessuno – spiega –. Penso ai giovani studenti che si prendono cura di un familiare, o a chi è solo, o ancora a chi ha più di una persona da accudire. Tutte queste situazioni devono trovare risposte nel quadro di legge”.

Un lavoro condiviso con il territorio

Il testo nasce da un lungo lavoro di confronto con **associazioni, rappresentanti del terzo settore, esperti e operatori del territorio**. “Il tavolo tecnico ha lavorato per più di un anno – racconta la ministra – con la partecipazione di tantissime realtà: familiari, enti locali, professionisti del socio-sanitario. Io ho indicato alcune linee guida fondamentali, come la tutela differenziata e la centralità del caregiver convivente, ma il lavoro di sintesi e mediazione è stato collettivo”.

Non sono mancati momenti di dibattito su punti sensibili, ma il risultato, sottolinea Locatelli, “è frutto di una condivisione reale, che non si è fermata di fronte alle difficoltà. È così che siamo riusciti a produrre un testo definitivo, sostenuto da risorse economiche e da una visione comune”.

Una sfida anche culturale

Oltre alla cornice normativa, la ministra richiama la necessità di un cambiamento culturale profondo. “Nel mondo del lavoro – osserva – sono ancora soprattutto le donne a rinunciare alla carriera per accudire una persona cara. È una realtà che dobbiamo cambiare, favorendo la conciliazione e riconoscendo socialmente ed economicamente il valore della cura”. La legge, dunque, non è solo un atto tecnico ma **un segnale politico e sociale**: “Con questa riforma vogliamo dare una spinta nella direzione giusta, per una società che non consideri più la cura un dovere silenzioso, ma un valore condiviso e sostenuto”.

L’iter e le prospettive

Dopo il deposito del disegno di legge e il passaggio in Consiglio dei Ministri, inizierà l’iter parlamentare tra Camera e Senato, con l’esame nelle commissioni competenti e le successive votazioni in aula. **“Mi auguro che il percorso sia rapido** – afferma Locatelli – nel rispetto dei tempi necessari, ma con l’obiettivo di arrivare presto all’attuazione. Questo testo rappresenta un punto fermo: indietro non si torna. Potranno esserci miglioramenti, certo, ma finalmente abbiamo una base condivisa e una copertura economica, cosa che in passato era sempre mancata”. Una volta approvata, la legge garantirà diritti omogenei su tutto il territorio nazionale, aprendo la strada a una nuova fase delle politiche di welfare familiare. “È il primo passo – conclude la ministra – verso un Paese che riconosce e accompagna chi ogni giorno, con amore e responsabilità, si prende cura degli altri”.

<https://www.sanitainformazione.it/legge-caregiver-locatelli-chi-ama-e-cura-non-vuole-essere-sostituito-ma-accompagnato/>

Digitalizzazione

THE LANCET
Digital Health

L'input del medico migliora le prestazioni diagnostiche dei modelli di intelligenza artificiale generativa nella risoluzione di casi clinici complessi

Kyle Lam, Julia Calvo Latorre, Andrew Yiu, Grace Navin, Alexander Tan, Jianing Qiu

Le diagnosi errate rimangono una sfida sostanziale per la sicurezza dei pazienti. Si stima che errori diagnostici dannosi si verifichino in un paziente su 14 che si presenta negli ospedali di medicina generale. [1](#)

È stato dimostrato che i modelli di intelligenza artificiale generativa (GAI) codificano una conoscenza clinica sostanziale [2](#), [3](#) e potrebbero essere promettenti per affrontare questa sfida clinica. Studi hanno dimostrato che i modelli GAI sono in grado di diagnosticare casi clinici complessi [4](#), [5](#).

I modelli GAI, tuttavia, continuano a scontrarsi con sfide, tra cui allucinazioni e bias, che alla fine ne impediranno l'impiego autonomo in ambito clinico. [6](#) Una tabella di marcia più realistica per la traduzione implicherà probabilmente un approccio human-in-the-loop, con i modelli GAI utilizzati come copilota diagnostico per i medici. Abbiamo quindi esaminato le prestazioni diagnostiche dei medici in casi clinici complessi con e senza l'uso di GAI. Inoltre, abbiamo studiato le prestazioni di GAI con e senza il contributo del medico.

Abbiamo confrontato le prestazioni dei principali modelli GAI disponibili al pubblico – Claude-Sonnet, Gemini 1.5, GPT-4, GPT-4o e OpenAI-o1 – utilizzando casi consecutivi documentati nelle cartelle cliniche del Massachusetts General Hospital (Boston, MA) dal 9 novembre 2023 al 18 settembre 2024.

Questo intervallo di tempo è stato scelto per evitare qualsiasi sovrapposizione con i dati di training utilizzati dai modelli GAI in fase di valutazione. I dati di testo e tutte le tabelle e figure associate a ciascun caso sono stati inseriti nei modelli fino alla risposta iniziale del relatore e alla discussione sulla diagnosi differenziale.

Abbiamo quindi fornito tutti i dati presentati al modello GAI a cinque medici e abbiamo chiesto loro di presentare un elenco differenziale classificato dalla diagnosi più probabile a quella meno probabile.

Un elenco differenziale classificato generato dal modello GAI più performante è stato quindi presentato a ciascun medico e ai medici è stato consentito di rivedere o riordinare il proprio elenco differenziale dopo aver visionato questi output. I medici non erano a conoscenza delle prestazioni diagnostiche del modello GAI.

Sono stati specificamente informati che le risposte GAI potevano non essere corrette e che non era necessario modificare le proprie risposte in base alle risposte.

Infine, tutti e cinque gli elenchi differenziali dei medici sono stati inseriti, oltre ai dati dei casi, nei modelli GAI e le prestazioni dei modelli GAI sono state confrontate prima e dopo l'inserimento dei dati da parte dei medici. L'esito primario era la corrispondenza tra le diagnosi principali e le diagnosi finali dei casi.

Gli esiti secondari erano la presenza della diagnosi finale nel differenziale del modello, la lunghezza del differenziale e un punteggio di qualità differenziale ordinale a cinque punti. [7](#)

L'analisi statistica è stata eseguita utilizzando metodi appaiati per tenere conto dei confronti intra-soggetto. Il test di McNemar è stato utilizzato per gli esiti binari appaiati e il t-test appaiato per gli esiti continui appaiati. Un $p < 0,05$ è stato considerato statisticamente significativo. Sono stati valutati 35 casi diagnostici.

OpenAI-o1 è stato il modello GAI più performante, con la sua diagnosi principale corrispondente alla diagnosi finale in 19 (54,3%) dei 35 casi e includendo la diagnosi finale nella sua diagnosi differenziale in 28 (80%) casi ([tabella](#)). Cinque medici, con esperienza compresa tra il terzo e l'ottavo anno di specializzazione in quattro diverse specialità, hanno abbinato la loro prima diagnosi alla diagnosi corretta in 7 (20%) e 14 (40%) casi, migliorando da 13 (37,1%) a 27 (77,1%) casi dopo l'esposizione all'output GAI ($p < 0,001$) ([figura](#)).

I medici hanno identificato correttamente la diagnosi nella loro lista differenziale complessiva in 7 (20%) e 18 (51,4%) casi, migliorando da 15 (42,9%) a 28 (80%) casi dopo l'esposizione all'output GAI ($p < 0,001$). La lunghezza differenziale media senza intelligenza artificiale (IA) era 3,2 (DS 1,3) e con IA era 3,9 (DS 1,4; $p < 0,001$). Il grado differenziale medio se la diagnosi era correttamente inclusa nella differenziale senza IA era 1,6 (DS 0,5) e con IA era 1,5 (DS 0,3; $p > 0,05$); il punteggio di qualità medio senza IA era 2,8 (DS 0,7) e con IA era 3,6 (DS 0,5; $p < 0,001$).

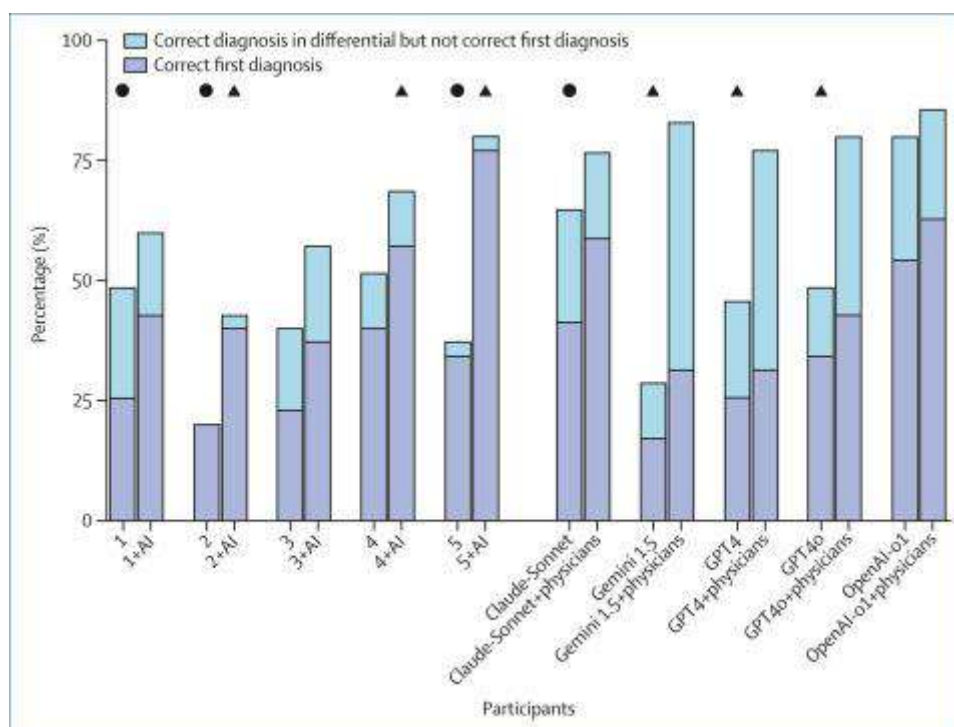


Figura Prestazioni diagnostiche dei medici residenti prima e dopo l'esposizione agli output di OpenAI-o1 e prestazioni diagnostiche dei modelli GAI prima e dopo l'esposizione ai differenziali dei medici

	Claude-Sonnetto *	Gemelli 1.5	GPT-4	GPT-4o	OpenAI-o1
Prima differenza differenziale corretta	41,2%	17,1%	25,7%	34,3%	54,3%
Lunghezza differenziale media	7.91	6.69	10.2	8.09	7.97
Diagnosi corretta nella diagnosi differenziale	64,7%	28,6%	45,7%	48,6%	80,0%
rango medio	1.92	2.1	2.81	2.12	2.46
Punteggio di qualità	4.21	2.83	3.66	4.03	4.69

Tavolo

Prestazioni diagnostiche dei modelli di intelligenza artificiale generativa

Le prestazioni di Claude-Sonnet sono state valutate in 34 casi su 35, poiché il sistema non è stato in grado di fornire output per un caso.

Ai modelli GAI sono stati forniti tutti e cinque gli elenchi di diagnosi differenziale dei medici, oltre ai casi, e tutti i modelli GAI hanno migliorato la loro prima diagnosi differenziale corretta e la loro capacità di includere la diagnosi corretta nella loro diagnosi differenziale (figura). È stato inoltre fornito il contributo dei singoli medici a GPT-40, con una prima diagnosi differenziale corretta compresa tra il 28,6 e il 37,1% e un'inclusione della diagnosi nella diagnosi differenziale compresa tra il 54,3 e il 62,9% ([appendice p 1](#)).

Claude-Sonnet e OpenAI-o1 hanno superato le prestazioni diagnostiche di tutti i medici specializzandi partecipanti. I medici specializzandi hanno migliorato le loro prestazioni diagnostiche dopo aver letto l'output del GAI, e anche le prestazioni di tutti i modelli GAI sono migliorate dopo l'esposizione alle differenze diagnostiche dei medici.

È importante notare che quando i modelli GAI sono stati forniti con input da singoli medici, le prestazioni sono variate, con una diminuzione della prima differenza corretta in un caso e un miglioramento in altri casi. Le prestazioni per la diagnosi di prima fascia e l'inclusione della differenza diagnostica complessiva, fornite con input di singoli medici, sono state tuttavia inferiori rispetto a quando fornite con input di medici aggregati, il che potrebbe indicare l'importanza di aggregare diverse prospettive cliniche per l'accuratezza diagnostica assistita dall'IA. Nel complesso, questi risultati rafforzano il valore dell'interazione uomo-IA per la co-diagnosi clinica, che probabilmente rappresenterà il futuro utilizzo dell'IA in quest'area.

Il potenziale impatto di questa tecnologia è diversificato e potrebbe essere particolarmente vantaggioso sia nelle cure primarie che in contesti con risorse limitate, dove spesso mancano competenze specialistiche. Questo lavoro esplorativo è, tuttavia, limitato dal numero di casi valutati e dal numero di medici che li valutano.

Ciononostante, questo lavoro iniziale valuta una vasta gamma di diagnosi che abbracciano più specialità e modelli GAI di diverse tipologie, sviluppatori e capacità, e chiarisce come la GAI possa assistere i medici nelle diverse fasi della formazione.

Partendo da questa promessa iniziale, il lavoro futuro dovrebbe concentrarsi sull'aumento del numero di casi e di medici valutati e sull'esame non solo degli aspetti relativi alle prestazioni dei compiti nell'interazione uomo-IA, ma anche dell'esperienza utente e del comportamento all'interno del processo decisionale.

Inoltre, le future valutazioni della co-diagnosi uomo-IA dovrebbero concentrarsi sulla gestione di pazienti con molteplici morbidità complesse, piuttosto che su quelli con una singola malattia complessa, e sulla comprensione di come la GAI dovrebbe essere utilizzata per ottenere la massima efficacia clinica.

[https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500\(25\)00104-9/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500(25)00104-9/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)



Previsione delle preferenze dei pazienti basata sull'apprendimento automatico: una prova di concetto

Georg Starke , Laura Schopp , Clément Meier , Jérémy Baffou , Dorina Thanou , Jürgen Maurer e Ralf J. Jox

Pubblicato il 18 settembre 2025

NEJM AI 2025 ; 2 (10)

DOI: 10.1056/Aloa2500265

Astratto

Sfondo

Il rispetto dell'autonomia del paziente e l'erogazione di un'assistenza coerente con gli obiettivi richiedono la comprensione delle preferenze individuali. Tuttavia, le preferenze dei pazienti incapaci sono spesso sconosciute e il giudizio sostitutivo è gravato da elevati livelli di imprecisione.

Gli esperti di etica hanno suggerito un predittore di preferenza del paziente (PPP) addestrato con l'apprendimento automatico (ML) per aumentare l'accuratezza del giudizio sostitutivo, ma non ne è ancora stato sviluppato uno. Qui presentiamo la prima dimostrazione di concetto di un PPP basato sull'ML.

Metodi

Utilizzando dati rappresentativi della popolazione di 1811 partecipanti svizzeri all'indagine sulla salute, l'invecchiamento e il pensionamento in Europa, abbiamo valutato diverse tecniche di apprendimento automatico (ML) per creare un PPP e abbiamo impiegato un metodo di apprendimento automatico comunemente utilizzato e spiegabile per identificare il modello più performante.

Riflettendo diversi scenari di utilizzo, abbiamo addestrato tre modelli: un modello semplice basato su dati demografici; un modello clinico addestrato su dati che probabilmente saranno disponibili nelle cartelle

cliniche elettroniche; e un modello personalizzato che incorpora informazioni più dettagliate sulle preferenze individuali.

Risultati

Tutti e tre i modelli hanno superato i risultati dei partner dei soggetti indice del nostro campione nel prevedere con precisione se il soggetto preferirebbe la rianimazione cardiopolmonare in caso di arresto cardiorespiratorio.

Con un'accuratezza media cross-validata di cinque volte fino al 70,6% (deviazione standard $\pm 1,3\%$), i nostri modelli hanno anche ottenuto risultati pari o superiori alle stime tipiche di accuratezza predittiva surrogata presenti in letteratura.

Conclusioni

Questo studio dimostra che un PPP basato sull'apprendimento automatico può migliorare il processo decisionale dei sostituti.

Pur evidenziando i limiti tecnici e concettuali, riteniamo che questo rappresenti un contributo importante agli sforzi per migliorare l'assistenza e rispettare pienamente l'autonomia del paziente.

<https://ai.nejm.org/doi/full/10.1056/Aloa2500265?emp=marcom>



Carl June: «L'intelligenza artificiale renderà le Car-T accessibili a tutti»

L'immunologo che ha cambiato l'oncologia e vincitore del Premio Balzan 2025, spiega come automazione e Ai potranno ridurre costi e tempi, portando le terapie cellulari fuori dai laboratori di élite

Gianluca Dotti

L'idea di trattare un tumore senza adoperare un farmaco, ma con delle cellule riprogrammate per riconoscerlo e distruggerlo, introduce un modo nuovo di affrontare il percorso di cura. Oggi le terapie cellulari sono una realtà clinica in oncologia, ma la loro storia affonda le radici in un esperimento nato per pura curiosità scientifica. «Quando abbiamo iniziato, era solo un tentativo accademico -», spiega al Sole24Ore l'immunologo statunitense Carl June, professore all'università della Pennsylvania, pioniere delle terapie Car-T e vincitore del Premio Balzan 2025, la cui cerimonia si terrà a Berna il prossimo 14 novembre -. Volevamo capire se fosse possibile riprogrammare una cellula del corpo umano, e scoprimmo che il meccanismo funziona meglio nelle persone che nei topi da laboratorio».

Quella sorpresa iniziale negli anni Ottanta si è trasformata in qualche decennio in una delle più importanti innovazioni della medicina contemporanea: la possibilità di combattere leucemie, linfomi e mielomi attraverso linfociti T (un tipo di globuli bianchi) modificati geneticamente per riconoscere le cellule tumorali e distruggerle. La terapia - il cui acronimo deriva da Chimeric antigen receptor T cell - consiste nel prelevare i linfociti dal paziente, modificarli in laboratorio e reintrodurli nell'organismo dopo averli dotati di un recettore capace di individuare specifici bersagli. È la prima terapia basata sull'ingegneria cellulare introdotta nella pratica clinica, e oggi è approvata negli Stati Uniti e in Europa per sette tipologie di tumore. L'approccio ha cambiato la prospettiva non solo della cura, ma anche della ricerca, dimostrando che la biologia sintetica può essere applicata in modo sicuro.

Le nuove sfide

Il prossimo traguardo è portare la stessa efficacia nei tumori solidi, le cui caratteristiche limitano l'efficacia di un approccio basato sui linfociti. «Siamo ancora alla ricerca di soluzioni, con oltre mille trial clinici in corso nel

mondo per capire come aggirare questo ostacolo -, racconta June -. I progressi più promettenti riguardano il glioblastoma, il tumore cerebrale più frequente, e il neuroblastoma, il più comune nei bambini: sono fiducioso che il problema sarà risolto».

Anche le malattie autoimmuni potrebbero presto beneficiare di questo approccio clinico, estendendo il potenziale di queste terapie oltre l'oncologia. Alcuni studi condotti in Germania mostrano che le cellule Car-T sviluppate per combattere il cancro possono anche ripristinare l'equilibrio del sistema immunitario in patologie come il lupus eritematoso sistemico, che colpisce circa l'8% della popolazione negli Stati Uniti e in Europa.

L'efficacia scientifica è però solo una parte del problema: la vera sfida è rendere queste terapie accessibili. Le Car-T richiedono una produzione complessa, tempi lunghi e costi elevati. «È normale che le nuove tecnologie siano costose all'inizio: è successo, al di fuori del mondo della salute, con i computer e gli smartphone -, osserva l'immunologo - Oggi la parte più costosa è il lavoro umano, ossia le persone che devono imparare a produrre cellule Car-T. Ma con la robotica e l'automazione i costi potranno scendere, stiamo già vedendo segnali in questa direzione».

Il futuro è "off-the-shelf"

Una delle strade su cui il gruppo di June e altre équipe stanno lavorando è la realizzazione di Car-T off-the-shelf, ossia derivate da donatori compatibili e pronte all'uso per più pazienti: un singolo donatore potrebbe fornire materiale per migliaia di beneficiari. Un altro approccio, ancora agli albori ma promettente, è la generazione delle cellule direttamente nel corpo del paziente, eliminando la necessità di modifiche in laboratorio. L'intelligenza artificiale potrebbe avere un ruolo chiave in questa fase di sviluppo, perché «aiuterà a sviluppare più rapidamente le Car-T per i tumori solidi e potrà rendere più efficiente tutta la filiera, dalla logistica alla produzione», spiega June.

Scienza aperta e regole da riscrivere

Gli algoritmi possono accelerare la progettazione dei recettori, ottimizzare le catene di approvvigionamento e ridurre gli errori nei processi produttivi, trasformando una terapia personalizzata in una tecnologia più scalabile. In parallelo alla sfida tecnologica, la corsa delle Car-T impone anche una riflessione etica e regolatoria, per gestire una ricerca che avanza più velocemente delle norme pensate per governarla. I trial clinici si moltiplicano in tutto il mondo, spesso con criteri diversi per il consenso informato, la raccolta dei dati e la trasparenza dei risultati. Garantire equità e sicurezza senza frenare l'innovazione è una linea sottile su cui la medicina dovrà imparare a muoversi sempre meglio. «La scienza cresce quando è aperta -, sottolinea June - Le persone ne beneficiano di più quando la conoscenza resta accessibile, perché è così che un risultato locale diventa un progresso globale».

https://www.ilsole24ore.com/art/carl-june-l-intelligenza-artificiale-rendera-car-t-accessibili-tutti-AH64KPcD?cmpid=nl_sanita24



Dai dati digitali ai piani per la fragilità: così l'Italia risponde alla sfida sociosanitaria

Regioni e aziende sanitarie hanno ormai chiara la necessità di costruire una sanità capace di dialogare con il sociale ma la partita si giocherà nel prossimo biennio con investimenti anche sul territorio e la piena implementazione del Pnrr

Annamaria Di Ruscio, Marta Rho

L'integrazione tra sanità e sistema socio-assistenziale è uno dei nodi più complessi e urgenti del nostro Paese. L'allarme arriva dai dati della Fondazione Gimbe, che segnalano un sistema sanitario in affanno: risorse in calo, personale insufficiente e un numero crescente di cittadini costretti a rinunciare alle cure.

Un Paese in movimento

Eppure, accanto alle difficoltà, non mancano esperienze e progettualità che indicano la strada verso un modello più integrato. Sulla base della survey realizzata nel primo semestre del 2025, l'analisi di NetConsulting cube evidenzia un quadro in evoluzione. Regioni e Aziende sanitarie hanno ormai chiara la direzione da seguire: costruire una sanità capace di dialogare con il sociale, attraverso piattaforme digitali condivise e percorsi di presa in carico integrati. Ma la distanza tra visione e attuazione resta ancora ampia. Un obiettivo ancora lontano nella realizzazione, ma finalmente riconosciuto come necessario.

Il Fse 2.0 come must

Secondo l'indagine, il 90% indica come priorità lo sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0, pensato per includere non solo dati sanitari ma anche informazioni di natura sociale. Un passo fondamentale per costruire un ecosistema digitale in grado di restituire una visione completa dei bisogni dei cittadini, rendendo più efficace il monitoraggio, soprattutto dei più fragili.

In questa stessa prospettiva, l'84% delle Regioni, il 44% delle Direzioni Generali e il 28% dei Chief Information Officer dichiarano di voler digitalizzare i Piani Assistenziali Individuali (PAI), integrando interventi medici e sociali all'interno di processi condivisi. Tuttavia, database realmente comuni tra le due componenti – sanitaria e sociale – sono oggi presenti solo nell'8% dei progetti digitali.

Restano dunque ampie le lacune da colmare: il livello di maturità digitale dei territori è ancora disomogeneo, le piattaforme regionali non sempre comunicano tra loro e manca uno standard nazionale per l'integrazione dei dati sociali. A ciò si aggiunge l'assenza di una cornice normativa univoca su accesso, condivisione e responsabilità nella gestione delle informazioni. La cartella sociale, inoltre, è raramente connessa ai sistemi centrali e la sua diffusione procede a macchia di leopardo. Questa frammentazione si traduce in inefficienze e in un uso poco mirato delle risorse, con progetti e investimenti ancora troppo concentrati sull'ospedale e poco sul territorio.

La sfida del territorio

È però proprio sul territorio che Regioni e Aziende Sanitarie sanno di giocarsi la vera sfida. Un elemento particolarmente significativo emerge guardando alle iniziative rivolte ai pazienti più vulnerabili. Le progettualità dedicate alla gestione dei pazienti fragili – anziani, disabili, persone con patologie croniche – mostrano una crescente consapevolezza della necessità di integrare sanità e sociale, ma una capacità di attuazione ancora limitata.

Verso l'inclusione dei dati sociali

L'inLa vera novità sta però nella portata delle ambizioni progettuali per il biennio 2025–2026: quasi tutte le Regioni prevedono investimenti mirati per colmare il divario tra visione e attuazione.

Secondo NetConsulting cube, il 95% delle amministrazioni prevede entro il 2026 l'introduzione di strumenti di analisi avanzata per monitorare e ottimizzare gli interventi socio-sanitari, un ambito oggi ancora del tutto assente. Un'analoga tendenza riguarda l'estensione del Fascicolo Sanitario Elettronico ai dati sociali, attualmente implementata solo nell'8% dei casi ma già programmata dal 92% delle Regioni.

La tendenza è analoga nello sviluppo di piattaforme digitali condivise tra strutture sanitarie e servizi sociali: presenti oggi nel 16% dei casi, ma previste dall'84% delle Regioni nel prossimo biennio. Un andamento simile si osserva nella digitalizzazione e gestione centralizzata dei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI), oggi attiva solo nel 17% ma in programma nel restante 83%. Il segnale è chiaro: si punta a costruire un'infrastruttura digitale integrata, capace di rendere davvero coordinata la presa in carico del cittadino.

A completare il quadro, il 72% delle Regioni punta su portali e app dedicate ai caregiver, strumenti destinati a rafforzare il collegamento tra famiglie, operatori e professionisti, favorendo una maggiore continuità assistenziale. In questa puntata di Start parliamo della paura dei giovanissimi di uscire di notte in città, con una ricerca Unipol–Ipsos che rivela come quasi la metà della Gen Z si senta insicura al calar del sole,...

Integrazione tra il servizio sanitario e l'assistenza sociale per gestire pazienti fragili o persone con patologie croniche. *Valori in %*

Digitalizzare i percorsi di cura

Un andamento simile emerge anche nei progetti di personalizzazione dei percorsi di cura, che combinano risorse mediche e sociali per migliorare la presa in carico dei pazienti più fragili.

Anche in questo caso l'attuazione, per ora, resta limitata, ma il potenziale di trasformazione è evidente.

Solo l'1% dispone oggi di sistemi di business intelligence per l'analisi congiunta dei dati sanitari e sociali, ma l'88% ne prevede l'attivazione entro il 2026: un segnale di chiara volontà di passare da una gestione reattiva a una capacità predittiva e di programmazione.

Gli strumenti digitali per la progettazione e il monitoraggio di percorsi personalizzati, che rappresentano la chiave per un approccio realmente integrato, sono attivi nell'8% dei casi ma in sviluppo nel 92%.

Parallelamente cresce l'impegno per la creazione di database condivisi per mappare in modo sistematico le risorse sanitarie e sociali disponibili: un'infrastruttura oggi attiva solo nel 2% dei casi, ma in fase di progettazione nel 90% delle Regioni.

L'AI in campo

Analogamente, cresce l'interesse per soluzioni basate su intelligenza artificiale e modelli predittivi per la pianificazione e la personalizzazione degli interventi: oggi presenti nell'8% dei casi, ma previste nel 72% entro due anni. Progetti di personalizzazione con la creazione di percorsi specifici che combinano risorse mediche e sociali. *Valori in % percentuali altissime, che testimoniano un fermento progettuale senza precedenti. Ma la domanda resta: la sanità italiana saprà trasformare questi progetti in un vero modello di integrazione con il sociale?*

Dal punto di vista della spesa in Information Technology, le stime di NetConsulting cube mostrano segnali incoraggianti, che indicano una possibile evoluzione positiva nei prossimi anni.

Dove si investe

La parte più consistente degli investimenti, attuali e stimati, continua ad essere quella dei sistemi clinici e ospedalieri, che assorbono la quota maggiore della spesa: da 702 milioni nel 2022 a quasi 1 miliardo stimato entro la fine del 2025. Nel 2024 questa voce rappresenta il 45% del totale, con un valore di 892 milioni. Si tratta di un trend fisiologico destinato a mantenersi stabile nei prossimi anni con tassi di crescita costanti e che riflette esigenza di modernizzare le infrastrutture cose, digitalizzare i flussi clinici e garantire la piena integrazione con i sistemi regionali e nazionali.

I sistemi amministrativo-contabili, direzionali e delle risorse umane incidono invece per il 21% del totale e hanno raggiunto nel 2024 un valore di 407 milioni (+3,5%). La crescita di questo settore è ormai matura, non si prevedono incrementi significativi nei prossimi anni.

Accanto a queste componenti "core", emergono dinamiche di crescita più interessanti sul piano strategico. Gli applicativi socio-assistenziali e territoriali, pur partendo da valori più contenuti, crescono del 41% tra il 2022 e il 2025 (da 82 a 116 milioni), segnalando una crescente attenzione verso la dimensione territoriale della cura e la gestione integrata dei pazienti fragili.

Il fattore Pnrr

Ancora più marcato è l'incremento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e della telemedicina, sostenuti in gran parte dai finanziamenti del Pnrr. Il FSE passa da 123,9 milioni nel 2022 a 181 milioni stimati per il 2025 (+46%), mentre la telemedicina quasi raddoppia nello stesso periodo (+116%, da 69 a oltre 150 milioni). Nel solo 2024, la spesa IT per la telemedicina ha raggiunto i 129 milioni di euro (+17,6%), con una crescita prevista del 16% nel 2025 e del 13,8% nel 2026. Nei prossimi anni, per il FSE, è invece atteso un rallentamento fisiologico, a fronte delle risorse già investite.

Un'ulteriore area in espansione è quella dei sistemi di accoglienza (prenotazioni, anagrafiche, front office digitali), stimati a passare da 189 milioni nel 2022 a 240 milioni nel 2025. Un segnale del costante e progressivo investimento sulla user experience del cittadino e sull'accesso ai servizi di prossimità.

Ambito socio-assistenziale, FSE, telemedicina e accoglienza rappresentano i pilastri tecnologici dell'integrazione tra sanità e sociale, condizione necessaria per un sistema davvero connesso, equo e sostenibile.

Uno sguardo al futuro

Con il Pnrr ormai prossimo all'esaurimento, l'Italia dovrà individuare nuove leve finanziarie e organizzative per dare continuità agli investimenti e trasformarli in risultati strutturali.

Le priorità restano chiare: rafforzare i modelli territoriali, garantire l'integrazione tra sanità e sociale anche sul piano dei dati e promuovere una nuova cultura dell'innovazione. La vera sfida sarà tradurre la logica del progetto in una politica di sistema, capace di connettere risorse, competenze e governance. Fermarsi ora significherebbe disperdere tutto il lavoro sin qui svolto e trasformarlo in solo debito.

Di questi temi – e di come costruire la prossima fase della sanità digitale italiana – si parlerà alla Digital Health Conference (DHC), luogo di confronto tra istituzioni, imprese e professionisti del settore in programma il prossimo 5 e 6 Novembre, organizzato da GGallery e NetConsulting cube.

https://www.ilsole24ore.com/art/dai-dati-digitali-piani-la-fragilita-cosi-l-italia-risponde-sfida-sociosanitaria-AHeUiDTD?&cmpid=nl_sanita24



Intelligenza artificiale e influencer, nuove regole per comunicare la salute

Presentata alla Cattolica di Milano la Carta delle Buone Prassi e la mappatura degli health influencer etici. L'obiettivo: integrare scienza, etica e tecnologia nel racconto della salute

Francesca Cerati

Nella nuova geografia dell'informazione sanitaria, l'intelligenza artificiale (Ia) conquista un ruolo da protagonista. Non solo chatbot o assistenti virtuali, ma veri e propri "superinfluencer" capaci di orientare il modo in cui pazienti e professionisti cercano risposte sulla salute.

Lo confermano i dati Doxa presentati alla seconda edizione di "Influenze – L'etica del contagio", evento promosso da Honboard e FattoreMamma all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano.

L'Ia entra in ambulatorio

Dalla nuova indagine emerge che il 51% dei pazienti utilizza sistemi di intelligenza artificiale per ottenere autodiagnosi o consigli su sintomi e terapie. Ma non solo: un medico su due dichiara di consultare strumenti di Ia anche in ambulatorio, soprattutto per la ricerca scientifica, l'aggiornamento clinico e il supporto diagnostico. Un segnale chiaro che la tecnologia non è più solo un supporto, ma un attore attivo nelle dinamiche di fiducia e conoscenza in sanità.

L'intelligenza artificiale come nuovo influencer

«L'intelligenza artificiale è diventata, di fatto, un nuovo influencer» ha spiegato Paolo Prestinari, Ceo di FattoreDigital – FattoreMamma -. Contribuisce a orientare il modo in cui le persone si informano e costruiscono la propria opinione sui temi della salute. È un fenomeno che non possiamo più osservare da spettatori: va compreso, regolato e valorizzato».

L'obiettivo del progetto Influenze è proprio quello di favorire un confronto tra i diversi attori della comunicazione sanitaria - dai clinici ai digital creator - per garantire trasparenza, responsabilità e correttezza informativa.

La "Carta delle Buone Prassi"

Durante l'incontro è stata presentata la Carta delle Buone Prassi, un documento condiviso che raccoglie le principali linee guida nazionali e internazionali - dall'Agcom allo Iap, fino ai codici deontologici Fnomceo e Farmindustria - per regolamentare le collaborazioni tra aziende, professionisti sanitari e divulgatori digitali.

«La credibilità nella comunicazione sanitaria si costruisce solo con regole chiare e responsabilità condivise - ha commentato Pietro Pierangeli, founder e Ceo di Honboard -. La Carta rappresenta un primo riferimento concreto per costruire un terreno comune tra chi cura e chi comunica».

Nasce l'“Influenze Index”

Accanto alla Carta, è stata lanciata anche la mappatura degli Health Influencer, sviluppata da ThatMorning: un database che valuta i profili in base a autorevolezza, conformità ed etica, sintetizzati in un indice di affidabilità chiamato Influenze Index. Uno strumento pensato per aiutare imprese e istituzioni a riconoscere i divulgatori credibili, distinguendoli da chi opera senza adeguate competenze o trasparenza.

«Oggi la sfida non è solo capire cosa può fare l'la, ma come renderla affidabile e utile a tutti» ha sottolineato Valerio Albertini, director Business and Operations di Doxa.

Cresce l'appel per credito e azioni non quotate. Ma spesso le controindicazioni non sono ben ponderate

Anche per Elisabetta Locatelli, ricercatrice dell'Università Cattolica, il tema chiave è la mediazione del sapere: «La molteplicità di fonti e strumenti ha reso ancora più centrale il ruolo dei mediatori – umani o artificiali – nel saper individuare e spiegare i contenuti rilevanti. Fare ricerca sui processi di influenza è essenziale per rendere i cittadini più consapevoli».

https://www.ilsole24ore.com/art/intelligenza-artificiale-e-influencer-nuove-regole-comunicare-salute-AHDGR9RD?&cmpid=nl_sanita24

quotidianosanità.it

AI Act e sanità digitale: le nuove responsabilità e i doveri per professionisti e strutture

Telemedicina, dispositivi connessi e intelligenza artificiale stanno trasformando la pratica clinica. Per approfondire l'argomento, Club Professioni Sanitarie ha realizzato un ebook che aiuta i professionisti a orientarsi tra GDPR, Legge 132/2025 e sicurezza informatica, con strumenti pratici per proteggere dati, pazienti e reputazione professionale.

07 NOV -

Con l'entrata in vigore della **Legge n. 132/2025**, che recepisce i principi del Regolamento europeo sull'**AI Act**, il tema della sanità digitale entra in una nuova fase, segnata da maggiori responsabilità per professionisti e strutture sanitarie. L'innovazione tecnologica (dalle cartelle cliniche elettroniche alla telemedicina, dai dispositivi connessi all'intelligenza artificiale) sta infatti ridisegnando i confini della pratica clinica quotidiana. Tuttavia, insieme ai vantaggi in termini di efficienza e precisione diagnostica, queste tecnologie comportano anche nuovi e complessi obblighi normativi.

Oggi più che mai, i professionisti sanitari devono avere chiaro l'intero quadro delle regole da rispettare (dal GDPR al Regolamento UE 2017/745 sui dispositivi medici, dalle linee guida sulla telemedicina fino alle più recenti disposizioni sull'AI) per garantire una sanità digitale legale, sicura e trasparente, anche alla luce dei fatti di cronaca che mostrano come alle grandi opportunità della digitalizzazione si accompagnino spesso rischi concreti.

AI e sanità: obblighi e responsabilità con la nuova Legge 132/2025

Dal 10 ottobre 2025 è entrata in vigore la **Legge n. 132/2025**, che recepisce i principi del Regolamento UE sull'**AI Act**, segnando una tappa fondamentale per l'uso etico e responsabile dei sistemi di intelligenza

artificiale. La norma ribadisce che l'AI deve rappresentare un supporto all'attività dei professionisti sanitari, e non una sostituzione del loro giudizio clinico.

L'articolo 13, dedicato alle professioni intellettuali, introduce un importante **obbligo informativo**: medici, psicologi e altri operatori devono comunicare in modo chiaro al paziente se e come viene impiegata l'AI nella gestione del suo caso. Il consenso informato deve dunque essere aggiornato, includendo un riferimento esplicito all'uso dell'intelligenza artificiale e assicurando che il cittadino comprenda pienamente il ruolo del fattore umano nella decisione clinica.

Cybersecurity in sanità: il caso “Paziente Consapevole”

Il tema della sicurezza informatica è oggi cruciale per la compliance digitale. Lo ha dimostrato il recente attacco hacker alla piattaforma **“Paziente Consapevole”**, utilizzata da numerosi medici di base per la gestione delle prescrizioni. Migliaia di dati sanitari sensibili sono stati trafugati e utilizzati in una truffa che ha ingannato diversi cittadini, attraverso e-mail fraudolente basate su dati reali. La violazione, che ha coinvolto la società informatica **Murex Software**, evidenzia quanto il settore sanitario sia un bersaglio privilegiato dei cybercriminali. Oltre ai danni economici, l'esposizione dei dati di salute può causare discriminazioni e perdita di fiducia da parte dei pazienti.

In base al **GDPR**, il titolare del trattamento deve notificare un data breach al Garante entro 72 ore dalla scoperta e informare gli interessati se il rischio per i loro diritti è elevato. Le strutture sanitarie sono quindi chiamate a rafforzare i piani di risposta agli incidenti, implementare sistemi di cifratura, logging e segmentazione dei dati, e formare il personale sulla gestione delle emergenze informatiche.

Privacy e dossier sanitario: sanzioni del Garante

Un'altra recente vicenda richiama l'attenzione sulla gestione impropria del dossier sanitario elettronico. Il **Garante per la protezione dei dati personali** ha sanzionato con 80.000 euro un'Azienda Ospedaliero-Universitaria per non aver limitato correttamente l'accesso ai dati clinici: tutto il personale poteva consultare le informazioni dei pazienti anche senza essere coinvolto nel percorso di cura.

L'ispezione ha rivelato l'assenza di profilazione degli accessi, strumenti di tracciamento e informative adeguate ai pazienti. Nel provvedimento, il Garante ha ribadito principi fondamentali: solo il personale coinvolto nella cura può accedere al dossier, il paziente deve poter scegliere se alimentarlo e devono essere previsti log e alert sugli accessi sospetti.

Un ebook per una sanità digitale sicura e conforme alle leggi

Per aiutare i professionisti sanitari nella gestione delle novità relative alla rivoluzione digitale, **Club Professioni Sanitarie** ha realizzato un ebook dal titolo: [**“La gestione della compliance normativa sulle innovazioni digitali all'interno dello studio medico e sanitario”**](#). In questo ebook i professionisti trovano strumenti pratici per affrontare queste sfide:

- come redigere informative e moduli di consenso conformi al GDPR e all'AI Act;
- come gestire in sicurezza il Fascicolo Sanitario Elettronico e i dati dei pazienti;
- come implementare protocolli di cybersecurity e governance della compliance digitale;
- come prevenire rischi legali e reputazionali derivanti da uso improprio delle tecnologie.

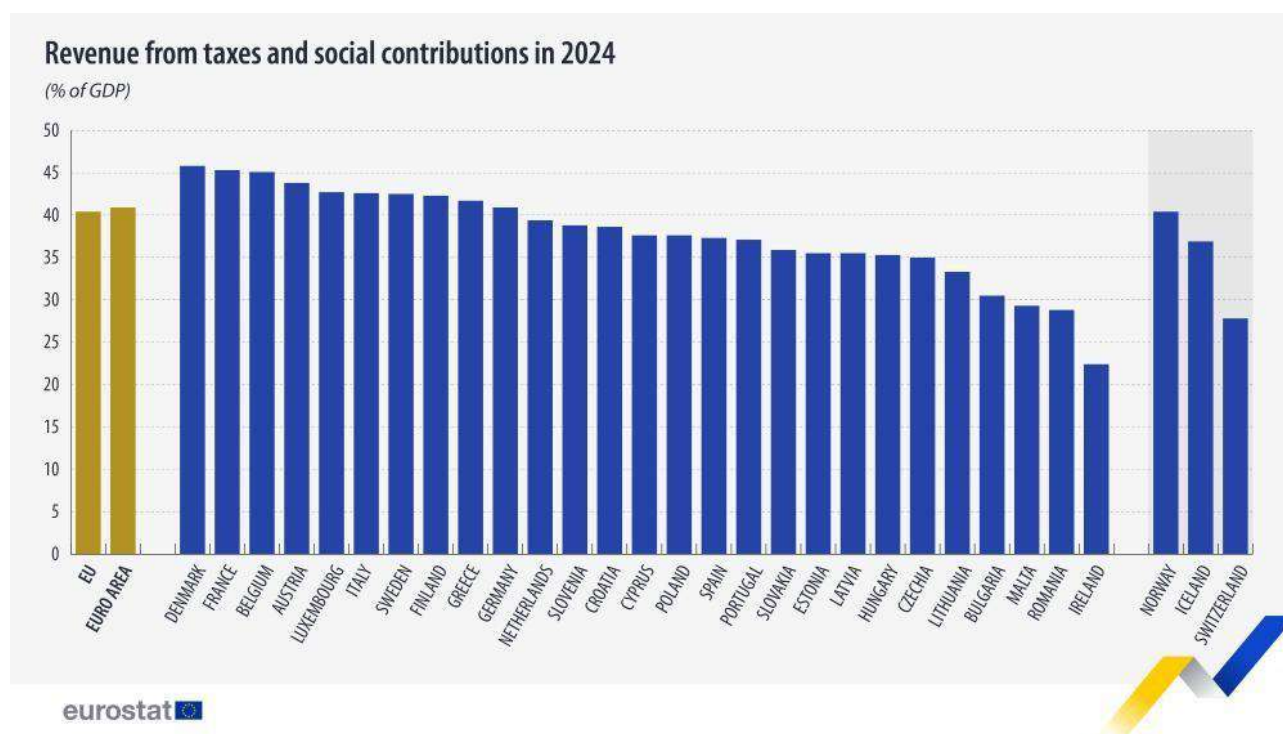
In un contesto dove la trasformazione digitale accelera e la normativa si evolve rapidamente, una **gestione consapevole e integrata della compliance** è la chiave per proteggere la privacy dei pazienti, la reputazione dei professionisti e la sicurezza dell'intero ecosistema sanitario.

L'ebook [**“La gestione della compliance normativa sulle innovazioni digitali all'interno dello studio medico e sanitario”**](#) è disponibile su **Club Professioni Sanitarie**: un supporto indispensabile per medici e operatori sanitari che vogliono innovare nel pieno rispetto della legge e dell'etica professionale.

AI Act e sanità digitale: le nuove responsabilità e i doveri per professionisti e strutture - Quotidiano Sanità

Rapporto tra Pil e tasse, la situazione nei Paesi dell'Ue

Flavio Di Stefano



Il rapporto complessivo tra imposte e Pil, ovvero la somma di imposte e contributi sociali netti in percentuale del prodotto interno lordo, si è attestato al 40,4% nell'UE nel 2024, in aumento rispetto al 39,9% del 2023. Nell'area dell'euro, il rapporto tra imposte e PIL è aumentato anch'esso dal 40,5% del 2023 al 40,9% del 2024. In termini assoluti, nel 2024 le entrate derivanti da imposte e contributi sociali nell'Ue sono aumentate di 387 miliardi di euro rispetto al 2023, attestandosi a 7.281 miliardi di euro. A rivelarlo è un report sulla tassazione pubblicato da Eurostat. L'analisi, nel dettaglio, presenta alcuni risultati tratti dall'articolo più dettagliato di Statistics Explained sulle statistiche relative al gettito fiscale.

Nel 2024 il rapporto tra imposte e Pil ha registrato variazioni significative tra i Paesi dell'UE, con le quote più elevate di imposte e contributi sociali in percentuale del Pil registrate in Danimarca (45,8%), Francia (45,3%) e Belgio (45,1%). All'estremo opposto della scala, Irlanda (22,4%), Romania (28,8%) e Malta (29,3%) hanno registrato i rapporti più bassi.

Nel 2024, rispetto al 2023, il rapporto tra imposte e Pil è aumentato in 22 paesi dell'UE, con i maggiori aumenti osservati a Malta (dal 26,7% nel 2023 al 29,3% nel 2024), Lettonia (33,0% nel 2023 e 35,5% nel 2024) e Slovenia (dal 36,8% nel 2023 al 38,8% nel 2024). Al contrario, in 5 Paesi dell'UE si è registrato un calo del rapporto tra imposte e PIL, compreso tra -0,5 e -0,1 punti percentuali.

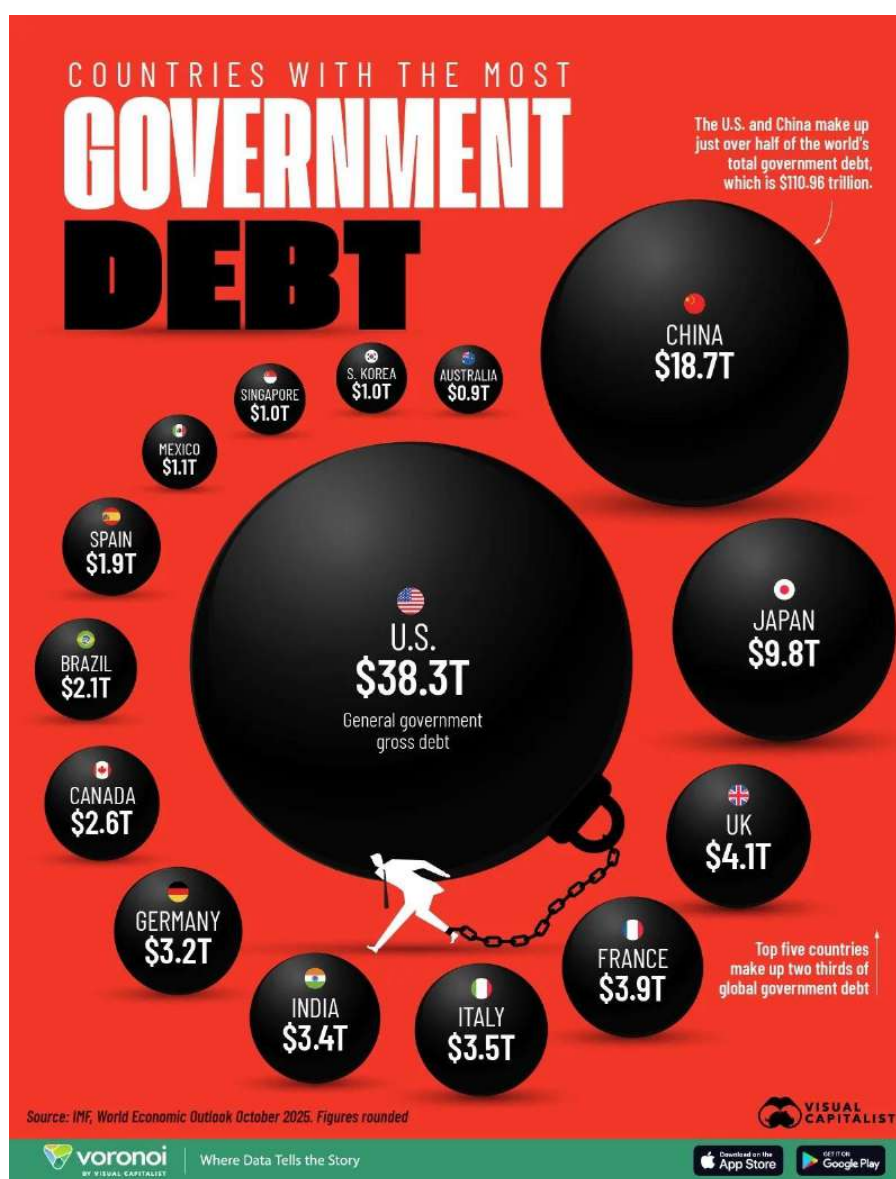
<https://www.idealista.it/news/finanza/economia/2025/11/03/285323-rapporto-tra-pil-e-tasse-la-situazione-nei-paesi-dell-ue>

I Paesi con il debito pubblico più alto nel 2025

David Marrero

Il debito pubblico globale ha raggiunto i 110,9 trilioni di dollari nel 2025, ma quali sono i Paesi con il debito pubblico più elevato? Le 5 nazioni con il debito pubblico più elevato rappresentano il 67% del debito pubblico globale, mentre le prime 10 ne rappresentano l'81%. Gli Stati Uniti (38,3 trilioni di dollari) e la Cina (18,7 trilioni di dollari) sono i due Paesi con il debito pubblico più elevato e insieme rappresentano poco più della metà del debito globale totale (110,9 trilioni di dollari).

Questa infografica mostra i Paesi con il debito pubblico lordo più elevato nel 2025, utilizzando i dati dell'ultimo World Economic Outlook del Fondo Monetario Internazionale (FMI), pubblicato nell'ottobre 2025. I valori del debito sono stati determinati utilizzando il rapporto debito/PIL di ciascun Paese e il suo PIL effettivo del 2025.



Le economie avanzate rappresentano la maggior parte del debito globale

I cinque Paesi principali (Stati Uniti, Cina, Giappone, Regno Unito e Francia) rappresentano due terzi del debito pubblico mondiale, per un totale di 74,8 trilioni di dollari.

La tabella dei dati mostra i primi 15 Paesi per debito pubblico lordo nel 2025. Gli Stati Uniti continuano a essere in testa con 38,3 trilioni di dollari di debito pubblico, che rappresenta poco più di un terzo del debito globale.

Seguono Cina e Giappone, rispettivamente con 18,7 trilioni di dollari e 9,8 trilioni di dollari, il che significa che i primi tre paesi insieme rappresentano il 60% del debito globale. Proseguendo, troviamo Regno Unito, Francia e Italia, con rispettivamente 4,1 trilioni di dollari, 3,9 trilioni di dollari e 3,5 trilioni di dollari di debito pubblico. Seguono l'India (3,4 trilioni), la Germania (3,2 trilioni), il Canada (2,6 trilioni) e il Brasile (2 trilioni) a completare la "top 10" dei paesi con il debito pubblico più alto al mondo tra le principali economie.

Dietro di loro, Spagna (1,9 trilioni); Messico (1,1 trilioni); Singapore (1 trilione); Corea del Sud (990 miliardi) e Australia (930 miliardi) si uniscono alle economie avanzate che da tempo sopportano un elevato debito, sia in dollari che in rapporto al PIL, a causa dei programmi fiscali e dell'invecchiamento della popolazione.

Evoluzione del debito pubblico dei principali Paesi nel 2025

Sebbene il debito pubblico degli Stati Uniti sia leggermente più del doppio di quello della Cina, l'aumento annuo del debito pubblico di entrambi i Paesi nel 2025 non è stato così significativo.

Il debito pubblico degli Stati Uniti è cresciuto di 2,9 trilioni di dollari nel 2025, mentre quello della Cina è aumentato di 2,2 trilioni di dollari. Pur avendo un valore in dollari inferiore, il debito cinese è cresciuto maggiormente in termini percentuali, con un tasso di crescita annuo del 13,6%, rispetto all'8,4% del debito statunitense.

<https://www.idealista.it/news/finanza/economia/2025/10/31/284857-i-paesi-con-il-debito-pubblico-piu-alto-nel-2025>

idealista/news

Le regioni nell'Ue col maggior Pil pro capite

Floriana Liuni

Nel 2023, il prodotto interno lordo (PIL) dell'UE pro capite era di 38.100 standard di potere d'acquisto (PPS), in aumento rispetto ai 36.000 PPS del 2022.

Le regioni irlandesi di Dublino (139.500 PPS) e South-West (137.300 PPS) hanno registrato i più alti livelli di PIL pro capite tra le regioni della nomenclatura delle unità territoriali per le statistiche (NUTS 3) nell'UE, davanti a Wolfsburg, Kreisfreie Stadt in Germania (136.500 PPS, dati solo per il 2022) e a Parigi in Francia (126.900 PPS).

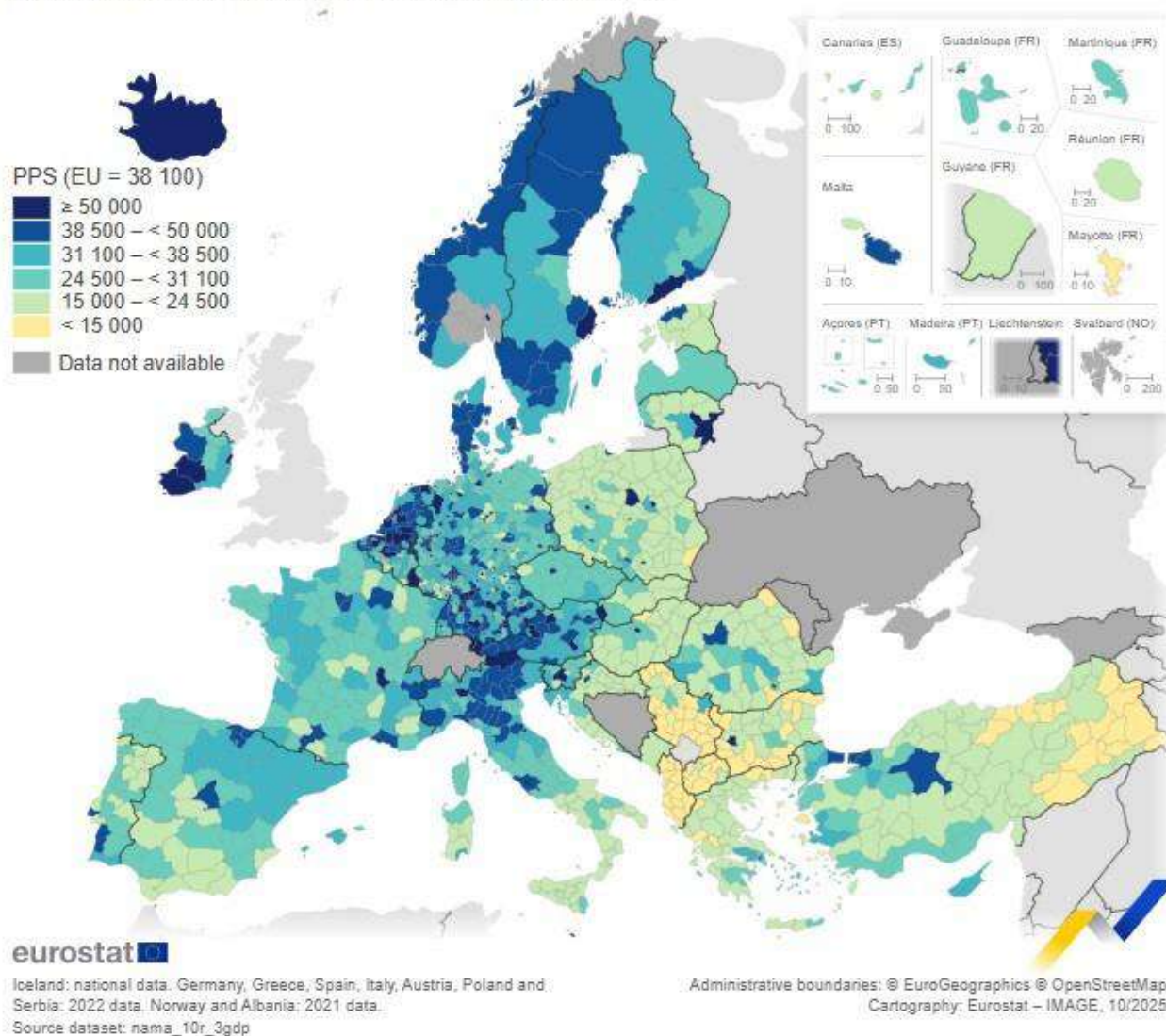
Nel frattempo, la regione francese ultraperiferica di Mayotte ha registrato il PIL pro capite più basso, pari a 10.500 PPS, seguita da Haskovo (11.000 PPS) e Silistra (11.100 PPS) in Bulgaria.

La maggior parte delle regioni con i livelli più bassi di PIL pro capite si trovava in Bulgaria e Romania, insieme ad una regione in Ungheria, dove l'attività economica scendeva al di sotto dei 15.000 PPS pro capite.

Tra le regioni con più basso Pil pro capite troviamo il Sud Italia, mentre il Nord-Est e il Lazio risultano tra le regioni a maggiore valore prodotto per abitante.

GDP per inhabitant, 2023

(purchasing power standard (PPS), by NUTS 3 regions)



<https://www.idealista.it/news/finanza/economia/2025/10/21/281390-le-regioni-nell-ue-col-maggior-pil-pro-capite>

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».

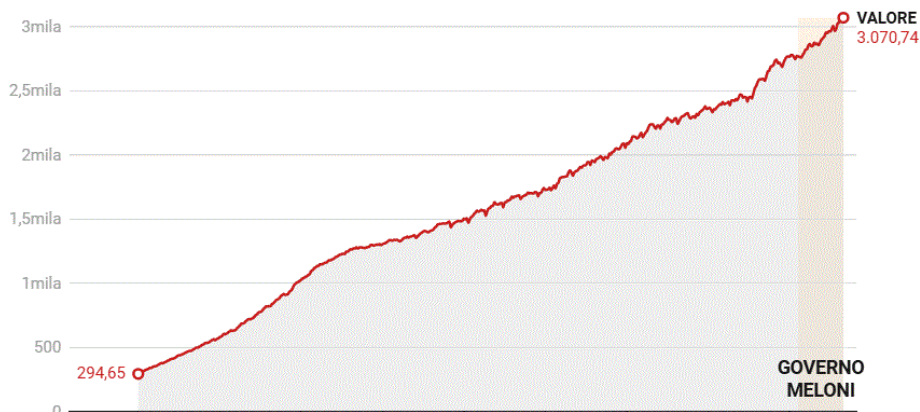
Entrate tributarie in calo del 10,2%

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

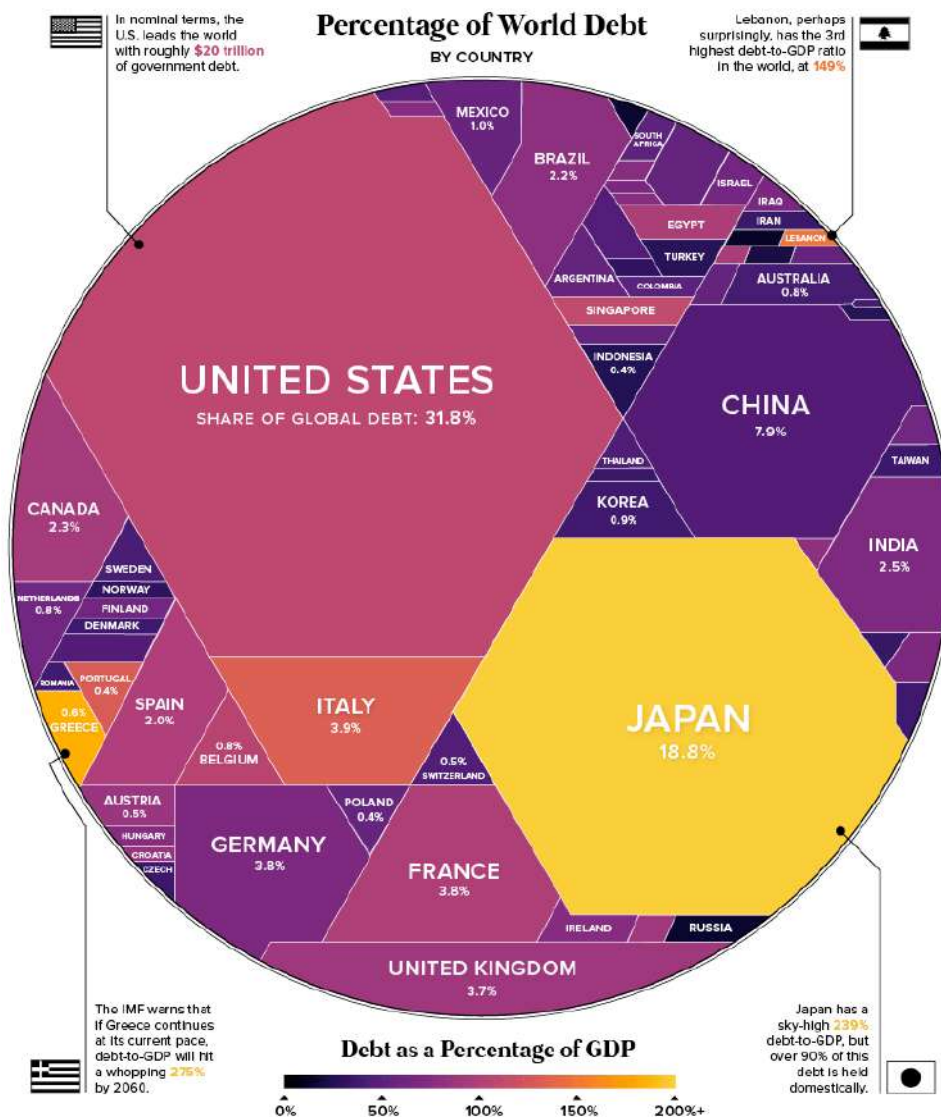
Anno	Banca d'Italia	Banche	Sgr, fondi pensione e assicurazioni	Famiglie	Investitori stranieri	TOTALE
2020	556,2	655,0	362,5	232,0	772,5	2.578,2
%	21,6	25,4	14,1	9,0	30,0	
2021	676,7	659,4	352,5	212,2	785,8	2.686,6
%	25,2	24,5	13,1	7,9	29,2	
2022	721,1	671,6	366,5	264,3	740,8	2.764,2
%	26,1	24,3	13,3	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	

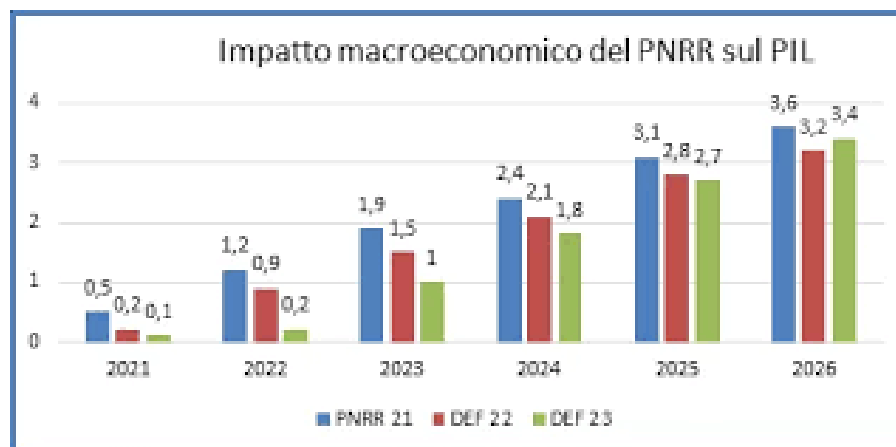
Fonte. Elaborazioni Centro studi di Unimpresa su dati Banca d'Italia (calori in milioni di euro) (12 aprile 2025)

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



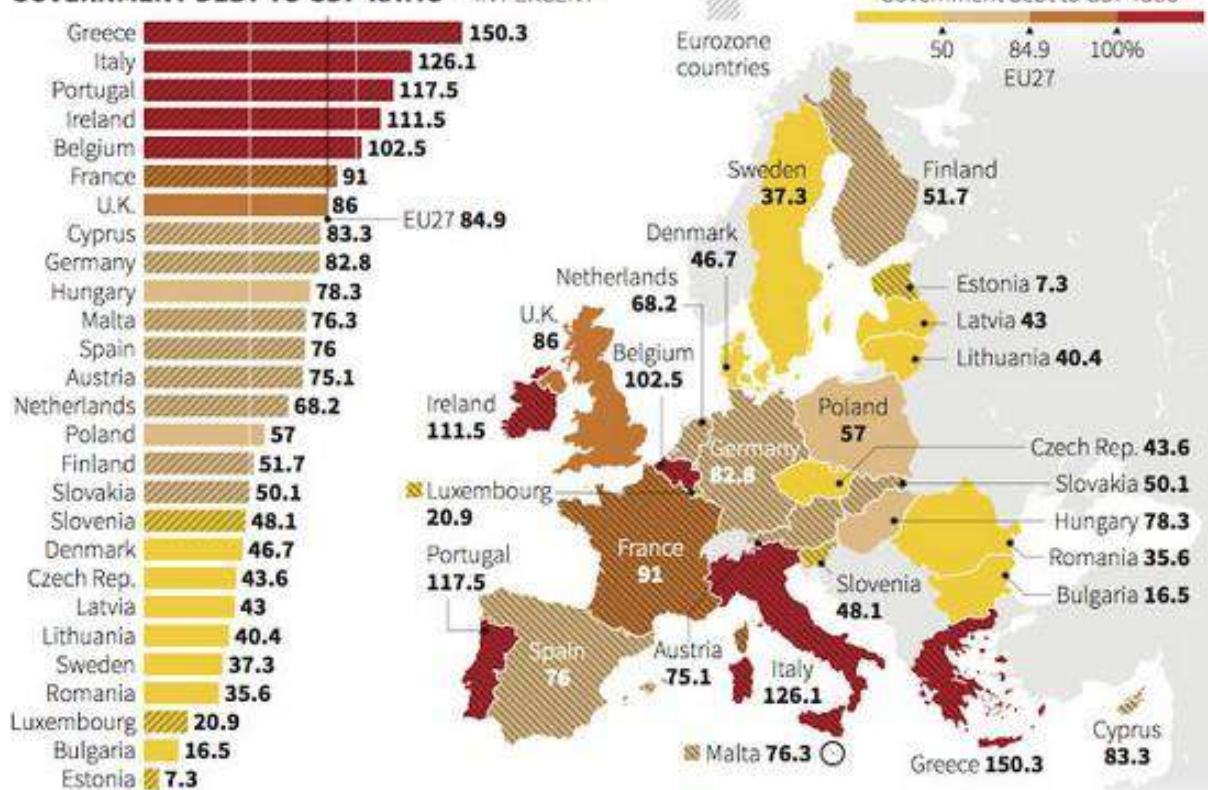


European government debt

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. Fos, 01/11/2012

REUTERS

Sistema fiscale: azzeriamo tutto e ricominciamo a ragionare, da capo

Vincenzo Visco

Il dibattito in corso sulle tasse è chiaramente viziato da inconsapevolezza, propaganda e demagogia. È opportuno riportarlo — come si dice — con i piedi per terra. Negli ultimi 20-25 anni la distribuzione del [reddito](#) in Italia e negli altri Paesi sviluppati è fortemente cambiata: i redditi da lavoro si sono ridotti dal 60-65% del passato a circa il 50% del valore aggiunto. Con sistemi tributari fondati sull'[imposta](#) sul [reddito](#) e i contributi sociali ciò ha provocato una situazione di stress fiscale ed effetti redistributivi perversi.

L'incidenza complessiva di tutte le imposte sulle famiglie negli anni '70 del '900 risultava regressiva per i redditi più bassi, tendenzialmente proporzionale per le classi centrali e fortemente progressiva per classi di [reddito](#) più elevate. Ora la situazione si è capovolta. Secondo uno studio recente di ricercatori dell'Università di Pisa e di Milano la situazione attuale in Italia presenta un forte progressività in basso, una lievissima progressività nella parte centrale della distribuzione e un forte regressività per i "ricchi".

Ciò è l'effetto delle riforme che hanno caratterizzato il periodo del neoliberalismo: forte riduzione delle aliquote più elevate delle imposte personali, dimezzamento delle imposte sulle società, ampie possibilità di elusione per le imprese, soprattutto multinazionali, trattamento privilegiato delle retribuzioni dei manager, ammortamenti accelerati, patent box, e altri strumenti analoghi di detassazione, riacquisto di azioni proprie che creano plusvalenze o non tassate, o detassate, ecc. In altre parole, esiste oggi un problema di tassazione dei "ricchi". Nessuno può negarlo.

Se appare impossibile, o molto difficile, ritornare alle normative fiscali più equilibrate del passato, l'idea di una [imposta](#) patrimoniale sui "ricchi" veri, appare come uno strumento imperfetto e impreciso per ottenere un riequilibrio della tassazione, ma del tutto ragionevole, sempre che fosse limitato ai veri grandi "ricchi", e usato essenzialmente a fini perequativi, e non per fare semplicemente [gettito](#). Resterebbe comunque il compito, non facile, di determinare, accertare e riscuotere l'[imposta](#).

Occorre poi essere consapevoli che a fini distributivi il contributo dei sistemi fiscali non può che essere limitato anche se non trascurabile, dato che con pressioni fiscali superiori al 40% è inevitabile che le imposte (non si tratta naturalmente solo dell'Irpef) gravino in misura sostanziale anche sui contribuenti con redditi limitati.

La vera redistribuzione nei nostri Paesi è in realtà determinata dal sistema di welfare, che ha effetti molto potenti: sanità, istruzione, previdenza, sostegno dei redditi familiari, sollievo della povertà, politiche abitative e per la piena occupazione, ecc. Perciò il welfare va difeso e rafforzato, e i ricchi devono contribuire a questo sforzo. Sono inoltre essenziali politiche pre-distributive: rafforzamento del potere sindacale, sistemi contrattuali efficienti, salario minimo, nuove normative sui brevetti e sui diritti di immagine, stimolo della concorrenza, riduzione di tutte le forme di sussidi e trasferimenti non necessari a imprese e famiglie, scissione delle grandi imprese monopolistiche, ecc. Non tutte queste politiche, purtroppo, sono realizzabili a livello nazionale.

Per quanto riguarda il sistema fiscale italiano, sarebbe necessaria la riforma del catasto, una riforma dell'[imposta di successione](#) che, senza penalizzare i ceti medi, incentivasse a redistribuire volontariamente il patrimonio anche fuori della cerchia familiare.

Ma soprattutto sarebbe indispensabile rivedere radicalmente il sistema attuale per ripristinare una sostanziale parità di trattamento tra contribuenti con lo stesso [reddito](#) oggi inesistente, superando la incivile corporativizzazione che si è prodotta negli ultimi anni, operazione che potrebbe fornire risorse molto consistenti da utilizzare per ridurre le imposte dei "tartassati". Infine sarebbe necessario un contrasto deciso all'evasione che, con le attuali tecnologie disponibili, sarebbe del tutto possibile e praticabile con successo.

Se si vuole discutere seriamente, azzeriamo tutto e ricominciamo a ragionare, da capo.

Ci vorrebbe una sostanziale parità di trattamento tra contribuenti con lo stesso [reddito](#) oggi inesistente superando la corporativizzazione “.

<https://www.fiscoequo.it/sistema-fiscale-azzeriamo-tutto-e-ricominciamo-a-ragionare-da-capo/>

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 poggarsi sul pericoloso binomio "meno dichiaro e più avrò 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 all’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/>



Osservatorio CPI
I Osservatorio conti pubblici italiani

Fiscal Drag, facciamo chiarezza sui numeri: 12 miliardi o 25?

Giampaolo Galli, Valerio Ferraro

Nel linguaggio corrente, il fiscal drag è l’aumento di aliquota fiscale media a cui, per via della progressività dell’Irpef, va incontro un contribuente quando il suo reddito aumenta, anche se l’aumento non fa altro che compensare l’inflazione. Usando questa definizione, fra il 2019 e il 2023 il fiscal drag su dipendenti e pensionati è stato di circa 12,2 miliardi. Questa perdita è stata più che interamente compensata dalle riforme fiscali introdotte dal 2020, il cui scopo non era certo solo quello di restituire il fiscal drag, ma più in generale di difendere il potere d’acquisto dei salari eroso dalla fiammata inflazionistica del 2022-2023. Una definizione alternativa, per noi poco convincente, guarda anche a quanto lo Stato avrebbe dovuto restituire ai contribuenti se tutti gli scaglioni dell’Irpef fossero stati indicizzati all’inflazione. Si arriva così a calcolare un fiscal drag sui dipendenti e pensionati pari a 18,5 miliardi. Per arrivare alla cifra di 25 miliardi, di cui la CGIL chiede la restituzione nei tavoli negoziali sulla manovra di bilancio, bisogna allargare il campo all’intera platea dei contribuenti. Anche ragionando in questo modo, appare incongruo l’utilizzo che la CGIL fa dei dati perché il grosso della perdita è già stata compensata dalle riforme, specie per i redditi sotto i 35mila euro annui.

* * *

Come noto, una delle rivendicazioni chiave dei sindacati e, in particolare, della CGIL riguardo alla manovra di bilancio in via di approvazione è la restituzione del fiscal drag. Nella home page della CGIL si legge: “Manovra 2026, Landini: La grande truffa dell’Irpef, il governo restituisca a lavoratori e pensionati i 25 miliardi sottratti con il fiscal drag”.

Dunque, secondo la CGIL i lavoratori dipendenti e i pensionati sarebbero stati truffati dal governo, attraverso lo strumento del fiscal drag. In una precedente nota dell’Osservatorio avevamo invece affermato che in questi anni (2019-2023) il fiscal drag era stato interamente compensato dalle manovre di alleggerimento fiscale messe in atto dai governi Draghi e Meloni.[\[1\]](#)

La nostra conclusione si era avvalsa di un ponderoso lavoro fatto da una trentina di economisti delle banche centrali dell’eurozona e coordinato dalla BCE.[\[2\]](#) Più di recente, un articolo di Marco Leonardi e Leonzio Rizzo è tornato sul tema, confermando la propria stima: il fiscal drag generato dall’inflazione del biennio 2022–2023 ammonterebbe a circa 25 miliardi, gli stessi di cui parla la CGIL.[\[3\]](#)

Dunque, c'è o non c'è il fiscal drag e, se c'è, è stato compensato dalle manovre messe in atto fra il 2019 e oggi? La risposta alla prima domanda dipende in larga misura da cosa si intende per fiscal drag.

Cos'è il fiscal drag?

Nella definizione più comune, il fiscal drag è l'aumento delle aliquote di imposta che si verifica quando una retribuzione aumenta in termini nominali e non reali e una parte più o meno grande del reddito finisce per collocarsi in scaglioni di imposta più onerosi.

Se, per esempio, la retribuzione nominale sale del 5% e l'inflazione è anch'essa del 5%, tutto l'aumento di aliquota fiscale che può verificarsi non è giustificato perché il potere d'acquisto del contribuente non è aumentato. In questa definizione è cruciale che a) la retribuzione nominale aumenti, altrimenti non ci sarebbe un aggravio dell'imposta, e che b) vi sia inflazione.

Non bisogna infatti confondere il fiscal drag con il fisiologico aumento della pressione fiscale che si verifica per via della progressività dell'Irpef quando un reddito sale in termini reali, ossia depurato della componente dell'inflazione. Se si usa questa definizione il fiscal drag sui lavoratori dipendenti è quantificabile in 7,1 miliardi, ma è stato interamente compensato perché nel periodo 2019-2023 la pressione fiscale (sui dipendenti) è rimasta invariata nel complesso e per tutte le classi di reddito (si veda il prossimo paragrafo).

Nel 2024 c'è stato un piccolo aumento della pressione che però è giustificato dalla fisiologica progressività dell'Irpef. Le retribuzioni sono aumentate in termini reali rispetto all'anno precedente e questo ha prodotto un piccolo aumento del rapporto fra il gettito delle ritenute dei datori di lavoro rispetto al monte retributivo.

Una definizione alternativa

Nei lavori di Marco Leonardi e Leonzio Rizzo, si adotta una definizione innovativa e comunque assai diversa, mutuata da un lavoro dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio.[\[4\]](#)

In questa prospettiva, il fiscal drag dipende esclusivamente dall'inflazione e si può verificare anche quando la retribuzione rimane costante.

L'argomento è che con retribuzione costante, l'inflazione riduce il reddito reale, ossia il potere d'acquisto, e quindi il contribuente dovrebbe essere collocato in scaglioni di imposta meno onerosi. Il ragionamento si generalizza nel senso che ogniqualvolta la retribuzione nominale, pur crescente, non tiene il passo con l'inflazione si ha un impoverimento del contribuente che dovrebbe collocarlo in scaglioni di imposta Irpef meno onerosi.

A sostegno di questa tesi gli autori citano i casi di alcuni Paesi (USA, Canada, Austria) in cui gli scaglioni di imposta sono indicizzati all'inflazione, ossia aumentano in automatico (senza bisogno di un provvedimento legislativo) in linea con l'inflazione. In un sistema così costruito, un lavoratore la cui retribuzione diminuisca in termini reali fruisce di scaglioni di imposta più bassi, proprio perché le soglie sono state aumentate in linea con l'inflazione.

La differenza per il bilancio dello Stato

La differenza fra le due definizioni è notevole perché producono numeri assai diversi e anche perché hanno un'implicazione importante dal punto di vista del bilancio pubblico. Nella prima definizione il fiscal drag si verifica solo quando, per via dell'inflazione, i contribuenti finiscono in scaglioni di imposta più onerosi e dunque versano più tasse allo Stato. Dunque, il fiscal drag è una maggiore entrata per lo Stato (o per gli enti decentrati). Nella seconda definizione si considera fiscal drag anche ciò che non è una maggiore entrata per lo Stato, ma è un'entrata che avrebbe dovuto venir meno per compensare i contribuenti. Nel primo caso (definizione tradizionale) si considera solo il lucro emergente per lo Stato. Nella seconda definizione si considera anche il danno che è stato evitato.

Nel prossimo paragrafo si mostra che il fiscal drag, comunque definito, è stato più che interamente compensato dalle manovre fatte in questi anni.

La pressione fiscale sul lavoro dipendente

I dati analitici sull'Irpef, disaggregati per classi di reddito, sono disponibili soltanto fino all'anno d'imposta 2023. Conviene dunque analizzare il periodo dal 2019 (l'anno base anche per il paper delle banche centrali) al 2023, che comprende il biennio 2022-2023 della grande inflazione e dalla più acuta erosione del potere

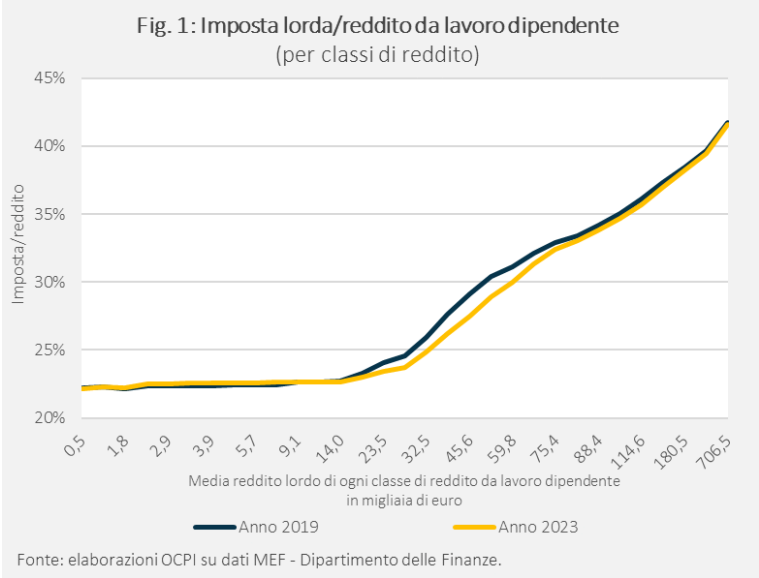
d’acquisto dei salari. In quegli anni, infatti, l’inflazione (misurata dall’IPCA) ha raggiunto il 17,2%, mentre le retribuzioni di fatto, secondo l’Istat, sono cresciute appena del 9,5% (si veda tav. 1).

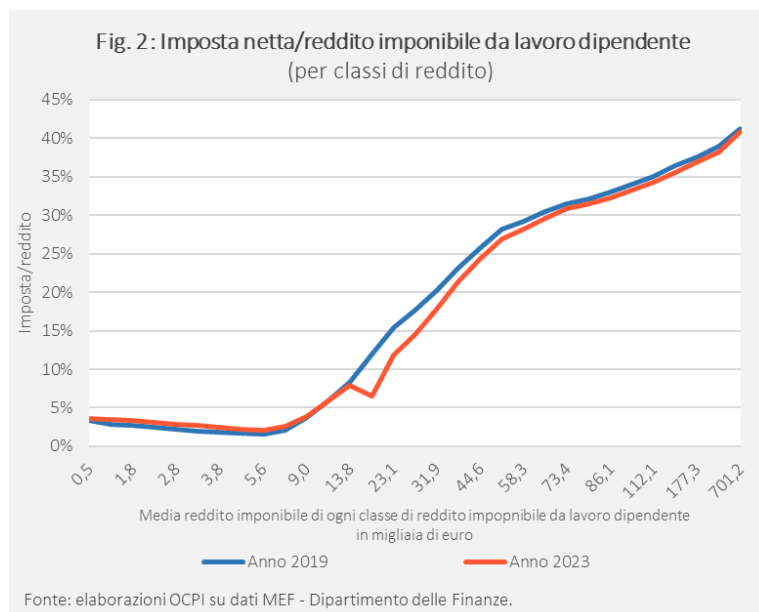
Tav. 1: I dati del confronto 2019-2023
(miliardi di euro e %)

	2019	2023	2023/2019
1 Reddito lordo	483.4	564.9	16.86%
2 Imposta lorda	129.8	149.8	15.41%
3 Reddito imponibile	474.4	554.4	16.86%
4 Imposta netta	92.2	101.2	9.76%
5 Pressione fiscale (2/1)	26.85%	26.52%	
6 Pressione fiscale (4/3)	19.44%	18.25%	
7 Retribuzione di fatto pro capite	100	109.5	9.50%
8 Prezzi al consumo (IPCA)	100	117.2	17.20%

Nota: le prime quattro voci sono in miliardi di euro.
Fonte: elaborazioni OCPI su dati Dipartimento delle Finanze e Istat.

Dunque in questo periodo c’è stata un consistente perdita del potere d’acquisto (in gran parte recuperata nei mesi successivi sino ad oggi). Malgrado l’aumento delle retribuzioni nominali, come mostrano le Figure 1 e 2, il rapporto fra gettito Irpef (lorda e netta rispettivamente) e il reddito (lordo e netto) dei lavoratori dipendenti è rimasto pressoché invariato per ogni classe di reddito fra quelle pubblicate dal Dipartimento delle Finanze[5]. Alcune classi di reddito, fra 13 e 50mila euro annui, hanno avuto qualche piccola riduzione. Ovviamente anche nell’aggregato non vi sono state variazioni di rilievo: il rapporto fra imposta lorda e reddito lordo era al 26,85% nel 2019 ed è marginalmente sceso al 26,52%, nel 2023. Per quanto riguarda l’imposta netta il rapporto era 19,44% nel 2019 e si è ridotto al 18,25% nel 2023. Dunque il fiscal drag 2019-2023 sul lavoro dipendente, comunque definito, è stato interamente compensato perché nel periodo non c’è stato nessun aumento di aliquota.





La riduzione del cuneo fiscale

Ma c'è di più. Per via della manovra di riduzione dei contributi sociali a carico del lavoratore, una misura introdotta dal governo Draghi e potenziata dal governo Meloni, il reddito lordo dei lavoratori dipendenti è aumentato ben più della retribuzione e quasi in linea con l'inflazione. Secondo i dati del Dipartimento delle Finanze, infatti, il reddito (sia lordo che imponibile) è aumentato del 16,8%, a fronte di un'inflazione del 17,2%: una differenza pressoché trascurabile.

In altre parole, le modifiche che sono state introdotte nel sistema fiscale non solo hanno compensato gli effetti di una progressività dell'Irpef che in presenza di un'inflazione elevata sarebbero stati in gran parte spuri, ma ha anche contribuito a sostenere il reddito dei lavoratori in modo da minimizzare le perdite dovute non solo al fiscal drag, ma più in generale dal fatto che le retribuzioni non hanno tenuto il passo con inflazione.

Il fatto che i risultati della Figura 1 coincidano con quelli della Figura 2 indica che anche l'effetto combinato di deduzioni dal reddito (che fanno la differenza fra reddito lordo e imponibile) e delle detrazioni (che fanno la differenza fra imposta lorda e netta) sia stato anch'esso tale da neutralizzare il fiscal drag.

Per il 2024, i dati disponibili sulle ritenute Irpef dei datori di lavoro mostrano un incremento del 7% a fronte di una crescita del 5,08% del monte redditi da lavoro dipendente.^[6] Questo aumento è in linea con quello che ci si può aspettare in virtù della normale progressività dell'Irpef. A maggior ragione dato che nel 2024 l'inflazione si è fermata a 0,98%.

I numeri del fiscal drag potenziale

Il fatto che il fiscal drag sia stato interamente compensato non impedisce, tuttavia, di calcolare quale sarebbe stata la perdita per i lavoratori in assenza delle misure compensative.

Per calcolare il fiscal drag nelle due definizioni possiamo usare per entrambe l'algoritmo utilizzato da Leonardi e Rizzo (a sua volta, come si è detto, ispirato a una nota dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio).^[7]

Come spiegano questi autori: (i) si prende la base imponibile osservata nell'anno t ; (ii) la si riporta a parità di potere d'acquisto deflazionandola con l'inflazione dell'anno (cioè si ricostruisce quale sarebbe stato l'imponibile se i prezzi non fossero saliti); (iii) su questa base "reale" si applicano le regole Irpef vigenti in t e si ottiene un'imposta "neutralizzata" dall'inflazione; (iv) la si riporta ai prezzi correnti e (v) si confronta con l'imposta effettiva pagata sull'imponibile nominale; la differenza è il fiscal drag. In altre parole, è la quota di gettito in più che deriva solo dal fatto che, in un sistema progressivo, l'aumento nominale del reddito che rincorre l'inflazione spinge l'aliquota media verso l'alto, pur con capacità contributiva invariata. Il passaggio cruciale è al punto (iii), perché lì viene sterilizzata la componente della progressività che è dovuta all'inflazione.

Questo stesso algoritmo può essere utilizzato per calcolare il fiscal drag nella definizione tradizionale; al posto dell'inflazione dei prezzi si usa l'inflazione dei salari, ossia la variazione percentuale delle retribuzioni pro-

capite di fatto intervenute fra t-1 e t. In questo caso è cruciale confrontare gli incrementi di retribuzione con l'inflazione; dato che sappiamo che nel periodo 2019-2023 l'inflazione ha superato gli aumenti retributivi, possiamo tranquillamente attribuire tutto l'eventuale aumento della pressione fiscale connessa alla progressività dell'Irpef al fiscal drag.

Applicando l'algoritmo ai redditi da lavoro dipendente pubblicati dal Dipartimento delle Finanze per il periodo 2019-2023, il fiscal drag nella definizione tradizionale ammonta a 7,1 miliardi di euro, ovvero circa 314 euro per contribuente.

A questi si aggiungono 5,1 miliardi relativi ai pensionati, per un totale di 12,2 miliardi. Nella seconda definizione, per i lavoratori dipendenti si ottiene invece la cifra di 12,1 miliardi (533 euro pro capite). Considerando anche il fiscal drag sui redditi dei pensionati (da noi calcolato in 6,4 miliardi) si arriva a 18,5 miliardi, cifra che non è molto lontana da quella calcolata da Leonardi e Rizzo, posto che i 25 miliardi riguardano invece l'intera platea dei contribuenti e non solo dipendenti e pensionati. In ogni caso, questa è la cifra che la CGIL chiede al governo di restituire a lavoratori e pensionati.

Un utilizzo incongruo dei dati

È perfettamente lecito che il sindacato chieda un alleggerimento fiscale per le categorie che rappresenta, specie in un Paese in cui i salari restano assai bassi. Ma non capiamo che senso abbia fare riferimento al numero di 25 miliardi.

Questo numero non riguarda solo dipendenti e pensionati, non tiene conto delle variazioni intervenute negli ultimi anni sia delle retribuzioni che del sistema fiscale.

In questo periodo, le retribuzioni non sono state ferme, ma, come si è detto, sono aumentate del 9,5%. E il reddito imponibile è aumentato in linea con l'inflazione grazie alla manovra sui contributi sociali.

Possibile che questi numeri (retribuzioni e redditi in primis) non contino nulla nel calcolo del fiscal drag? Se le retribuzioni fossero aumentate del 20%, ossia di 3 punti sopra l'inflazione, il drenaggio così calcolato ammonterebbe comunque a 25 miliardi? E lo stesso valore si otterrebbe anche in uno scenario con retribuzioni costanti per l'intero periodo considerato?

Si può certamente calcolare una cifra di 25 miliardi, ma l'uso che se ne fa ci pare del tutto incongruo. Soprattutto — vale la pena ribadirlo — tale stima non tiene conto delle misure compensative introdotte dai vari governi, dalla legge di bilancio per il 2022 fino ad oggi (si veda l'appendice).

Appendice: le manovre compensative(*)

Per sgombrare il campo da ambiguità e polemiche va subito detto che Leonardi e Rizzo non negano che ci siano state robuste misure compensative. Nel loro ultimo scritto su lavoce.info essi affermano che “Se si tiene conto di quelle attuate dal governo Draghi e poi dal governo Meloni si arriva in aggregato sicuramente a una corposa ‘restituzione’, ma con molta probabilità, non completa, considerando le addizionali. E se per alcuni — tendenzialmente i dipendenti sotto i 35mila euro di reddito annuo — la “restituzione” è stata maggiore, per altri — quelli che guadagnano più di 35mila euro l'anno le riduzioni fiscali sono state minime”.[\[8\]](#)

In sostanza, per i redditi inferiori ai 35mila euro annui, il grosso degli iscritti alla CGIL, la restituzione è stata significativa. Sulla base dei dati del precedente paragrafo a noi sembra che tutti i redditi siano stati trattati più o meno nello stesso modo, anche se non c'è dubbio che, al di là del fiscal drag, il grosso del carico fiscale gravi in misura sproporzionata sui redditi medi.

La Tavola A1 raccoglie le principali misure che hanno alleviato il carico fiscale sui lavoratori dipendenti tra il 2019-2024 e compensato le perdite dovute al fiscal drag.

Nel 2020 sono state adottate numerose misure per alleviare gli effetti della pandemia su tutte le categorie di contribuenti. Fra queste misure hanno carattere non temporaneo le disposizioni del DL 3/2020 che, nella sostanza, hanno innalzato, da luglio 2020, l'ex bonus Renzi a 100 euro per i redditi bassi e medio-bassi fino a 28mila euro, e introdotto una detrazione fiscale, sempre di 100 euro al mese, per i redditi compresi fra 28 e 49mila euro.[\[9\]](#)

Anche nel 2022 sono state prese numerose misure per attenuare l'impatto dell'impennata dei prezzi energetici e, più in generale, dell'inflazione. Secondo la Banca d'Italia, il valore complessivo di questi interventi è stato pari al 2,8% del Pil, ossia circa 54 miliardi di euro. Delle misure prese allora, qui si considerano: a) la riforma Irpef (Legge di bilancio 2022)[\[10\]](#) che ha ridotto gli scaglioni da cinque a quattro e rimodulato aliquote

e detrazioni da lavoro dipendente, alleggerendo il carico soprattutto per i redditi medio bassi; b) la decontribuzione ampliata dal DL “Aiuti-Bis” (115/2022) che ha incrementato di 1,2 punti percentuali – da 0,8% a 2% – l’esonero dei contributi previdenziali a carico del lavoratore già previsto dalla Legge di Bilancio 2022 per i periodi di paga 1° luglio-31 dicembre 2022 (inclusa la tredicesima) con platea fino a 35.000€ annui.^[11]

Per il 2023 si segnala il taglio cuneo fiscale a beneficio dei lavoratori, introdotto dal 1° gennaio 2023; la misura è stata potenziata a luglio 2023 con il taglio del cuneo al 7% per i redditi fino a 25mila euro e al 6% fino a 35mila (DL lavoro, 48/2023), in vigore anche per il 2024 (Legge di Bilancio 2024).^[12]

Nel 2024 la Legge di Bilancio replica integralmente il taglio del cuneo a carico del lavoratore (7 p.p. fino a 25mila; 6 p.p. fino a 35mila) e introduce la rimodulazione dell’Irpef a 3 aliquote. La riforma ha accorpato i primi due scaglioni portando l’aliquota al 23% fino a 28.000€, al 35% tra 28.000 e 50.000€ e al 43% oltre, con una no-tax area per i dipendenti a 8.500€; una misura applicata a tutti i contribuenti, ma che ha ridotto il gettito soprattutto per i redditi sotto il primo scaglione.^[13]

In tabella sono state escluse tutte le misure sociali/una tantum, le decontribuzioni lato datori di lavoro e le riforme che non aumentano direttamente il netto del dipendente nell’anno di competenza; inoltre, le riforme Irpef generaliste (2022 e 2024) valgono per tutti i contribuenti e vanno lette come massimo teorico della compensazione: applicando una ripartizione prudente basata sulla quota di Irpef netta dei dipendenti nelle classi effettivamente interessate, il totale “solo dipendenti” risulterebbe di circa 26 miliardi nel 2020-2024; la sterilizzazione è piena o sovracompensata sotto 35-40mila euro, mentre appare più parziale ai redditi medio-alti.

In conclusione, il fiscal drag c’è stato per effetto dell’inflazione. Nonostante le stime prodotte differiscano, si può affermare che per i lavoratori dipendenti e i pensionati, le misure 2020-2024 lo hanno in media sterilizzato, spesso sovracompensando sui redditi sotto i 35mila euro.

Tav. A1: Manovre compensative
(in miliardi di euro)

		Manovre	
Anno	Legge di Bilancio	Decreti	Totale
2020		DL 3/2020 – Trattamento integrativo (IRPEF mirata dipendenti), da luglio	≈3 mld
2022	L. 234/2021 (LdB 2022) – Riforma IRPEF (nuova architettura a 4 aliquote per tutti i contribuenti): 6 mld	DL 115/2022 (Aiuti-bis) – Esonero contributivo IVS quota lavoratore addizionale (innalza di 0,8 p.p. da luglio a dicembre): 2,7 mld	≈9 mld
2023	L. 197/2022 (LdB 2023) – Replica esonero IVS quota lavoratore (2% ≤35k; 3% ≤25k, tutto l’anno)	DL 48/2023 (Lavoro) – Esonero IVS addizionale H2 (+4 p.p. da luglio-dicembre; no tredicesima sulla quota extra): 4,2 mld	≈4,2 mld
2024	L. 213/2023 (LdB 2024) – Taglio cuneo IVS quota lavoratore (7 p.p. ≤25k; 6 p.p. ≤35k, tutto l’anno) + Rimodulazione IRPEF a 3 aliquote (generalista, con maggior beneficio <28k)		≈14,3 mld
2019-2024			≈30 mld

Fonte: elaborazioni OCPI su dati MEF, UPB e Banca d’Italia.

<https://osservatoriocpi.unicatt.it/ocpi-pubblicazioni-fiscal-drag-facciamo-chiarzza-sui-numeri-12-miliardi-o-25>



La spesa militare sale del 38,5% nel 2025, ma non si sa perché

Carlo Cottarelli, Gianmaria Olmastroni

Come confermato dagli ultimi dati NATO, nel 2025 la spesa per la difesa in Italia è prevista raggiungere il 2% del Pil, con un aumento del 38,5% rispetto al 2024 quando era all'1,5%. Degli 0,5 punti percentuali di aumento, 0,1 sarebbero dovuti a un'effettiva maggior spesa, mentre 0,4 rifletterebero una riclassificazione di altre spese, tra cui quelle per Guardia di finanza, Capitanerie di Porto, spazio e cybersicurezza. Non è chiaro, né dalle parole del Ministro né nei documenti ufficiali, in cosa consista questa riclassificazione: spese già presenti hanno ora una connotazione "più militare" del passato, oppure ci si è resi conto che certe spese sono più militari di quanto considerato in passato? Inoltre, non è noto quali spese esattamente siano state interessate. Sarebbe auspicabile una maggiore chiarezza per sapere se dovremmo sentirci più sicuri: (i) di quanto eravamo nel 2024 (nel caso di un vero aumento del focus militare di certe spese); o (ii) di quanto pensavamo di esserlo nel 2025 (nel caso si sia compreso che il focus militare era già presente anche se non ne eravamo consapevoli). Fra l'altro, l'Italia non ha rivisto la definizione nazionale di spesa per la difesa (quella contenuta nel "Documento Programmatico Pluriennale" del Ministero della Difesa), che mostra solo un modesto aumento nel 2025: per sapere quante risorse dedichiamo alla nostra sicurezza, a quale definizione di spesa dovremmo affidarci, quella NATO o quella nazionale? Se ci può consolare, altri Paesi dovrebbero porsi queste stesse domande: i dati NATO suggeriscono infatti che l'Italia potrebbe non essere l'unica ad aver riclassificato spese per arrivare al 2%, ora raggiunto da tutti i Paesi dell'Alleanza.

* * *

Al vertice NATO dell'Aia del 24-25 giugno scorso è stato fissato un nuovo obiettivo di spesa militare per tutti i Paesi membri (5% del Pil), da raggiungere entro il 2035: il 3,5% è costituito da spesa corrispondente alla classica definizione NATO; l'1,5% è invece una nuova componente, che comprende spese accessorie "relative a difesa e sicurezza".^[1]

Riguardo alla spesa "classica", l'Italia ha comunicato in tale vertice il raggiungimento del 2% del Pil, vecchio target fissato dall'Alleanza nel 2014 e ora considerato un livello minimo di partenza.^[2]

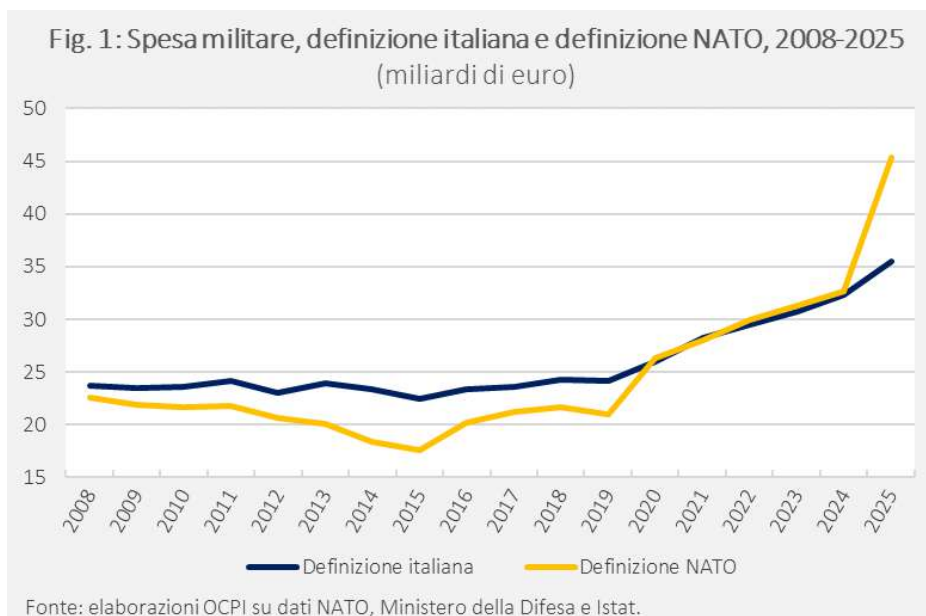
Il dato è stato confermato da una pubblicazione NATO del 22 ottobre: l'Italia chiuderà il 2025 con una spesa di 45,3 miliardi, un aumento del 38,5% dai 32,7 miliardi (1,5% del Pil) del 2024.^[3] Si tratta di un'effettiva maggior spesa o di una riclassificazione di altre voci?

La classificazione italiana e quella NATO

La definizione NATO di spesa per la difesa differisce da quella dei singoli Stati nazionali. La definizione italiana, quella del "Bilancio Integrato della Difesa", comprende la spesa in personale, esercizio ed armamenti e gli stanziamenti in difesa dagli altri Ministeri e dal PNRR. In questa definizione la spesa è stata di 35,5 miliardi nel 2025, in crescita di 3,2 miliardi (9,8%) dal 2024.

Passare alla definizione NATO richiedeva in passato di sottrarre le spese per i Carabinieri (in quanto legate soprattutto allo svolgimento di funzioni di polizia), tranne quelli impegnati nelle missioni di pace all'estero, e aggiungere le pensioni di personale militare e civile della Difesa, sempre escludendo i Carabinieri.

In base a questo calcolo, la spesa da definizione NATO risultava inferiore a quella nazionale (essenzialmente per l'esclusione della maggior parte delle spese per i Carabinieri), tranne che per il periodo 2020-24 (Fig. 1).^[4]



Nel 2025, però, la procedura per il passaggio dalla spesa nella definizione italiana a quella NATO è variata: quest'anno per ottenere la definizione NATO sono state aggiunte all'aggregato nazionale anche altre due voci, come riportato dal "Documento programmatico pluriennale" del Ministero della Difesa: (i) il "budget per contesti, domini e settori a cui è stato attribuito un focus più militare"; (ii) i "progetti di cooperazione militare (*Military Mobility*)".^[5] In questa nuova definizione la nostra spesa è salita a 45,3 miliardi (2% del Pil).

Il documento non fornisce dettagli su contenuto e importo delle due voci aggiunte. Il Ministro Crosetto, in audizione parlamentare, ha così commentato il raggiungimento del 2%: *"Questo risultato è stato possibile in linea con tutti i criteri NATO aumentando il focus militare su forza, capacità e ambiti che finora non avevamo calcolato - quindi Guardia di finanza, Capitanerie, spazio e cyber - come già facevano e fanno altri Paesi"*.^[6] Questa frase non è chiarissima: cosa significa "aumentando il focus militare"? Vuol dire, per esempio, che certe allocazioni di spesa già precedenti nel bilancio della Guardia di Finanza hanno ora una connotazione più militare del passato? Oppure è semplicemente una realizzazione che certe spese erano più militari di quanto considerato in passato? La frase "che finora non avevamo calcolato" e il riferimento a quello che fanno altri Paesi farebbe propendere per la seconda interpretazione, ma allora sarebbe stato necessario rivedere anche la serie storica dei dati comunicati alla NATO, cosa che non è stata fatta.

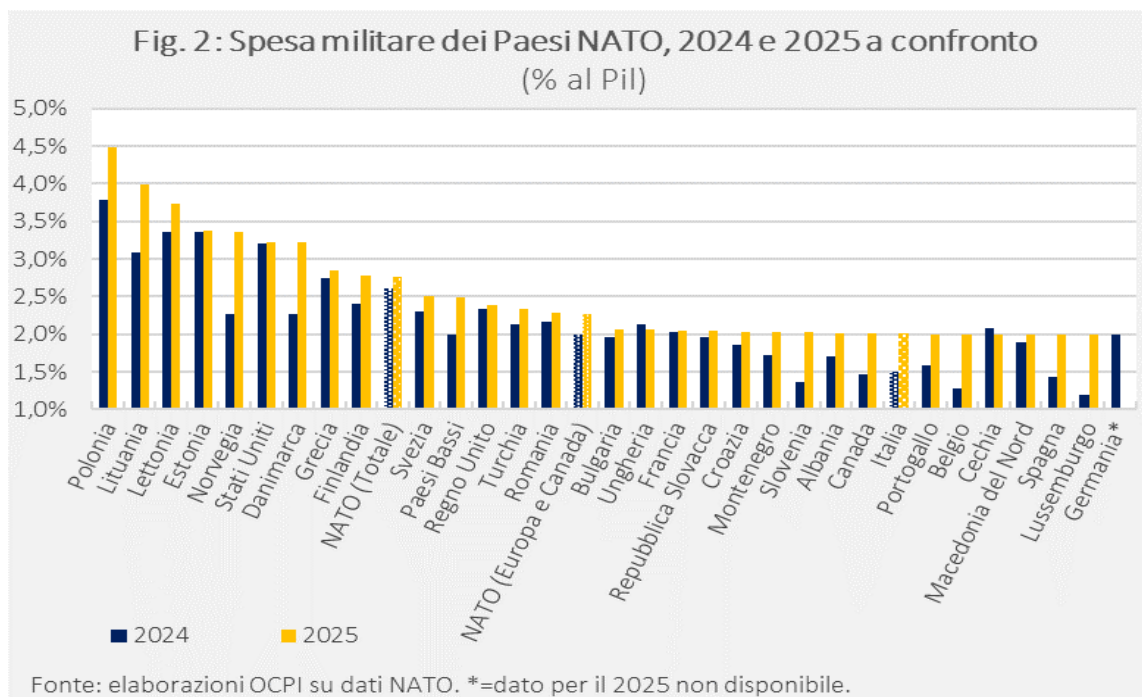
A novembre 2024 lo stesso Crosetto aveva indicato che, visti gli stanziamenti della legge di Bilancio, la spesa militare da definizione NATO sarebbe stata dell'1,57% del Pil nel 2025. Sembrerebbe, quindi, che dell'aumento dall'1,5% del Pil del 2024 al 2% del 2025, solo uno 0,1% sia dovuto a effettiva maggiore spesa e il resto a una riclassificazione.

Sia come sia, in una materia di così grave importanza, una maggiore chiarezza sarebbe stata auspicabile. Insomma, possiamo sentirci più sicuri di quanto eravamo ora che la spesa militare è valutata al 2%? Perché? Cosa è stato considerato effettivamente come coerente con un maggior focus militare? E perché non è stata rivista la serie storica se si tratta solo di una riclassificazione e non di nuove spese? Fra l'altro, la differenza tra definizione nazionale e definizione NATO non è mai stata così ampia quanto nel 2025: a quale definizione dovrebbero fare riferimento i cittadini per valutare quante risorse dedichiamo alla difesa da attacchi dall'esterno? Per ora non è possibile rispondere a queste domande.

La spesa militare nei Paesi NATO nel 2025

La citata pubblicazione NATO del 22 ottobre consente di fare il punto sulla spesa per la difesa e la sua composizione per i Paesi dell'Alleanza.^[7]

Nel 2025 tutti i Paesi NATO spenderanno almeno il 2% del Pil in difesa (Fig.2). Nel 2024 13 Paesi spendevano meno del 2%. Hanno ora raggiunto il traguardo Albania, Belgio, Bulgaria, Canada, Croazia, Italia, Lussemburgo, Montenegro, Macedonia del Nord, Portogallo, Slovacchia, Slovenia e Spagna.



L'obiettivo del 3,5% è ancora lontano: solo Polonia, Lituania e Lettonia superano tale soglia, mentre Estonia, Norvegia, USA e Danimarca stanno sopra al 3%. La spesa totale dei Paesi NATO è del 2,8%, in crescita dal 2,6% del 2024. L'aumento è interamente dovuto a Europa e Canada, che salgono dal 2% al 2,3%, mentre la spesa statunitense, che pesa molto sul totale, rimane stabile al 3,2%. Gli aumenti maggiori, in rapporto al Pil, sono quelli di Norvegia (dal 2,3% al 3,4%), Lituania (dal 3,1% al 4%) e Polonia (dal 3,8% al 4,5%).

La spesa in chiave NATO è divisa in quattro categorie: armamenti (e ricerca dedicata ad essi; questa voce vale il 30% della spesa complessiva NATO), personale (stipendi e pensioni di militari e civili; 29%), infrastrutture (3%), altro (38%); quest'ultima sezione ha un peso elevato perché comprende tante voci, come la spesa per operazioni e manutenzione (tra cui munizioni, carburante e pezzi di ricambio), la spesa per ricerca e sviluppo non dedicata agli armamenti e la spesa non allocata nelle altre categorie.[\[8\]](#)

Per capire dove si è concentrato l'aumento di spesa del 2025, consideriamo solo Europa e Canada, dato che la spesa USA è rimasta costante: gli 0,28 punti percentuali di aumento sono all'incirca equamente divisi tra armamenti (0,14 p.p.) e "altro" (0,13).

Per quanto riguarda l'Italia, i 12,6 miliardi (0,5 punti di Pil) di maggior spesa del 2025 sono riferibili principalmente alla sezione "altro" (7,8 miliardi, lo 0,3% del Pil), e in misura minore agli armamenti (4,6 miliardi, lo 0,2% del Pil). È ragionevole ipotizzare che la riclassificazione sia finita principalmente nella sezione "altro", ma in parte anche negli armamenti: per esempio le Capitanerie di Porto dispongono di navi, e la Guardia di Finanza di veicoli, entrambi inclusi in tale voce. Le altre voci non variano molto rispetto al 2024: la spesa per il personale sale di 300 milioni; quella per infrastrutture scende di 100 milioni (Tav. 1).

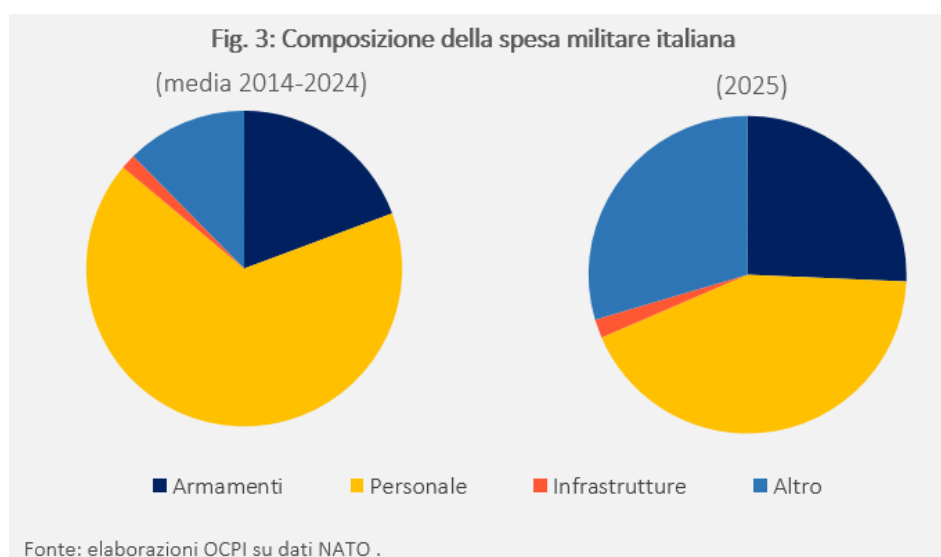
Tav. 1: Composizione della spesa militare italiana nella definizione NATO

Anno	Nominale (miliardi di euro)					Reale, prezzi 2021				
	Armamenti	Personale	Infrastrutture	Altro	Totale	Armamenti	Personale	Infrastrutture	Altro	Totale
2014	2,0	14,1	0,3	2,1	18,4	2,2	15,3	0,3	2,3	20,0
2015	1,7	13,7	0,2	2,0	17,6	1,8	14,6	0,2	2,2	18,9
2016	3,9	14,3	0,1	1,9	20,2	4,0	15,0	0,1	2,0	21,1
2017	4,4	14,3	0,2	2,3	21,2	4,5	14,8	0,2	2,4	21,9
2018	4,2	14,8	0,3	2,5	21,7	4,3	15,4	0,3	2,6	22,6
2019	3,6	14,8	0,1	2,5	21,0	3,7	15,2	0,1	2,6	21,6
2020	4,9	17,8	0,3	3,4	26,4	5,0	18,0	0,3	3,5	26,7
2021	6,5	17,8	0,4	3,2	28,0	6,5	17,8	0,4	3,2	28,0
2022	6,8	19,0	0,6	3,5	29,9	6,6	18,4	0,6	3,4	28,9
2023	6,9	19,5	0,7	4,2	31,3	6,3	17,8	0,6	3,9	28,6
2024	7,1	19,1	1,0	5,6	32,7	6,3	17,1	0,9	5,0	29,2
2025	11,6	19,4	0,9	13,4	45,3	10,1	16,9	0,8	11,7	39,5

Fonte: elaborazioni OCPI su dati NATO.

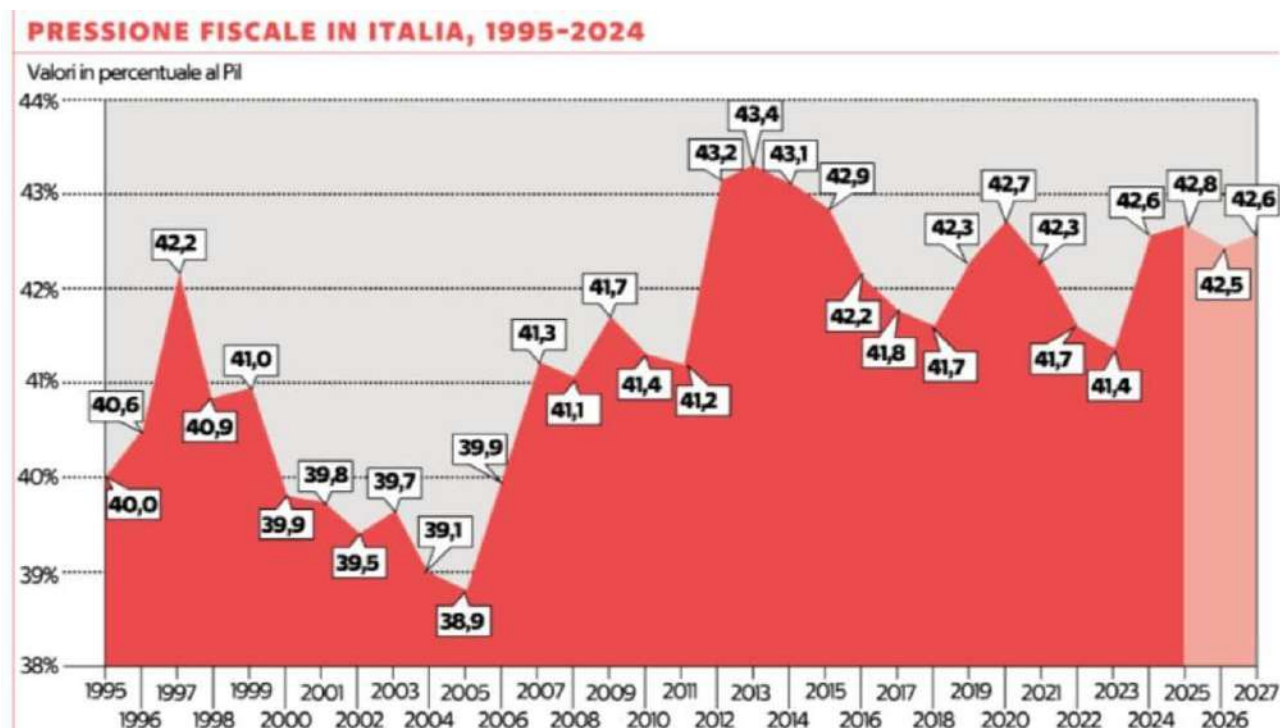
Sempre per l'Italia, nonostante la citata riclassificazione, la spesa più rilevante è ancora il personale (43% della spesa), in forte calo però dal 58% del 2024; quest'ultimo dato già segnava un calo rispetto al periodo precedente (2014-2023), quando in media la quota era del 68%. L'Italia non è più lo Stato con la maggiore quota di spesa per il personale, ma risulta ancora sesto su 31 Paesi.[9]

La voce "altro" ora rappresenta il 30% delle spese militari italiane (Fig. 3); tale quota è stata in media del 12% negli anni precedenti. Sale la quota degli armamenti (dal 22% al 26%), scende quella delle infrastrutture (dal 3% al 2%).



In media per i Paesi che hanno raggiunto il 2% quest'anno, la sezione "altro" vale il 60% dell'aumento (63% per l'Italia). Questo suggerisce che l'Italia potrebbe non essere l'unica ad aver riclassificato altre spese per raggiungere la soglia: guardando ai singoli Paesi, in Belgio e Slovenia l'aumento di 0,7 punti percentuali è attribuito rispettivamente per 0,6 e 0,5 punti alla categoria "altro". Sono simili all'Italia anche Spagna e Canada, dove poco più di metà dell'aumento è dovuto alla voce "altro".

<https://osservatoriocpi.unicatt.it/ocpi-pubblicazioni-la-spesa-militare-sale-del-38-5-nel-2025-ma-non-si-sa-perche>



La pressione fiscale in Italia per il 2025 è stimata intorno al **42,8% del PIL**, secondo le previsioni del governo, in leggero aumento rispetto al 2024. Le stime variano a seconda delle fonti e delle metodologie di calcolo, con alcune che indicano un lieve calo se si considera un diverso approccio contabile alla decontribuzione. Le principali novità fiscali per il 2025 includono la conferma delle tre aliquote IRPEF (23%, 35%, 43%) e una modifica nella struttura delle detrazioni che potrebbe portare a scaglioni effettivi diversi per alcuni contribuenti.

Previsioni e stime

- **Stima del governo:** il Documento programmatico di finanza pubblica prevede un dato del **42,8%** per il 2025.
- **Stima alternativa:** una stima basata su una diversa contabilità, che non considera come maggiore spesa il "bonus" per i lavoratori a basso reddito, indica un dato più basso, intorno al **42,5%**.
- **Dati trimestrali:** per il primo trimestre 2025, la pressione fiscale è stata del 37,3%, in aumento rispetto allo stesso periodo del 2024.

Novità IRPEF 2025

- **Conferma aliquote:** sono state confermate le tre aliquote IRPEF:
 - 23% per redditi fino a 28.000 euro
 - 35% per redditi tra 28.001 e 50.000 euro
 - 43% per redditi oltre i 50.000 euro
- **Modifiche alle detrazioni:** le detrazioni fiscali sono state modificate, creando di fatto sei "scaglioni effettivi" per i lavoratori dipendenti, con un impatto diverso a seconda del reddito.

Il governo che più ha aumentato le tasse negli ultimi dieci anni

Lo ha fatto in un modo non molto visibile, ma intanto la pressione fiscale resterà alta anche con questa legge di bilancio

I partiti al governo – Fratelli d’Italia, Lega e Forza Italia – ci sono arrivati con la promessa di ridurre le tasse, e dicono spesso che lo stanno facendo con successo.

Ma non è proprio così. Dal 2023 infatti il carico fiscale è notevolmente aumentato, e contribuirà a tenerlo alto anche la legge di bilancio che il governo ha appena presentato in parlamento, che la dovrà discutere e approvare entro la fine dell’anno. Prevede per quest’anno una pressione fiscale ai massimi degli ultimi dieci anni.

La prospettiva non migliora nel prossimo biennio.

La pressione fiscale alta non è frutto soltanto dell’azione di questo governo: in Italia è alta da sempre, serve tra le altre cose a finanziare uno stato sociale tra i più generosi d’Europa per pensioni e sanità. Non è un bene o un male di per sé, è semplicemente una caratteristica come un’altra del sistema economico (anche se qualcosa si potrebbe dire sulla qualità della spesa pubblica italiana). Guardando il suo andamento nel tempo, però, si capisce cosa hanno deciso al riguardo i diversi governi.

La pressione fiscale si misura con la somma di determinate imposte: quelle indirette (tra cui l’IVA sui consumi) e dirette (come l’IRPEF sui redditi), le imposte in conto capitale (come quelle sulla successione), i contributi sociali (come quelli che finanziano le pensioni e i congedi parentali).

Dalla pressione fiscale sono escluse alcune voci residuali, come le cosiddette “altre entrate” e le “entrate in conto capitale non tributarie”: sommandole si ottiene il valore delle entrate totali, cioè quanto incassa davvero lo Stato dalle tasse. In poche parole: la pressione fiscale è l’indicatore da guardare per vedere l’andamento delle tasse su cui può davvero agire il governo (per esempio abbassando l’IRPEF o l’IVA, e via così); le entrate totali danno un quadro più realistico considerando tutto quanto, anche cosa è fuori dal potere del governo.

Le entrate totali sono dunque sempre più alte della pressione fiscale, ma i due valori hanno sostanzialmente lo stesso andamento. Si usa metterli in rapporto al PIL, cioè alla dimensione dell’economia.

Il governo di Giorgia Meloni è entrato in carica a ottobre del 2022 e, come si vede dal grafico, da allora le entrate totali e la pressione fiscale sono aumentate rispettivamente di 1 punto e di 1,3 punti percentuali di PIL: ai valori di oggi significa che sono più alte di circa 28 e 22 miliardi di euro.

Nel secondo trimestre di quest’anno, l’ultimo per cui sono disponibili i dati, i due indicatori sono arrivati ai massimi degli ultimi dieci anni, al 42,8 e al 47,6 per cento. Sono valori vicino a quelli raggiunti durante il governo di Mario Monti, il governo nato per mettere a posto i conti pubblici in un momento di grande difficoltà economica, nel 2011, e diventato poi [simbolo delle politiche di “austerità”](#).

Come si vede dal grafico, anche durante il secondo governo di Giuseppe Conte ci fu una pressione fiscale alta: ma quel governo fu penalizzato dagli anni della pandemia, che sballarono tutti i valori per via del grande calo del PIL.

Secondo le previsioni del governo di Meloni nel 2025 la pressione fiscale si chiuderà al 42,8 per cento del PIL, in aumento rispetto al 42,5 del 2024, e il valore più alto dal 2015. Nel 2026 il disegno di legge presentato prevede che rimarrà stabile al 42,8 per cento.

Secondo i [calcoli](#) dell’Osservatorio sui Conti Pubblici Italiani la pressione fiscale aumenterà ancora al 42,9 per cento nel 2027, per poi scendere al 42,7 nel 2028. Un andamento simile lo avranno le entrate totali.

Questo significa che quasi la metà di ciò che produce l’economia finisce allo Stato.

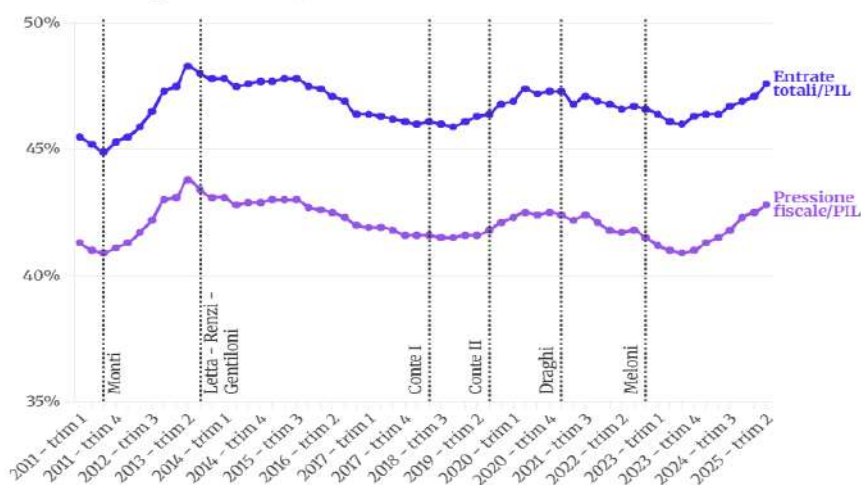
I dati comunque non vengono presentati in maniera trasparente dal governo, perché fa un uso piuttosto estensivo delle voci di bilancio residuali, che restano quindi fuori dall’indicatore della pressione fiscale e lo falsano. La cosa viene denunciata da molte istituzioni ed [esperti](#) dall’anno scorso, quando [fu impossibile capire](#) se le tasse sarebbero aumentate o meno quest’anno.

A prescindere dal metodo a questo punto però potreste chiedervi: ma com’è possibile che la pressione fiscale sia aumentata così tanto mentre il governo dice di ridurre le tasse? Perché da una parte i dati dicono che

erano da dieci anni che in Italia non si pagava un ammontare di tasse così alto; dall'altra è vero che il governo ha fatto alcune cose per ridurle.

Entrate fiscali e pressione fiscale

Media mobile a quattro trimestri, in % del PIL

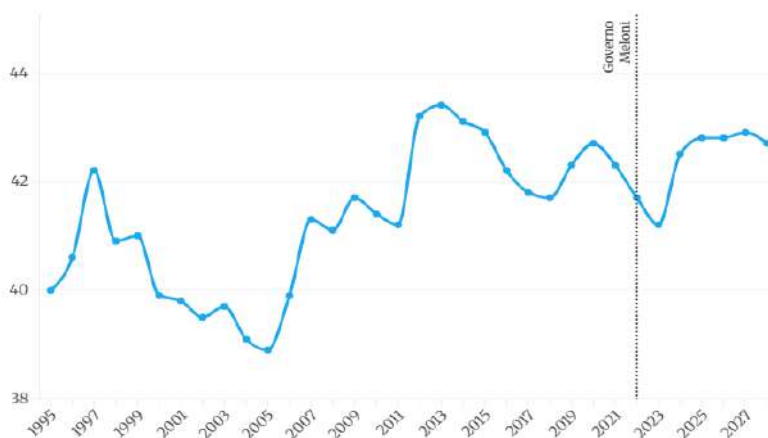


Fonte: [Elaborazione su dati Istat](#)

Partiamo dagli interventi del governo. Ci sono effettivamente alcuni *aumenti* delle imposte: rinnegando anni di battaglie, il governo ha aumentato le accise sui carburanti e prevede un altro aumento per il prossimo anno; ha rimodulato il sistema di bonus fiscali a svantaggio dei redditi più alti; e vuole imporre per l'anno prossimo alcune tasse a banche e assicurazioni.

La pressione fiscale in Italia

Pressione fiscale annuale in % di PIL (per gli anni 2026, 2027 e 2028 sono previsioni)



Fonte: ISTAT fino al 2024, [DPB](#) per il 2025 e il 2026, [Osservatorio sui Conti Pubblici Italiani](#) per il 2027 e il 2028

Ma i provvedimenti fiscali più significativi sono state due riduzioni. Il governo ha reso innanzitutto permanente [il cosiddetto "taglio del cuneo fiscale"](#), cioè uno sconto sulle tasse dei lavoratori dipendenti che era stato introdotto dal governo di Mario Draghi per compensare l'aumento del costo della vita. Il passaggio dal regime transitorio a quello permanente è stato comunque un pasticcio, e dall'inizio dell'anno lo sconto [è diminuito](#) per diverse categorie di lavoratori, che hanno visto ridursi lo stipendio netto mensile.

Il governo ha poi ridotto le aliquote IRPEF, cioè le percentuali che si applicano agli scaglioni di reddito delle persone fisiche per stabilire quante imposte sono dovute. Nel 2022 le aliquote erano 4 mentre ora sono 3, ed è stata ridotta di due punti percentuali quella per i redditi sotto i 28mila euro. Il disegno di legge di bilancio per l'anno prossimo prevede una riduzione ulteriore dell'aliquota del secondo scaglione, che per i redditi tra i 28 e i 50mila euro passerà dal 35 al 33 per cento.

Seppure i due interventi di riduzione delle imposte appena menzionati siano *in teoria* consistenti, non hanno avuto l'effetto di ridurre il carico fiscale complessivo. Anzi.

Da quando si è insediato il governo di Meloni paghiamo materialmente più tasse per colpa di un meccanismo chiamato [fiscal drag](#), o drenaggio fiscale, che esiste nei sistemi fiscali progressivi quando c'è un'inflazione elevata, come l'aumento generale del livello dei prezzi che si è visto negli ultimi quattro anni. Il sistema italiano è per l'appunto progressivo: significa che più si guadagna e più si paga una quota più alta di tasse, per il principio costituzionale che chi ha un reddito più alto deve contribuire in misura maggiore al fabbisogno dello Stato.

Quando aumenta il costo della vita si innescano anche aumenti delle retribuzioni per tentare di tenere il passo dei prezzi. Non è un problema di per sé, anzi, gli stipendi *devono* aumentare per adeguarsi gradualmente a una vita più cara: da gennaio del 2021 a gennaio del 2025 i prezzi [sono aumentati](#) complessivamente del 16 per cento, mentre le [retribuzioni](#) di poco più dell'8 per cento, la metà, ma l'andamento è positivo.

Il problema c'è quando questi aumenti avvengono in un sistema fiscale progressivo che non si adegua al nuovo livello di redditi, o non si adegua abbastanza: gli aumenti di stipendio spesso portano a sfiorare la soglia entro cui si ha diritto a bonus o detrazioni, o quella dello scaglione successivo in cui si pagano aliquote più alte (solo per la parte di reddito che sfiora). Il drenaggio fiscale è proprio questo: in caso di inflazione comporta un tradimento del principio dell'equità del sistema fiscale, perché porta a pagare più tasse senza aver avuto davvero un miglioramento della propria situazione economica. Non solo si pagano più imposte sul reddito, ma con l'aumento generale dei prezzi si paga anche più IVA (che viene calcolata in percentuale del prezzo dei prodotti).

Deriva da questo fenomeno l'aumento delle entrate e della pressione fiscale in questi anni di governo di Meloni, che è stato avvantaggiato da un eccezionale aumento delle entrate senza aver dovuto imporre evidenti – e impopolari – aumenti delle tasse. Anzi, con questi soldi è riuscito anche a introdurre e propagandare alcune riduzioni delle imposte, che però nella pratica non hanno compensato il drenaggio fiscale.

Una [stima di lavoce.info](#) indica in 17 miliardi di euro l'aumento delle imposte incassate dallo Stato nel solo 2024 a causa del drenaggio fiscale. [Un'altra stima](#) dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio dice che proprio i due grandi interventi fiscali spiegati qui sopra non solo non hanno provocato una compensazione del drenaggio fiscale, ma lo hanno peggiorato per circa 300 milioni di euro all'anno.

È stata una scelta precisa del governo, che ha deciso di non “restituire” al sistema i proventi del drenaggio fiscale, per esempio adeguando in misura appropriata le soglie di accesso ai bonus o gli scaglioni dell'IRPEF. Con tutti questi soldi in più ha deciso invece di mettere a posto i conti pubblici. Secondo il governo la pressione fiscale sarebbe aumentata perché è aumentata la gente al lavoro, e quindi le persone che pagano le tasse. Lo hanno detto più volte Meloni e il suo ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti, ma [non è vero](#), e sono stati smentiti categoricamente dagli economisti.

<https://www.ilpost.it/2025/10/21/pressione-fiscale-governo-meloni-legge-di-bilancio-2026/>

Pressione fiscale e aumento dell'occupazione: torniamo a fare chiarezza

Massimo Bordignon e Leonzio Rizzo

Il governo continua a ripetere che la pressione fiscale è salita nel 2024 perché è aumentata l'occupazione. Come già chiarito su lavoce.info, la spiegazione va cercata altrove ed è molto meno positiva: è legata a un sistema fiscale mal disegnato.

Come il governo spiega l'aumento della pressione fiscale

Il governo continua a insistere sul fatto che l'aumento della pressione fiscale, in ulteriore crescita nel 2025 rispetto al 2024 secondo il Documento programmatico di finanza pubblica, sia in realtà un fatto positivo, in quanto dovuto all'aumento dell'occupazione; l'ultimo [esempio in ordine di tempo è l'intervento del ministro Giorgetti](#) nell'audizione in Parlamento sulla manovra economica.

Vale la pena dunque ripetere che la pressione fiscale è un rapporto tra entrate e Pil e che i maggiori redditi degli occupati entrano anche nel Pil, cioè nel denominatore del rapporto. Se la pressione fiscale cresce, è perché i redditi dei lavoratori sono tassati di più degli altri redditi. Per spiegarlo meglio, è utile una rivisitazione di un nostro precedente articolo sul tema.

I dati sui conti pubblici

Avevamo già ricordato alcuni mesi fa che, secondo il bollettino Istat del 3 marzo 2025, i conti pubblici nel 2024 erano andati meglio del previsto, benché per l'economia non si potesse dire altrettanto. La crescita economica in termini reali era stata uguale a quella asfittica del 2023, un magro +0,7 per cento e solo perché nel 2024 si era lavorato due giorni in più dell'anno prima.

Ciononostante, il deficit era migliorato nettamente, passando dal 7,2 al 3,4 per cento del Pil, molto vicino al fatidico 3 per cento delle regole europee. Il saldo primario (cioè, entrate meno spese al netto di quella per interessi) era diventato perfino positivo, allo 0,4 per cento del Pil. Dietro al miglioramento, secondo l'Istat, c'erano sostanzialmente due ragioni.

La prima è la riduzione delle spese della pubblica amministrazione per circa 41 miliardi, dovuta in particolare al crollo dei contributi agli investimenti, categoria in cui si collocavano le agevolazioni edilizie per il Superbonus, di fatto sospese da marzo.

La seconda è il buon andamento delle entrate. Erano cresciute in termini nominali di ben il 5,7 per cento nel 2024 rispetto al 2023, mentre il Pil in termini nominali era cresciuto di solo il 2,9 per cento, cosicché la pressione fiscale, il rapporto tra i due, era salita di 1,2 punti, dal 41,4 al 42,6 per cento.

Per capirsi, lo stato ha incassato 26 miliardi in più nel 2024 di quanto avrebbe raccolto se la pressione fiscale fosse rimasta costante al livello del 2023. Sette dei 26 miliardi erano facilmente spiegabili, è il rimbalzo delle accise dovuto all'eliminazione nel 2024 di tutti i bonus contro il caro energia introdotti a partire dal 2022.

Ma il resto? Come mai c'è stato l'incremento della pressione fiscale, visto che le aliquote di imposta sono rimaste più o meno costanti?

Perché è cresciuta la pressione fiscale

Molti commentatori, [inclusa la nostra presidente del Consiglio](#), indicavano il motivo nel buon andamento della occupazione. In effetti, nonostante la scarsa vivacità del Pil, i lavoratori dipendenti (misurati in termini di unità di lavoro equivalenti) erano cresciuti del 2,3 per cento e i loro redditi del 5,2 per cento. Ma perché mai questo dovrebbe far aumentare la pressione fiscale?

Quest'ultima è un rapporto; e se le maggiori imposte e contributi pagati dai nuovi e vecchi lavoratori ne fanno crescere il numeratore, i loro maggiori redditi entrano nel Pil e ne fanno dunque crescere il denominatore. Perché allora il rapporto sale? Ci sono in effetti un paio di ragioni, ahimè molto meno positive dell'incremento dell'occupazione.

La prima, banalmente, è che i redditi da lavoro dipendente sono tassati molto più degli altri redditi. Dai dati Istat, fatto 100 il totale delle entrate fiscali, che includono sia le imposte che i contributi, 49 sono risorse che

provengono dai salari, 17 dai profitti (in cui sono compresi i redditi dei lavoratori autonomi e i loro contributi), 33 arrivano invece dalle imposte indirette.

Questi numeri devono essere confrontati con la quota di ciascuna componente sul Pil. Benché contribuiscano quasi al 50 delle entrate, i salari costituiscono solo il 38 per cento del Pil, contro il 50 per cento dei profitti e del 12 per cento delle imposte indirette.

Meccanicamente, significa che, quando crescono i salari, cresce anche il Pil, ma le entrate crescono ancora di più, producendo un inasprimento della pressione fiscale. Accade l'opposto quando invece sono i profitti a crescere, che contano di più nel Pil ma pagano percentualmente molto meno imposte e contributi.

Questo in parte spiega quanto successo in Italia nel 2024. In quell'anno, i profitti hanno subito una battuta d'arresto (si sono in realtà lievemente ridotti, -0,013 per cento), dopo la forte crescita degli anni precedenti, mentre i salari sono cresciuti, sia perché sono aumentati gli occupati, sia perché è salito il loro salario medio.

La progressività dell'Irpef

C'è anche una seconda ragione, ancora più deprimente della prima, dietro la crescita della pressione fiscale nel 2024. I redditi da lavoro dipendente sono sottoposti a due forme di imposizione fiscale: i contributi, che sono un'imposta proporzionale, e l'Irpef, che è un'imposta progressiva.

La progressività dell'imposta implica che via via che crescono, i redditi debbano essere sottoposti ad un'aliquota di imposta più elevata, o se si preferisce, che l'aliquota media dell'Irpef è crescente nel reddito. Si tratta di un principio di equità ben noto e generalmente accettato; contribuenti più ricchi devono trasferire una quota maggiore del proprio reddito allo Stato.

Peccato, però, che riguardi solo i redditi da lavoro dipendente (e assimilati) che infatti costituiscono l'85 per cento della base imponibile dell'Irpef.

Gli altri redditi sono in larghissima misura sottratti alla base imponibile dell'Irpef e tassati a parte, con aliquote proporzionali, compresi i redditi degli autonomi che hanno optato per la *flat tax*.

Significa che, almeno in qualche misura, i maggiori redditi ottenuti dai lavoratori dipendenti nel 2024 sono stati tassati ad aliquote medie più elevate rispetto al 2023. Non è però possibile stabilire quanto al fenomeno abbiano contribuito i nuovi occupati, visto che non è noto a che stipendio in media siano stati assunti. Sicuramente l'aumento dei redditi degli occupati già esistenti, dovuto ai rinnovi dei contratti (nel caso in cui si sia verificato), ha innalzato l'aliquota media rispetto al 2023, contribuendo quindi a un incremento della pressione fiscale media sul reddito da lavoro dipendente, nonostante di fatto si tratti solo di recupero (anche parziale) del potere d'acquisto.

Ma per il fisco questo non conta e gli incrementi salariali sono tutti conteggiati come incrementi di reddito effettivo e tassati ad aliquota superiore. Questo ha generato parte del fenomeno del [fiscal drag, di cui si è già discusso](#), che per l'appunto è stato anche causa dell'aumento della pressione fiscale.

È dunque assai probabile che una parte dell'incremento salariale del 2024 sia dovuto al recupero di potere d'acquisto che, combinato con la progressività del sistema, aumenta la quota versare al fisco. Spiegato l'arcano della crescita della pressione fiscale nel 2024, resta un po' di amaro in bocca.

<https://lavoce.info/archives/109138/pressione-fiscale-e-aumento-delloccupazione-torniamo-a-fare-chiarezza/>