



Associazione Italiana per la
Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

“COVID19 Review”

Notizie, articoli, trials, ricerche e dati sulla pandemia Covid 19 e su
resilienza e resistenza della sanità pubblica in Italia
n. 1 del 1.12.2021, nuova serie.



A cura di **Giorgio Banchieri, Antonio De Belvis, Maurizio Dal Maso, Nicoletta Dasso, Lidia Goldoni, Stefania Mariantoni, 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 ASIQUAS, Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale; Docente presso il Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche, Progettista e Coordinatore Didattico dei Master MIAS, MEU e MaRSS, Università “Sapienza” Roma; Già Direttore dell’Osservatorio della Qualità del SSR del Molise; Docente ai master e Direttore di progetti di ricerca e di consulenza organizzativa e gestionale in aziende sanitarie (Asl e AO) presso la LUISS Business School di Roma, presso L’Università 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.

Antonio Giulio de Belvis

Membro di ASIQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell’Assistenza Sanitaria e Sociale. Ricercatore medico e Professore incaricato in Igiene all’Università Cattolica del Sacro Cuore dal 2002. 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".

Maurizio Dal Maso

Membro di 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.

Nicoletta Dasso

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

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

Stefania Mariani

Membro di ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Dirigente psicologo ASL Rieti. Psicoterapeuta. Componente del Board scientifico dell'Osservatorio Psicologico in cronicità dell'Ordine degli Psicologi del Lazio. Componente Comitato Scientifico ECM di Laziocrea. Docente Master II Livello in formazione manageriale per dirigenti di Unità Operativa Complessa Istituto "Carlo Jemolo". Esperta in integrazione sociosanitaria. Membro di tavoli tecnici sociali e sanitari Regione Lazio. Già Coordinatore Ufficio di Piano Distretto sociosanitario Rieti 5 e referente A.T. programma interministeriale P.I.P.P.I.. Già consulente Enti Locali per Servizi alla Persona.

Mario Ronchetti

Membro di 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

Membro di 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; nicolettadasso@gmail.com, stefania.mariantoni@outlook.it;
mario.ronchetti@gmail.com; andrea.gg.vannucci@icluod.com; perlungavita@gmail.com.

Da “Covid19 Review” a “ASIQUAS Covid19 Review”

Da dove siamo partiti

Tutto è cominciato all’inizio della pandemia, quando c’erano pochi strumenti d’informazione ed aggiornamento per i professionisti e gli operatori dei settori sanitario e sociale e con molti dubbi in merito alla loro autorevolezza sul piano scientifico.

Covid19 Review è nata nel febbraio 2020 come newsletter di divulgazione scientifica, con cadenza giornaliera fino alla fine di marzo 2020 per poi passare a cadenza settimanale

Siamo oggi a quasi 150 numeri che riportano dati, documenti istituzionali, analisi di scenari, ricerche epidemiologiche, studi su diagnostica, terapie e vaccini e sugli impatti sociali ed economici della pandemia e da settembre 2020 anche un inserto anche su ricerche ed esperienze di nursing.

Covid 19 Review è oggi la maggior banca dati su SARS-COV-2 in Italia, sul suo impatto come epidemia globale e come sindemia sociale ed economica.

Sono stati pubblicati anche 8 numeri Monografici, di cui due su articoli di Thomas Pueyo della Berkeley University (USA), e altri sei su: Dati dell’epidemia, Salute Mentale, Vaccini e Farmaci, RSA, LONG Covid.

Tutti i materiali sono consultabili su piattaforma MEGA connessa con il sito www.asiquas.it.

“*Covid19 Review*” è indicizzata su internet, è sul sito del MES di Pisa, è rilanciata da diverse società scientifiche, da ASR e ASL e AO, dal Coordinamento Nazionale Qualità e dalla Regione Lazio a tutte le aziende sanitarie.

Lo scenario attuale

La situazione sta evolvendo verso uno stato endemico con, come pubblicato su *Lancet* dai maggiori virologi e immunologi internazionali, un orizzonte temporale a tre/cinque anni per imparare a convivere senza eradicarla. Rimangono quindi centrali non solo l’approccio preventivo (in particolare i vaccini), ma anche quello curativo, nonché l’approfondimento e la gestione dei “*long Covid19*”, tutti ambiti da seguire e studiare. Si aggiunge però la prospettiva di considerare la pandemia come una “sindemia” con tutto ciò che ne consegue in termini d’effetti psicologici, sociali, economici e politici.

La cornice è quella della trasformazione del sistema sanitario con il passaggio verso un pensiero “*una sola salute*”.

Ciò supera parole d’ordine e visioni pregresse e obsolete: mai più parlare di ospedale e territorio o di sanitario e sociale, non basta, ma avere un unico sguardo ed un ragionamento consapevole che la realtà è complessa a composta da tanti soggetti, pubblici e privati, tecnici e politici, che possono essere sinergici se connessi o inutili se dispersi.

“*Covid19 Review*” diventerà da ora in poi anche e sempre più uno strumento di innovazione “*aperta*” che poggia su una piattaforma metodologica robusta (la conoscenza di teoria e pratica del miglioramento continuo e la loro applicazione nelle fasi di implementazione delle scelte) e che informerà su argomenti molteplici, convergenti o divergenti, a seconda delle situazioni e dei luoghi, ricercando nella letteratura scientifica e sui migliori media idee, scoperte, invenzioni, in una molteplicità di ambiti.

“*Covid19 Review*” sarà uno strumento di Asiquas per i propri soci e non solo. Non si sovrapporrà ad una rivista scientifica come QA, ma arricchirà il sito www.asiquas.it, di materiali, documenti utili, ricerche e studi.

“*Covid19 Review*” diverrà uno spazio aperto ad altre organizzazioni e quindi uno strumento di networking, di divulgazione scientifica e di supporto all’organizzazione del lavoro di Asiquas.

Il Gruppo Redazionale

Indice:

Da "Covid19 Review" a ... "ASQUAS Covid19 Review". Il Gruppo Redazioanle.	4
II° Congresso Nazionale ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità nell'Assistenza Sanitaria e Sociale	8
[Quotidiano Sanità] ASQUAS e la qualità dell'assistenza nel SSN post-Covid, C.Direttivo Nazionale ASQUAS	12
Evoluzione e monitoraggio della pandemia	15
[Gedi Visual] Coronavirus, la situazione nel mondo	16
[Gedi Visual] Le vaccinazioni nel mondo e in Italia	19
[Gedi Visual] La situazione in Italia	23
[GIMBE] Report settimanale	27
[ALTEMS] Indicatori di Stress	28
[Governo] Report settimanale pandemia Covid-19	32
[ECDC] Panoramica dell'attuazione delle strategie di vaccinazione contro il COVID-19 e dei piani di diffusione nell'UE/SEE, 11 novembre 2021	39
[Quotidiano sanità] Oms prevede 500mila morti per Covid entro febbraio in Europa e Asia centrale	44
Documenti, Linee Guida, Raccomandazioni	46
[WHO] Costruire sistemi sanitari resilienti per l'universale copertura sanitaria e la sicurezza sanitaria durante la pandemia di COVID-19 e oltre.	47
[Quotidiano Sanità] Manovra. Confermati aumento del fondo sanitario e delle misure per stabilizzazione precari. Luciano Fassari e Giovanni Rodriguez	50
[Corte dei Conti] Stato di attuazione del federalismo fiscale e prospettive PNRR	60
[ISS] Epidemia Covid19, Aggiornamento Nazionale, 27 ottobre 2021	65
[INAIL] Scheda Nazionale Infortuni sul lavoro d Covid19, 30 settembre 2021	71
Analisi di scenari	77
[Salute Internazionale] La Cura, Benedetto Saraceno	78
[Associazione Salute Diritto Fondamentale] Documento di CD, ottobre 2021 – Uno sguardo d'insieme	81
[FAVO] Audizione alla Camera dei Deputati – XI° Commissione, Lavoro pubblico e privato	86
[La Repubblica] Covid, Il Parlamento Uk contro Johnson: "Un fallimento epocale la strategia dell'immunità di gregge, migliaia di morti evitabili", Antonello Guerrega	90
[House of Commons] Coronavirus: Lessons learned to date	
[Territori Inesplorati] Il Fail West, Loro sapevano. Hanno ignorato. La resa dei conti, un anno dopo. T. Pueyo	98
[Corriere della sera] Attacchi hacker, dati sanitari in pericolo: la lista segreta dei 35 ospedali colpiti Milena Gabanelli e Simona Ravizza	104
[The Lancet] Applicazioni blockchain nell'assistenza sanitaria per COVID-19 e oltre: una revisione sistematica Wei Yan Ng, FRCOphth	108
Epidemiologia, Diagnostica, Farmaci e Vaccini	113
[La Repubblica] Anatomia della quarta ondata, che grazie ai vaccini è diventata una "ondina", Elena Dusi	114
[Corriere della sera] Covid: vaccinati, ma ricoverati. Chi sono e perché, di Milena Gabanelli e Simona Ravizza	116
[Forbe] Il dilemma del Delta: allentare i controlli sul Covid-19 in un momento di maggiore pericolo, W.A. Haseltine	120
[Quotidiano sanità] Il punto sul Covid dopo 22 mesi di pandemia. Cosa abbiamo sbagliato, cosa ha funzionato e cosa ci aspetta dopo il "miracolo" dei vaccini, Donato Greco	122
[Nature] Una ricostruzione della prima diffusione criptica del COVID, Simon Cauchemez & Paolo Bosetti	129

[Sanità Informa] «Non è il momento di allentare le misure di contenimento del virus, iniziamo a pensare ad una “nuova normalità”», di Guido Rasi, ex Direttore Esecutivo dell’EMA e Direttore Scientifico Consulcesi	132
[The Lancet] Trasmissione comunitaria e cinetica della carica virale della variante SARS-CoV-2 delta (B.1.617.2) in individui vaccinati e non vaccinati nel Regno Unito: uno studio di coorte prospettico longitudinale. Anika Singanayagam, PhD, e altri	133
[The Lancet] Una panoramica su come sopravvivere al COVID-19, Rose Worrell	140
[The Lancet] Qual è l'effetto del vaccino sulla riduzione della trasmissione nel contesto della variante delta SARS-CoV-2? Annelies Wilder-Smith e altri	141
[The Lancet] Efficacia del vaccino mRNA BNT162b2 COVID-19 fino a 6 mesi in un grande sistema sanitario integrato negli Stati Uniti: uno studio di coorte retrospettivo, Sara Y Tartof e altri	143
[The Lancet] L'impatto economico e sulla salute pubblica delle licenze di proprietà intellettuale dei farmaci per i paesi a basso e medio reddito: uno studio modellistico, Sébastien Morin, PhD, e altri	145
Aspetti organizzativi per l’impatto del Covid 19	148
[Quotidiano sanità] Nulla sarà come prima ... A proposito del PNRR in sanità, Giorgio Banchieri	150
[Quotidiano sanità] Ripensare il nostro SSN: alcune proposte di cambiamento, R. Polillo e M. Tognetti	154
[AGENAS] Modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel SSN	158
[Conferenza Stato-Regioni-PPAA] Accordo in materia di interventi in favore del comparto regionale	164
[Quotidiano sanità] I big data e analytics trasformeranno il Sistema sanitario nazionale, Maria Pia Ruggieri	166
[Salute Internazionale] Il futuro della Medicina di famiglia in Italia, Gavino Maciocco	168
[Salute Internazionale] Il Libro Azzurro, Alice Cicognani e Arianna Welisch.	171
[La Repubblica] Mancano medici di base: Italia sotto la media Ue. E con il turnover il problema crescerà, a cura di Osservatorio Conti Pubblici Italiani	173
[Corriere della sera] Medici di base, inchiesta sulla loro lobby di potere, M. Gabanelli, M. Gerevini, S. Ravizza	178
[Quotidiano sanità] Ecco perché siamo favorevoli alla dipendenza per le Équipe delle Cure primarie di Campagna PHC 2018 Now or Never	182
[La Repubblica] La questione meridionale. Decine di miliardi del Recovery plan in arrivo al Sud rischiano di dover essere restituite a Bruxelles. Ecco perché. Carlo Bonini, Enrico Del Mercato, Conchita Sannino e Isaia Sales.	184
Clima, ambiente e salute.	195
[Nature Communications] Un'analisi trasversale dei fattori meteorologici e della trasmissione di SARS-CoV-2 in 409 città in 26 paesi, Francesco Sera e altri.	196
[Quotidiano sanità] Ambiente, salute e approccio OneHealth: una sfida per il sistema sanitario e per le società scientifiche mediche, A.Di Ciaula, P.Lauriola, M.G.Petronio, R.Romizi	203
[La Repubblica] Riscaldamento globale, la differenza fra un aumento di 1,5 e 2 °C? Ecco gli effetti in cifre sul Pianeta. Viola Rita.	205
[Elsevir] Utilizzo dei dati demografici ufficiali comunali per la stima della mortalità nelle città colpite da forte inquinamento ambientale: risultati del primo studio su tutti i quartieri di Taranto dal 2011 al 2020, Valerio Gennaro, Stefano Cervellera e altri.	207
[EURAC research] "Aspetta e vedi che succede: una tecnica che non funziona! Roland Psenner	208
[COP26] The Health argument for climate, Le 10 raccomandazioni dello Speciale COP26	211
Nurse/Infermieri	213
Nicoletta Dasso, Infermieri e il Covid19	214
[Nursing Scholarship] COVID-19 e la necessità globale di conoscenza sulla salute degli infermieri, Alba Llop-Gironés e altri.	215
[Nursing Scholarship] Prevalenza globale e fattori di rischio associati del disturbo da stress post-traumatico durante la pandemia di COVID-19: una meta-analisi, Ninik Yunitri e altri.	216
[JAN] In che modo il COVID-19 ha influenzato i modelli di personale in terapia intensiva: uno studio qualitativo che esamina modelli alternativi di personale (SEISMIC), Ruth Endacott e altri.	217

[Nurse Leader] L'importanza e l'impatto dell'impegno del leader infermieristico con i centri di forza lavoro infermieristica statali: lezioni dalla pandemia di COVID-19, Garrett K.Chan e altri.	219
[Global Qualitative Nursing Research] Restrizioni ai visitatori, cure palliative e agenzia epistemica: uno studio qualitativo sulla pratica relazionale degli infermieri durante la pandemia di coronavirus, Kim McMillan e altri.	220
Il Covid 19 e il sociale	222
[The Lancet] Necessità insoddisfatta di terapie COVID-19 in contesti comunitari, Redazione.	223
[The Lancet] Il percorso verso l'equità globale nella cura della salute mentale nel contesto del COVID-19, Lola Kola e altri.	224
[The Lancet] Depressione e disturbi d'ansia durante la pandemia di COVID-19: note e incognite Maxime Taquet, Emily A Holmes e Paul J Harrison	227
[Salute Internazionale] Morire di lavoro. Prima parte, Giuseppe Leocata	229
[Salute Internazionale] Morire di lavoro. Seconda parte, Giuseppe Leocata	231
Il "dopo" Covid19 Vision, Impatti economici e sociali	234
[Quotidiano sanità] Le disuguaglianze crescono, a partire da quelle in salute, fermiamo il regionalismo differenziato, Roberto Polillo e Mara Tognetti.	235
[WHO Council on the Economics of Health for all] Financing health for all, increase, transform and redirect.	239
[CER] La congiuntura internazionale	241
[CER] La congiuntura italiana	249

Per chi è interessato a leggere in numeri pregressi di "Covid 19 Review 2020" li può trovare su:

- Volume 1 dal n. 1 al n. 14: https://issuu.com/comsrl/docs/banchieri_1-14_rev
- Volume 2 dal n. 14 al n.29:
https://issuu.com/comsrl/docs/covid19_review_from_prof_giorgio_banchieri_parte_2
- Volume 3 dal n. 30 al n. 34:
https://issuu.com/comsrl/docs/covid19_review_from_prof_giorgio_banchieri_e_andre
- Volume 4 dal n. 35 al n. 60:
https://issuu.com/comsrl/docs/covid19_review_parte_4_from_banchieri_e_vannucci
- Volume 5 dal n. 16, Prima serie settimanale:
https://issuu.com/comsrl/docs/weekly_series_covid19_review_2020_published
- Volume 6 dal n. 1 al n. 4, Prima Serie quindicinale; www.asiquas.it
- Volume 7 dal n.1 al n. 46, Seconda Serie Settimanale; www.asiquas.it

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

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

- *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*

II° Congresso Nazionale

ASIQUAS,

Associazione Italiana per la
Qualità nell'Assistenza
Sanitaria e Sociale

Roma, 8 ottobre 2021

Sala "Tireno", Regione Lazio



Si è concluso il II Congresso Nazionale ASIQUAS (*Associazione Italiana per la Qualità nell'Assistenza Sanitaria e sociosanitaria*). L'evento, patrocinato dall' ISS, dall' AGENAS e dalla Regione Lazio, ha rappresentato un importante appuntamento per i professionisti sanitari, le aziende sanitarie, il terzo settore e tutti coloro che vogliono confrontarsi sui temi del miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria e dell'integrazione tra sanità e sociale.

Il Congresso è stato aperto da un saluto di **Luigi Bertinato**, rappresentante dell'ISS e responsabile del laboratorio qualità dell'Istituto, che ha sottolineato il grande contributo scientifico che l'ASIQUAS oggi e in precedenza SIQUAS-VRQ, ha dato sin dai primi anni '80 sui temi della qualità, della appropriatezza e sicurezza delle cure a livello internazionale, promuovendo la nascita in Italia della ISQUA, *International Society for Quality Assurance in Health Care*.

Quanto detto da Bertinato è stato successivamente confermato da **Michele Loiudice**, responsabile dell'Area Qualità in AGENAS, che ha anche chiesto un confronto con l'Associazione sul framework scientifico presentato e un suo coinvolgimento nelle attività della Agenzia.

Oltre alla parola chiave Qualità, ASIQUAS ha sottolineato, attraverso la relazione di **Silvia Scelsi** Vice Presidente ASIQUAS, che il servizio sanitario e sociosanitario deve essere *pubblico* perché la salute è un diritto tutelato dalla Costituzione, *resiliente* perché il sistema in questi 43 anni di vita ha dimostrato di saper affrontare le varie emergenze, non solo intese come emergenze sanitarie di cui l'ultima pandemia da Sars-

Cov-2, ma di resistere alle varie riforme e soprattutto ai vari documenti finanziari che nel tempo hanno ridotto in modo importante il finanziamento al sistema pubblico e *qualificato* perché i professionisti e i sistemi devono essere “*letti*” attraverso più dimensioni.

Lo strumento proposto dal Presidente di ASIQUAS **Francesco di Stanislao** per una lettura multi dimensionale della qualità delle organizzazioni è il *framework scientifico* presentato nel libro “*La Qualità nell’Assistenza Sanitaria e Sociosanitaria: evidenze, norme, modelli, interventi, monitoraggio*” COM srl Editore in Roma. Il libro, frutto di un lavoro collettivo iniziato nel 2015 da SIQUAS VRQ e portato avanti da ASIQUAS, raccoglie con una lettura critica tutti gli approcci possibili al tema della qualità in sanità in una accezione sistemica e olistica, con una “*vision*” al futuro di una sanità pubblica anche dopo il Covid 19. “*Vision*” che era stata già oggetto di una Position Paper ASIQUAS omonima nel dicembre 2020.

Un’ importante sfida viene lanciata da **Milena Vainieri**, responsabile del Laboratorio di Management Sanitario dell’Istituto “*Sant’Anna*” di Pisa, per far sì che le parole sostenibilità e resilienza siano un binomio possibile per i servizi sanitari regionali. Questo in base ai lavori di ricerca fatti dal MES sia sul SSR della Toscana, che sull’impatto della pandemia nelle aziende sanitarie e i SSR.

Maria Donata Bellentani, della Direzione Generale Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, ha esordito ricordando le importanti “*raccomandazioni*” pubblicate nel 2013 dalla SIQUAS sui “*Requisiti di qualità nell’integrazione tra sanità e sociale*” [Franco Angeli Editore in Roma] sull’integrazione sociosanitaria, raccomandazioni ancora oggi molto attuali. La Bellentani ha anche ricordato il lavoro svolto dal Ministero di concerto con ISS e AGENAS e con il coinvolgimento delle Regioni e PPA per definire standard e requisiti necessari per sviluppare un processo di riconversione dei SSR verso modelli organizzativi condivisi e uniformi e a supporto di quanto previsto dal PNRR.

Michela Liberti ha presentato il Forum Disuguaglianze Diversità, Alleanza culturale e politica nata nel 2018 che mette insieme mondi diversi, organizzazioni di cittadinanza attiva e ricerca, prassi e teoria. Un costruttore di ponti fra culture diverse, fra comunità sperimentali e istituzioni.

Federico Spandonaro, Direttore Scientifico di CREA, ha affrontato il tema dell’impatto del Covid 19 sui modelli organizzativi delle aziende sanitarie. Nella realtà, a fronte di tagli del -30%/-40% dei finanziamenti, le aziende sanitarie hanno cambiato la loro operatività. Si sono ridotti sostanzialmente i ricoveri ed è aumentata la diagnostica negli ospedali con tutto quello che questi cambiamenti si portano dietro nella allocazione delle risorse. Il PNRR deve tenere conto della realtà dei SSR, molto differenziati fra loro, e finanzia investimenti che per 2/3 vanno restituiti. Questo comporta avere una “*vision*” del SSN che vogliamo e che deve essere resiliente e sostenibile. In fondo, 20 MLD di euro di *Recovery Found* sono circa il 10% del PIL dedicato a finanziare mediamente la sanità. Le questioni sospese sono la flessibilità del sistema, servire il debito aumentando la produttività, garantendo una gestione adeguata. Nel PNRR manca la ricerca, limitata alla digitalizzazione che finanzia però progetti preesistenti (FES e altro). È necessario garantire una programmazione reale che parta dal governo della domanda e dai diritti dei cittadini, affrontando anche il tema di nuove regole di gestione. Peraltro, durante la gestione della pandemia si è operato spesso in “*deroga*”. Il tutto porta all’esigenza di una nuova riforma della sanità.

Giorgio Banchieri, Segretario Nazionale ASIQUAS, nel ricordare l’impatto della pandemia sui SSR ha sottolineato come con il PNRR si debba gestire un grande processo di riconversione dei sistemi sanitari

regionali sia in quanto reti ospedaliere e di emergenza e urgenza, che di reti territoriali e di prevenzione. Gli ospedali vanno ridefiniti nei loro modelli operativi e resi in grado di far fronte alle emergenze anche pandemiche, e le reti territoriali devono essere ripensate, qualificate e rese in grado di prendere in carico i pazienti, garantirne il percorso di cura e supportarli per tutto il loro percorso di vita. Questo anche riallocando e riqualificando risorse professionali e sviluppando processi di digitalizzazione a supporto delle innovazioni organizzative e gestionali da implementare. Il PNRR è una grande occasione di innovazione e cambiamento che va gestito con rigore e trasparenza garantendo un monitoraggio in progress delle attività previste.

Non si poteva non chiudere il Congresso con l'indagine/survey condotta dall'ASQUAS che si è posta l'obiettivo di verificare rispetto al vissuto degli operatori sanitari e sociali l'impatto del Covid19 sui servizi e le aspettative rispetto agli obiettivi del PNRR. Indagine che faceva seguito a quella precedentemente svolta da ASQUAS a fine 2020 di analisi dell'impatto del Covid 19 sulle aziende sanitarie. Le survey sono state gestite e presentate da Antonio Giulio De Belvis e Nicole Lonoce e da altri soci ASQUAS.

Alla fine della assemblea pubblica si è svolta l'assemblea elettiva che ha eletto i nuovi organismi dirigenti della Associazione come segue:

- **Comitato Direttivo Nazionale: Caterina Elisabetta Amoddeo, Giorgio Banchieri, Mara Cazzetta, Francesco Di Stanislao, Antonio Giulio De Belvis, Maurizio Dal Maso, Stefania Greghini, Claudio Maria Maffei, Franco Pesaresi, Silvia Scelsi, Susanna Sodo e Susanna Priore.**
- **Presidente: Silvia Scelsi;**
- **Vice Presidente: Caterina E. Amoddeo;**
- **Segretario: Giorgio Banchieri;**
- **Tesoriere: Susanna Sodo;**
- **Presidente Comitato Scientifico: Francesco Di Stanislao;**
- **Direttore Comitato Scientifico: Antonio Giulio De Belvis.**

Cosa propone l'ASQUAS per il SSN per questo triennio:

1. Adeguare le risorse per il Servizio Sanitario Nazionale tenendo conto dei costi reali dei processi di riconversione previsti (acquisire risorse umane e non solo investimenti);
2. Sviluppare e promuovere l'integrazione operativa tra i diversi LEA (ospedaliero, territoriale, prevenzione);
3. Conoscere i bisogni reali delle popolazioni attuali e in divenire e il loro dimensionamento per peso e volumi (demografici e sociali);
4. Ridefinire i modelli regolativi degli ospedali tenendo conto anche della esperienza pandemica;
5. Sviluppare le strutture intermedie sia "*specialistiche*" che "*generaliste*" in un'ottica di filiere assistenziali pubblico/privato con una modellizzazione uniforme tipo quella individuata con il Tavolo Re.Se.T. Ministero/AGENAS/Regioni;
6. Riorganizzare i servizi delle cure primarie, il loro potenziamento e la loro integrazione con quelli territoriali della ASL, rafforzando i Distretti e la loro connotazione come Agenzie di "*continuità assistenziale*" verso la popolazione dei territori. In questo ambito sciogliere il nodo "*storico*" di ruolo e di rapporto con MMG, PLS e specialisti territoriali, da parte dei SSR, ridefinendone ruoli e competenze in una visione unitaria delle cure primarie e della prevenzione;
7. Ridefinire gli aspetti dell'integrazione sociosanitaria e del rapporto con gli ambiti territoriali dei Comuni, mai come ora necessaria per il supporto alla popolazione fragile e per i servizi domiciliari a favore delle persone in isolamento;
8. Sviluppare una normativa "*integrata sociosanitaria*" in tutte le Regioni con basi strutturali comuni che abbandoni per sempre le bolle sanitarie e sociali distinte e finora poco comunicanti tra loro per superare le iniquità esistenti;

9. Riorganizzazione dei Corsi di Laurea di Medicina e di specialità, di Scienze Infermieristiche e delle altre professioni sanitarie con migliori approfondimenti ed esperienze di sanità pubblica, degli aspetti psicologici e di intervento sociosanitario;
10. Convergenza di sistemi informativi adeguati e uniformi a livello nazionale con una cabina di regia unica Stato-Regioni che garantisca il coordinamento degli interventi in caso di pandemie tramite anche la definizione di piani d'intervento dedicati. In questo ambito programmare la produzione, lo stoccaggio e gli acquisti di vaccini e farmaci, tamponi e DPI (dispositivi di protezione individuale), nonché di *technological device* a supporto degli operatori sanitari e sociali e per i target a rischio della popolazione, per essere pronti per un'eventuale recrudescenza della pandemia.

Rispetto a questi obiettivi ASIQUAS si propone di:

- Essere un'Agorà del mondo della sanità e del sociale per essere interlocutori tecnici per i decisori politici;
- Portare istanze strutturate nelle sedi istituzionali e verso i decisori di policy sanitarie;
- Costruire, tramite il suo Comitato Scientifico, Laboratori/Tavoli tematici con gruppi di lavoro su temi specifici;
- Implementare strumenti di raccolta di buone pratiche, loro validazione e loro diffusione;
- Condividere percorsi di formazione per far crescere le competenze tecniche e relazionali degli operatori e del management sanitario sugli obiettivi di sistema;
- Fare informazione dedicata anche alla popolazione affinché le parole non restino solo parole;
- Tramutare il framework scientifico ASIQUAS in una piattaforma di implementazione in progress dei contenuti della cultura della qualità in sanità.



La Qualità nell'Assistenza Sanitaria e Socio-sanitaria

Evidenze, norme, modelli, interventi, monitoraggio

Francesco Di Stanislao
Presidente ASIQUAS

Collaboratori:

Caterina Elisabetta Armoddeo, Giorgio Banchieri, Roberta Caldesi, Mara Cazzetta,
Stefania Greghini, Susanna Priore, Silvia Scefsi, Susanna Sodo
(Direttiva Nazionale ASIQUAS)

Maurizio Dal Maso, De Antonio Giulio De Bellis, Lidia Galdoni,
Stefania Marantoni, Mario Ranchetti, Andrea Vannucci, Ulrich Wienand
(Soci ASIQUAS)

Sara Covzanigo, Gianni Casacco
(RGBMS)

Giorgia Acquaviva, Alessandro Catalini, Antonella D'Alleva, Francesca Diotallevi,
Alberto Masiero, Vincenzo Montagna

(Dottorandi e Specializzandi - Igiene e Medicina Preventiva
- Università Politecnica delle Marche)

L'ASIQUAS (Associazione Italiana per la Qualità nell'Assistenza Sanitaria e socio-sanitaria) è in continuità con le attività ricerca, sviluppo e formazione della SIQUAS-VRQ (Società Italiana per la Qualità nell'Assistenza Sanitaria-VRQ 1984/1999) e SIQUAS (Società Italiana per la Qualità nell'Assistenza Sanitaria 1999/2016).

Come tutte le società scientifiche ci siamo posti l'obiettivo di definire un framework di riferimento come elemento costitutivo ed identitario nel panorama della ricerca e delle policy sanitarie e sociosanitarie. Questo partendo da quanto sviluppato da SIQUAS-VRQ e poi SIQUAS, ma anche innovando alla luce delle trasformazioni in atto sia nel mondo della sanità che nella società in generale.

L'attualizzazione del concetto della Qualità in campo sanitario e sociosanitario è stata una delle attività continue sviluppate sin dalla nascita della nostra società (1984) stante le ricorrenti rielaborazioni teoriche sul tema qualità avvenute prima nel mondo della produzione di beni e servizi e poi traslate nel mondo della sanità.

quotidianosanità.it

ASIQUAS e la qualità dell'assistenza nel SSN post-Covid

Comitato Direttivo Nazionale ASIQUAS



20 OTT - Gentile Direttore,

in un suo recente [intervento qui su QS](#) Ivan Cavicchi nel commentare una serie di sei interventi di ASIQUAS, l'Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale([questo](#) è l'ultimo intervento con i riferimenti ai sei precedenti) si è chiesto che senso avessero e ha posto una serie di questioni da lui definite epistemiche su come ASIQUAS "legge" la pandemia e invita ASIQUAS ad aggiornare il proprio armamentario concettuale andando al di là di quello fornito da Donabedian.

Magari vale la pena di ricordare che Avedis Donabedian, definito dal [British Medical Journal](#) come padre dell'approccio sistemico per assicurare la qualità (*quality assurance*) e poeta, ha giocato un ruolo fondamentale nella formazione e nella crescita della cultura della qualità in sanità. Tanto è vero che le sue macrocategorie indicatori di "struttura", "processo" e "esito" sono ancora quelle usate di recente nel [sistema istituzionale di monitoraggio della](#) pandemia per verificare il suo impatto sia sulla salute che sui servizi.

L'intervento di Cavicchi è uno stimolo che svilupperemo nel dettaglio in altre sedi e in altri momenti, ma è anche una occasione di cui lo ringraziamo per riflettere su cosa sia la qualità dell'assistenza (per noi sanitaria e sociale) e di come la si possa misurare e migliorare dal punto di vista dell'ASIQUAS.

Negli ultimi anni abbiamo sviluppato una riflessione trasversale sul tema dell'integrazione tra sanità e sociale, iniziata ben prima della pandemia, che ha portato ad una Raccomandazione/Linea Guida sui "Requisiti di qualità nell'integrazione tra sanità e sociale", [Franco angeli Editore, 2013] che è stata la prima a livello europeo sul tema, ripresa da WHO Europa e dall'OECD nel suo studio sui livelli di qualità nei SN della UE. Per primi abbiamo cercato di individuare modelli e approcci utili verso il "territorio" per implementarne la qualità, sicurezza e appropriatezza delle cure in un approccio di presa in carico, di continuità assistenziale e di percorso di vita.

Il tema della qualità dell'assistenza è per definizione un gioco in campo aperto che ammette molte tipologie di giocatori e molti modi di giocare. È un gioco cui partecipano, magari inconsapevolmente, tutti gli attori della sanità, dai cittadini agli operatori fino ai politici, passando per le forze sociali.

A seconda dell'atteggiamento e delle scelte di ognuno di questi attori la qualità dei servizi offerti cambia. Basti pensare, nel caso della politica, agli effetti sulla qualità dei servizi delle scelte di priorità che chi governa fa, scelte che possono portare a veri e propri buchi di sistema come nel caso della qualità dei servizi per la salute mentale, buchi documentati annualmente dal Rapporto Salute Mentale del Ministero (qui [l'ultimo](#)). Tra quelli che giocano consapevolmente nel campo della qualità ci sono poi profonde differenze (accanto a notevoli somiglianze) a seconda dell'armamentario concettuale e strumentale di riferimento. Si pensi ad esempio a chi mette al centro i sistemi di certificazione ISO 9001 e a chi fa proprio l'[approccio cosiddetto "giapponese" del "six-lean sigma"](#).

Noi di ASQUAS ci riconosciamo in un approccio specifico del mondo della sanità che nascendo dalla impostazione data da Donabedian si è poi evoluto ricomprendendo i contributi fondamentali di tanti altri "qualitologi" che hanno portato ad esempio a costruire strumenti come i Percorsi Assistenziali e le Reti Cliniche (vedi a questo riguardo il [secondo](#) dei sei interventi).

Non siamo per un singolo approccio alla qualità, ma per un uso dei vari modelli e strumenti di lettura delle "dimensioni" della qualità, leggendole tramite l'utilizzo in modo appropriato di strumenti diversi. Essendo la sanità una realtà complessa, ogni approccio o metodo di valutazione ci fornisce livelli di conoscenza diversi. Nessun modello è esaustivo. Ma tutti ci danno elementi di conoscenza utili anche se parziali. È importante conoscere cosa i singoli modelli e approcci e strumenti ci possono dare e usarli con cognizione di causa.

Senza alcuna pretesa di esclusiva questo nostro approccio è alla base della costituzione di una Associazione Scientifica, che ha degli equivalenti a livello europeo e mondiale, e si basa soprattutto su una sorta di mappa concettuale/thesaurus della qualità di recente sintetizzato nel libro *"La qualità nell'assistenza sanitaria e sociosanitaria: evidenze, norme, modelli, interventi, monitoraggio"*, Edito da COM SRL; Roma, 2021, frutto di un percorso di ricerca di più anni e del contributo specifico del nostro Presidente Nazionale Prof. Francesco Di Stanislao con la collaborazione di molti altri rappresentanti dell'ASQUAS. I sei articoli ospitati qui su QS hanno tentato di offrirne una sorta di sintesi, come ha colto bene Cavicchi nel suo intervento. Non sono e non erano la nostra "vision" su SSN e SSR e il dopo Covid19, oggetto di un altro nostro documento (Position Paper ASQUAS del dicembre 2020 *"Per una sanità pubblica ... dopo il Covid19"*, on line sul nostro sito www.asiquas.it).

Peraltro come ASQUAS pubblichiamo da febbraio 2020 una newsletter *"Covid19 Review"* rassegna di notizie, articoli, trials, ricerche e dati sulla pandemia Covid 19 con cadenza gionaliera durante la prima ondata e poi settimanale in collaborazione con il DISSE dell'Università *"Sapienza"* di Roma. La redazione è composta da un gruppo di soci ASQUAS ed è frutto di un lavoro volontario. Il gruppo redazionale ha anche pubblicato numerose Monografie tematiche sempre sugli impatti del Covid19 sui servizi, sugli operatori e sui cittadini. Tutto il materiale è on line organizzato per data di pubblicazione e per aree tematiche sul nostro sito www.asiquas.it. Riteniamo sia una importante base dati di letteratura scientifica sul tema fruibile e gratuita per operatori e cittadini.

Abbiamo anche promosso due Survey una sull'impatto della pandemia sulle aziende sanitarie e sui servizi e la seconda per capire le aspettative degli operatori verso il PNRR, entrambe in collaborazione con Università Cattolica, Politecnico delle Marche e DISSE dell'Università *"Sapienza"* di Roma, anche esse on line sul nostro sito www.ASIQUAS.it

Siamo convinti che il movimento per la qualità nella assistenza sanitaria e sociale debba essere un movimento il più aperto possibile, ma siamo anche convinti che dargli un glossario ed un armamentario comune o il più

possibile comune possa essere utile, o meglio ancora che sia necessario. Siamo convinti che qualunque confronto sul sistema salute possa avvantaggiarsi di schemi di analisi della sua qualità condivisi e che tutte le azioni di miglioramento possano essere più efficaci se ispirate da schemi “*validati*”. Non ci sembra che la pandemia tutto questo l’abbia reso inutile, anzi. I vecchi schemi di Donabedian se meglio applicati avrebbero consentito, tanto per riprendere un esempio fatto in precedenza, un miglior monitoraggio della pandemia. Il nostro obiettivo è offrire una “*casa comune*” a chi vuole sperimentare sul campo ai vari livelli e nei vari settori del Servizio Sanitario Nazionale un approccio alla misurazione ed al miglioramento della qualità dell’assistenza sanitaria e sociale. Dentro questo approccio sono cresciuti a solo titolo di esempio il [Programma Nazionale Esiti](#) e i sistemi di accreditamento che le Regioni stanno cercando di realizzare sulla base dei [Manuali predisposti dall’AGENAS](#), per non parlare delle procedure per gestire il rischio clinico, la sicurezza delle cure e gli audit organizzativi e clinici.

La pandemia non chiede una qualità “*diversa*”, ma una qualità “*migliore*”. Per questo obiettivo noi di ASQUAS stiamo lavorando non sentendoci “*proceduralisti*” (non è che rifiutiamo la definizione, è che proprio non la capiamo), convinti che i nostri glossari ed il nostro armamentario possano essere certamente arricchiti, ma altrettanto convinti che non vadano abbandonati.

Infine il PNRR può essere una grande opportunità per ridefinire missione e obiettivi del SSN e dei SSR, ma avendo consapevolezza che si sostanzia in un grande progetto di riconversione e riqualificazione dell’esistente. Nulla sarà come prima. Bisogna spendere i fondi, che per altro dobbiamo restituire per 2/3, in modo efficace e appropriato e, soprattutto trasparente. Può essere l’occasione per una riforma del SSN e dei SSR. Vanno affrontate insieme le criticità già esistenti prima della pandemia e quelle che la pandemia ha generato. Noi vogliamo esserci e avere un ruolo propositivo e qualificato.

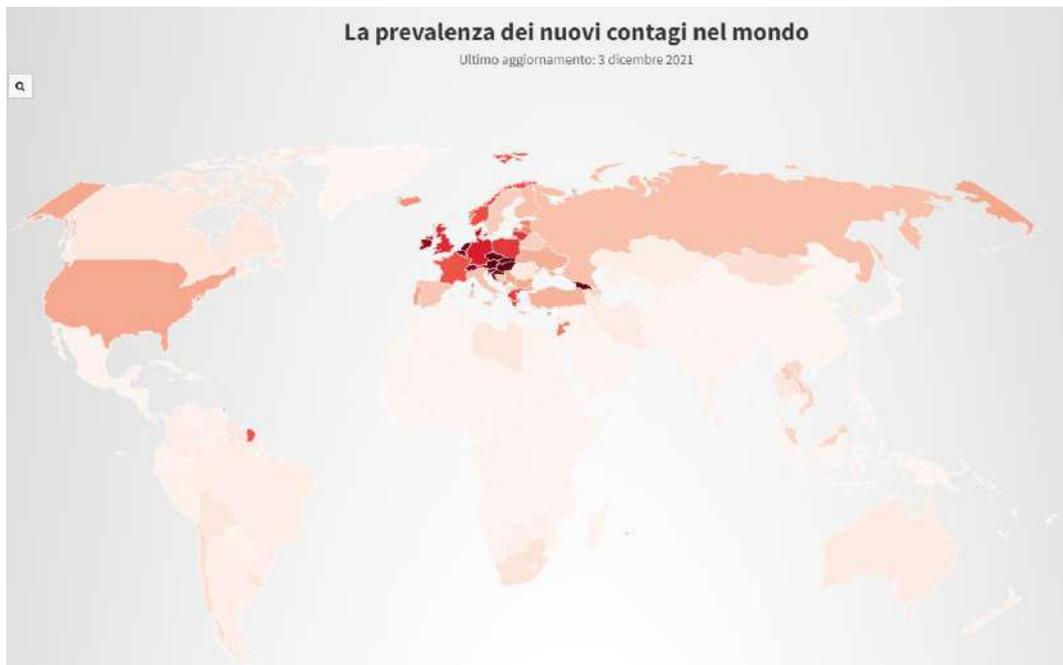
Forse Ivan Cavicchi non ha avuto modo di leggere il contenitore delle nostre tesi, il manuale ASQUAS “*La qualità nell’Assistenza Sanitaria e sociosanitaria*” a cura del prof. Francesco Di Stanislao. Glielo invieremo volentieri, attraverso la redazione di Quotidiano Sanità, che ringraziamo ancora per lo spazio dato ad alimentare un dibattito, speriamo a più voci, cui è fortemente legato il futuro del Sistema sanitario che vogliamo.

Evoluzione e monitoraggio della pandemia



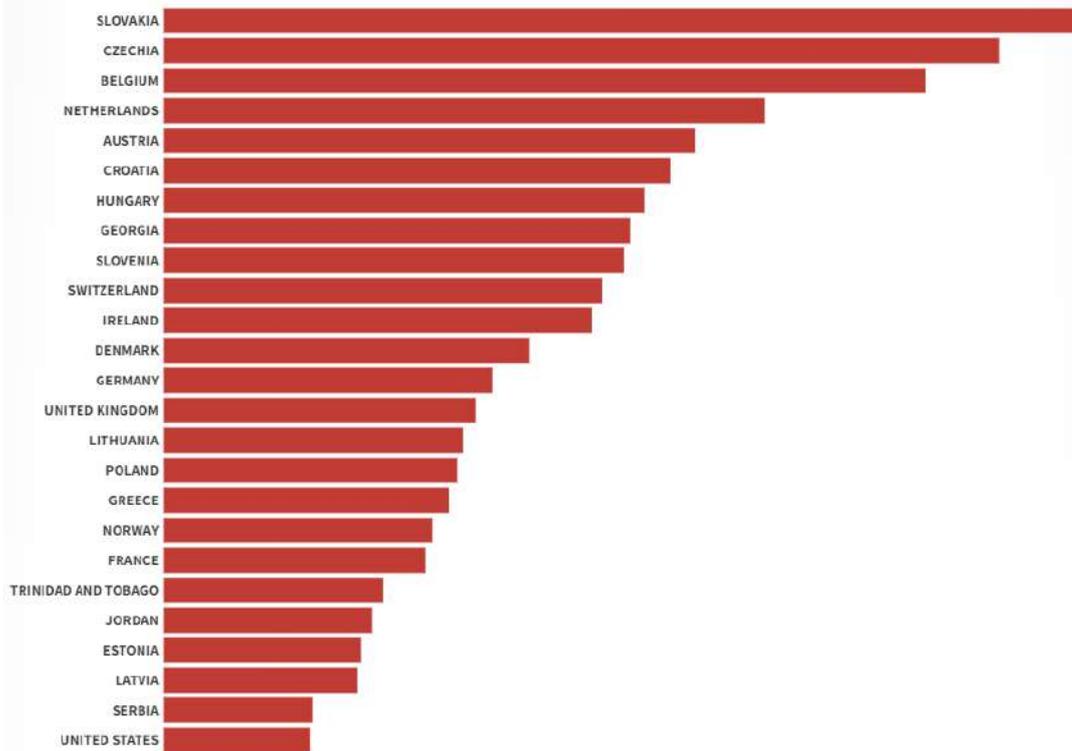
Coronavirus, la situazione nel mondo

COVID-19 DASHBOARD BY THE CSSE AT JOHN HOPKINS UNIVERSITY



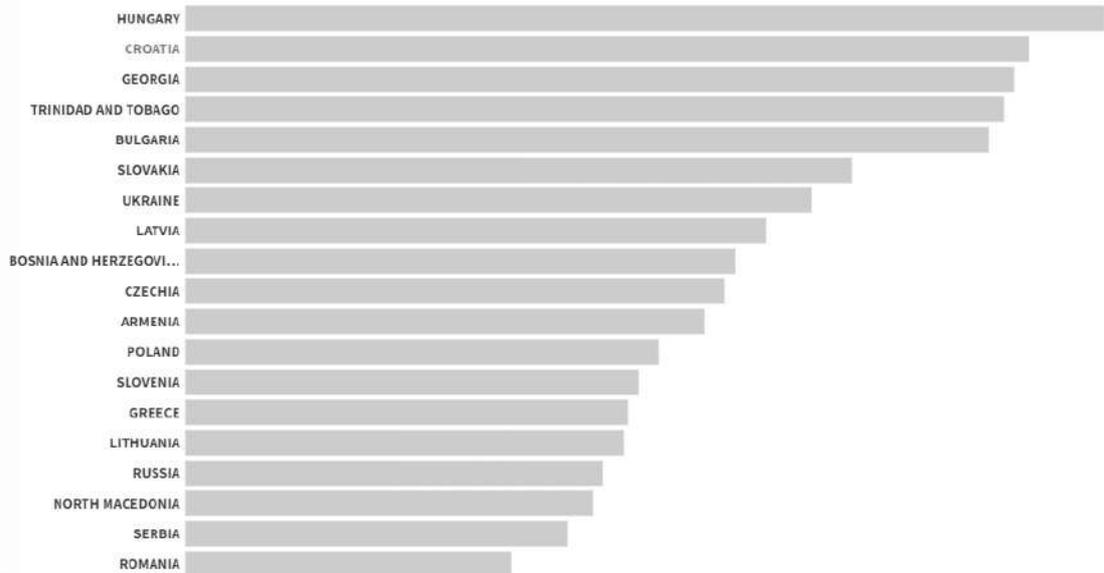
Nuovi contagi in rapporto alla popolazione

Nuovi contagi per 1 milione di abitanti. Clicca sulle barre per vedere i dati. In questo grafico non sono visibili i paesi sotto il milione di abitanti



Nuovi decessi in rapporto alla popolazione

Nuovi decessi per 1 milione di abitanti. Clicca sulle barre per vedere i dati. In questo grafico non sono visibili i paesi sotto il milione di abitanti

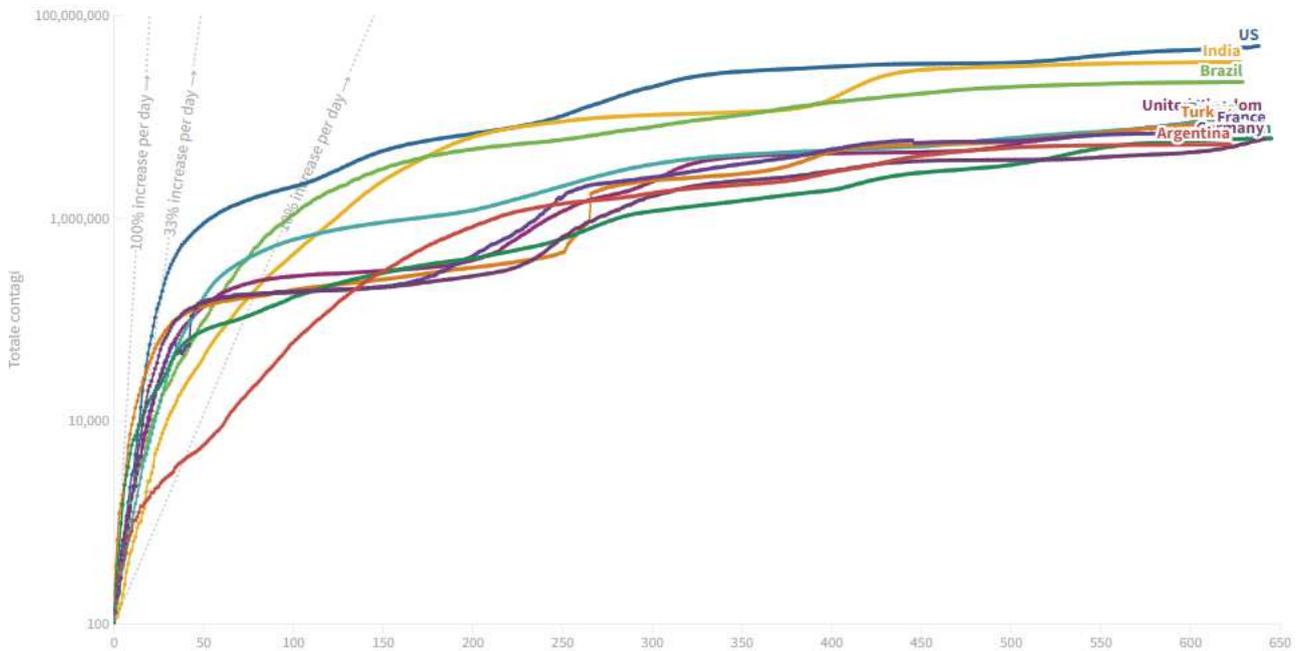


L'evoluzione dei contagi nei paesi più colpiti

Le curve partono dal giorno in cui è stato registrato il centesimo caso e rappresentano il totale contagi

Ultimo aggiornamento: 3 dicembre 2021

Show the top based on on a

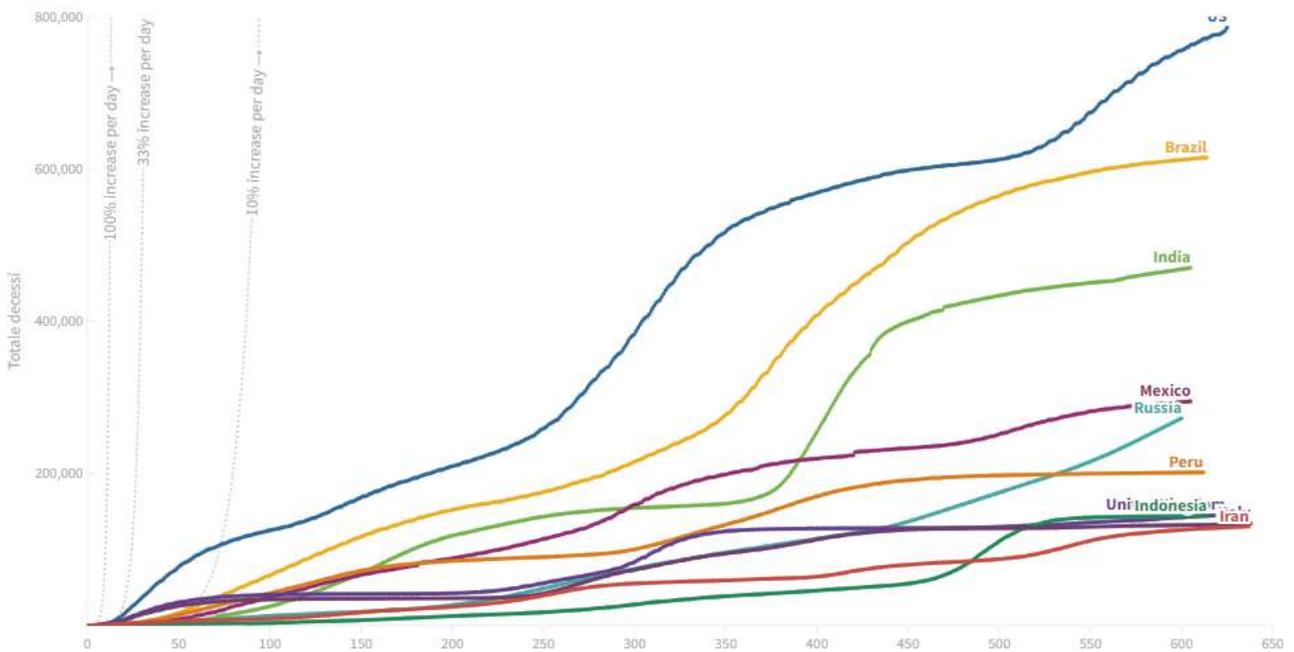


L'evoluzione dei decessi nei paesi più colpiti

Le curve partono dal giorno in cui è stato registrato il centesimo caso e rappresentano il totale dei decessi

Ultimo aggiornamento: 3 dicembre 2021

Show the top based on on a



Coronavirus, le vaccinazioni nel mondo

La fonte dei dati è [Our World in Data](#). I dati dei grafici quindi si aggiornano con la stessa frequenza di quelli della fonte. Il dato più aggiornato sui numeri delle vaccinazioni in Italia è disponibile [su questa pagina](#)

8.115.577.974

TOTALE DOSI SOMMINISTRATE

35.515.930

DOSI SOMMINISTRATE IL 2021-12-02

54,81%

PERSONE CON ALMENO LA PRIMA DOSE SULLA POPOLAZIONE

3.466.328.228

PERSONE VACCINATE CON 2 DOSI

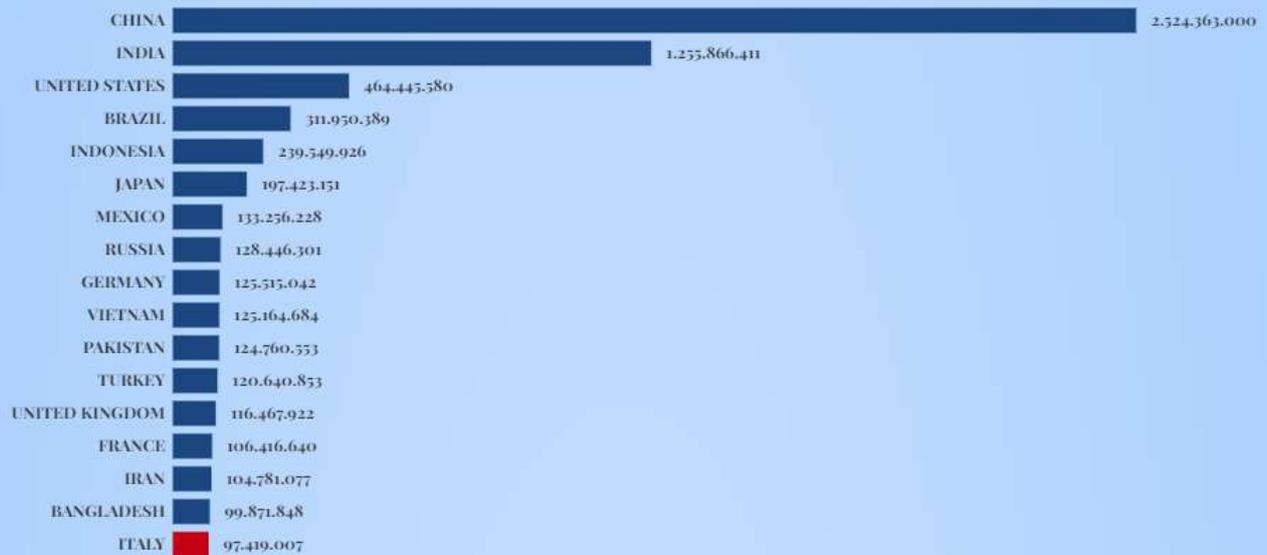
44,02%

PERSONE VACCINATE CON 2 DOSI SULLA POPOLAZIONE

Totale TERZE DOSI somministrate: **258.670.692**, il **3,28%** della popolazione
 Ultimo aggiornamento: 2021-12-02

Vaccinazioni anti Covid, totale dosi somministrate

Clicca sulle barre per vedere i dati. In questo grafico non sono visibili i paesi sotto il milione di abitanti



Dosi somministrate rispetto alla popolazione

Clicca sulle barre per vedere i dati. In questo grafico non sono visibili i paesi sotto il milione di abitanti



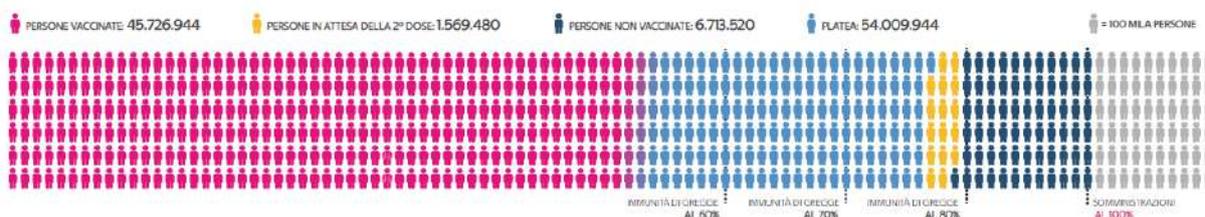
Coronavirus, le vaccinazioni in Italia regione per regione

In questa pagina ci sono i dati in aggiornamento delle vaccinazioni (prima, seconda, terza dose e monodose) iniziate su tutto il territorio alla fine del 2020



(*) di cui prime dosi **29.709**, seconde dosi e monodosi per pregressa infezione **27.095**, terze dosi **380.976**
 (***) In questo numero non sono considerate le persone in attesa della seconda dose (1.569.480)
 (****) Platea terza dose **41.096.248**

Aggiornato il 3 dicembre alle 6:14 - Fonte: Commissario straordinario per l'emergenza Covid-19 - Presidenza del Consiglio dei Ministri - Ministero della Salute, rielaborazione dati Gedi Visual

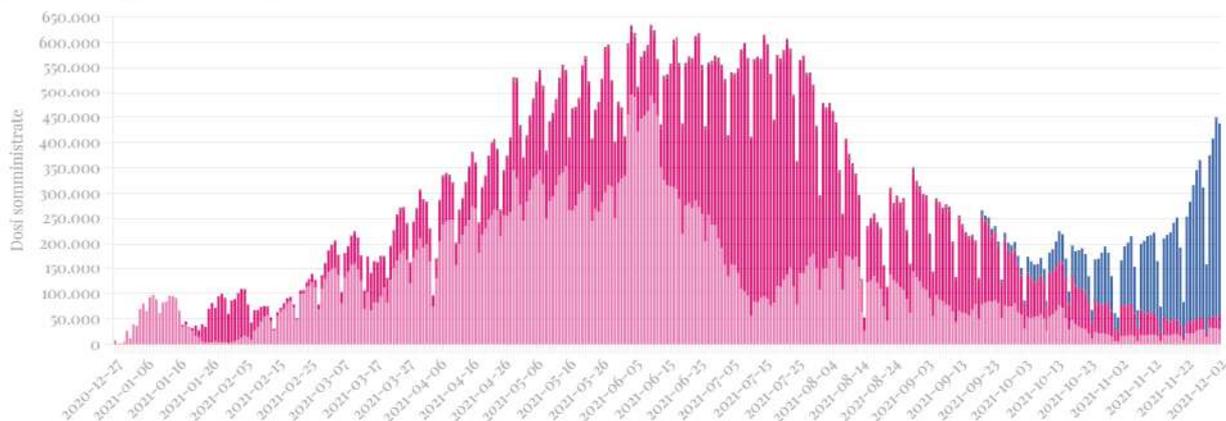


Riepilogo nazionale

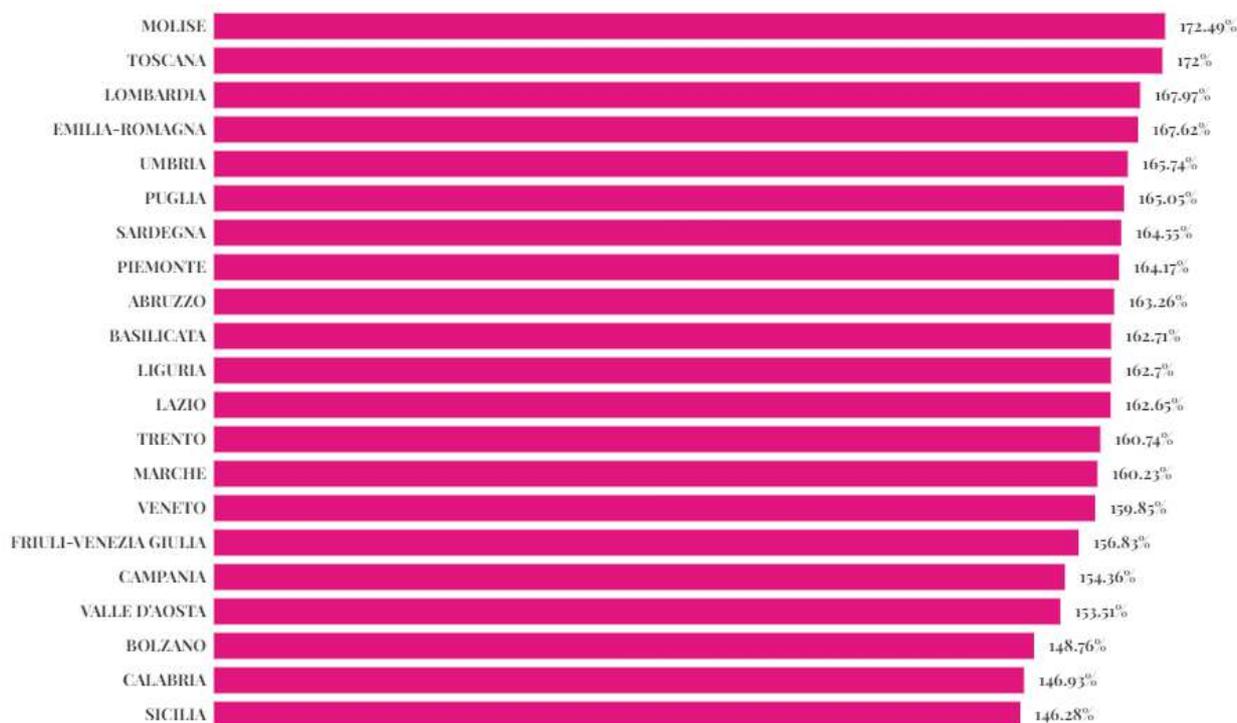
I numeri riferiti alle prime dosi contengono anche il vaccino monodose Johnson&Johnson. Le persone con **pregressa infezione** sono entrate in contatto con il virus in passato sviluppando anticorpi. Per questo ricevono solo una dose e sono considerati vaccinati

Tutte le dosi ▼

■ Prima dose
 ■ Seconda dose
 ■ Pregressa infezione
 ■ Terza Dose

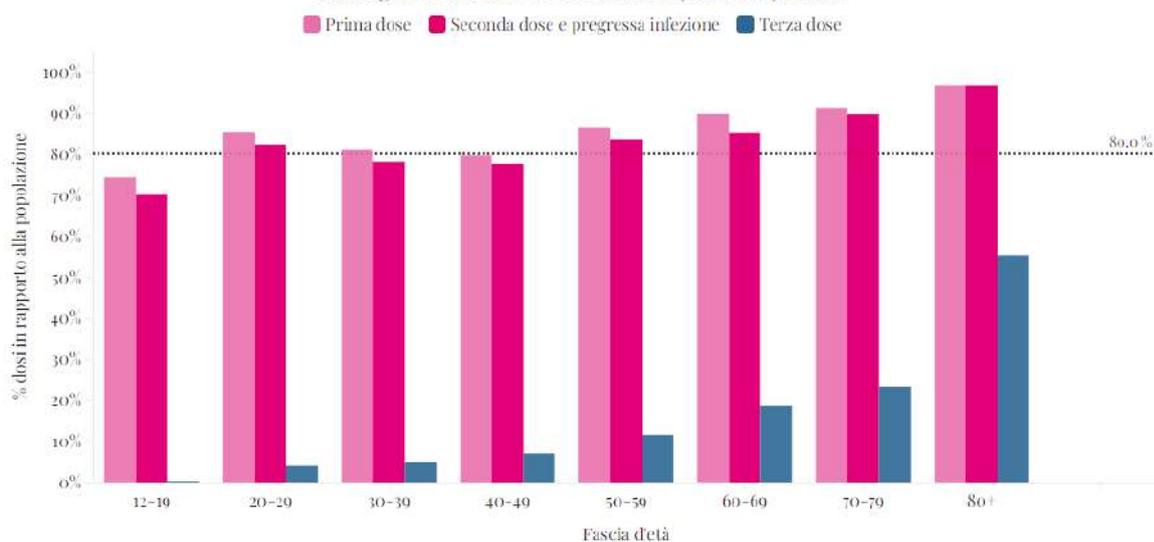


Dosi somministrate in rapporto alla popolazione

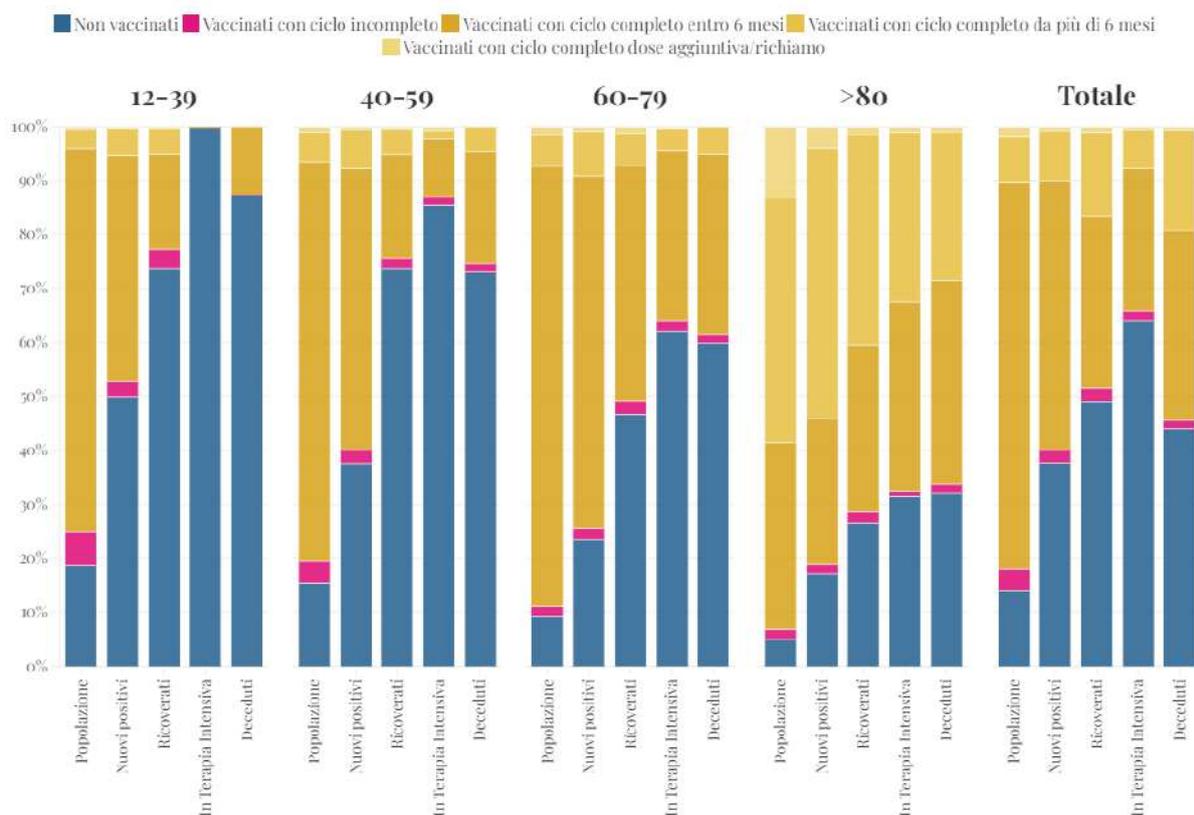


Vaccinazioni per fascia d'età in rapporto alla popolazione

Percentuale di dosi somministrate in rapporto alla popolazione. Nei grafici i numeri e le percentuali riferiti alle prime dosi contengono anche il vaccino monodose Johnson&Johnson



Copertura vaccinale e casi di Covid-19 negli ultimi 30 giorni per stato vaccinale e classe d'età



Dosi di vaccino disponibili in Italia per produttore

Stima della potenziale quantità di dosi di vaccino disponibili (in milioni) in Italia nel 2021, per trimestre e per azienda produttrice, in base ad accordi preliminari d'acquisto (APA) sottoscritti dalla Commissione europea e previa AIC (aggiornamento 23 aprile 2021)

(*) Il valore complessivo delle dosi è stato aggiornato in riferimento al numero delle stesse effettivamente contrattualizzate in sede di perfezionamento dei relativi Vaccine Order Form (VOF) e all'utilizzo della sesta dose (Circolare 42605-29/12/2020-DGPRE)

(**) Dati aggiornati in base all'effettivo numero consegnato e non basato sul previsionale contrattuale

(***) Valore da confermarsi a seguito dell'autorizzazione da parte dell'EMA

Vaccini (produttore)	Dic 2020**	Q1 2021**	Q2 2021	Q3 2021	Q4 2021	Q1 2022	Q2 2022	Totale dosi
AstraZeneca		4.116.000	10.042.500	26.007.500				40.166.000
Pfizer-BioNTech	479.700	8.269.560	32.714.370	31.527.739	5.271.662			78.263.031*
Johnson & Johnson			7.307.292	15.943.184	3.321.497			26.571.973
Moderna		1.330.000	4.650.000	13.968.700	19.808.700			39.757.400
Sanofi-GSK						20.190.000	20.190.000	40.380.000
Curevac***			7.314.904	6.640.000	7.968.000	7.968.000		29.890.904
Totale	479.700	13.715.560	62.029.066	94.087.123	36.369.859	28.158.000	20.190.000	255.029.308

Coronavirus, la situazione in Italia

Aggiornato al 2 dicembre 2021 alle ore 17:39, dati del ministero della Salute

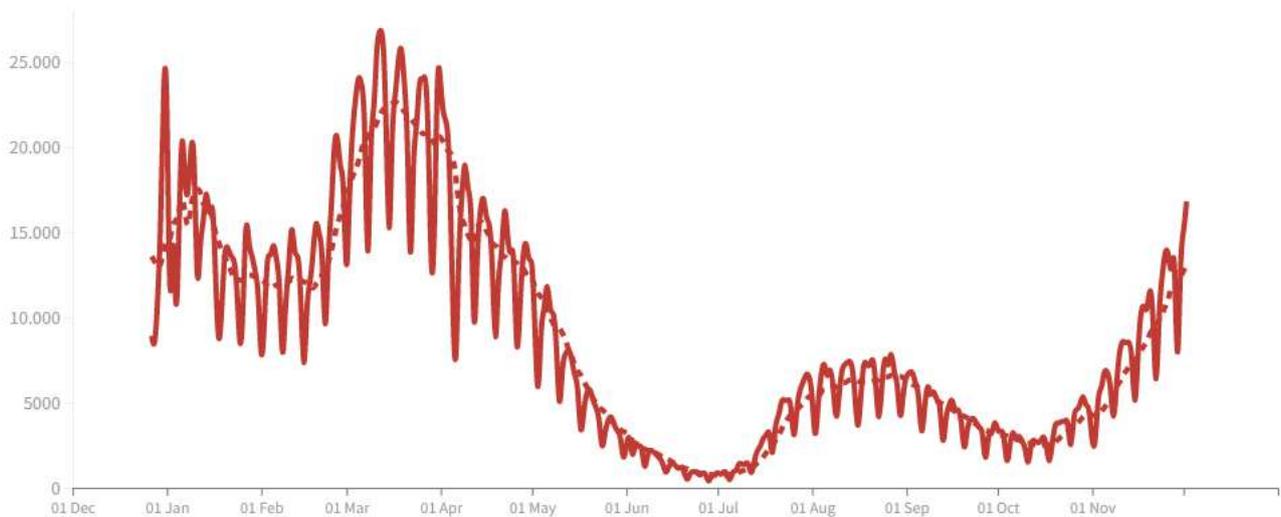
INCREMENTO TAMPONI: **+679.462**, **+105.687** RISPETTO A IERI

+50 (1,0%) RICOVERATI CON SINTOMI 5.298	+12 (1,7%) TERAPIA INTENSIVA 698	+9.026 ISOLAMENTO DOMICILIARE 202.875	+9.088 (4,5%) TOTALE ATTUALMENTE POSITIVI 208.871	+7.650 (0,2%) DIMESSI / GUARITI 4.717.556	+72 (0,1%) DECEDI 134.003	+16.806 (0,3%) CASI TOTALI 5.060.430
--	---	--	--	--	--	---

L'evoluzione della pandemia dall'inizio delle vaccinazioni

Il grafico rappresenta il numero di nuovi casi giorno per giorno. La linea tratteggiata ne indica l'andamento

Dati del ministero della Salute. I grafici vengono aggiornati ogni giorno con l'uscita dei dati.

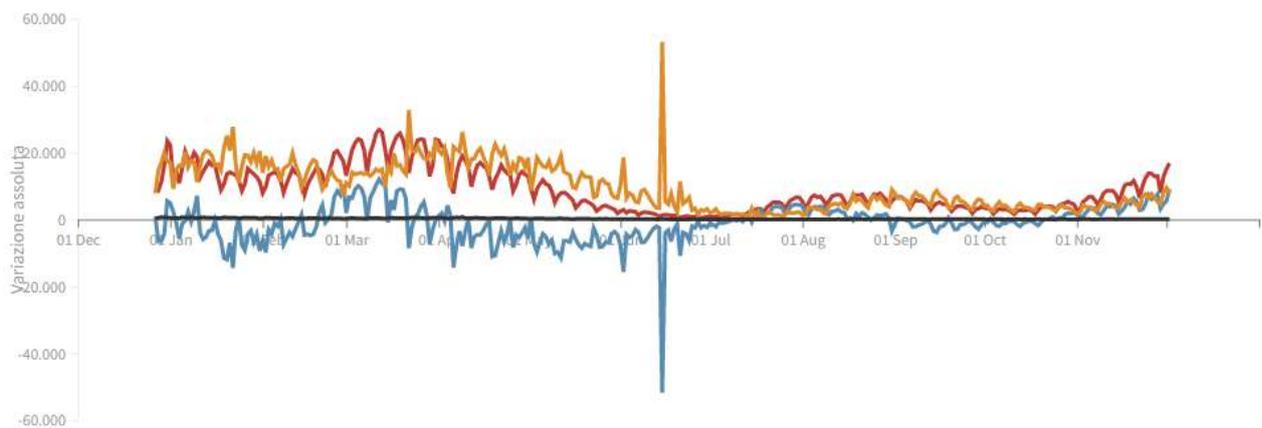


La variazione assoluta dall'inizio delle vaccinazioni

Variazione totale contagiati, **variazione attualmente positivi**, **variazione dimessi/guariti** e **variazione deceduti** in assoluto rispetto al giorno precedente

Dati del ministero della Salute. I grafici vengono aggiornati ogni giorno con l'uscita dei dati.

Seleziona la voce che vuoi evidenziare

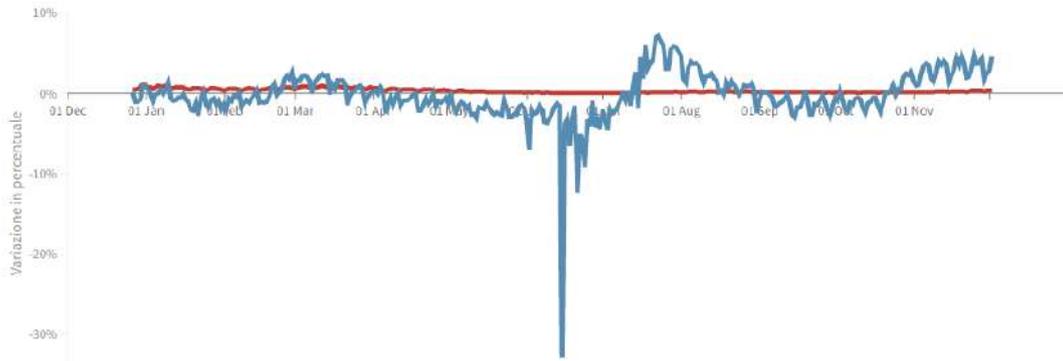


La variazione percentuale giornaliera dall'inizio delle vaccinazioni

Il grafico mostra la variazione giornaliera in percentuale del totale contagiati e attualmente positivi rispetto al tempo

Dati del ministero della Salute. I grafici vengono aggiornati ogni giorno con l'uscita dei dati.

Seleziona la voce che vuoi evidenziare

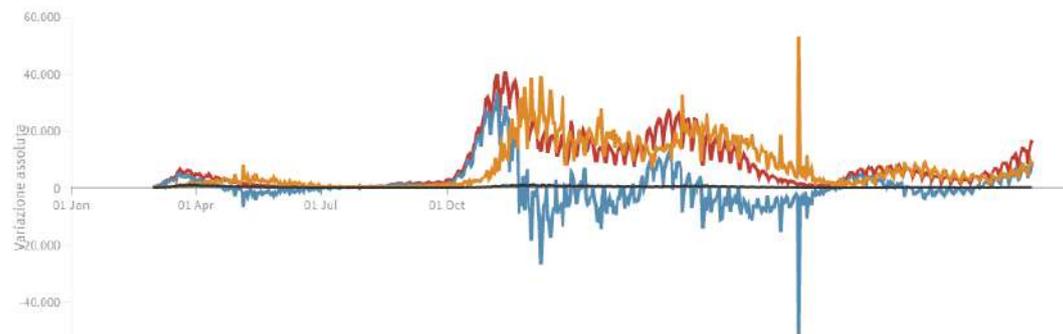


La variazione assoluta giorno per giorno dall'inizio

Variazione totale contagiati, variazione attualmente positivi, variazione dimessi/guariti e **variazione deceduti in assoluto** rispetto al giorno precedente

Dati del ministero della Salute. I grafici vengono aggiornati ogni giorno con l'uscita dei dati.

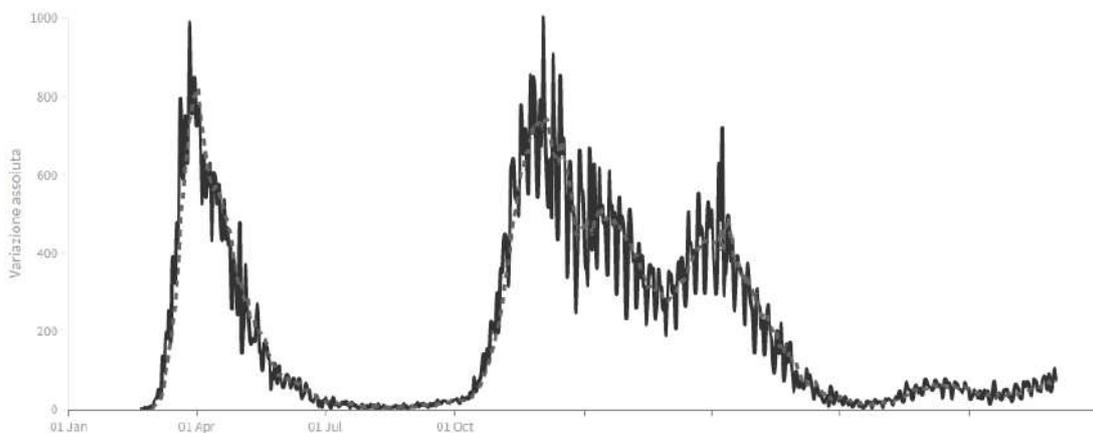
Seleziona la voce che vuoi evidenziare



La variazione assoluta dei decessi dall'inizio

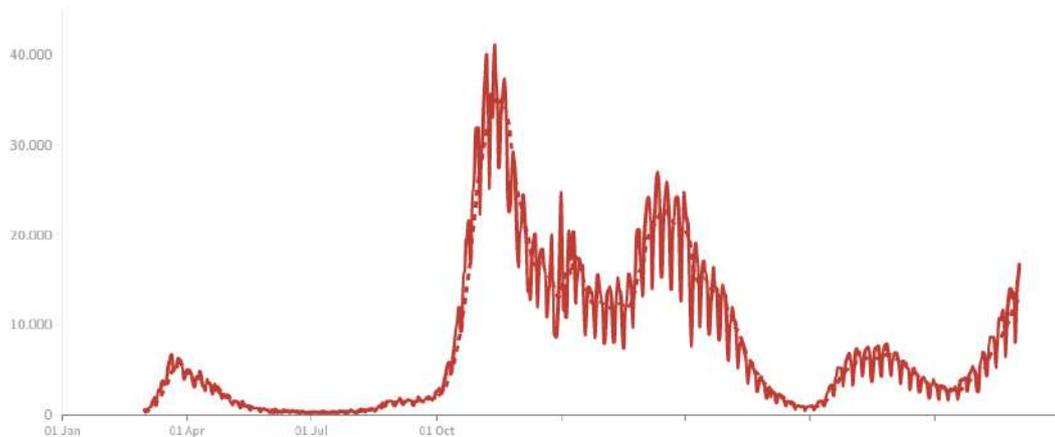
Il grafico rappresenta il numero di decessi giorno per giorno. La linea tratteggiata ne indica l'andamento

Dati del ministero della Salute. I grafici vengono aggiornati ogni giorno con l'uscita dei dati.



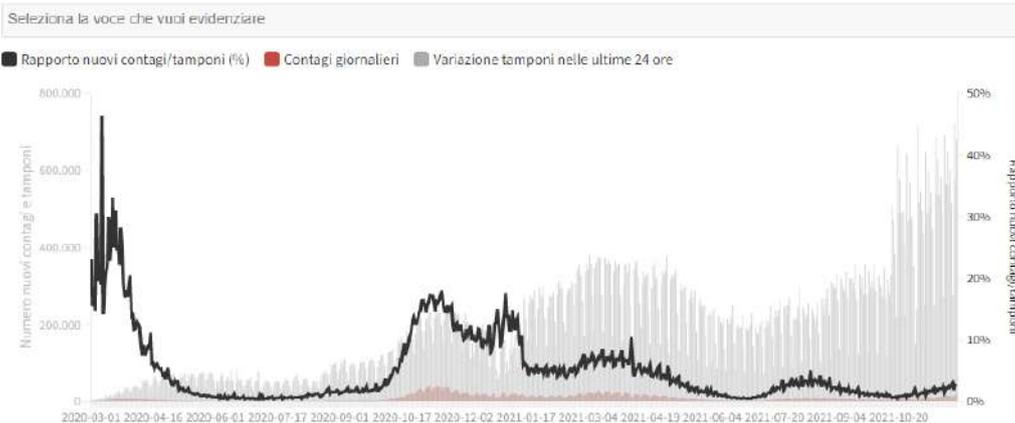
L'evoluzione della pandemia dall'inizio

Il grafico rappresenta il numero di nuovi casi giorno per giorno. La linea tratteggiata ne indica l'andamento
Dati del ministero della Salute. I grafici vengono aggiornati ogni giorno con l'uscita dei dati.



Tamponi e nuovi contagi giorno per giorno in Italia

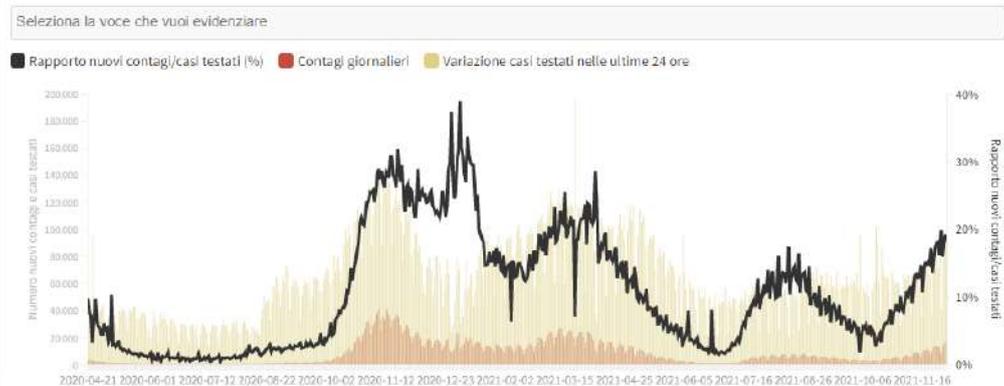
Come evolve quotidianamente il rapporto tra tamponi effettuati e contagi rilevati
Dati del ministero della Salute. I grafici vengono aggiornati ogni giorno con l'uscita dei dati.



Il rapporto tra nuovi positivi e casi testati in Italia

Il numero dei tamponi è superiore a quello delle persone testate dal momento che la stessa persona può essere sottoposta a più tamponi o per confermare la guarigione virologica oppure per altre necessità. Come evolve quotidianamente il rapporto tra persone testate (casi testati) e contagi rilevati

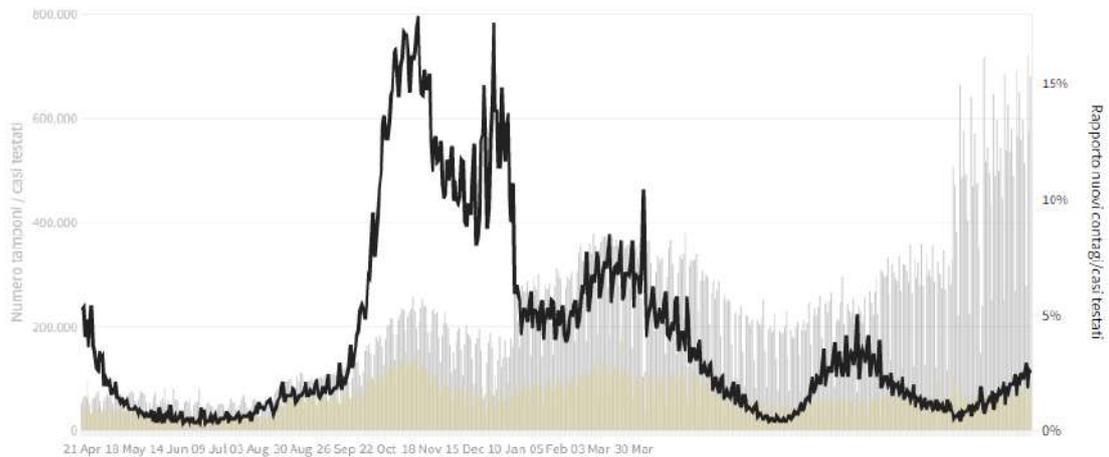
Dati del ministero della Salute. I grafici vengono aggiornati ogni giorno con l'uscita dei dati.



L'andamento giornaliero dei tamponi

Dati del ministero della Salute. I grafici vengono aggiornati ogni giorno con l'uscita dei dati.

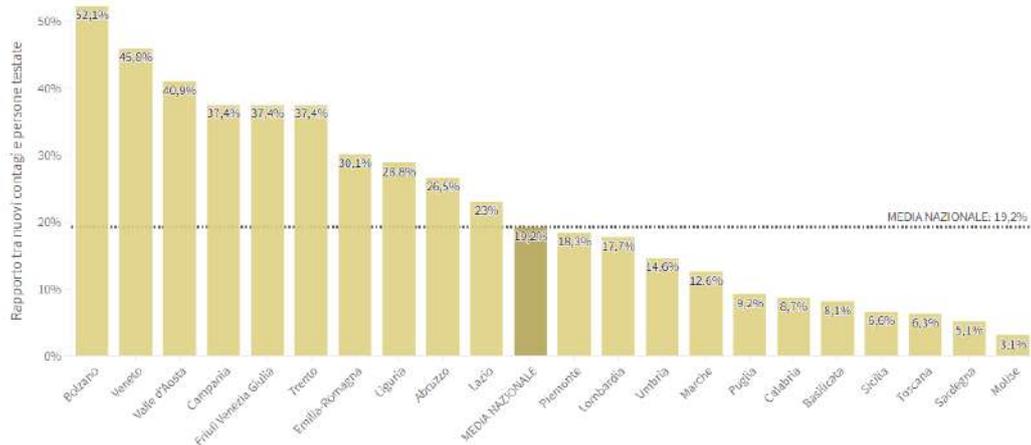
■ Rapporto nuovi contagi/tamponi (%) ■ Variazione tamponi nelle ultime 24 ore ■ Variazione casi testati nelle ultime 24 ore



Rapporto tra nuovi contagi e persone testate

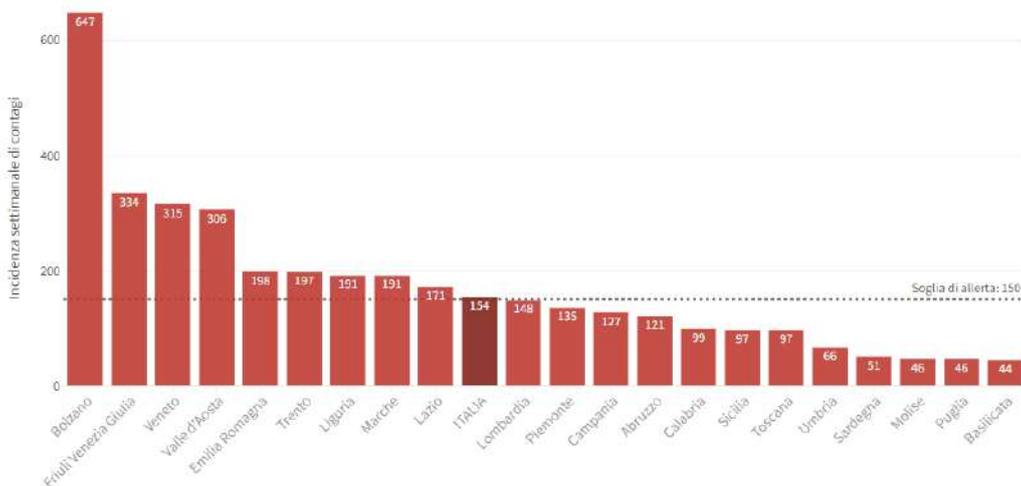
I dati raccolti a livello internazionale nei mesi di marzo e aprile della pandemia mostrano che i Paesi che hanno meglio contenuto la diffusione del virus sono stati quelli capaci di mantenere il rapporto tra nuovi contagi e persone testate al di sotto del 3%.

Dal 15 gennaio 2021 nel calcolo complessivo dei tamponi vengono conteggiati anche i tamponi antigenici rapidi

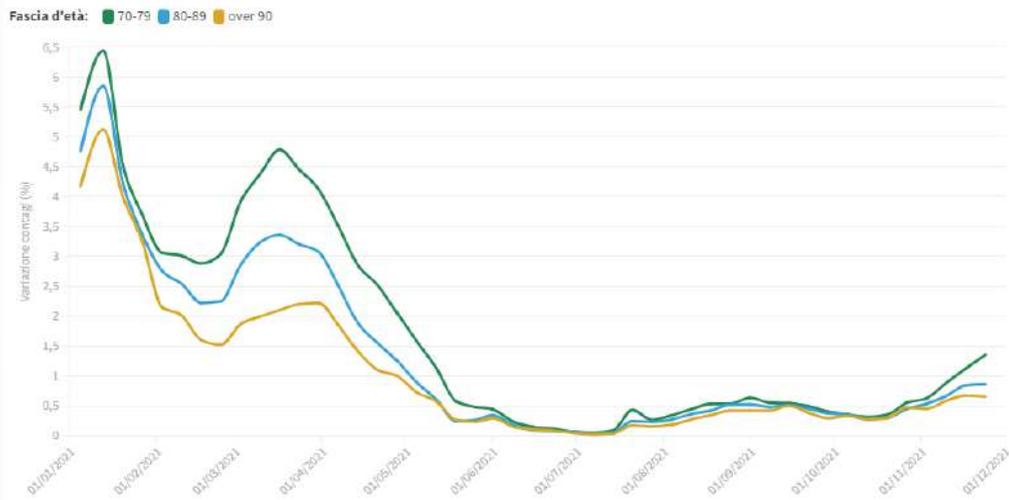


Nuovi casi settimanali per 100 mila abitanti

Ultimo aggiornamento: 2 dicembre 2021. Dati del ministero della Salute

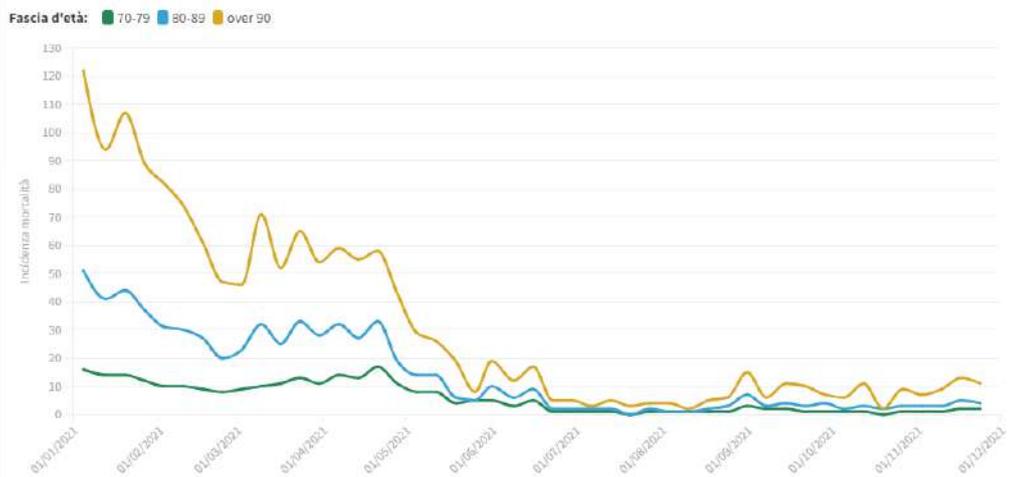


Variazione dei contagi tra gli over 70 dall'inizio delle vaccinazioni



Incidenza della mortalità tra gli over 70 dall'inizio delle vaccinazioni

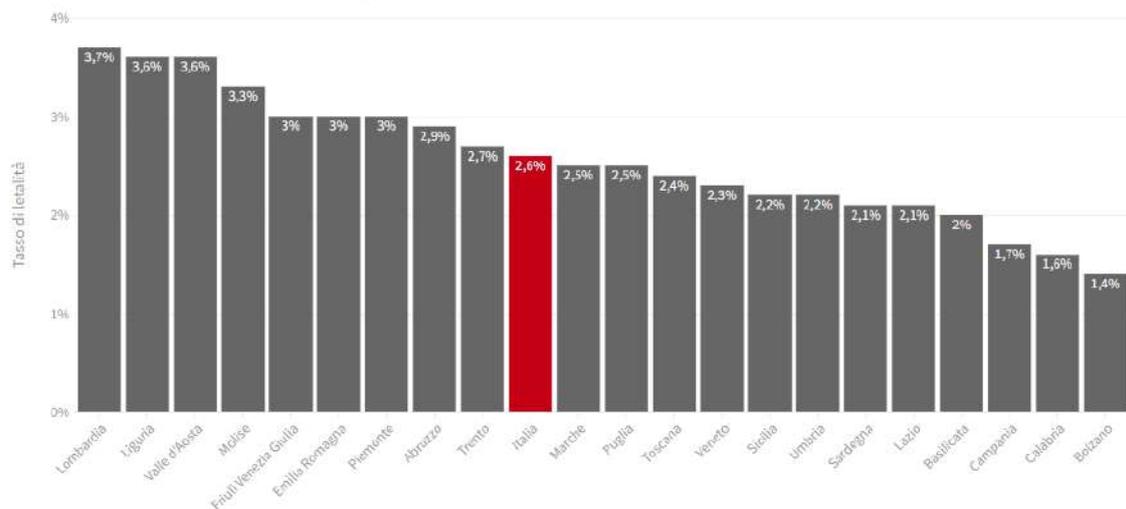
Quante persone muoiono di Covid-19 su 100 mila abitanti della fascia d'età selezionata



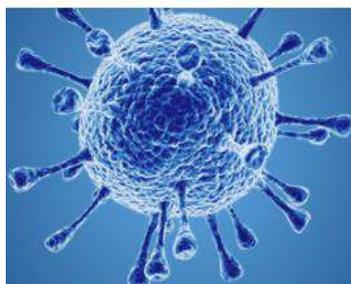
Tasso di letalità regione per regione

Il tasso di letalità è la percentuale di deceduti rispetto al totale di contagiati

Ultimo aggiornamento: 2 dicembre 2021. Dati del ministero della Salute

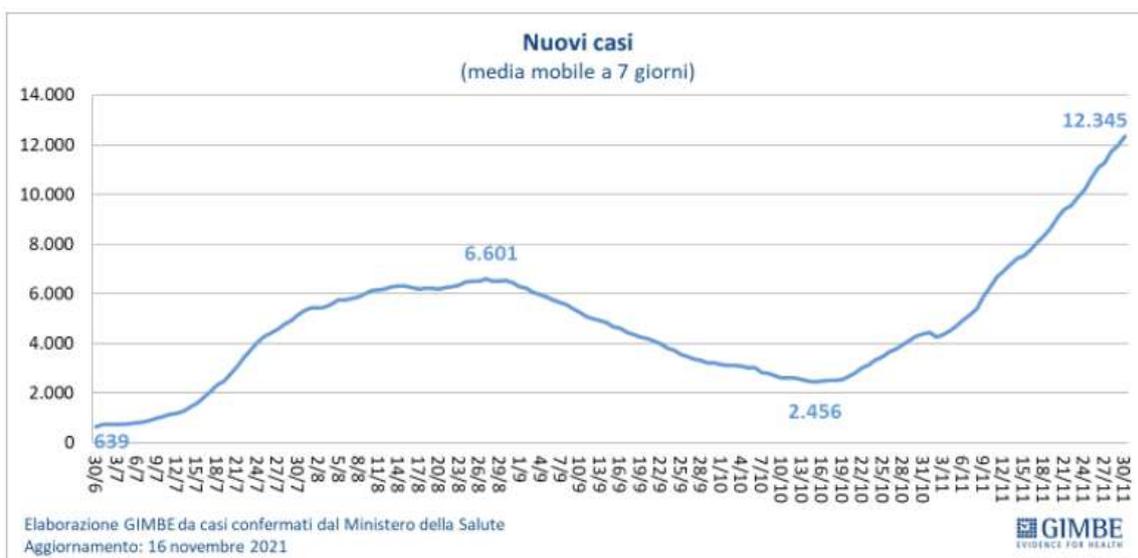
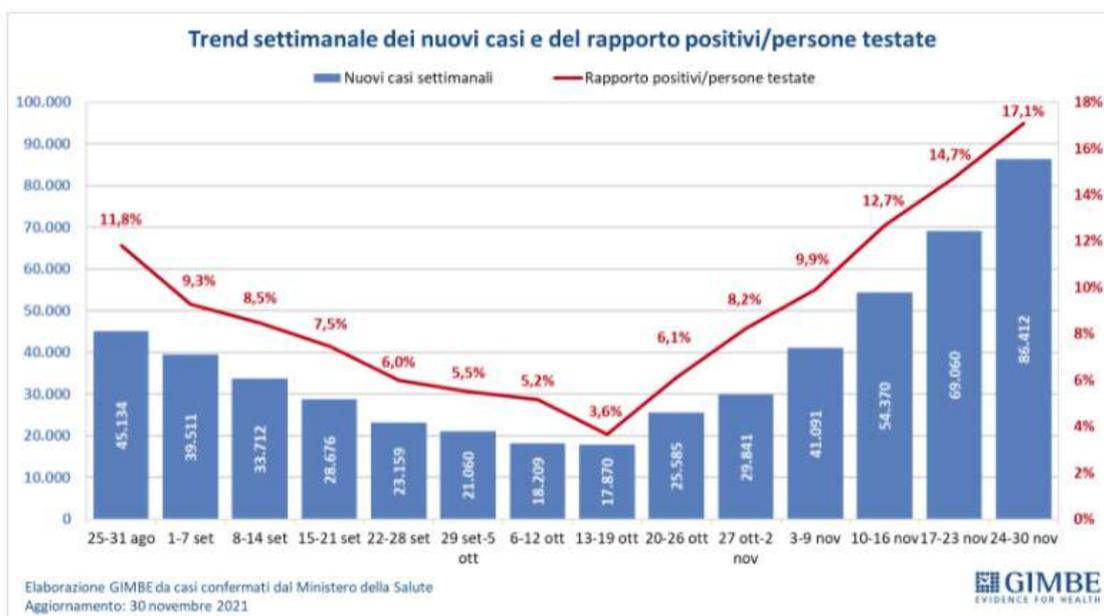


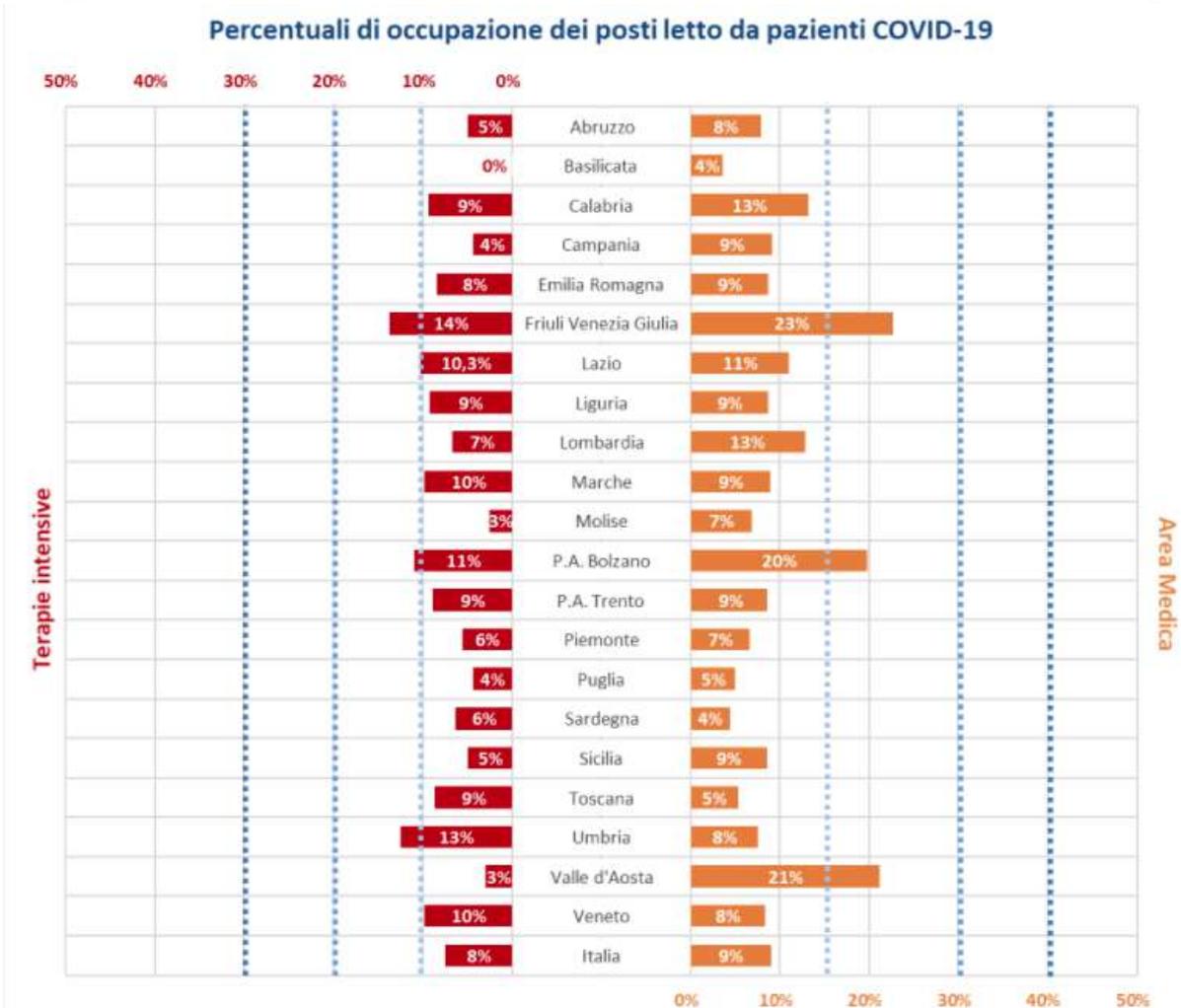
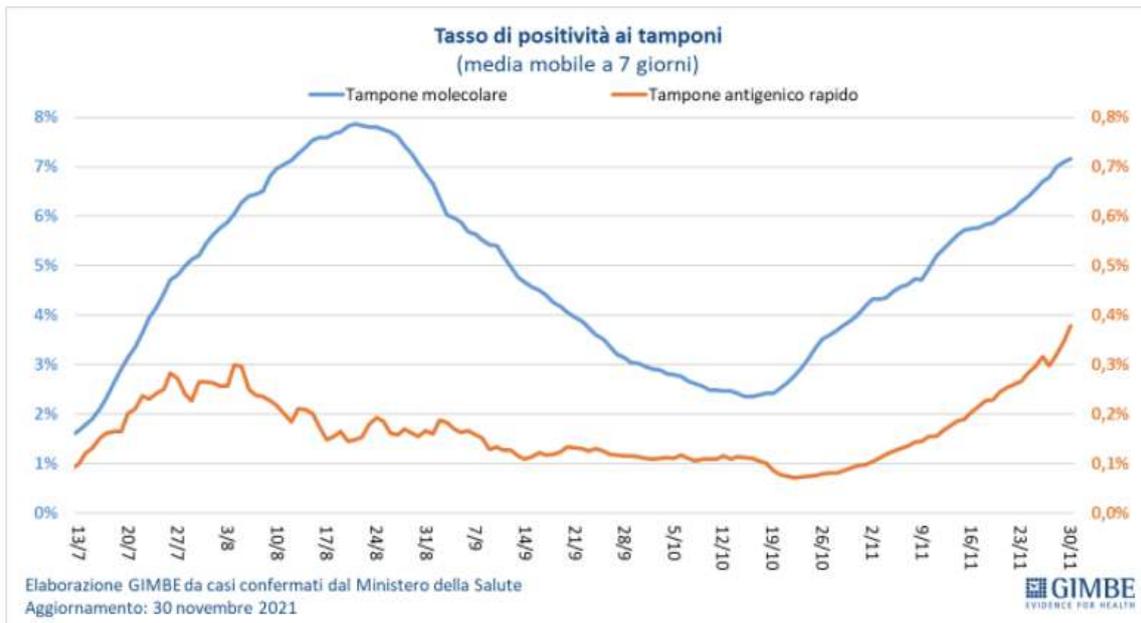
<https://lab.gedidigital.it/gedi-visual/2020/coronavirus-i-contagi-in-italia/index.php>



Pandemia Coronavirus e campagna vaccinale

Monitoraggio indipendente GIMBE



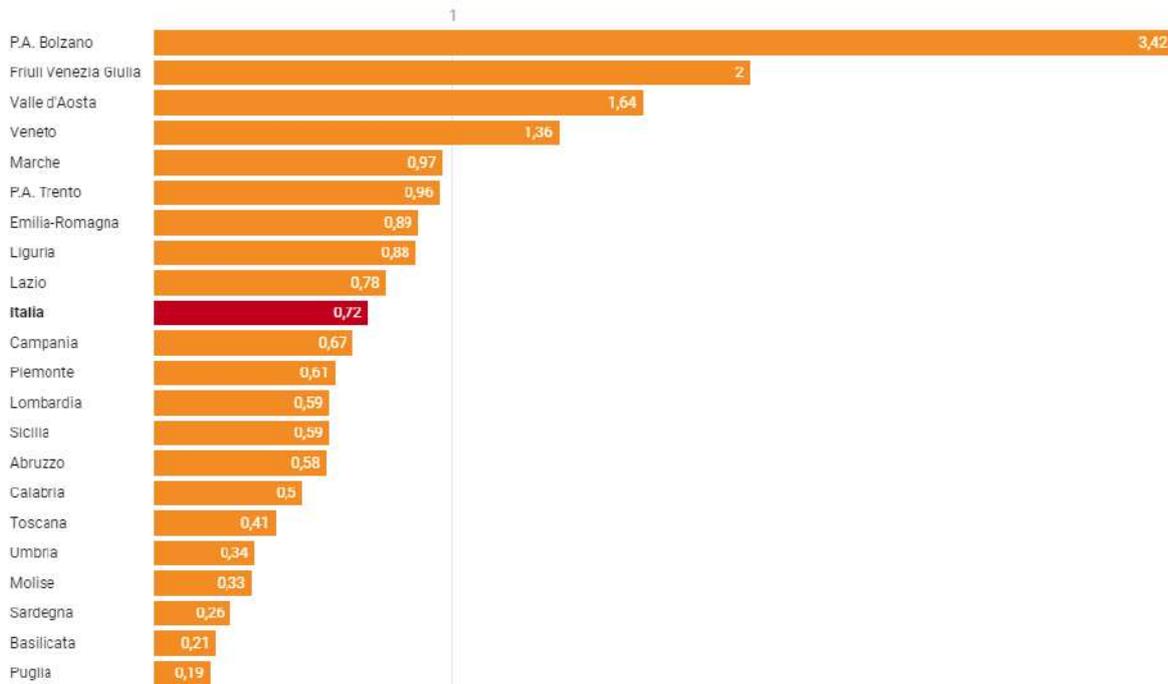


<https://coronavirus.gimbe.org/emergenza-coronavirus-italia/monitoraggio-settimanale.it-IT.html>



Indicatore di Stress SSN

L'indicatore rielabora le soglie regionali in merito al livello di incidenza di infetti ogni 100.000 abitanti tenendo conto della popolazione vaccinata e dell'efficacia del vaccino.



Aggiornato quotidianamente alle 18:00

Variazione Settimanale Indicatore di Stress SSN

La variazione dell'indicatore di stress permette di confrontare i trend delle varie regioni.

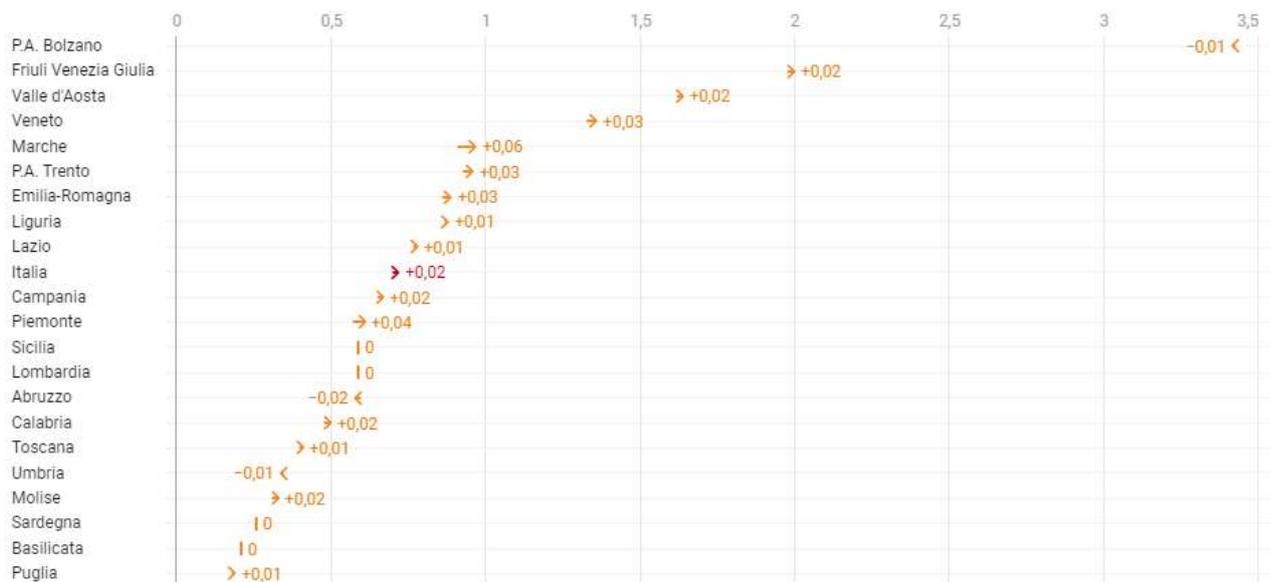


Grafico: Data Network • Fonte: Github • Scaricare i dati • Embed • Scaricare immagine • Creato con Datawrapper

Tabella Dati Indicatore di Stress

Pagina 1 di 3 >

Regione	Totale Casi	Casi TI	Popolazione	Vaccinati	incidenza	Saturazione TI	Saturazione area non critica	Indicatore di Stress
Abruzzo	87.325	9	1.285.256	991.769	109	0,05	0,07	0,58
Basilicata	31.489	3	547.579	423.536	40	0,03	0,04	0,21
Calabria	92.269	16	1.877.728	1.338.973	78	0,11	0,14	0,50
Campania	487.806	25	5.679.759	4.158.278	110	0,04	0,08	0,67
Emilia-Romagna	452.288	58	4.445.549	3.496.701	176	0,08	0,09	0,89
Friuli Venezia Giulia	129.869	26	1.198.753	910.508	361	0,15	0,20	2,00
Lazio	419.942	89	5.720.796	4.514.568	156	0,09	0,11	0,78
Liguria	121.461	20	1.509.805	1.163.884	165	0,09	0,08	0,88
Lombardia	926.977	90	9.966.992	8.015.375	124	0,06	0,12	0,59
Italia	4.994.891	624	59.257.566	45.606.310	133	0,07	0,09	0,72

TI : Terapia Intensiva

<https://altems.unicatt.it/altems-covid-19>



Report settimanale



26 novembre 2021

Il report settimanale sulle vaccinazioni contiene informazioni sull'andamento della campagna vaccinale in Italia. I grafici 1 e 2 descrivono l'andamento delle forniture alle Regioni e delle somministrazioni per dosi dall'avvio delle vaccinazioni.

I grafici 3 e 4 mostrano l'andamento delle somministrazioni rispetto al numero degli ospedalizzati e dei ricoverati in terapia intensiva. Le tabelle successive (1-8) riportano la vaccinazione e i guariti dal COVID-19 da non oltre 180 giorni, Regione per Regione, delle categorie individuate in base all'età: maggiori di 80 anni, in età tra 70 e 79 anni, 60 e 69 anni, 50 e 59 anni, 40 e 49 anni, 30 e 39 anni, 20 e 29 anni e tra 12 e 19 anni.

Le tabelle (9-12) riepilogano le dosi somministrate per tipologia di vaccino e fasce di età, con ripartizione tra 1^ e 2^ dose ovvero dose unica (Janssen o altra tipologia di vaccino somministrato a persone con pregressa infezione). La platea vaccinale è rilevata attraverso il sistema informatico "tessera sanitaria" e verificata dalle Regioni e dalle Province autonome. Le modalità di rilevazione e prenotazione possono variare in base ai criteri stabiliti da ciascuna Regione e possono comportare adeguamenti alla platea vaccinale.

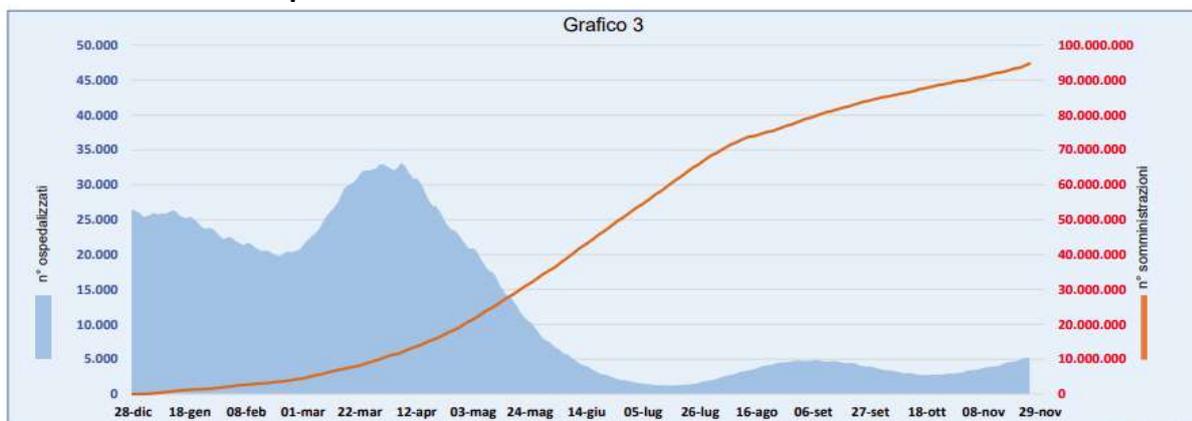
Forniture.



Somministrazioni.



Somministrazioni e ospedalizzazioni.



Somministrazioni e ricoveri in terapie intensive.

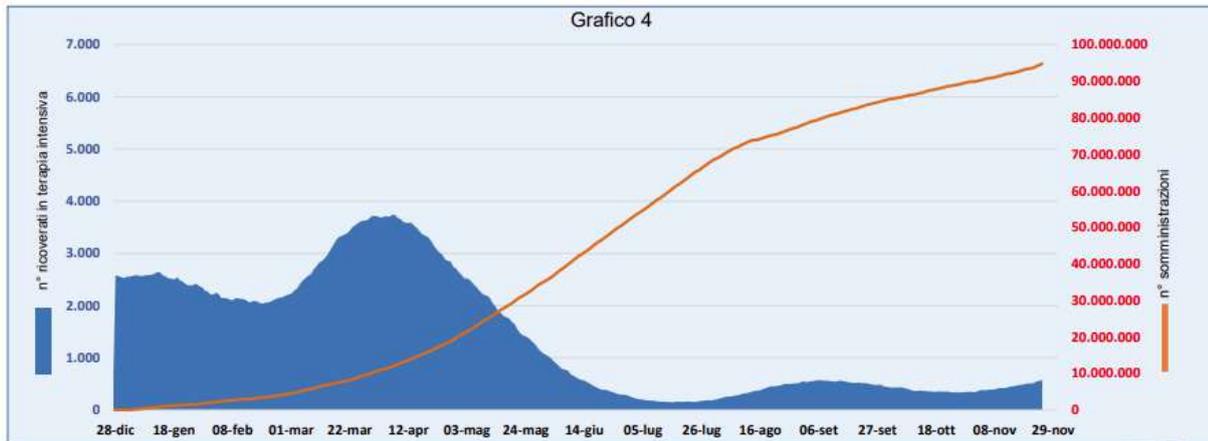


TABELLA 1: VACCINAZIONE CATEGORIA ETÀ MAGGIORE DI 80 ANNI

DATI RILEVATI AL 26/11/21 ORE 08.30 (*)

REGIONE PROVINCE AUTONOME	(A) POPOLAZIONE OVER 80 (**)	(B) 1^ DOSE (***)	% 1^ DOSE	(C) DOSE UNICA (****)	(D) GUARITI (*****)	(B+C+D) % 1^ DOSE, D.UNICA E GUARITI	(E) 2^ DOSE	(C+E) VACCINATI	(C+E) %	IN ATTESA DI 1^ DOSE O DOSE UNICA A MENO DEI GUARITI	
										(A-B-C-D) POPOLAZIONE OVER 80	%
ABRUZZO	116.953	96.439	82,46%	2.376	56	84,54%	95.114	97.490	83,36%	18.082	15,46%
BASILICATA	46.235	41.213	89,14%	625	42	90,58%	40.252	40.877	88,41%	4.355	9,42%
CALABRIA	138.517	113.520	81,95%	763	132	82,60%	110.938	111.701	80,64%	24.102	17,40%
CAMPANIA	304.317	275.868	90,65%	5.493	2.051	93,13%	268.263	273.756	89,96%	20.905	6,87%
EMILIA ROMAGNA (1)	371.673	359.696	96,78%	11.080	227	99,82%	354.056	365.136	98,24%	670	0,18%
FRIULI VENEZIA GIULIA	105.679	101.231	95,79%	1.264	318	97,29%	101.473	102.737	97,22%	2.866	2,71%
LAZIO	412.287	400.149	97,06%	8.618	237	99,20%	391.348	399.966	97,01%	3.283	0,80%
LIGURIA	156.276	148.909	95,29%	1.992	61	96,60%	145.721	147.713	94,52%	5.314	3,40%
LOMBARDIA	765.259	730.083	95,40%	14.215	682	97,35%	719.527	733.742	95,88%	20.279	2,65%
MARCHE	133.365	125.565	94,15%	3.627	119	96,96%	123.237	126.864	95,13%	4.054	3,04%
MOLISE	27.222	24.635	90,50%	843	8	93,62%	24.030	24.873	91,37%	1.736	6,38%
P.A. BOLZANO	33.732	30.333	89,92%	2.055	49	96,16%	29.434	31.489	93,35%	1.295	3,84%
P.A. TRENTO (1)	39.122	36.755	93,95%	2.147	21	99,49%	35.980	38.127	97,46%	199	0,51%
PIEMONTE	379.802	347.179	91,41%	14.736	1.028	95,56%	341.294	356.030	93,74%	16.859	4,44%
PUGLIA	272.957	263.600	96,57%	6.333	269	98,99%	257.443	263.776	96,64%	2.755	1,01%
SARDEGNA	124.768	111.759	89,57%	1.971	133	91,26%	109.369	111.340	89,24%	10.905	8,74%
SICILIA	342.909	280.478	81,79%	4.190	700	83,22%	272.690	276.880	80,74%	57.541	16,78%
TOSCANA (1)	331.025	319.449	96,50%	9.209	256	99,36%	313.653	322.862	97,53%	2.111	0,64%
UMBRIA	85.981	78.739	91,58%	2.139	32	94,10%	77.639	79.778	92,79%	5.071	5,90%
VALLE D'AOSTA	9.751	8.894	91,21%	390	13	95,34%	8.713	9.103	93,35%	454	4,66%
VENETO (1)	370.529	351.177	94,78%	15.968	1.083	99,38%	345.061	361.029	97,44%	2.301	0,62%
TOTALE	4.568.359	4.245.671	92,94%	110.034	7.517	95,51%	4.165.235	4.275.269	93,58%	205.137	4,49%

(1) dati in corso di verifica

TABELLA 2: VACCINAZIONE CATEGORIA ETÀ 70-79 ANNI

DATI RILEVATI AL 26/11/21 ORE 08.30 (*)

REGIONE PROVINCE AUTONOME	(A) POPOLAZIONE 70-79 (**)	(B) 1^ DOSE (***)	% 1^ DOSE	(C) DOSE UNICA (****)	(D) GUARITI (*****)	(B+C+D) % 1^ DOSE, D.UNICA E GUARITI	(E) 2^ DOSE	(C+E) VACCINATI	(C+E) %	IN ATTESA DI 1^ DOSE O DOSE UNICA A MENO DEI GUARITI	
										(A-B-C-D) POPOLAZIONE 70-79	%
ABRUZZO	137.406	119.150	86,71%	5.416	144	90,76%	118.154	123.570	89,93%	12.696	9,24%
BASILICATA	51.805	49.559	95,66%	1.086	95	97,94%	48.661	49.747	96,03%	1.065	2,06%
CALABRIA	185.899	157.710	84,84%	3.613	363	86,98%	155.935	159.548	85,83%	24.213	13,02%
CAMPANIA	477.420	440.018	92,17%	16.833	3.140	96,35%	428.074	444.907	93,19%	17.429	3,65%
EMILIA ROMAGNA	455.912	397.799	87,25%	28.574	543	93,64%	393.320	421.894	92,54%	28.996	6,36%
FRIULI VENEZIA GIULIA	140.238	113.473	80,91%	11.122	608	89,28%	111.829	122.951	87,67%	15.035	10,72%
LAZIO	551.447	507.566	92,04%	18.322	635	95,48%	499.936	518.258	93,98%	24.924	4,52%
LIGURIA	182.496	160.353	87,87%	4.474	197	90,43%	158.061	162.535	89,06%	17.472	9,57%
LOMBARDIA	1.006.561	874.944	86,92%	57.473	953	92,73%	858.475	915.948	91,00%	73.191	7,27%
MARCHE (1)	155.940	136.091	87,27%	10.305	136	93,97%	135.388	145.693	93,43%	9.408	6,03%
MOLISE (1)	30.901	28.176	91,18%	1.327	9	95,50%	28.254	29.581	95,73%	1.389	4,50%
P.A. BOLZANO	46.417	37.619	81,05%	3.500	78	88,75%	36.866	40.366	86,96%	5.220	11,25%
P.A. TRENTO	52.500	46.295	88,18%	3.637	47	95,20%	45.422	49.059	93,45%	2.521	4,80%
PIEMONTE	484.838	407.103	83,97%	26.476	1.579	89,75%	397.764	424.240	87,50%	49.680	10,25%
PUGLIA	395.276	360.565	91,22%	25.662	389	97,81%	354.111	379.773	96,08%	8.660	2,19%
SARDEGNA (1)	175.751	153.418	87,29%	8.349	296	92,21%	152.341	160.690	91,43%	13.688	7,79%
SICILIA	476.607	403.066	84,57%	11.438	1.571	87,30%	393.394	404.832	84,94%	60.532	12,70%
TOSCANA (1)	406.475	354.890	87,31%	28.094	516	94,35%	350.263	378.357	93,08%	22.975	5,65%
UMBRIA	97.653	86.740	88,82%	4.431	107	93,47%	85.326	89.757	91,91%	6.375	6,53%
VALLE D'AOSTA	13.030	11.119	85,33%	660	39	90,70%	11.019	11.679	89,63%	1.212	9,30%
VENETO	494.721	424.680	85,84%	38.548	1.686	93,97%	419.100	457.648	92,51%	29.807	6,03%
TOTALE	6.019.293	5.270.334	87,56%	309.340	13.131	92,91%	5.181.693	5.491.033	91,22%	426.488	7,09%

(1) dati in corso di verifica

TABELLA 3: VACCINAZIONE CATEGORIA ETÀ 60-69 ANNI

DATI RILEVATI AL 26/11/21 ORE 08.30 (*)

REGIONE PROVINCE AUTONOME	(A) POPOLAZIONE 60-69 (**)	(B) 1^ DOSE (***)	% 1^ DOSE	(C) DOSE UNICA (****)	(D) GUARITI (*****)	(B+C+D) % 1^ DOSE, D.UNICA E GUARITI	(E) 2^ DOSE	(C+E) VACCINATI	(C+E) %	IN ATTESA DI 1^ DOSE O DOSE UNICA A MENO DEI GUARITI	
										(A-B-C-D) POPOLAZIONE 60-69	%
ABRUZZO	171.793	143.133	83,32%	10.309	318	89,50%	142.021	152.330	88,67%	18.033	10,50%
BASILICATA	75.455	65.857	87,28%	3.674	170	92,37%	64.420	68.094	90,24%	5.754	7,63%
CALABRIA	246.965	206.838	83,75%	9.599	857	87,99%	203.431	213.030	86,26%	29.671	12,01%
CAMPANIA	700.326	589.053	84,11%	37.886	4.904	90,22%	569.144	607.030	86,68%	68.483	9,78%
EMILIA ROMAGNA	551.239	436.020	79,10%	68.009	1.348	91,68%	429.521	497.530	90,26%	45.862	8,32%
FRIULI VENEZIA GIULIA	157.635	112.527	71,38%	22.949	1.249	86,74%	109.982	132.931	84,33%	20.910	13,26%
LAZIO	707.706	624.276	88,21%	42.750	1.628	94,48%	612.348	655.098	92,57%	39.052	5,52%
LIGURIA	207.406	170.167	82,05%	9.873	441	87,02%	166.473	176.346	85,02%	26.925	12,98%
LOMBARDIA	1.240.919	999.380	80,54%	118.054	2.041	90,21%	981.256	1.099.310	88,59%	121.444	9,79%
MARCHE (1)	196.477	151.124	76,92%	23.039	462	88,88%	149.817	172.856	87,98%	21.852	11,12%
MOLISE (1)	40.925	35.941	87,82%	2.823	16	94,76%	35.638	38.461	93,98%	2.145	5,24%
P.A. BOLZANO	58.927	46.514	78,93%	5.433	231	88,55%	45.191	50.624	85,91%	6.749	11,45%
P.A. TRENTO	68.045	55.803	82,01%	6.290	122	91,43%	54.300	60.590	89,04%	5.830	8,57%
PIEMONTE	567.486	439.606	77,47%	55.887	2.698	87,79%	425.799	481.686	84,88%	69.295	12,21%
PUGLIA	494.337	428.844	86,75%	46.061	767	96,22%	419.845	465.906	94,25%	18.665	3,78%
SARDEGNA	230.031	189.874	82,54%	18.102	609	90,68%	186.191	204.293	88,81%	21.446	9,32%
SICILIA	631.055	513.026	81,30%	26.669	3.264	86,04%	498.184	524.853	83,17%	88.096	13,96%
TOSCANA (1)	467.270	365.050	78,12%	66.863	1.207	92,69%	358.859	425.722	91,11%	34.150	7,31%
UMBRIA	112.657	83.504	74,12%	20.157	226	92,22%	81.918	102.075	90,61%	8.770	7,78%
VALLE D'AOSTA	16.197	12.763	78,80%	1.137	72	86,26%	12.513	13.650	84,27%	2.225	13,74%
VENETO	610.635	477.420	78,18%	76.511	3.411	91,27%	469.879	546.390	89,48%	53.293	8,73%
TOTALE	7.553.486	6.146.720	81,38%	672.075	26.041	90,62%	6.016.730	6.688.805	88,55%	708.650	9,38%

(1) dati in corso di verifica

TABELLA 4: VACCINAZIONE CATEGORIA ETÀ 50-59 ANNI

DATI RILEVATI AL 26/11/21 ORE 08.30 (*)

REGIONE PROVINCE AUTONOME	(A) POPOLAZIONE 50-59 (**)	(B) 1ª DOSE (***)	% 1ª DOSE	(C) DOSE UNICA (****)	(D) GUARITI (*****)	(B+C+D) % 1ª DOSE, D. UNICA E GUARITI	(E) 2ª DOSE	(C+E) VACCINATI	(C+E) %	IN ATTESA DI 1ª DOSE O DOSE UNICA A MENO DEI GUARITI	
										(A-B-C-D) POPOLAZIONE 50-59	%
ABRUZZO	208.686	165.181	79,15%	13.431	676	85,91%	162.364	175.795	84,24%	29.398	14,09%
BASILICATA	88.137	73.401	83,28%	5.399	324	89,77%	71.311	76.710	87,03%	9.013	10,23%
CALABRIA	287.366	220.454	76,72%	19.364	1.529	83,99%	213.362	232.726	80,99%	46.019	16,01%
CAMPANIA	891.415	728.731	81,75%	45.588	7.230	87,68%	701.249	746.837	83,78%	109.866	12,32%
EMILIA ROMAGNA (1)	715.559	601.751	84,10%	36.326	3.137	89,61%	588.888	625.214	87,37%	74.345	10,39%
FRIULI VENEZIA GIULIA	199.155	155.961	78,31%	10.921	2.526	85,06%	151.433	162.354	81,52%	29.747	14,94%
LAZIO	940.470	740.684	78,76%	118.643	3.872	91,78%	720.450	839.093	89,22%	77.271	8,22%
LIGURIA	258.629	211.110	81,63%	6.212	1.040	84,43%	205.667	211.879	81,92%	40.267	15,57%
LOMBARDIA	1.677.629	1.255.407	74,83%	225.824	4.421	88,56%	1.228.774	1.454.598	86,71%	191.977	11,44%
MARCHE	240.946	192.761	80,00%	10.631	1.038	84,84%	188.707	199.338	82,73%	36.516	15,16%
MOLISE	46.723	40.965	87,68%	2.954	42	94,09%	39.375	42.329	90,60%	2.762	5,91%
P.A. BOLZANO	84.804	64.938	76,57%	6.091	610	84,48%	61.979	68.070	80,27%	13.165	15,52%
P.A. TRENTO	85.734	68.820	80,27%	6.844	332	88,64%	65.943	72.787	84,90%	9.738	11,36%
PIEMONTE	704.089	562.616	79,91%	35.677	4.569	85,62%	539.281	574.958	81,66%	101.227	14,38%
PUGLIA	626.206	505.631	80,75%	58.314	1.434	90,29%	490.523	548.837	87,64%	60.827	9,71%
SARDEGNA	271.249	229.272	84,52%	6.368	1.251	87,33%	222.953	229.321	84,54%	34.358	12,67%
SICILIA	755.875	591.351	78,23%	37.721	5.716	83,98%	568.782	606.503	80,24%	121.087	16,02%
TOSCANA	603.627	521.559	86,40%	19.556	2.791	90,11%	505.659	525.215	87,01%	59.721	9,89%
UMBRIA	136.346	116.455	85,41%	4.434	523	89,05%	113.226	117.660	86,30%	14.934	10,95%
VALLE D'AOSTA	20.841	16.667	79,97%	913	144	85,04%	16.164	17.077	81,94%	3.117	14,96%
VENETO	806.474	658.122	81,60%	42.905	7.439	87,85%	641.420	684.325	84,85%	98.008	12,15%
TOTALE	9.649.960	7.721.837	80,02%	714.116	50.644	87,94%	7.497.510	8.211.626	85,09%	1.163.363	12,06%

(1) dati in corso di verifica

TABELLA 5: VACCINAZIONE CATEGORIA ETÀ 40-49 ANNI

DATI RILEVATI AL 26/11/21 ORE 08.30 (*)

REGIONE PROVINCE AUTONOME	(A) POPOLAZIONE 40-49 (**)	(B) 1ª DOSE (***)	% 1ª DOSE	(C) DOSE UNICA (****)	(D) GUARITI (*****)	(B+C+D) % 1ª DOSE, D. UNICA E GUARITI	(E) 2ª DOSE	(C+E) VACCINATI	(C+E) %	IN ATTESA DI 1ª DOSE O DOSE UNICA A MENO DEI GUARITI	
										(A-B-C-D) POPOLAZIONE 40-49	%
ABRUZZO	187.162	143.571	76,71%	10.139	870	82,59%	140.571	150.710	80,52%	32.582	17,41%
BASILICATA	74.989	59.826	79,78%	4.702	418	86,61%	58.019	62.721	83,64%	10.043	13,39%
CALABRIA	260.182	190.909	73,38%	18.754	1.792	81,27%	183.493	202.247	77,73%	48.727	18,73%
CAMPANIA	828.348	647.065	78,12%	44.808	8.451	84,54%	615.761	660.569	79,75%	128.024	15,46%
EMILIA ROMAGNA	667.770	533.734	79,93%	36.175	4.473	86,01%	515.835	552.010	82,66%	93.388	13,99%
FRIULI VENEZIA GIULIA	170.017	129.827	76,36%	8.453	2.461	82,78%	125.105	133.558	78,56%	29.276	17,22%
LAZIO	879.906	659.569	74,96%	105.558	5.053	87,53%	637.336	742.894	84,43%	109.726	12,47%
LIGURIA	205.625	158.355	77,01%	6.725	1.143	80,84%	153.451	160.176	77,90%	39.402	19,16%
LOMBARDIA	1.565.547	1.253.247	80,05%	63.056	5.667	84,44%	1.220.341	1.283.397	81,98%	243.577	15,56%
MARCHE	221.299	168.446	76,12%	8.769	1.384	80,70%	164.101	172.870	78,12%	42.700	19,30%
MOLISE	40.266	34.090	84,66%	1.796	48	89,24%	32.661	34.457	85,57%	4.332	10,76%
P.A. BOLZANO	74.448	54.299	72,94%	5.516	750	81,35%	51.393	56.909	76,44%	13.883	18,65%
P.A. TRENTO (1)	74.545	59.038	79,20%	5.060	407	86,53%	55.304	60.364	80,98%	10.040	13,47%
PIEMONTE	613.820	472.112	76,91%	27.082	4.951	82,13%	446.953	474.035	77,23%	109.675	17,87%
PUGLIA	574.973	461.612	80,28%	43.172	1.848	88,11%	445.975	489.147	85,07%	68.341	11,89%
SARDEGNA	248.433	200.171	80,57%	5.569	1.478	83,41%	193.765	199.334	80,24%	41.215	16,59%
SICILIA	694.418	518.019	74,60%	36.536	7.237	80,90%	493.721	530.257	76,36%	132.626	19,10%
TOSCANA (1)	544.813	457.811	84,03%	17.206	3.709	87,87%	440.193	457.399	83,96%	66.087	12,13%
UMBRIA	123.691	101.803	82,30%	4.304	659	86,32%	97.686	101.990	82,46%	16.925	13,68%
VALLE D'AOSTA	17.249	13.009	75,42%	754	154	80,68%	12.565	13.319	77,22%	3.332	19,32%
VENETO (1)	715.790	558.128	77,97%	29.600	8.550	83,30%	539.052	568.652	79,44%	119.512	16,70%
TOTALE	8.783.291	6.874.641	78,27%	483.734	61.503	84,48%	6.623.281	7.107.015	80,92%	1.363.413	15,52%

(1) dati in corso di verifica

TABELLA 6: VACCINAZIONE CATEGORIA ETÀ 30-39 ANNI

DATI RILEVATI AL 26/11/21 ORE 08.30 (*)

REGIONE PROVINCE AUTONOME	(A) POPOLAZIONE 30-39 (**)	(B) 1 ^A DOSE (***)	% 1 ^A DOSE	(C) DOSE UNICA (****)	(D) GUARITI (*****)	(B+C+D) % 1 ^A DOSE, D.UNICA E GUARITI	(E) 2 ^A DOSE	(C+E) VACCINATI	(C+E) %	IN ATTESA DI 1 ^A DOSE O DOSE UNICA A MENO DEI GUARITI	
										(A-B-C-D) POPOLAZIONE 30-39	%
ABRUZZO	146.965	113.774	77,42%	6.249	817	82,22%	110.136	116.385	79,19%	26.125	17,78%
BASILICATA	61.028	48.488	79,45%	2.057	375	83,44%	46.341	48.398	79,30%	10.108	16,56%
CALABRIA	223.632	164.554	73,58%	10.463	2.093	79,20%	155.930	166.393	74,40%	46.522	20,80%
CAMPANIA	712.913	531.480	74,55%	46.914	9.253	82,43%	497.620	544.534	76,38%	125.266	17,57%
EMILIA ROMAGNA	488.934	405.728	82,98%	26.808	4.714	89,43%	388.250	415.058	84,89%	51.684	10,57%
FRIULI VENEZIA GIULIA	121.714	99.573	81,81%	5.431	1.836	87,78%	94.627	100.058	82,21%	14.874	12,22%
LAZIO	665.641	508.147	76,34%	72.540	5.192	88,02%	491.986	564.526	84,81%	79.762	11,98%
LIGURIA	149.277	113.765	76,21%	10.139	999	83,67%	109.257	119.396	79,98%	24.374	16,33%
LOMBARDIA	1.198.955	998.033	83,24%	42.127	5.639	87,23%	964.931	1.007.058	83,99%	153.156	12,77%
MARCHE	162.308	125.628	77,40%	6.031	1.280	81,91%	121.086	127.117	78,32%	29.369	18,09%
MOLISE	34.661	25.782	74,38%	2.002	68	80,36%	23.606	25.608	73,88%	6.809	19,64%
P.A. BOLZANO	61.738	44.834	72,62%	5.326	756	82,47%	41.737	47.063	76,23%	10.822	17,53%
P.A. TRENTO	59.852	50.257	83,97%	2.943	369	89,50%	46.098	49.041	81,94%	6.283	10,50%
PIEMONTE	456.855	357.721	78,30%	22.527	4.354	84,18%	335.277	357.804	78,32%	72.253	15,82%
PUGLIA	457.889	364.322	79,57%	23.056	1.882	85,01%	347.058	370.114	80,83%	68.629	14,99%
SARDEGNA	180.233	143.336	79,53%	3.800	1.913	82,70%	137.520	141.320	78,41%	31.184	17,30%
SICILIA	583.826	424.511	72,71%	26.435	7.957	78,60%	398.998	425.433	72,87%	124.923	21,40%
TOSCANA	398.063	342.932	86,15%	12.253	3.584	90,13%	326.952	339.205	85,21%	39.294	9,87%
UMBRIA	92.145	75.636	82,08%	3.038	633	86,07%	72.130	75.168	81,58%	12.838	13,93%
VALLE D'AOSTA	12.482	9.734	77,98%	519	93	82,89%	9.281	9.800	78,51%	2.136	17,11%
VENETO	525.221	420.941	80,15%	17.513	7.671	84,94%	399.123	416.636	79,33%	79.096	15,06%
TOTALE	6.794.332	5.369.176	79,02%	348.171	61.478	85,05%	5.117.944	5.466.115	80,45%	1.015.507	14,95%

TABELLA 7: VACCINAZIONE CATEGORIA ETÀ 20-29 ANNI

DATI RILEVATI AL 26/11/21 ORE 08.30 (*)

REGIONE PROVINCE AUTONOME	(A) POPOLAZIONE 20-29 (**)	(B) 1 ^A DOSE (***)	% 1 ^A DOSE	(C) DOSE UNICA (****)	(D) GUARITI (*****)	(B+C+D) % 1 ^A DOSE, D.UNICA E GUARITI	(E) 2 ^A DOSE	(C+E) VACCINATI	(C+E) %	IN ATTESA DI 1 ^A DOSE O DOSE UNICA A MENO DEI GUARITI	
										(A-B-C-D) POPOLAZIONE 20-29	%
ABRUZZO	125.230	107.338	85,71%	5.153	915	90,56%	103.064	108.217	86,41%	11.824	9,44%
BASILICATA	56.285	45.627	81,06%	2.458	449	86,23%	43.487	45.945	81,63%	7.751	13,77%
CALABRIA	199.746	154.843	77,52%	8.971	1.963	82,99%	147.191	156.162	78,18%	33.969	17,01%
CAMPANIA	683.538	524.728	76,77%	46.495	8.094	84,75%	491.912	538.407	78,77%	104.221	15,25%
EMILIA ROMAGNA	419.909	368.767	87,82%	26.709	5.803	95,56%	352.994	379.703	90,43%	18.630	4,44%
FRIULI VENEZIA GIULIA	108.149	97.657	90,30%	5.246	1.667	96,69%	92.882	98.128	90,73%	3.579	3,31%
LAZIO	558.855	448.485	80,25%	59.718	6.806	92,15%	428.982	488.700	87,45%	43.846	7,85%
LIGURIA	135.690	108.270	79,79%	13.703	1.200	90,78%	104.326	118.029	86,98%	12.517	9,22%
LOMBARDIA	997.448	913.968	91,63%	38.556	5.529	96,05%	878.677	917.233	91,96%	39.395	3,95%
MARCHE	143.083	118.832	83,05%	5.951	1.427	88,21%	114.636	120.587	84,28%	16.873	11,79%
MOLISE	32.122	24.291	75,62%	1.830	101	81,63%	22.411	24.241	75,47%	5.900	18,37%
P.A. BOLZANO	59.568	44.631	74,92%	4.680	924	84,33%	41.529	46.209	77,57%	9.333	15,67%
P.A. TRENTO	57.300	52.920	92,36%	2.852	430	98,08%	48.073	50.925	88,87%	1.098	1,92%
PIEMONTE	410.270	351.484	85,67%	16.932	3.693	90,70%	329.820	346.752	84,52%	38.161	9,30%
PUGLIA	429.227	350.432	81,64%	20.580	2.212	86,95%	333.586	354.166	82,51%	56.003	13,05%
SARDEGNA	144.932	122.117	84,26%	3.327	1.914	87,87%	117.304	120.631	83,23%	17.574	12,13%
SICILIA	544.052	404.356	74,32%	28.068	7.751	80,91%	379.667	407.735	74,94%	103.877	19,09%
TOSCANA	339.137	306.722	90,44%	11.993	5.000	95,45%	291.268	303.261	89,42%	15.422	4,55%
UMBRIA	78.331	66.141	84,44%	2.690	1.010	89,16%	62.461	65.151	83,17%	8.490	10,84%
VALLE D'AOSTA	11.482	9.416	82,01%	542	109	87,68%	8.971	9.513	82,85%	1.415	12,32%
VENETO	479.355	409.168	85,36%	18.063	8.038	90,80%	388.269	406.332	84,77%	44.086	9,20%
TOTALE	6.013.709	5.030.193	83,65%	324.517	65.035	90,12%	4.781.510	5.106.027	84,91%	593.964	9,88%

TABELLA 8: VACCINAZIONE CATEGORIA ETÀ 12-19 ANNI

DATI RILEVATI AL 26/11/21 ORE 08.30 (*)

REGIONE PROVINCE AUTONOME	(A) POPOLAZIONE 12-19 (**)	(B) 1ª DOSE (****)	% 1ª DOSE	(C) DOSE UNICA (****)	(D) GUARITI (*****)	(B+C+D) % 1ª DOSE, D.UNICA E GUARITI	(E) 2ª DOSE	(C+E) VACCINATI	(C+E) %	IN ATTESA DI 1ª DOSE O DOSE UNICA A MENO DEI GUARITI	
										(A-B-C-D) POPOLAZIONE 12-19	%
ABRUZZO	94.727	69.527	73,40%	2.045	1.200	76,82%	64.535	66.580	70,29%	21.955	23,18%
BASILICATA	40.947	30.311	74,02%	2.474	511	81,31%	28.309	30.783	75,18%	7.651	18,69%
CALABRIA	147.409	100.045	67,87%	2.408	2.093	70,92%	92.658	95.066	64,49%	42.863	29,08%
CAMPANIA	506.070	331.709	65,55%	31.653	10.305	73,84%	306.836	338.489	66,89%	132.403	26,16%
EMILIA ROMAGNA	327.410	240.153	73,35%	12.651	5.397	78,86%	224.540	237.191	72,44%	69.209	21,14%
FRIULI VENEZIA GIULIA	85.565	57.681	67,41%	2.192	2.237	72,59%	53.524	55.716	65,12%	23.455	27,41%
LAZIO	431.221	309.929	71,87%	11.858	7.298	76,31%	290.050	301.908	70,01%	102.136	23,69%
LIGURIA	104.067	66.995	64,38%	3.433	1.225	68,85%	63.111	66.544	63,94%	32.414	31,15%
LOMBARDIA	794.486	610.761	76,87%	21.818	7.118	80,52%	577.558	599.376	75,44%	154.789	19,48%
MARCHE	113.059	72.831	64,42%	2.934	1.681	68,50%	67.790	70.724	62,55%	35.613	31,50%
MOLISE	20.497	16.418	80,10%	373	159	82,70%	15.031	15.404	75,15%	3.547	17,30%
P.A. BOLZANO	45.547	26.877	59,01%	1.371	1.217	64,69%	23.074	24.445	53,67%	16.082	35,31%
P.A. TRENTO	44.257	31.632	71,47%	1.162	478	75,18%	28.690	29.852	67,45%	10.985	24,82%
PIEMONTE	310.481	216.932	69,87%	8.004	5.171	74,11%	198.119	206.123	66,39%	80.374	25,89%
PUGLIA	321.188	247.751	77,14%	9.597	2.339	80,85%	233.933	243.530	75,82%	61.501	19,15%
SARDEGNA	109.404	87.703	80,17%	1.588	1.805	83,27%	82.229	83.817	76,61%	18.307	16,73%
SICILIA	406.593	259.172	63,74%	15.407	8.562	69,64%	238.254	253.661	62,39%	123.452	30,36%
TOSCANA	270.353	204.703	75,72%	7.834	5.281	80,57%	191.854	199.688	73,86%	52.535	19,43%
UMBRIA	63.610	45.734	71,90%	1.234	1.444	76,11%	41.597	42.831	67,33%	15.198	23,89%
VALLE D'AOSTA	9.350	6.093	65,17%	359	125	70,34%	5.703	6.062	64,83%	2.773	29,66%
VENETO	381.274	260.830	68,41%	9.157	9.780	73,38%	241.511	250.668	65,74%	101.507	26,62%
TOTALE	4.627.514	3.293.787	71,18%	149.552	75.426	76,04%	3.068.906	3.218.458	69,55%	1.108.749	23,96%

TABELLA 9: SOMMINISTRAZIONI PFIZER/BIONTECH

DATI RILEVATI AL 26/11/21 ORE 08.30 (*)

ETÀ	1ª DOSE	RIPARTIZIONE 1ª DOSE		2ª DOSE	RIPARTIZIONE 2ª DOSE		DOSE UNICA (**)	RIPARTIZIONE DOSE UNICA		TOTALE
		UOMO	DONNA		UOMO	DONNA		UOMO	DONNA	
over 80	3.612.565	1.438.669	2.173.896	3.555.047	1.417.396	2.137.651	76.870	28.558	48.312	7.244.482
70 - 79	2.638.204	1.249.595	1.388.609	2.614.197	1.238.298	1.375.899	96.035	47.508	48.527	5.348.436
60 - 69	3.597.950	1.735.370	1.862.580	3.555.147	1.714.294	1.840.853	151.045	77.118	73.927	7.304.142
50 - 59	5.921.697	2.901.481	3.020.216	5.912.932	2.891.026	3.021.906	255.056	125.146	129.910	12.089.685
40 - 49	5.279.372	2.611.895	2.667.477	5.199.668	2.567.103	2.632.565	211.492	100.563	110.929	10.690.532
30 - 39	4.089.184	2.072.391	2.016.793	3.981.762	2.019.656	1.962.106	151.774	74.385	77.389	8.222.720
20 - 29	3.829.309	1.985.094	1.844.215	3.718.283	1.919.915	1.798.368	149.315	75.897	73.418	7.696.907
12 - 19	2.883.355	1.474.097	1.409.258	2.705.169	1.379.059	1.326.110	94.019	47.816	46.203	5.682.543
TOTALE	31.851.636	15.468.592	16.383.044	31.242.205	15.146.747	16.095.458	1.185.606	576.991	608.615	64.279.447

TABELLA 10: SOMMINISTRAZIONI MODERNA

DATI RILEVATI AL 26/11/21 ORE 08.30 (*)

ETÀ	1ª DOSE	RIPARTIZIONE 1ª DOSE		2ª DOSE	RIPARTIZIONE 2ª DOSE		DOSE UNICA (**)	RIPARTIZIONE DOSE UNICA		TOTALE
		UOMO	DONNA		UOMO	DONNA		UOMO	DONNA	
over 80	557.169	193.814	363.355	537.576	187.133	350.443	16.977	5.672	11.305	1.111.722
70 - 79	456.535	208.076	248.459	446.521	203.434	243.087	20.792	10.051	10.741	923.848
60 - 69	553.292	268.508	284.784	539.203	261.416	277.787	31.866	16.224	15.642	1.124.361
50 - 59	956.185	491.105	465.080	967.053	497.187	469.866	57.965	29.219	28.746	1.981.203
40 - 49	981.327	516.629	464.698	957.462	503.567	453.895	51.095	25.540	25.555	1.989.884
30 - 39	895.617	487.558	408.059	858.931	468.825	390.106	39.262	20.239	19.023	1.793.810
20 - 29	941.701	523.855	417.846	905.568	501.681	403.887	40.134	21.270	18.864	1.887.403
12 - 19	400.096	212.005	188.091	360.810	190.683	170.127	15.054	7.759	7.295	775.960
TOTALE	5.741.922	2.901.550	2.840.372	5.573.124	2.813.926	2.759.198	273.145	135.974	137.171	11.588.191

TABELLA 11: SOMMINISTRAZIONI VAXZEVRIA (ASTRAZENECA)

DATI RILEVATI AL 26/11/21 ORE 08.30 (*)

ETÀ	1 ^A DOSE	RIPARTIZIONE 1 ^A DOSE		2 ^A DOSE	RIPARTIZIONE 2 ^A DOSE		DOSE UNICA (**)	RIPARTIZIONE DOSE UNICA		TOTALE
		UOMO	DONNA		UOMO	DONNA		UOMO	DONNA	
over 80	75.937	30.603	45.334	72.612	29.373	43.239	2.113	909	1.204	150.662
70 - 79	2.175.595	1.007.006	1.168.589	2.120.975	983.759	1.137.216	40.902	20.335	20.567	4.337.472
60 - 69	1.995.478	963.772	1.031.706	1.922.380	929.977	992.403	47.944	24.073	23.871	3.965.802
50 - 59	843.955	391.649	452.306	617.525	283.390	334.135	23.720	10.417	13.303	1.485.200
40 - 49	613.942	286.875	327.067	466.151	218.339	247.812	19.606	8.513	11.093	1.099.699
30 - 39	384.375	188.619	195.756	277.251	136.762	140.489	13.512	6.337	7.175	675.138
18 - 29	269.519	132.842	136.677	160.586	79.044	81.542	10.262	4.804	5.458	440.367
TOTALE	6.358.801	3.001.366	3.357.435	5.637.480	2.660.644	2.976.836	158.059	75.388	82.671	12.154.340

TABELLA 12: SOMMINISTRAZIONI JANSSEN

DATI RILEVATI AL 26/11/21 ORE 08.30 (*)

ETÀ	RIPARTIZIONE DOSE UNICA		TOTALE
	UOMO	DONNA	
over 80	4.877	9.197	14.074
70 - 79	70.758	80.853	151.611
60 - 69	226.652	214.568	441.220
50 - 59	221.372	156.003	377.375
40 - 49	128.014	73.527	201.541
30 - 39	97.821	45.802	143.623
18 - 29	105.150	60.135	165.285
TOTALE	854.644	640.085	1.494.729

Assessment of the current SARS-CoV-2 epidemiological situation in the EU/EEA, projections for the end-of-year festive season and strategies for response, 17th update

24 November 2021

Valutazione dell'attuale SARS-CoV-2 epidemiologico situazione UE/SEE, proiezioni per fine anno, festività natalizie e strategie di risposta, 17° aggiornamento - 24 novembre 2021

Riepilogo

Aumentano le notifiche di casi, i ricoveri e i ricoveri in unità di terapia intensiva (ICU) per SARS-CoV-2 hanno stato osservato in ottobre e all'inizio di novembre nella maggior parte dei paesi dell'UE/SEE, dopo un periodo di declino in agosto e settembre 2021. Ciò è stato determinato dalla circolazione della variante Delta (B.1.617.2) nel contesto di insufficiente assorbimento del vaccino e diffuso allentamento degli interventi non farmaceutici (NPI).

Sebbene l'onere del COVID-19 sia particolarmente elevato in un certo numero di paesi in cui il vaccino è basso assorbimento, vi sono prove di un aumento dell'onere anche tra i paesi con un maggiore assorbimento. Il corrente situazione epidemiologica è in gran parte determinata dall'elevata trasmissibilità della variante Delta che contrasta la riduzione della trasmissione raggiunta dall'attuale diffusione della vaccinazione nell'UE/SEE.

Ad oggi, il 65,4% della popolazione totale e il 76,5% della popolazione adulta nell'UE/SEE sono stati pienamente vaccinato contro il COVID-19. Il ritmo complessivo dell'aumento settimanale della diffusione del vaccino nell'UE/SEE sta rallentando verso il basso ed è principalmente guidato dal rollout nelle fasce d'età più giovani. Quattro paesi riportano ancora meno di 50% dell'assorbimento completo del vaccino nella popolazione totale. La vaccinazione continua a prevenire con successo i decessi, ridurre ricoveri e trasmissione nell'UE/SEE, nonostante l'emergere e il continuo predominio del Delta variante, che è fino al 60% più trasmissibile rispetto alla variante precedentemente dominante, Alpha (B.1.1.7).

Le prove disponibili che emergono da Israele e dal Regno Unito mostrano un aumento significativo della protezione contro infezione e malattia grave a seguito di una dose di richiamo in tutti i gruppi di età a breve termine. Tutti i paesi UE/SEE hanno iniziato la somministrazione della vaccinazione a "dose aggiuntiva" (per proteggere meglio gli individui che montano risposte immunitarie inadeguate alla schedula primaria) e vaccinazioni di "richiamo" (per migliorare la protezione in individui per i quali l'immunità può diminuire nel tempo dal completamento del programma primario).

La stagione delle feste di fine anno è tradizionalmente associata ad attività come incontri sociali, shopping e viaggi, che comportano rischi aggiuntivi significativi per la trasmissione intensificata di Delta.

Scenari di modellizzazione che considerano l'assorbimento del vaccino (comprese le vaccinazioni "dose aggiuntiva" e "richiamo"), efficacia del vaccino, diminuzione dell'immunità indotta dal vaccino, vaccinazione dei bambini, immunità naturale e tassi di contatto della popolazione, indicano che il potenziale carico di rischio di malattia nell'UE/SEE dal Delta la variante dovrebbe essere molto alta a dicembre e gennaio, a meno che gli NPI non vengano applicati ora in combinazione con sforzi continui per aumentare l'assorbimento del vaccino nella popolazione totale.

Le previsioni di modellazione evidenziano la necessità di NPI come misura immediata per controllare la trasmissione, in combinazione con il lancio di dosi di richiamo del vaccino per gli adulti, che dovrebbero essere prioritarie per le persone di età compresa tra 40 anni e oltre, almeno sei mesi dopo aver completato un programma di vaccinazione primaria. Le dosi di richiamo sosterranno controllo della trasmissione al di là dell'impatto immediato dell'attuazione degli NPI.

Rischio valutato in questo aggiornamento

Sulla base dell'attuale copertura vaccinale e della circolazione della variante Delta nell'UE/SEE, quale rischio rappresenta SARS-CoV-2 per la popolazione generale e vulnerabile?

Valutiamo il rischio per ampi gruppi di paesi UE/SEE in base ai loro livelli attuali e previsti di copertura vaccinale per la popolazione totale. Attraverso modelli matematici, prevediamo la malattia onere (ricoveri e decessi) tra il 1° dicembre 2021 e il 31 gennaio 2022. La valutazione del rischio posto dalla pandemia di SARS-CoV-2 è ulteriormente stratificato per i seguenti gruppi nella popolazione totale: la popolazione generale vaccinata e non vaccinata; i vaccinati e i non vaccinati vulnerabili popolazione. La valutazione si basa sui seguenti elementi: i) i vaccinati hanno una minore probabilità di infezione e ii) un impatto inferiore di tale infezione rispetto ai non vaccinati, mentre iii) la popolazione vulnerabile subisce un impatto maggiore in caso di infezione, rispetto alla popolazione generale. Basato sulla modellazione delle proiezioni, circolazione del virus e carico di malattia tra il 1° dicembre 2021 e il 31 gennaio 2022, si può prevedere quanto segue:

- Al fine di evitare un elevato carico di COVID-19, i paesi con un vaccino basso (<60%) o medio (60-80%) l'assorbimento da parte della popolazione totale richiederà riduzioni sostanziali dei contatti tra le persone per evitare un elevato carico dalla trasmissione di SARS-CoV-2. Per i paesi che attualmente stanno vivendo un elevato carico di COVID-19, elevate riduzioni dei contatti possono comportare un onere gestibile verso la fine di dicembre-gennaio periodo.
- I paesi con una maggiore diffusione del vaccino (>80%) per la popolazione totale potrebbero sperimentare un gestibile onere ai tassi di contatto correnti. Tuttavia, questo onere potrebbe diventare elevato se i tassi di contatto aumentano ulteriormente, come era prevedibile vista la stagione delle feste di fine anno.
- Poiché i vaccini offrono un'elevata protezione contro gli esiti gravi dell'infezione da COVID-19, un gran numero di ricoveri ospedalieri per COVID-19 saranno soggetti non vaccinati, in particolare soggetti a rischio non vaccinati gruppi.

Tuttavia, poiché l'efficacia del vaccino contro le malattie gravi non è del 100%, maggiore notifica i tassi porteranno anche a un aumento del numero di individui vaccinati che presentano forme gravi di malattia che richiedono il ricovero. Insieme alla diminuzione dell'immunità nel tempo dalla vaccinazione, questo spiega il proporzione di individui vaccinati tra i pazienti COVID-19 ospedalizzati in alcuni paesi con elevata assorbimento del vaccino.

Opzioni per la risposta

L'attuale livello medio di assorbimento del vaccino nell'UE/SEE sarà insufficiente per limitare l'onere del COVID-19 casi e ricoveri nei mesi invernali.

I paesi sono invitati a dare la massima priorità agli individui inizialmente presi di mira dalla vaccinazione COVID-19 programmi che rimangono non vaccinati o non ancora completamente vaccinati. Aumentare la copertura vaccinale contro il COVID-19 In questa fase, anche nei paesi con un'elevata diffusione del vaccino, il mantenimento o la reintroduzione degli NPI rimane vitale per ridurre la trasmissione.

L'implementazione tempestiva degli NPI è fondamentale per il loro successo.

Uso appropriato del viso mascherine, telelavoro e modifiche operative che riducono l'affollamento sui mezzi pubblici, insieme a garantire un'adeguata ventilazione negli spazi chiusi e il mantenimento di misure igieniche che possono essere attuate immediatamente.

Fissare limiti al numero di partecipanti agli eventi sociali e pubblici durante le celebrazioni di fine anno sosterrà gli sforzi per il distanziamento fisico.

Una volta attuato, i paesi dovrebbero anticipare che gli NPI potrebbero dover essere mantenuti per un periodo di tempo prolungato dopo il periodo festivo/festivo, a livelli che integrano adeguatamente la protezione vaccinale, al fine di controllare efficacemente la circolazione del virus.

Le attività di comunicazione del rischio dovrebbero enfatizzare l'importanza continua delle misure igieniche e della prevenzione di un inutile affollamento al controllo della circolazione del virus, in particolare mentre i paesi lavorano per aumentare l'assorbimento del vaccino.

La messaggistica dovrebbe anche sottolineare l'importanza che rivestono sia il COVID-19 che i vaccini antinfluenzali proteggere le persone da forme gravi di malattia.

Dato il continuo rischio di trasmissione tra i bambini, alti livelli di prevenzione e preparazione sono richiesti nel sistema educativo.

Test, tracciabilità dei contatti, monitoraggio e segnalazione di casi di COVID-19, ricoveri, decessi e l'efficacia del vaccino rimane vitale per guidare le decisioni sulle misure di sanità pubblica e per comprenderne l'impatto.

Alla luce della co-circolazione di altri virus respiratori (es. influenza e virus respiratorio sinciziale (RSV)), i test multiplex dovrebbero essere presi in considerazione per l'analisi simultanea di diversi patogeni respiratori.

Il sequenziamento genomico dei campioni positivi rimane di grande importanza per caratterizzare attualmente in circolazione varianti, e per rilevare l'emergere di nuove varianti con caratteristiche attinenti.

Cosa c'è di nuovo in questa valutazione?

Questa valutazione rapida del rischio valuta il rischio rappresentato dalla circolazione della variante Delta di SARS-CoV-2 tra il 1° dicembre 2021 e il 31 gennaio 2022, sulla base di scenari di modellizzazione e livelli previsti di copertura vaccinale.

Le previsioni aggiornate sviluppate per questa valutazione del rischio sono informate dalle ultime prove su SARS-CoV-2 sieroprevalenza, efficacia del vaccino COVID-19 e diminuzione dell'immunità vaccinale, che vengono anche presentati.

in tutte le fasce d'età ammissibili, ma in particolare negli anziani, nei vulnerabili e negli operatori sanitari dovrebbe rimanere la priorità per le autorità sanitarie pubbliche. Permane l'urgente necessità di colmare le lacune immunitarie nella popolazione adulta e garantire una copertura efficace ed equa in tutti i paesi e le regioni d'Europa.

I gruppi consultivi tecnici nazionali sull'immunizzazione (NITAG) nei paesi dell'UE/SEE dovrebbero prendere in considerazione un richiamo dose per quei 40 anni e oltre, mirando ai più vulnerabili e agli anziani. I paesi potrebbero anche prendere in considerazione una dose di richiamo per tutti gli adulti di età pari o superiore a 18 anni almeno sei mesi dopo il completamento della serie primaria per aumentare la protezione contro le infezioni a causa della diminuzione dell'immunità, che potrebbe potenzialmente ridurre la trasmissione in popolazione e prevenire ulteriori ricoveri e decessi.

Dato che possono sorgere pressioni sui sistemi sanitari a causa della co-circolazione di altri virus respiratori, gli NPI dovrebbero essere attuate o rafforzate ora, con gli sforzi per comunicare l'importanza di queste misure presto, per ridurre i contatti e le mescolanze durante le feste di fine anno.

Sfondo dell'evento

Dal 31 dicembre 2019 e dalla settimana 2021-45, sono stati segnalati 254 053 508 casi di COVID-19 in tutto il mondo, inclusi 5 111 187 decessi. Nella settimana 2021-45, i paesi UE/SEE hanno segnalato 42 872 622 casi e 822 614 decessi dovuti a COVID-19, che rappresentano il 16,9% di tutti i casi e il 16,1% di tutti i decessi segnalati in tutto il mondo.

Queste cifre globali e dell'UE/SEE sono una sottovalutazione del numero reale di casi e decessi di COVID-19, a causa di vari gradi di sotto-accertamento e sotto-segnalazione.

La cronologia dei principali eventi della pandemia di COVID-19 può essere trovata sul sito web dell'ECDC: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/timelineecdcresponse>.

Gli ultimi dati disponibili sul numero di casi e sul numero di decessi a livello globale sono pubblicati quotidianamente sull'ECDC sito web: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/situation-updates>.

Informazioni epidemiologiche dettagliate sui casi confermati in laboratorio segnalati al Sistema europeo di sorveglianza (TESSy) è pubblicato nel rapporto settimanale sulla sorveglianza COVID-19 dell'ECDC: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid19/surveillance/weekly-surveillance-report>.

La panoramica della situazione epidemiologica in relazione alla pandemia di COVID-19, per paese UE/SEE, è pubblicato nella panoramica settimanale sui paesi COVID-19 dell'ECDC: <http://covid19-country-overviews.ecdc.europa.eu>.

Gli ultimi dati disponibili sul numero di dosi di vaccino COVID-19 somministrate nell'UE/SEE segnalati a TESSy sono disponibili sul sito web dell'ECDC:

<https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID19/vaccinetracker.html#uptake-tab>

Gli ultimi dati disponibili su COVID-19 nelle strutture di assistenza a lungo termine (LTCF) sono disponibili sul sito web dell'ECDC:

http://covid19-country-overviews.ecdc.europa.eu/#1_Introduction.

Figure 1. 14-day COVID-19 case and death notification rates in the EU/EEA to week 44, 2021

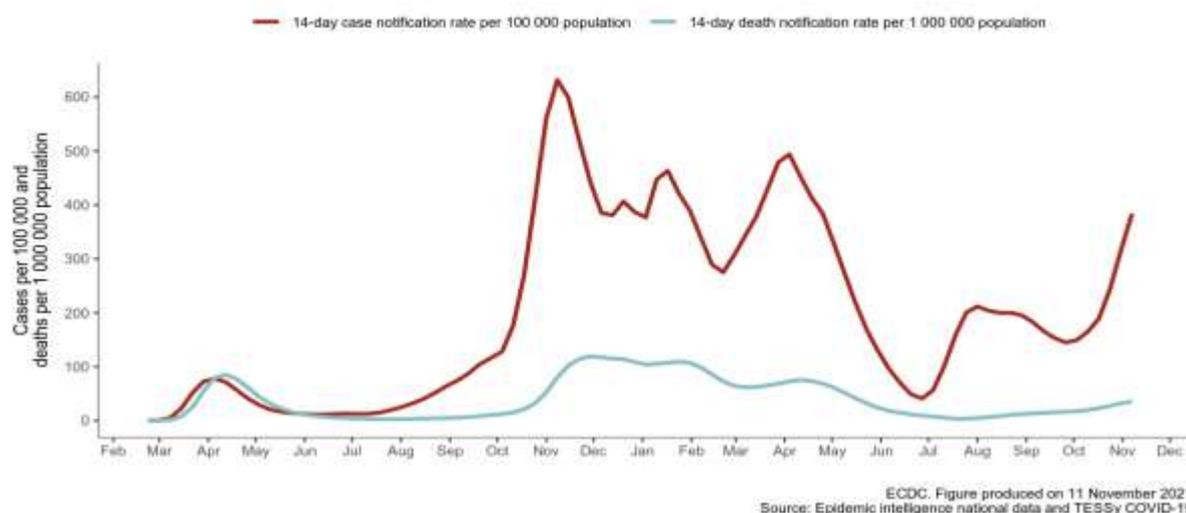


Figure 2. COVID-19 epidemiological categorisation of EU/EEA countries week 44, 2021

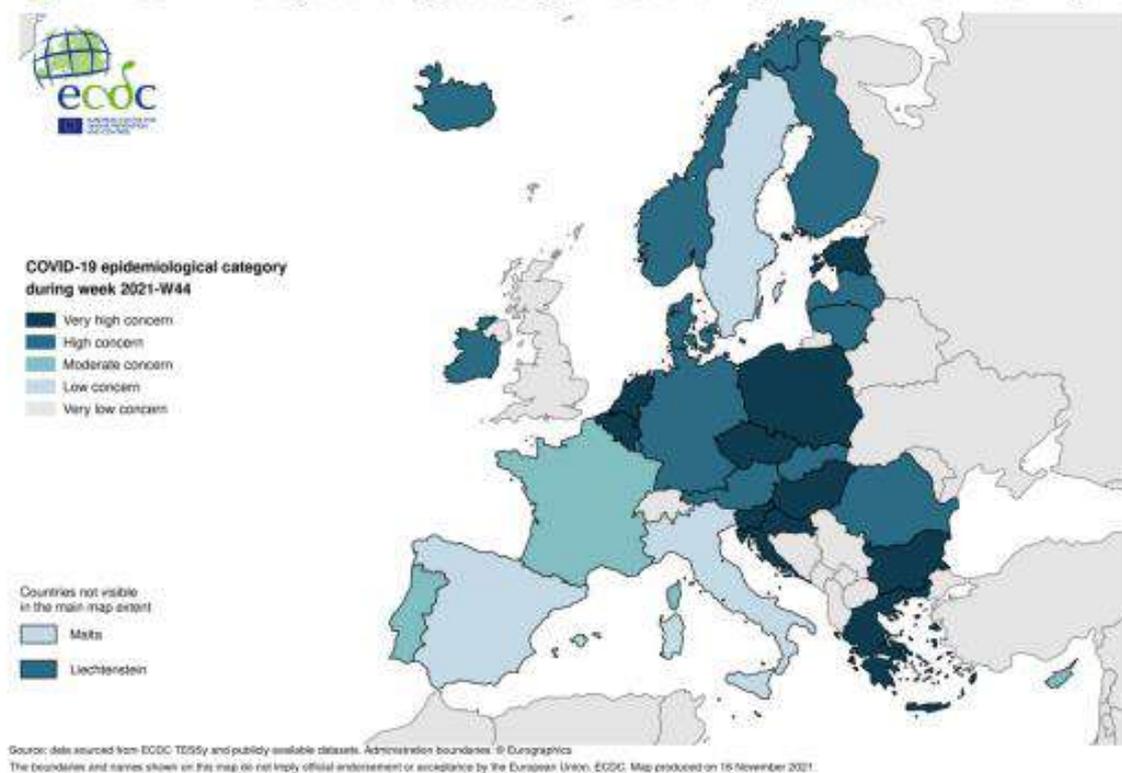
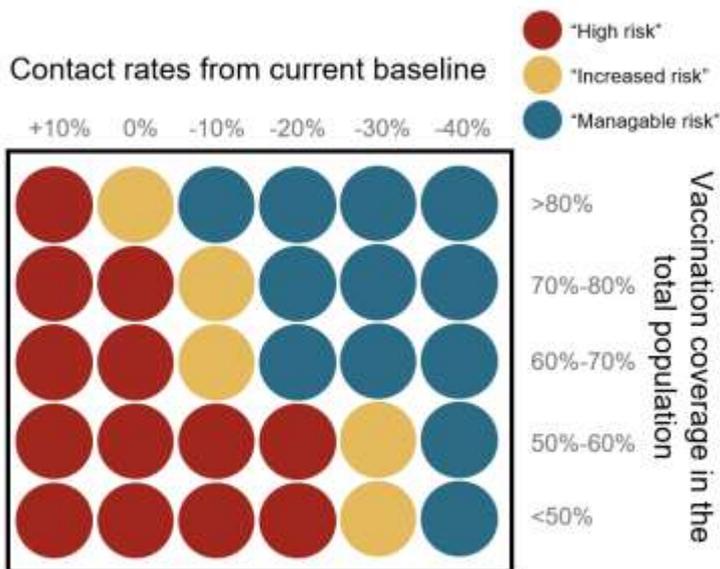


Table 2. Baseline and alternative forecast scenarios for COVID-19 in the EU/EEA, December 2021 - January 2022

Scenario	1	2	3	4	5	6	7
Scenario name	<i>Baseline</i>	<i>High VE</i>	<i>Low VE</i>	<i>Fast waning</i>	<i>Slow waning</i>	<i>High natural immunity</i>	<i>Low natural immunity</i>
Vaccine effectiveness cases	baseline	1.1 x baseline	0.9 x baseline	baseline	baseline	baseline	baseline
Waning of vaccine effectiveness cases	baseline	baseline	baseline	fast waning	slow waning	baseline	baseline
Natural immunity	country estimate	country estimate	country estimate	country estimate	country estimate	1.3 x country estimate	0.76 x country estimate

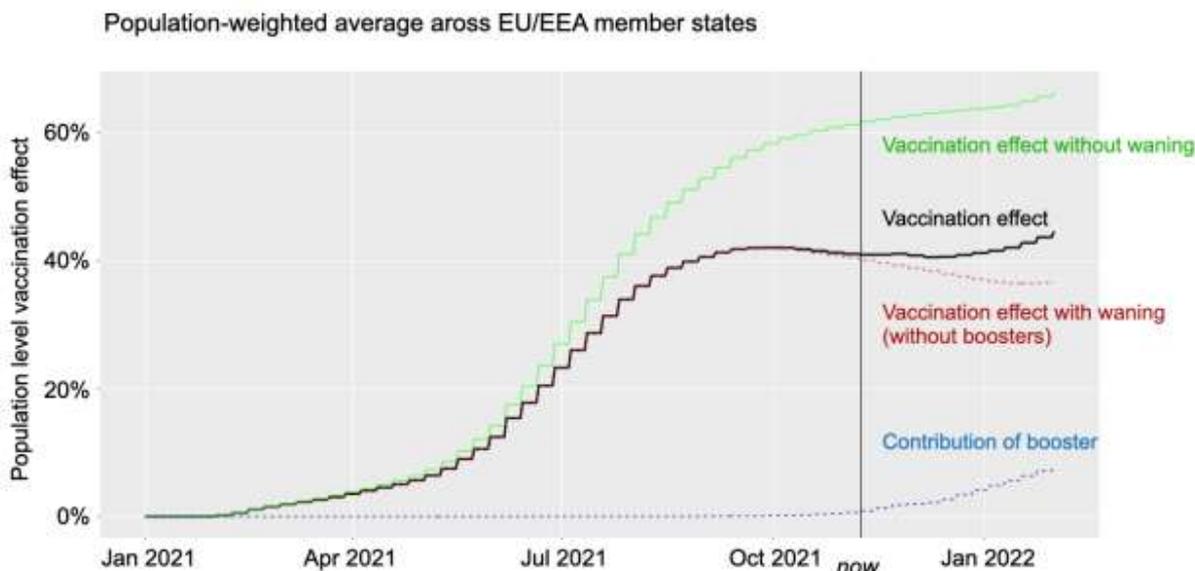
Note: Summarises the parameters used in the different forecast scenarios with one baseline scenario (scenario 1) and six alternative scenarios. These scenarios reflect uncertain factors which cannot be influenced by EU/EEA countries such as vaccine effectiveness (VE) against the Delta variant and the waning of immunity.

Figure 8. Projected burden of COVID-19 mortality in relation to vaccination coverage and contact rate change between December 2021 and the end of January 2022



Note: The figure shows the risk for mortality burden as circles in blue (manageable risk), yellow (increased risk), and red (high risk), across different vaccination coverages as well as different changes in contact rates from the current situation and assuming 30% increased contacts due to the festive season.

Figure 9. Population level effect of vaccination against transmission in the EU/EEA over time including the waning of the vaccine-induced immunity



Population level effect of vaccination (black line, shown as weekly estimates), the impact in the hypothetical situation of the absence of waning on vaccine-induced immunity (green line), the impact with waning immunity but without boosters (red line), and finally the contribution of the boosters alone (blue line). This assumes an illustrative scenario of a booster programme including above 40-year-olds at an intermediate roll-out speed. The expected booster roll-out speed will depend strongly on the individual country context.

Oms prevede 500mila morti per Covid entro febbraio in Europa e Asia centrale: “Vaccinato solo 47% popolazione e poche mascherine”. Kluge (Oms Europa): “Green pass è libertà”

L'allarme deriva dalla curva di incremento (+55% nelle ultime 4 settimane) dovuta ai bassi tassi di vaccinazione e alle poche misure preventive. Anche solo usando regolarmente le mascherine si potrebbero salvare 188mila vite rispetto alle 500mila che si teme di perdere vista la crescita esponenziale dei contagi. Nei 53 paesi della regione europea Oms quasi 1,8 milioni di nuovi casi nell'ultima settimana con un aumento di circa il 6% rispetto alla settimana precedente e 24.000 decessi con un aumento del 12%.

04 NOV - L'Europa e l'Asia centrale tornano ad essere "l'epicentro" della pandemia di Covid, con un possibile aumento di 500.000 morti prima del 1 febbraio.

Lo ha detto senza mezzi termini in conferenza stampa oggi il direttore regionale europeo dell'Organizzazione mondiale della sanità **Hans Kluge** che ha affermato come l'aumento del 55% dei nuovi casi di Covid nelle ultime quattro settimane nella regione sia dovuto ai bassi tassi di vaccinazione e alle poche misure preventive come mascherine e distanziamento.

Senza contare il sopraggiungere della stagione invernale che in ogni caso facilita il contagio nei luoghi chiusi più frequentati rispetto alla stagione estiva.

L'Europa e l'Asia centrale (dove sono compresi i 53 Paesi appartenenti alla regione europea dell'Oms) contano oggi il 59% dei casi globali e il 48% dei decessi segnalati.

Nei 53 paesi della regione europea si sono registrati quasi 1,8 milioni di nuovi casi nell'ultima settimana con un aumento di circa il 6% rispetto alla settimana precedente e 24.000 decessi con un aumento del 12%.

Tra i problemi principali di questo incremento resta comunque la scarsa vaccinazione e la differenza nelle statistiche di somministrazione che presenta enormi variazioni tra un paese e l'altro.

Nella regione europea sono state somministrate circa un miliardo di dosi di vaccino, ma solo il 47% circa delle persone è completamente vaccinato e solo otto paesi hanno superato il 70% delle persone completamente vaccinate.

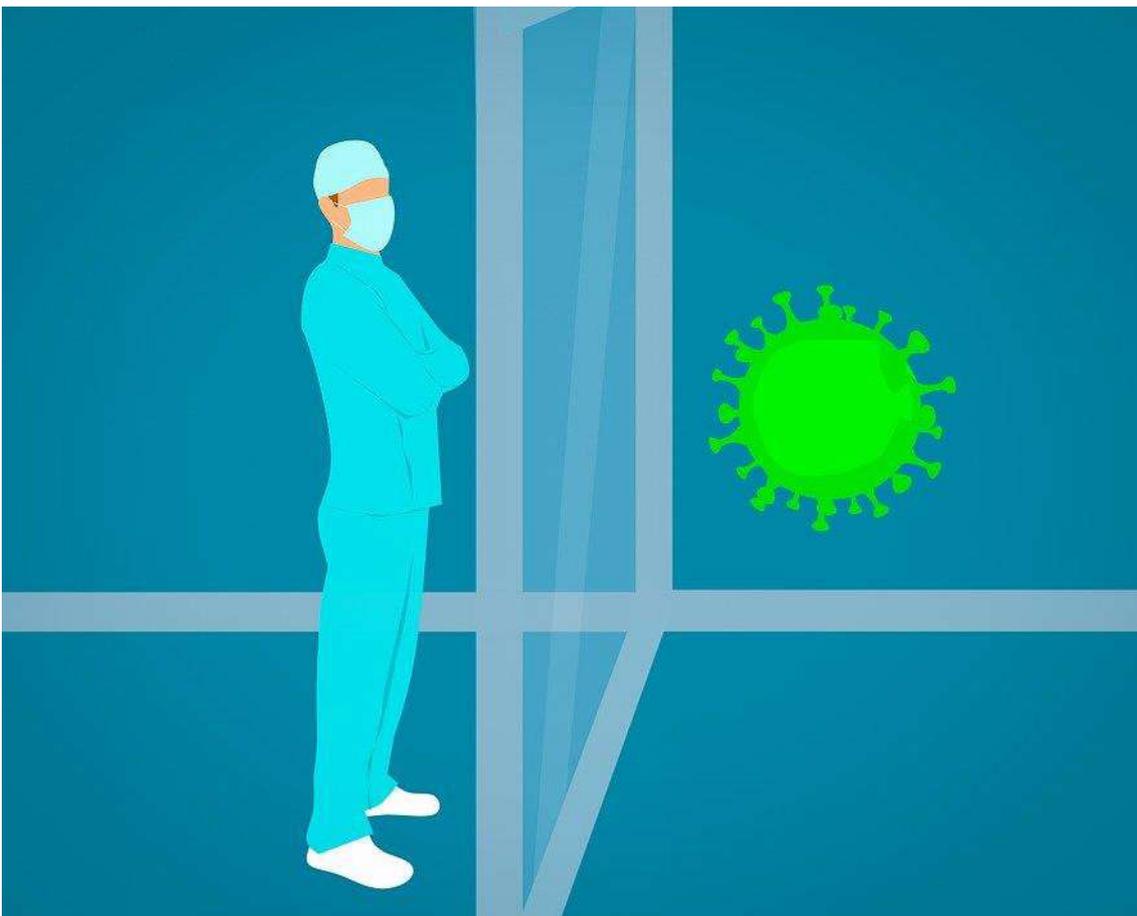
Ma Kluge ha sottolineato anche che, al di là del vaccino, se l'Europa e l'Asia centrale avessero il 95% di persone che indossano regolarmente le mascherine, si potrebbero comunque salvare fino a 188.000 vite del mezzo milione che potrebbe essere perso prima del febbraio 2022.

"Naturalmente – è stato anche detto in conferenza stampa - l'Europa come continente è altamente interconnessa, forse più di altre regioni, e questo potrebbe anche essere un fattore nel modo in cui si evolve la pandemia".

Kluge ha infine difeso l'uso del green pass, affermando che è uno "strumento verso la libertà individuale" e "non certo elemento di limitazione della libertà".

http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=99689

**Documenti Istituzionali,
Linee Guida,
Raccomandazioni**



Costruire sistemi sanitari resilienti per l'universale copertura sanitaria e la sicurezza sanitaria durante la pandemia di COVID-19 e oltre.

Summary

Nuova malattia da coronavirus (COVID-19) ha avuto un impatto ad ampio raggio su tutti aree della società, portando a battute d'arresto in guadagni di salute e sforzi per raggiungere copertura sanitaria universale (UHC). La deviazione delle risorse del sistema sanitario per affrontare la cura del COVID-19 ha portato a interruzione prolungata della salute essenziale Servizi. Nuove barriere alla domanda per l'assistenza sanitaria, come limitati movimenti, ridotta capacità di pagare e paura dell'infezione, hanno posto ulteriori e sfide senza precedenti, per dire niente della cruda realtà, in molti impostazioni, di prevenzione delle infezioni insufficiente forniture e capacità di test.

Il mondo non ha imparato dai precedenti epidemie e eccessiva dipendenza dalla reazione agli eventi nel momento in cui si verificano, piuttosto che su prevenzione e preparazione, ha significato che i paesi sono stati colti impreparati per una pandemia di questa velocità e portata.

Purtroppo ha colpito anche la pandemia popolazioni vulnerabili particolarmente difficili, e il COVID-19 ha esacerbato la preesistente disuguaglianze ancora di più.

UHC e sicurezza sanitaria sono obiettivi complementari; questa posizione carta fornisce una motivazione e consigli per costruire la resilienza e cercando l'integrazione tra promuovere l'UHC e garantire la salute sicurezza con i seguenti mezzi:

Recentemente indicato anche, da un punto di vista economico, come “beni comuni per la salute”, cfr.: Common beni per la salute. In: www.who.int [sito web]. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2020 (https://www.who.int/health-topics/common-goods-for-health#tab=tab_3, accesso 7 novembre 2020).

recupero e trasformazione di sistemi sanitari nazionali attraverso investimento nel pubblico essenziale funzioni sanitarie (EPHF) e the fondamenti del sistema sanitario, con un focus sull'assistenza sanitaria di base (PHC) e l'incorporazione della salute sicurezza;

- rischio di emergenza all-hazards gestione, per garantire e accelerare l'implementazione sostenibile del Regolamento Sanitario Internazionale (2005) (RSI 2005);
- approccio dell'intero governo a garantire il coinvolgimento della comunità e coinvolgimento di tutta la società.

Questo documento fornisce ai leader e ai politici a livello nazionale e locale con le seguenti raccomandazioni per il medio e lungo termine, posizionamento salute all'interno delle discussioni più ampie sulla ripresa socioeconomica e trasformazione:

1. Sfrutta la risposta attuale per rafforzare sia la pandemia preparazione e sistemi sanitari: questo include l'utilizzo dei risultati dell'intraazione e revisioni successive all'azione (IAR/AAR) e revisioni multisettoriali a informare gli investimenti sostenuti nella salute rafforzamento del sistema; identificare e mappatura delle risorse esistenti e debolezze nelle capacità di determinare i bisogni prioritari; in aggiornamento preparazione e risposta del paese piani e ripresa socioeconomica piani; incorporare politiche e pianificazione per la gestione dell'emergenza all'interno di sforzi più ampi per rafforzare sistemi sanitari; e garantendo una più ampia partecipazione delle parti interessate all'intra-azione e le revisioni successive all'azione alla base.

Un approccio alla salute.

2. Investire nella salute pubblica essenziale funzioni comprese quelle necessarie per tutti i rischi di emergenza gestione del rischio: questo include aumentare gli investimenti da affrontare lacune critiche nell'EPHF; condurre valutazioni della capacità EPHF e IHR nell'ambito delle revisioni multisettoriali di sistema sanitario e sanità pubblica capacità; rafforzare la salute e professionisti della sanità pubblica competenze nell'EPHF e loro ruolo nella gestione delle emergenze; e condurre un dialogo politico per promuovere l'inclusione di EPHF in strutture amministrative.

3. Costruire una solida assistenza sanitaria di base fondamento: questo include garantire forte impegno politico e leadership per mettere la PHC al centro degli sforzi per raggiungere l'UHC, la sicurezza sanitaria e le Nazioni Unite Sostenibili obiettivi di sviluppo; implementazione pianificazione dei servizi sanitari e modalità organizzative che promuovono cure primarie di qualità e incentrate sulle persone e l'EPHF al centro; garantendo qualità adeguata e sostenibile, livelli di competenza e distribuzione di un impegno e multidisciplinare forza lavoro PHC; garantire che la salute accordi di finanziamento del sistema che dai priorità ai servizi essenziali e al PHC appropriatamente; e investire in sicurezza, sicuro, accessibile e sostenibile Strutture PHC che forniscono alta qualità.

Servizi.

4. Investi in istituzionalizzati meccanismi per l'intera società impegno: questo include rivedere i meccanismi esistenti per gli impegni dell'intera società; sviluppo istituzionale e strumenti legislativi per mobilitare tutto il governo e tutto le risorse della società; sostenendo, mainstreaming e monitoraggio l'intera società si avvicina a preparazione alle emergenze, risposta, servizi sanitari essenziali e recupero sforzi; sviluppare la forza lavoro sanitaria capacità di coinvolgimento con e emancipazione della popolazione; adattare le politiche e la pianificazione con monitoraggio e responsabilità, sostenuta dalla legislazione nazionale, a affidare il ruolo e il sostegno a overni locali; e sostenere meccanismi globali per garantire accesso equo ai prodotti in quantità limitata la fornitura.

5. Creare e promuovere l'abilitazione ambienti per la ricerca, innovazione e apprendimento: questo include l'abilitazione normativa ambienti; mantenimento e adattare modelli innovativi implementato durante la pandemia comprendente l'infodemia; fornendo supporto normativo per facilitare l'internazionale e informazioni all'interno del paese gestione, condivisione dei dati e coordinazione; e promuovere la ricerca, innovazione e apprendimento in tutti i rischi gestione del rischio di emergenza e resilienza del sistema sanitario.

6. Aumentare domestico e globale investimenti nel sistema sanitario fundamenta e all-hazards gestione del rischio di emergenza: questo include l'identificazione delle capacità esistenti per determinare le esigenze a lungo termine rafforzamento del sistema sanitario per mantenere la salute essenziale e sociale servizi anche non trasmissibili malattie e salute mentale e preparazione alle emergenze sanitarie; creare legislazione e politica quadri per aumentare e sostenere i requisiti fondamentali per sistemi sanitari ed emergenza preparazione; dare priorità agli investimenti e finanziamenti per la sanità pubblica e sicurezza sanitaria con considerazione per paesi soggetti a prolungata instabilità e fragili sistemi e governance, sulla base delle lacune di capacità individuate e lezioni imparate; compreso l'investimento nei sistemi sanitari, resilienza e preparazione alle emergenze del agenda per la cooperazione regionale pianificazione degli investimenti degli enti; e facendo leva sugli investimenti nel settore non sanitario settori a sostegno del rafforzamento della capacità di sanità pubblica.

7. Affrontare le disuguaglianze preesistenti e l'impatto sproporzionato di COVID-19 sugli emarginati e popolazioni vulnerabili: questo include garantire l'accesso a assistenza sanitaria sicura e di alta qualità da mobilitare fondi pubblici aggiuntivi e salvaguardare ed estendere copertura della tutela della salute e meccanismi di erogazione dell'assistenza sanitaria; garantire coinvolgimento, partecipazione e considerazioni sui vulnerabili gruppi socioeconomici; supporto protezione finanziaria per i vulnerabili popolazioni perseguendo il sociale politiche di protezione per garantire il reddito sicurezza; monitoraggio delle disuguaglianze in salute e accesso all'assistenza sanitaria informare le politiche, la pianificazione e investimento; e, nella fragilità, conflitto e violenza (FCV), esplorando preoccupazioni comuni, sfide e opportunità per rafforzare il triplo nesso FCV, definito come promozione strategica e operativa connessioni tra sviluppo e programmazione umanitaria e collegamento con la costruzione della pace.

L'OMS collaborerà con i suoi Stati membri, Nazioni Unite e altri partner per supportare l'attuazione di quanto sopra raccomandazioni, nell'ambito di il quadro delle Nazioni Unite per l'immediato Risposta socio-economica a COVID-19. A livello nazionale, il ruolo degli uffici nazionali dell'OMS sarà fondamentale, rafforzare il multisettoriale, governato ripresa socioeconomica e processi di trasformazione. Chi lo farà sostenere anche i ministeri della salute in riunire altri ministeri competenti, partner, società civili, volontariato settori (sia profit che non for profit), per promuovere l'agenda sanitaria e mobilitazione delle risorse per la PHC, EPHF e preparazione alle emergenze.

Questo completerà e, dove appropriato, essere integrato con preparazione alla pandemia in corso e pianificazione della risposta.

CHI sfrutterà le lezioni imparato da COVID-19 e adottare buone abitudini. Andando avanti, rivedrà e migliorerà l'esistente meccanismi di valutazione, monitoraggio e rendicontazione del paese capacità e progresso. CHI continuerà a supportare le strategie per affrontare i fondamenti critici debolezze dei sistemi sanitari in paesi con impostazioni FCV.

Per leggere il documento integrale andare su: <https://www.who.int/>

Manovra. Confermati aumento del fondo sanitario e delle misure per stabilizzazione precari. Sale all'8% il tetto della farmaceutica ospedaliera (434 mln in più) e si stabilizza al 10% l'incremento della spesa per il personale del Ssn.

Luciano Fassari e Giovanni Rodriguez

Ci dovremmo essere. Dopo due settimane di attesa, dal 28 ottobre scorso quando il ddl Bilancio 2022 era stato approvato in Cdm, il testo della manovra dovrebbe ormai essere pronto per la bollinatura e poi per la firma del Capo dello Stato. Anticipiamo qui l'ultima bozza con molte conferme e altrettante novità: dal bonus per il personale dei Ps, alla stabilizzazione dei precari. Ma anche soldi per la sanità privata per smaltire le liste di attesa, la definizione per la prima volta di "livelli essenziali delle prestazioni sociali per le persone non autosufficienti" e poi l'Iva al 10% per gli assorbenti femminili.

Pronta una nuova bozza del Ddl di Bilancio 2022 dopo il lavoro di queste due settimane trascorse dall'approvazione in Cdm lo scorso 28 ottobre. Il testo dovrebbe essere ormai stato limato nei particolari e si attende la bollinatura della Ragioneria e poi la firma di Mattarella che consentirà la trasmissione al Senato dove si avvierà l'esame parlamentare da concludersi entro fine anno.

Per la sanità si confermano le misure già anticipate da Palazzo Chigi al momento della approvazione: 2 miliardi in più al Fsn per ciascuno degli anni 2022-2024, un altro miliardo e 850 milioni per farmaci e vaccini Covid e poi stabilizzazione precari assunti durante l'emergenza e più contratti di specializzazione per i medici. Confermata anche l'anticipazione di qualche giorno fa sui 90 milioni di incentivi (27 ai medici e 63 agli altri operatori) per chi lavora nei servizi di pronto soccorso, come confermata è la proroga delle Usca anti Covid fino al 30 giugno 2022.

Poi molte novità tra le quali spicca l'aumento del tetto di spesa della farmaceutica per acquisti diretti (ospedaliera e Asl) che passa dall'attuale 7,65% all'8% nel 2022 per salire all'8,15% nel 2023 e arrivare all'8,30% nel 2024. Il tetto della convenzionata (farmacie) resta invece al 7% come resta allo 0,20% quello per i gas medicinali. Complessivamente quindi il tetto della farmaceutica sale, dal 14,85% attuale, al 15,20% nel 2022 e poi al 15,35% nel 2023 e al 15,50% a fine triennio. Con questo incremento la farmaceutica ospedaliera potrà contare su un budget di circa 434 milioni in più nel 2022.

Altre novità per l'edilizia sanitaria che acquisisce altri 2 miliardi per finanziare il piano di ammodernamento della rete, e si fissa al 10% l'incremento annuale della spesa per il personale del Ssn oggi previsto in tale misura solo fino al 2021.

Poi un fondo ad hoc per il coinvolgimento della sanità privata per favorire lo smaltimento delle liste di attesa accumulate durante i due anni di Covid.

Ma poi ci sono molte norme sparse in manovra in titoli diversi da quello dedicato specificatamente alla sanità con misure di interesse per sanità e sociale: dall'abbassamento al 10% dell'Iva sugli assorbenti femminili a un fondo per la promozione dell'insegnamento dell'educazione motoria con personale specializzato nelle scuole primarie (quarta e quinta classe).

Poi nuove norme per le lavoratrici madri e per i congedi di paternità e molte misure per la disabilità in diversi campi e settori.

Ma forse la novità più significativa è la definizione dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali per la non autosufficienza costituiti "dagli interventi, dai servizi, dalle attività e dalle prestazioni integrate che la Repubblica assicura, con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità".

Ma vediamo la sintesi articolo per articolo di tutte queste norme e delle molte altre comprese nel testo:

Articolo 88 (Incremento Fondo sanitario nazionale)

Si conferma l'incremento del Fondo Sanitario Nazionale di 2 miliardi l'anno per tre anni che porta lo stanziamento per il 2022 a quota 124,061 miliardi; a 126,061 miliardi per il 2023 e a 128,061 miliardi per il 2024.

Cresce anche il Fondo destinato all'acquisto di farmaci innovativi. Questo verrà incrementato di 100 milioni di euro per l'anno 2022, di 200 milioni di euro per l'anno 2023 e di 300 milioni di euro a decorrere dall'anno 2024.

Al fine di aumentare il numero dei contratti di formazione specialistica dei medici che il ministro Franco ha chiarito saranno stabilizzati al numero di 12mila posti l'anno per garantire il fabbisogno di specialisti in modo stabile, viene autorizzata l'ulteriore spesa di 194 milioni di euro per l'anno 2022, 319 milioni di euro per l'anno 2023, 347 milioni di euro per l'anno 2024, 425 milioni di euro per l'anno 2025, 517 milioni di euro per l'anno 2026 e 543 milioni di euro a decorrere dall'anno 2027.

Articolo 89 (Finanziamento del Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale 2021-2023)

Vengono stanziati 200 milioni di euro per l'implementazione delle prime misure previste dal Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (**PanFlu**) 2021-2023, che saliranno a 350 milioni nel 2023.

Articolo 90 (Risorse per vaccini anti Sars-CoV-2 e per farmaci per la cura del Covid-19 e Continuità operativa del sistema di allerta Covid)

Viene incrementato di 1.850 milioni di euro per l'anno 2022 il fondo per l'acquisto dei vaccini anti Sars-CoV-2 e dei farmaci per la cura dei pazienti con Covid-19. L'utilizzo dell'applicazione e della piattaforma Immuni, nonché ogni trattamento di dati personali effettuato saranno interrotti alla data di cessazione dello stato di emergenza, e comunque non oltre il 31 dicembre 2022, ed entro la medesima data tutti i dati personali trattati devono essere cancellati o resi definitivamente anonimi.

Articolo 91 (Edilizia sanitaria)

Il finanziamento del programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico viene incrementato di ulteriori 2 miliardi di euro.

Al fine di costituire una scorta nazionale di dispositivi di protezione individuale (DPI), di mascherine chirurgiche, di reagenti e di kit di genotipizzazione, in coerenza con quanto previsto nel Piano strategico operativo nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023, è autorizzata la spesa di 860 milioni di euro a valere sul finanziamento del programma di edilizia sanitaria vigente. Per consentire lo sviluppo di sistemi informativi utili per la sorveglianza epidemiologica e virologica, nonché per l'acquisizione di strumentazioni utili a sostenere l'attività di ricerca e sviluppo correlata ad una fase di allerta pandemica, in coerenza con quanto previsto nel Piano strategico operativo nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023, è autorizzata la spesa di 42 milioni di euro a valere sul finanziamento del programma di edilizia sanitaria vigente.

Articolo 92 (Proroga dei rapporti di lavoro flessibile e stabilizzazione del personale del ruolo sanitario)

Al fine di rafforzare strutturalmente i servizi sanitari regionali anche per il recupero delle liste d'attesa e di consentire la valorizzazione della professionalità acquisita dal personale che ha prestato servizio anche durante la predetta emergenza, gli enti del Servizio sanitario nazionale, nei limiti di spesa consentiti:

a) verificata l'impossibilità di utilizzare personale già in servizio, nonché di ricorrere agli idonei collocati in graduatorie concorsuali in vigore, possono avvalersi, anche nell'anno 2022, di medici specializzandi non oltre il 31 dicembre 2022;

b) possono assumere a tempo indeterminato, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di personale, il personale del ruolo sanitario e gli operatori socio sanitari che siano stati reclutati a tempo determinato con procedure concorsuali, e che abbiano maturato al 30 giugno 2022 alle dipendenze di un ente del servizio sanitario nazionale almeno 18 mesi di servizio, anche non continuativi, di cui almeno 6 mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e il 30 giugno 2022, secondo criteri di priorità definiti da ciascuna regione. Alle iniziative di stabilizzazione del personale assunto mediante procedure diverse da quelle sopra indicate si provvede previo espletamento di prove selettive.

Viene modificato l'articolo 11 del DL 35/2019 stabilendo che la spesa per il personale sanitario, a livello regionale, possa essere incrementata di un importo pari al 10% dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente, stabilizzando così tale incremento che attualmente era previsto solo fino al 2021 per poi scendere al 5%.

Si stabilisce inoltre che dal 2022 l'ulteriore incremento del 5% (già previsto dall'attuale normativa) sarà subordinato all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale. Entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni, su proposta dell'Agenas, nel rispetto del valore complessivo della spesa di personale del Servizio sanitario nazionale, adotta con decreto la suddetta metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale. Le regioni sulla base della predetta metodologia predispongono il piano dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale che sono valutati e approvati dal tavolo di verifica degli adempimenti.

Articolo 93 (Rafforzamento dell'assistenza territoriale, dell'attività di prevenzione contro i tumori, nonché modifiche all'articolo 7 del decreto legislativo C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233)

Al fine di assicurare l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Pnrr per il potenziamento dell'assistenza territoriale, con riferimento ai maggiori oneri per spesa di personale dipendente, da reclutare anche in deroga ai vincoli in materia di spesa di personale previsti dalla legislazione vigente limitatamente alla spesa eccedente i predetti vincoli e, per quello convenzionato, è autorizzata la spesa massima di 90,9 milioni per l'anno 2022, 150,1 milioni per l'anno 2023, 328,3 milioni per l'anno 2024, 591,5 milioni per l'anno 2025 e 1.015,3 milioni a decorrere dall'anno 2026 a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

Al fine di sostenere le fondamentali attività di prevenzione oncologica della Lega italiana per la lotta contro i tumori (Lilt) nonché delle connesse attività di natura socio-sanitaria e riabilitativa è riconosciuto alla medesima Lega un contributo pari a 2 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2022.

Alle Federazioni nazionali degli Ordini professionali sono attribuiti non solo i compiti di indirizzo e coordinamento e di supporto amministrativo agli Ordini e alle Federazioni regionali, ove costituite, nell'espletamento dei compiti e delle funzioni istituzionali; ma anche l'organizzazione e gestione di una rete unitaria di connessione, interoperabilità e software alla quale i predetti Ordini e Federazioni regionali obbligatoriamente aderiscono concorrendo ai relativi oneri.

Articolo 94 (Disposizioni in materia di liste di attesa Covid)

Le Disposizioni in materia di liste di attesa e utilizzo flessibile delle risorse previste dalla legge 106/2021 vengono prorogate fino al 31 dicembre 2022. Le Regioni possono coinvolgere anche le strutture private accreditate per un ammontare non superiore all'importo complessivo su base nazionale pari a 150 milioni di euro eventualmente incrementabile sulla base di specifiche esigenze regionali, nel limite della autorizzazione di spesa per complessivi 500 milioni di euro, a valere sul livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2022.

Articolo 95 (Aggiornamento tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera)

Al fine di aggiornare le valutazioni inerenti l'appropriatezza e il sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dal Servizio sanitario nazionale, si provvede all'aggiornamento entro il 30 giugno 2023 con Decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero ordinario e diurno a carico del Servizio sanitario nazionale congiuntamente all'aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera. Le predette tariffe massime come aggiornate con il decreto di cui al primo periodo costituiscono limite tariffario invalicabile per le prestazioni rese a carico del Servizio sanitario nazionale e sono aggiornate dal Ministero della salute ogni due anni con la medesima procedura di cui al primo periodo.

Articolo 96 (Tetti di spesa farmaceutica)

Il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti è rideterminato nella misura dell'8 per cento per l'anno 2022 (oggi è fissato 7,65%), dell'8,15 per cento per l'anno 2023 e dell'8,30 per cento a decorrere dall'anno 2024. Resta fermo il valore percentuale del tetto per acquisti diretti di gas medicinali (0,20%). Resta invariato il limite della spesa farmaceutica convenzionata nel valore del 7 per cento. Conseguentemente il tetto complessivo della spesa farmaceutica è rideterminato nel 15,20% per cento per l'anno 2022 (oggi è il 14,85%), nel 15,35 per cento nell'anno 2023 e nel 15,50 per cento a decorrere dall'anno 2024.

Queste percentuali possono essere annualmente rideterminate, fermi restando i valori complessivi, in sede di predisposizione del disegno di legge di bilancio, su proposta del Ministero della salute, sentita l'Aifa, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze, sulla base dell'andamento del mercato dei medicinali e del fabbisogno assistenziale.

L'attuazione di nuovi tetti è subordinata all'aggiornamento annuale da parte dell'Aifa dell'elenco dei farmaci rimborsabili dal Ssn, sulla base dei criteri di costo e di efficacia e all'allineamento dei prezzi dei farmaci terapeuticamente sovrapponibili, nel rispetto dei criteri determinati da Aifa previo parere della Cts, da effettuarsi entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello di riferimento.

Articolo 97 (Deroga alla disciplina dei tetti di spesa per l'acquisto di dispositivi medici in ragione dell'emergenza Covid)

I dispositivi medici correlati alle azioni di contenimento e contrasto alla pandemia da Sars-CoV-2, di cui all'elenco "Acquisti di dispositivi e attrezzature per il contrasto all'emergenza Covid-19" presente sul sito istituzionale della Presidenza del Consiglio dei ministri, acquistati dalle regioni e province autonome, non sono considerati, per gli anni 2020 e 2021, ai fini del computo del tetto di spesa di cui all'articolo 9-ter del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125 (razionalizzazione della spesa per beni e servizi, dispositivi medici e farmaci).

Articolo 98 (Finanziamento di 200 mln per aggiornamento Lea)

A decorrere dall'anno 2022, per l'aggiornamento dei Lea viene finalizzato un importo di 200 milioni di euro, a valere sulla quota indistinta del fabbisogno sanitario standard nazionale.

Articolo 99 (Ripartizione quote premiali a valere sulle risorse previste per il finanziamento del Ssn)

Viene estesa anche per l'anno 2022 la misura transitoria per il riparto delle risorse del Fondo sanitario destinata alle quote premiali delle Regioni

Articolo 100 (Proroghe assunzione psicologi, personale per servizi Neuropsichiatria e Fondo benessere psicologico)

Prevista la proroga fino al 31 dicembre 2022 per l'utilizzo forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa per il reclutamento di professionisti sanitari e di assistenti sociali per i servizi i servizi territoriali e ospedalieri di Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza. La spesa è quantificata in 8 mln di euro.

Prorogata fino al 31 dicembre 2022 anche la possibilità di conferire incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, a psicologi, regolarmente iscritti al relativo albo professionale, allo scopo di assicurare le prestazioni psicologiche, anche domiciliari, a cittadini, minori ed operatori sanitari, nonché di garantire le attività previste dai Lea. La spesa complessiva annua di 19.932.000 euro. Conseguentemente il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è incrementato di 19.932.000 euro per l'anno 2021, mentre per l'anno 2022 alla spesa di 19.932.000 euro si provvede a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per il medesimo anno.

Viene poi rifinanziato anche per il 2022 l'apposito Fondo destinato alla promozione del benessere della persona facilitando l'accesso ai servizi psicologici delle fasce più deboli della popolazione, con priorità per i pazienti affetti da patologie oncologiche ed i ragazzi in età scolare. La somma è pari a 10 milioni di euro annui per l'anno 2022, se si provvede mediante corrispondente riduzione del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato.

Tutte queste misure erano state previste dal DI 73/2021.

Articolo 101 (Indennità di pronto soccorso dirigenza medica e personale del comparto sanità)

Per il **personale dipendente che lavora nei Pronto soccorso** viene prevista un'indennità accessoria dal 1° gennaio 2022 in ragione dell'effettiva presenza in servizio. La misura vale in totale 90 mln di euro e sarà a valere sul Fondo sanitario 2022. Nello specifico si prevede che nell'ambito dei rispettivi contratti collettivi nazionali di lavoro è definita, nei limiti degli importi annui lordi di 27 milioni di euro per la dirigenza medica e di 63 milioni di euro per il personale del comparto sanità.

Articolo 102 (Proroga Usca)

La misura prevede la proroga delle Unità speciali di continuità assistenziale fino al 30 giugno 2022, nei limiti di spesa per singola regione e provincia autonoma Il costo viene stimato in 105 mln a valere sul Fondo sanitario 2022.

In Manovra sono poi previste anche altre misure d'interesse socio sanitario

Articolo 3 (Differimento al 2023 per l'efficacia delle disposizioni relative a sugar tax e plastic tax)

La misura sposta al 1° gennaio 2023 l'entrata in vigore delle tasse su plastica e bevande zuccherate 1. All'articolo 1, della legge 27 dicembre 2019, n. 160, sono apportate le seguenti modificazioni:

Articolo 4 (Aliquota IVA al 10% per i prodotti per l'igiene femminile non compostabili)

L'Iva per gli assorbenti e i tamponi scende dal 22% al 10%.

Articolo 33 (Congedo di paternità esteso a 10 giorni)

Dal 2021 il congedo per i padri sale da 7 a 10 giorni.

Articolo 35 (Decontribuzione lavoratrici madri)

In via sperimentale, per l'anno 2022, è riconosciuto nella misura del 50 per cento l'esonero per un anno del versamento dei contributi previdenziali a carico delle lavoratrici madri dipendenti del settore privato a

decorrenza dal rientro nel posto di lavoro dopo la fruizione del congedo obbligatorio di maternità e per un periodo massimo di un anno a decorrere dalla data del predetto rientro. Resta ferma l'aliquota di computo delle prestazioni pensionistiche.

Articolo 36 (Finanziamento del Fondo per il sostegno alla parità salariale di genere)

Viene confermato il finanziamento di 2 mln del fondo per il 2022 e a decorrere dal 2023 viene previsto un finanziamento di 52 milioni di euro l'anno.

Articolo 37 (Piano strategico nazionale per le politiche per la parità di genere)

La norma prevede l'adozione di un Piano strategico nazionale per la parità di genere con l'obiettivo di individuare buone pratiche per combattere gli stereotipi di genere, colmare il divario di genere nel mercato del lavoro, raggiungere la parità nella partecipazione ai diversi settori economici, affrontare il problema del divario retributivo e pensionistico e colmare il divario e conseguire l'equilibrio di genere nel processo decisionale. Per il finanziamento del Piano, il Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità è incrementato di 5 milioni di euro a decorrere dal 2022.

Per la realizzazione del Piano sono istituiti presso il Dipartimento per le pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri una Cabina di regia interistituzionale e un Osservatorio nazionale per l'integrazione delle politiche per la parità di genere.

L'Osservatorio nazionale per l'integrazione delle politiche per la parità di genere è costituito da esperti nominati dal Presidente del Consiglio o dall'Autorità politica dallo stesso delegata, anche su designazione delle Regioni, dell'Associazione Nazionale Comuni Italiani e dell'Unione delle Province d'Italia. Ne fanno parte i rappresentanti delle Associazioni impegnate sul tema della parità di genere e delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative su scala nazionale.

Ne fa altresì parte un rappresentante della Rete nazionale dei Comitati Unici di Garanzia, dell'Istituto Nazionale di Statistica, dell'Istituto di Ricerche sulla popolazione e le politiche Sociali del Consiglio Nazionale delle Ricerche, del Ministero dell'economia e delle finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato e della Conferenza dei rettori delle Università italiane (C.R.U.I.).

Competono all'Osservatorio le funzioni di monitoraggio, analisi, studio e proposta dei possibili strumenti per dare attuazione alle indicazioni contenute nel Piano, valutandone l'impatto al fine di migliorarne l'efficacia e integrarne gli strumenti.

Ai componenti dell'Osservatorio non spettano compensi, gettoni di presenza, rimborsi di spese o altri emolumenti comunque denominati.

Al fine di realizzare un sistema nazionale di certificazione della parità di genere che accompagni e incentivi le imprese ad adottare policy adeguate a ridurre il gap di genere in relazione alle opportunità di crescita in azienda, parità salariale a parità di mansioni, politiche di gestione delle differenze di genere e tutela della maternità, l'Osservatorio si avvale di un Tavolo di lavoro sulla "certificazione di genere alle imprese".

Ai componenti del Tavolo di lavoro permanente non spettano compensi, gettoni di presenza, rimborsi di spese o altri emolumenti comunque denominati.

Con uno o più decreti del Presidente del Consiglio o dell'Autorità politica delegata, sono disciplinati la composizione, il funzionamento e i compiti dell'Osservatorio nazionale per le politiche per la parità di genere. Con decreto del Presidente del Consiglio o dell'Autorità politica delegata sono altresì stabiliti i parametri minimi per il conseguimento della certificazione della parità di genere, con particolare riferimento alla retribuzione corrisposta e alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, nonché di coinvolgimento delle rappresentanze sindacali aziendali e delle consigliere e dei consiglieri territoriali e regionali di parità nel controllo e nella verifica del rispetto dei requisiti necessari al loro mantenimento.

Articolo 38 (Disposizioni in materia di Piano strategico nazionale contro la violenza di genere)

La misura ridefinisce obiettivi e procedure per la stesura del Piano strategico nazionale contro la violenza di genere. Il Piano, avrà l'obiettivo di garantire azioni omogenee nel territorio nazionale, persegue le seguenti

finalità:

- a) prevenire il fenomeno della violenza contro le donne attraverso l'informazione e la sensibilizzazione della collettività, rafforzando la consapevolezza degli uomini e dei ragazzi nel processo di eliminazione della violenza contro le donne e nella soluzione dei conflitti nei rapporti interpersonali;
- b) sensibilizzare gli operatori dei settori dei media per la realizzazione di una comunicazione e informazione, anche commerciale, rispettosa della rappresentazione di genere e, in particolare, della figura femminile anche attraverso l'adozione di codici di autoregolamentazione da parte degli operatori medesimi;
- c) promuovere un'adeguata formazione del personale della scuola alla relazione e contro la violenza e la discriminazione di genere e promuovere, nell'ambito delle indicazioni nazionali per il curricolo della scuola dell'infanzia e del primo ciclo di istruzione, delle indicazioni nazionali per i licei e delle linee guida per gli istituti tecnici e professionali, nella programmazione didattica curricolare ed extracurricolare delle scuole di ogni ordine e grado, la sensibilizzazione, l'informazione e la formazione degli studenti al fine di prevenire la violenza nei confronti delle donne e la discriminazione di genere, anche attraverso un'adeguata valorizzazione della tematica nei libri di testo;
- d) potenziare le forme di assistenza e di sostegno alle donne vittime di violenza e ai loro figli attraverso modalità omogenee di rafforzamento della rete dei servizi territoriali, dei centri antiviolenza e dei servizi di assistenza alle donne vittime di violenza;
- e) garantire la formazione di tutte le professionalità che entrano in contatto con fatti di violenza di genere o di stalking;
- f) accrescere la protezione delle vittime attraverso il rafforzamento della collaborazione tra tutte le istituzioni coinvolte;
- g) promuovere lo sviluppo e l'attivazione, in tutto il territorio nazionale, di azioni, basate su metodologie consolidate e coerenti con linee guida appositamente predisposte, di recupero e di accompagnamento dei soggetti responsabili di atti di violenza nelle relazioni affettive, al fine di favorirne il recupero e di limitare i casi di recidiva;
- h) prevedere una raccolta strutturata e periodicamente aggiornata, con cadenza almeno annuale, dei dati del fenomeno, ivi compreso il censimento dei centri antiviolenza, anche attraverso il coordinamento delle banche di dati già esistenti;
- i) prevedere specifiche azioni positive che tengano anche conto delle competenze delle amministrazioni impegnate nella prevenzione, nel contrasto e nel sostegno delle vittime di violenza di genere e di stalking e delle esperienze delle associazioni che svolgono assistenza nel settore;
- l) definire un sistema strutturato di governance tra tutti i livelli di governo, che si basi anche sulle diverse esperienze e sulle buone pratiche già realizzate nelle reti locali e sul territorio».

Al fine di definire un sistema strutturato di governance tra tutti i livelli di governo, sono istituiti presso il Dipartimento per le pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri una Cabina di regia interistituzionale e un Osservatorio sul fenomeno della violenza nei confronti delle donne e sulla violenza domestica.

Per il finanziamento del Piano il Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità è incrementato di 5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2022.

Articolo 41 (Anno europeo dei giovani e Fondo per la prevenzione e il contrasto delle dipendenze tra le giovani generazioni)

Ai fini della celebrazione, nell'anno 2022, dell'Anno europeo dei giovani, è autorizzata la spesa di 5 milioni di euro per il medesimo anno, per la realizzazione di iniziative di valenza nazionale ispirate ai principi guida della strategia dell'Unione europea per la gioventù e volte a favorire l'attivazione e la più ampia partecipazione dei giovani. Con decreto del Ministro per le politiche giovanili sono stabiliti gli indirizzi e i criteri nonché le modalità di utilizzo delle risorse del fondo.

Inoltre in considerazione delle conseguenze causate dall'emergenza epidemiologica da Covid - 19, è istituito il Fondo di intervento per la prevenzione e il contrasto delle dipendenze tra le giovani generazioni. Il Fondo è destinato a finanziare la realizzazione di progetti a valenza ed impatto nazionale in materia di prevenzione e contrasto delle dipendenze comportamentali e da sostanze nelle giovani generazioni. All'attuazione dei progetti possono concorrere i servizi pubblici, gli enti di ricerca pubblici e privati, le università e gli enti del privato sociale. Al fine di dare immediato impulso alle prime attività progettuali, la dotazione finanziaria del Fondo è costituita con 2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2022 e 2023. Entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro delle politiche giovanili sono stabiliti i criteri e le modalità per l'utilizzazione delle risorse del fondo.

Articolo 43 (Livelli essenziali delle prestazioni sociali per la non autosufficienza)

Vengono definiti i livelli essenziali delle prestazioni sociali, di seguito LEPS, che sono costituiti dagli interventi, dai servizi, dalle attività e dalle prestazioni integrate che la Repubblica assicura, con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità.

Mediante apposita intesa in sede di Conferenza Unificata su iniziativa del Ministro del lavoro e delle politiche sociali di concerto con il Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze si provvede alla definizione delle linee guida per l'attuazione e per l'adozione di atti di programmazione integrata, garantendo l'omogeneità del modello organizzativo degli ambiti territoriali sociali e la ripartizione delle risorse assegnate dallo Stato per il finanziamento dei LEPS.

Articolo 45 (Livelli essenziali delle prestazioni in materia di trasporto scolastico di studenti disabili)

Viene definito nell'ambito del Lep (che andranno in ogni caso definiti) un contributo destinato al trasporto scolastico per gli studenti disabili pari a 30 milioni di euro per l'anno 2022, a 50 milioni di euro per l'anno 2023, a 80 milioni di euro per l'anno 2024, a 100 milioni di euro per ciascuno degli anni 2025 e 2026 e a 120 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027.

Articolo 47 (Interventi per l'offerta turistica in favore di persone con disabilità)

Per sostenere lo sviluppo dell'offerta turistica rivolta alle persone con disabilità e favorire l'inclusione sociale e la diversificazione dell'offerta turistica, presso il Ministero del turismo è istituito un fondo con una dotazione pari a 6 milioni di euro per ciascuno degli anni 2022, 2023 e 2024, destinato alla realizzazione di interventi per l'accessibilità turistica delle persone con disabilità.

Articolo 48 (Fondo per le politiche in favore delle persone con disabilità)

Il "Fondo per la disabilità e la non autosufficienza" a decorrere dal 1° gennaio 2022, è denominato "Fondo per le politiche in favore delle persone con disabilità" ed è trasferito presso lo stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, al fine di dare attuazione a interventi legislativi in materia di disabilità finalizzati al riordino e alla sistematizzazione delle politiche di sostegno alla disabilità di competenza dell'autorità politica delegata in materia di disabilità. A tal fine, il predetto Fondo è incrementato di 50 milioni di euro annui dall'anno 2023 all'anno 2026.

Articolo 49 (Fondo per l'assistenza all'autonomia e alla comunicazione per gli alunni con disabilità)

Per il potenziamento dei servizi di assistenza all'autonomia e alla comunicazione per gli alunni con disabilità della scuola dell'infanzia, della scuola primaria e della scuola secondaria di primo e secondo grado, è istituito nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, per il successivo trasferimento al bilancio autonomo della presidenza del Consiglio dei ministri, un Fondo denominato "Fondo per l'assistenza all'autonomia e alla comunicazione per gli alunni con disabilità", con una dotazione di 100 milioni di euro a decorrere dal 2022. Il fondo è ripartito per la quota parte di 70 milioni in favore delle Regioni e degli enti territoriali con decreto del Ministro per le disabilità e del Ministro degli affari regionali e le autonomie, di

concerto con i Ministri dell'istruzione, dell'economia e delle finanze e dell'interno, previa intesa in sede di Conferenza Unificata da adottarsi entro il 30 giugno di ciascun anno, e per la quota parte di 30 milioni in favore dei Comuni con decreto del Ministro dell'interno e del Ministro per le disabilità, di concerto con i Ministri dell'istruzione e dell'economia e delle finanze, previa intesa in Conferenza Stato-città ed autonomie locali da adottarsi entro il 30 giugno di ciascun anno, nei quali sono individuati i criteri di ripartizione.

Articolo 50 (Fondo per l'inclusione delle persone con disabilità)

Viene finanziato anche per il 2022 e il 2023 il fondo con una dotazione annua di 50 mln di euro. Vengono inoltre aggiunte anche iniziative dedicate alle persone con disturbo dello spettro autistico.

Articolo 51 (Agevolazioni fiscali per lo sviluppo dello sport)

Al fine di favorire il diritto allo svolgimento dell'attività sportiva, tenuto conto dei contenuti sociali, educativi e formativi dello sport, con particolare riferimento alla fase post-pandemica in via sperimentale per gli anni 2022, 2023 e 2024, per le Federazioni Sportive Nazionali riconosciute dal Comitato Olimpico Nazionale Italiano, gli utili derivanti dall'esercizio di attività commerciale non concorrono a formare il reddito imponibile ai fini IRES e il valore della produzione netta ai fini dell'imposta sull'attività regionale, a condizione che in ciascun anno le Federazioni Sportive destinino almeno il 20 per cento degli stessi allo sviluppo, diretto o per il tramite dei soggetti componenti le medesime Federazioni, delle infrastrutture sportive, dei settori giovanili e della pratica sportiva dei soggetti con disabilità".

Per gli sgravi contributivi dello sport dilettantistico viene precisato che i fondi sono "50 milioni di euro anni per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023".

Per quanto riguarda la disciplina del credito d'imposta per le erogazioni liberali per interventi di manutenzione e restauro di impianti sportivi pubblici e per la realizzazione di nuove strutture sportive pubbliche si applica, limitatamente a favore dei soggetti titolari di reddito d'impresa, anche per l'anno 2022, nel limite complessivo di 13,2 milioni di euro.

Articolo 78 (Estensione temporale del sostegno in caso di maternità)

Alle lavoratrici che abbiano dichiarato, nell'anno precedente l'inizio del periodo di maternità, un reddito inferiore a 8.145 euro, incrementato del 100 per cento dell'aumento derivante dalla variazione annuale dell'indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie degli operai e impiegati, l'indennità di maternità è riconosciuta per ulteriori tre mesi a seguire dalla fine del periodo di maternità.

Articolo 109 (Insegnamento dell'educazione motoria nella scuola primaria)

Al fine di conseguire gli obiettivi del Piano nazionale di ripresa e resilienza e di promuovere nei giovani, fin dalla scuola primaria, l'assunzione di comportamenti e stili di vita funzionali alla crescita armoniosa, alla salute, al benessere psico-fisico e al pieno sviluppo della persona, riconoscendo l'educazione motoria quale espressione di un diritto personale e strumento di apprendimento cognitivo, nelle more di una complessiva revisione dell'insegnamento dell'educazione motoria nella scuola primaria, è introdotto gradualmente, l'insegnamento dell'educazione motoria nella scuola primaria nelle classi quarte e quinte da parte di docenti forniti di idoneo titolo di studio e la iscrizione nella correlata classe di concorso "Scienze motorie e sportive nella scuola primaria". L'introduzione dell'insegnamento dell'educazione motoria è prevista per la classe quinta a partire dall'anno scolastico 2022/2023 e per la classe quarta a partire dall'anno scolastico 2023/2024.

Articolo 155 (Istituzione del Fondo per l'attuazione del programma nazionale di controllo dell'inquinamento atmosferico)

Al fine di assicurare l'efficace attuazione del programma nazionale di controllo dell'inquinamento atmosferico, nonché di rispettare gli impegni di riduzione delle emissioni assunti dall'Italia, è istituito, nello

stato di previsione del Ministero della transizione ecologica, un apposito Fondo destinato a finanziare l'attuazione delle misure previste dal medesimo programma nazionale. Al Fondo è assegnata una dotazione pari a 50 milioni di euro nel 2023, 100 milioni di euro nel 2024, 150 milioni di euro nel 2025 e di 200 milioni di euro annui dal 2026 al 2035.

Articolo 169 (Accordi tra il Governo e le Autonomie Speciali in materia di finanza pubblica per gli anni 2022 e successivi e disposizioni di interpretazione autentica in materia di finanziamento della spesa sanitaria)

In applicazione dell'accordo tra il Governo e la regione Sardegna in materia di finanza pubblica per gli anni 2022 e successivi, il contributo alla finanza pubblica della regione Sardegna è rideterminato in 306,400 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2022. A decorrere dall'anno 2022 è attribuito alla regione Sardegna l'importo di 100 milioni di euro annui a titolo di concorso alla compensazione degli svantaggi strutturali derivanti dalla condizione di insularità.

In applicazione dell'accordo tra il Governo e la regione Siciliana in materia di finanza pubblica per gli anni 2022 e successivi, il contributo alla finanza pubblica della Regione è rideterminato in 800,80 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2022. A decorrere dall'anno 2022 è attribuito alla regione Sicilia l'importo di 100 milioni di euro annui a titolo di concorso alla compensazione degli svantaggi strutturali derivanti dalla condizione di insularità.

In attuazione dell'accordo in materia di finanza pubblica per gli anni 2022 e successivi tra il Governo, la regione Trentino Alto Adige e le province autonome di Trento e Bolzano, a decorrere dall'anno 2022 è attribuito a ciascuna provincia autonoma l'importo di 20 milioni di euro annui a titolo di restituzione delle riserve di cui all'articolo 1, comma 508, della legge 27 dicembre 2013, n. 147.

Il contributo alla finanza pubblica da parte del sistema integrato degli enti territoriali della regione Friuli Venezia Giulia è stabilito nell'ammontare di 432,7 milioni di euro per l'anno 2022, 436,7 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2023 al 2025 e 432,7 milioni di euro per l'anno 2026.

In attuazione dell'accordo tra il Governo e la regione Valle d'Aosta in materia di finanza pubblica per gli anni 2022 e successivi, a decorrere dall'anno 2022 il contributo dovuto dalla regione quale concorso al pagamento degli oneri del debito pubblico di cui all'articolo 1, comma 877, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, è rideterminato in 82,246 milioni di euro annui.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=99837

Disegno di legge di bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024

<http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato6712388.pdf>



CORTE DEI CONTI

SEZIONE DELLE AUTONOMIE

AUDIZIONE DELLA CORTE DEI CONTI

STATO DI ATTUAZIONE DEL FEDERALISMO FISCALE, PROSPETTIVE E PIANO NAZIONALE DI
RIPRESA E RESILIENZA

INDICE

1 PARTE PRIMA	5
1.1 Lo stato di attuazione del federalismo fiscale	5
1.2 Il percorso autonomistico negli indici di bilancio	8
2 PARTE SECONDA	12
2.1 Il ruolo delle autonomie nell'attuazione del PNRR	12
3 CONCLUSIONI	17

APPENDICE

APPROFONDIMENTI TEMATICI E TABELLE	21
La dinamica della spesa per gli investimenti dei Comuni	21
Tabelle Enti locali — Indicatori entrate/spese	31
Fondo di Solidarietà Comunale	34
Tabelle Regioni — Indicatori entrate/spese	35

3 CONCLUSIONI

Per dare nuovo impulso al percorso del federalismo fiscale è necessario procedere con l'attuazione della legge delega del 2009, che resta in gran parte inattuata, principalmente per la sua coincidenza temporale con la grande crisi finanziaria del 2008.

Superato il periodo emergenziale nel quale sono stati attivati importanti interventi di sostegno agli enti mediante trasferimenti, il percorso attuativo del federalismo fiscale dovrebbe ricevere una nuova spinta. Tuttavia, anche durante il biennio della crisi si sono registrati significativi sviluppi per gli enti locali, mentre il modello per le Regioni fondato sul d.lgs. n. 68 ha segnato il passo.

Il completamento del federalismo fiscale, specie per la componente regionale, è incluso nel PNRR tra le “riforme abilitanti”, i relativi interventi normativi dovrebbero essere realizzati entro il primo semestre del 2026. Le questioni che sino ad ora hanno reso difficile questo percorso risiedono in gran parte nelle condizioni propedeutiche e in particolare nella definizione dei livelli essenziali nelle prestazioni (LEP) legate ai diritti di cittadinanza per le funzioni comunali e regionali extra-sanitarie e la connessa determinazione dei fabbisogni standard che sono a fondamento del sistema di perequazione, che a sua volta costituisce un importante riferimento nell’ambito all’attuazione del PNRR.

Il superamento della descritta situazione di *impasse* passa attraverso la realizzazione di due obiettivi di fondo. Il primo riguarda lo sviluppo del sistema economico locale in maniera da generare crescita e conseguente ampliamento delle basi imponibili, in tale direzione si muovono le politiche di rilancio degli investimenti a partire dal 2017, focalizzate su importanti obiettivi come quelli della rigenerazione del territorio, della riqualificazione delle periferie, del risanamento del territorio interessato dal dissesto idrogeologico, dagli interventi nel settore dell’edilizia scolastica, che costituiscono anche obiettivi specifici del piano di ripresa e resilienza. L’altro obiettivo riguarda la realizzazione di un sistema di perequazione sorretto dall’intervento verticale che serva a colmare i *gap* di capacità fiscali.

È necessario, pertanto, potenziare i positivi interventi attivati negli ultimi due anni¹⁸, completare il processo di individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni e attivare adeguate risorse statali per rendere possibile la perequazione.

In questo quadro particolare attenzione va rivolta alle aree interne e alla quantificazione dei fabbisogni monetari insoddisfatti, come è stato fatto per gli asili nido dalla Commissione Tecnica per i Fabbisogni Standard.

La riforma del sistema fiscale nazionale in atto dovrebbe coinvolgere anche gli assetti della finanza decentrata, anche se il disegno di legge delega dal Governo non interviene specificamente sui tributi locali.

In tale ambito sarà importante che gli interventi di revisione della fiscalità decentrata valorizzino gli spazi di manovra assegnati agli enti territoriali nell’ottica di aumentare, contemporaneamente autonomia di entrate e la responsabilità di spesa.

Il PNRR rappresenta un’occasione molto importante per migliorare la capacità amministrativa degli enti territoriali ampliando l’intervento pubblico e stimolando il partenariato economico e sociale sulla base del principio di sussidiarietà orizzontale. L’intervento pubblico veicolato attraverso il PNRR è necessario per colmare il divario territoriale (inclusione sociale e clausola del 40%). Il riequilibrio strutturale può favorire il consolidamento della macchina amministrativa, rendere la spesa più efficace ed efficiente e favorire forme associative tra soggetti pubblici e privati (partenariato sociale).

Un punto rilevante nell’attuazione delle misure contenute nel piano che interessano le amministrazioni locali riguarda la capacità gestionale degli enti e soprattutto le concrete potenzialità attuative, il profilo progettuale ed esecutivo. In tale direzione opera il previsto reclutamento di mille professionisti e tecnici a sostegno degli enti attuatori.

Per superare la frammentazione possono essere adottati interventi appropriati, privilegiando le Unioni di Comuni, che potrebbero essere rafforzate e ridisegnate e le convenzioni tra gli stessi. D’altra parte, lo stesso Piano prevede per i piccoli Comuni momenti di aggregazione. In questo quadro trova anche spazio il ruolo di coordinamento degli altri enti del sistema multilivello (Province e Regioni) già previsto nel sistema normativo. Per garantire una *governance* adeguata le attuali strutture di supporto alla cabina di regia (segreteria tecnica, struttura di missione della PDC e servizio centrale per il PNRR presso il MEF), potrebbero attivare un coordinamento dedicato per gli interventi decentrati sul territorio, da integrare con quelli già esistenti. Una struttura tecnica potrebbe dare supporto per l’assegnazione delle risorse semplificando le regole ordinarie della programmazione multilivello. Costituisce un importante presidio in tal senso il tavolo permanente per

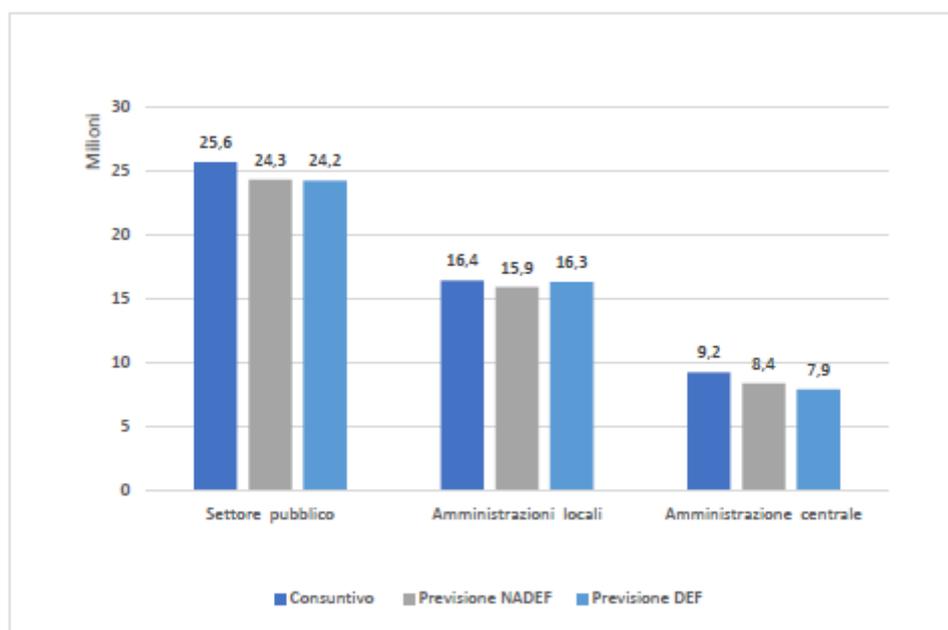
il partenariato economico, sociale e territoriale appena istituito, anche a ragione della sua composizione ampiamente rappresentativa di tutte le parti coinvolte ad ogni titolo nella realizzazione del piano di ripresa. La complessa trama attraverso la quale si sviluppa l'attuazione del piano in tutte le sue componenti ordinamentali, organizzative e funzionali impone meccanismi di monitoraggio di coordinamento e di controllo adeguati, ma al tempo stesso agili per affiancare i soggetti attuatori nello svolgimento della funzione e reindirizzarli tempestivamente nel caso in cui emergano ritardi inefficiente o sviamento dagli obiettivi, anche per prevenire l'applicazione dei meccanismi sostitutivi che in ogni caso potrebbero dilatare i tempi di attuazione.

Tabella 1/SP/COM - Previsioni definitive di competenza - spese in conto capitale

Descrizione zona geografica	PREVISIONI DEFINITIVE DI COMPETENZA (Tit. 2)				Variazione % 2017-2020
	2017	2018	2019	2020	
Nord Ovest	8.196.479.930,36	9.788.050.478,33	11.716.770.242,47	12.877.542.245,46	57,1
Nord Est	6.847.641.404,83	7.882.419.303,05	9.029.453.262,41	9.308.627.252,37	35,9
Centro	6.301.133.990,96	8.087.689.267,65	8.258.106.157,04	9.444.277.969,30	49,9
Sud	15.866.899.164,35	18.147.736.136,32	19.443.835.137,84	20.146.957.102,90	27
Isole	2.637.197.222,12	3.254.516.261,23	3.753.320.160,35	3.982.052.651,44	51
Totale	39.849.351.712,62	47.160.411.446,58	52.201.484.960,11	55.759.457.221,47	39,9

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati BDAP, aggiornamento al 15 settembre 2021

Grafico n. 1/SP/AAPP - Performance della spesa per investimenti del settore pubblico in rapporto con le sue componenti riconducibili ad amministrazioni centrali ed Amministrazioni locali (anno 2020)



Fonte: Elaborazioni Corte dei conti ed RGS su dati amministrativi e SIOPE, valori in milioni di euro
Settore pubblico al netto degli enti previdenziali

Tabella 11 - SP/COM - Impegni in conto capitale

Descrizione zona geografica	IMPEGNI (Tit 2)				Variazione % 2017 - 2020
	2017	2018	2019	2020	
Nord Ovest	2.278.355.766,87	2.628.807.869,26	3.077.372.677,54	3.357.238.732,04	47,4
Nord Est	2.326.179.912,29	2.588.748.330,79	2.938.946.034,60	2.830.880.303,56	21,7
Centro	1.459.055.293,86	1.451.715.199,27	1.765.041.307,23	1.887.800.717,12	29,4
Sud	2.557.504.352,89	2.835.306.343,88	3.337.830.963,62	3.196.745.246,74	25
Isole	527.283.752,99	553.807.584,10	694.895.098,04	803.382.779,11	52,4
Totale	9.148.379.078,90	10.058.385.327,30	11.814.086.081,03	12.076.047.778,57	32

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati BDAP, aggiornamento al 15 settembre 2021

Tabella 12- SP/COM - Spesa in conto capitale *pro capite*

Area geografica	Spesa conto capitale <i>pro capite</i>			
	2017	2018	2019	2020
Nord Ovest	143	165	194	212
Nord Est	202	225	256	246
Centro	122	122	150	161
Sud	194	216	259	249
Isole	146	154	196	228
Totale	163	179	213	218
<i>scostamento %</i>		10,1	18,7	2,5

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati BDAP, aggiornamento al 15 settembre 2021- Importi in euro, riferiti

Tabella 13-- SP/COM - Propensione agli investimenti*

Area geografica	Propensione agli investimenti (%)			
	2017	2018	2019	2020
Nord Ovest	13,0	14,4	16,4	17,9
Nord Est	17,5	19,0	21,0	20,7
Centro	10,3	10,0	12,0	12,9
Sud	19,5	20,9	23,2	22,9
Isole	13,2	13,6	16,3	18,4
Totale	14,7	15,7	17,8	18,5

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati BDAP, aggiornamento al 15 settembre 2021

Tabella 14 - FPV/COM - Fondo Pluriennale Vincolato - Spesa in conto capitale

Descrizione zona geografica	FONDO PLURIENNALE VINCOLATO (FPV) Tit 2				Variazione % 2017 - 2020
	2017	2018	2019	2020	
Nord Ovest	2.263.029.689,62	3.059.959.124,18	3.453.554.407,56	3.649.610.494,56	61,3
Nord Est	2.209.502.674,55	2.459.943.844,76	2.854.617.315,05	3.074.945.123,40	39,2
Centro	1.756.656.181,60	2.106.762.514,47	2.399.852.222,00	2.659.383.416,62	51,4
Sud	2.072.837.741,74	2.161.095.828,37	2.531.306.946,77	3.343.427.612,32	61,3
Isole	553.495.973,33	733.603.278,82	853.062.668,05	896.544.457,11	62,0
Totale	8.855.522.260,84	10.521.364.590,60	12.092.393.559,43	13.623.911.104,01	53,8

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati BDAP, aggiornamento al 15 settembre 2021

Tabella 15 - RA/COM - Quota vincolata avanzo di amministrazione

Descrizione zona geografica	Risultato amministrazione - Totale parte vincolata				Variazione % 2017 - 2020
	2017	2018	2019	2020	
Nord Ovest	1.593.146.360,03	1.669.614.938,06	1.674.748.727,31	2.404.348.135,09	50,9
Nord Est	866.537.223,96	1.054.564.042,32	1.028.159.679,62	1.767.078.359,90	103,9
Centro	2.414.776.799,04	2.382.142.567,67	2.469.452.103,78	2.740.388.735,59	13,5
Sud	1.843.764.847,18	1.890.286.578,86	1.753.905.196,27	2.320.668.690,12	25,9
Isole	661.600.373,31	772.017.218,72	789.685.816,22	1.052.303.883,83	54,4
Totale	7.399.825.603,52	7.768.625.345,63	7.715.951.523,20	10.284.787.804,53	39

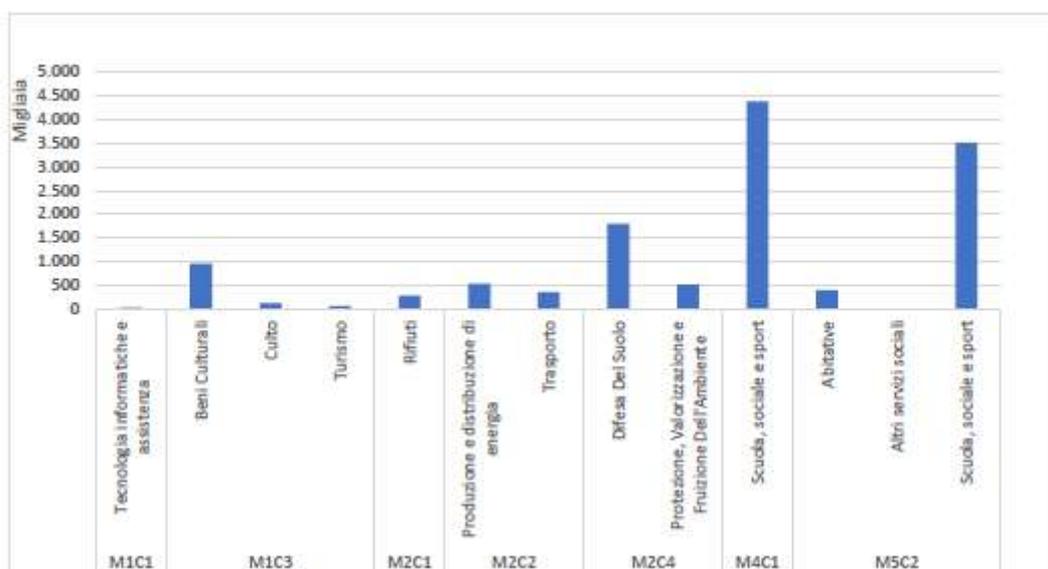
Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati BDAP, aggiornamento al 15 settembre 2021

Tabella 16 - OP/COM - Andamento delle fasi correlato all'importo del finanziamento

ANNO DEL CUP	Fase	Studio di fattibilità	Progettazione Preliminare	Progettazione Definitiva	Progettazione Esecutiva	Esecuzione Lavori	Totale complessivo
2017	N. CUP	181	186	285	1.439	2.278	7.141
	Media del finanziamento	805	1.295	1.376	670	447	477
	Importo del finanziamento	145.698	240.857	392.192	963.565	1.017.487	3.405.430
2018	N. CUP	597	336	702	2.433	2.897	10.018
	Media del finanziamento	918	1.017	985	536	374	450
	Importo del finanziamento	547.999	341.682	691.790	1.305.120	1.082.658	4.504.499
2019	N. CUP	426	134	266	927	3.913	10.098
	Media del finanziamento	1.047	1.221	765	360	134	201
	Importo del finanziamento	445.932	163.629	203.369	333.525	524.643	2.025.208
2020	N. CUP	589	206	595	1.785	3.299	8.552
	Media del finanziamento	839	865	457	217	67	192
	Importo del finanziamento	494.047	178.258	271.660	387.434	221.480	1.645.876
2021	N. CUP	330	56	237	903	3.401	5.313
	Media del finanziamento	1.716	1.436	707	184	88	250
	Importo del finanziamento	566.228	80.404	167.445	165.785	300.378	1.328.222
2017/ 2021	N. CUP totale	2.123	918	2.085	7.487	15.788	41.122
	Media del finanziamento totale	1.036	1.095	828	421	199	314
	Importo del finanziamento totale	2.199.904	1.004.830	1.726.456	3.155.429	3.146.647	12.909.235

Nota: Dati aggiornati al 8.10.2021-CUP (valore). Importi del finanziamento in migliaia di euro

Grafico 2 - OP/COM - Analisi del valore degli interventi finanziati tra il 2017 e 2021 (gen-sett) riclassificati secondo le missioni e componenti del PNRR



Fonte: BDAP-Mop, dati aggiornati al 8.10.2021 - Valore delle opere finanziate in migliaia di euro

Tabella 17 - OP/COM- Analisi per CUP e finanziamento per settore

Sotto-Settore intervento	Codice PNNR (Missione+componente)	2017		2018		2019		2020		2021		2017-2021	
		N. Cup	Importo del finanziamento	N. Cup	Importo del finanziamento								
Sociali e Scolastiche	M4C1	2.209	1.029.184	3.481	1.861.331	3.242	633.608	3.001	428.170	1.325	283.546	13.208	4.235.838
Altre Infrastrutture Sociali	M5C2	1.213	438.067	1.622	641.189	1.824	222.618	1.654	298.984	1.665	334.140	7.978	1.934.997
Sport, Spettacolo e Tempo Libero	M5C2	1.189	419.371	1.679	485.035	1.499	278.393	1.032	191.902	740	181.260	6.139	1.555.962
Difesa del Suolo	M2C4	574	427.196	1.030	490.989	742	307.682	1.214	493.490	297	75.781	3.837	1.795.139
Distribuzione di Energia	M2C2	232	83.570	342	169.149	1.162	99.276	646	40.465	536	54.763	2.918	447.233
Beni Culturali	M1C3	513	275.722	630	298.233	377	126.437	228	60.649	222	187.764	1.970	948.805
Protezione, Valorizzazione e Fruizione dell'Ambiente	M2C4	373	169.637	447	175.714	306	80.063	201	51.358	102	34.018	1.429	510.790
Abitative	M5C2	242	107.320	205	118.519	214	49.387	151	29.740	129	95.562	941	400.527
Produzione di Energia	M2C2	106	30.037	46	20.906	296	22.104	103	5.204	91	7.484	642	85.735
Culto	M1C3	144	37.593	173	40.794	116	18.697	88	8.324	73	6.405	594	111.814
Scuola e Istruzione	M4C1	90	57.365	99	62.691	86	21.473	88	5.089	26	4.239	389	150.837
Trasporto Urbano	M2C2	89	137.856	91	32.504	67	54.074	56	17.386	61	47.837	344	289.778
Opere e Strutture per il Turismo	M1C3	32	8.077	34	36.218	40	9.275	19	2.251	12	2.286	137	58.106
Opere e Infrastrutture per l'Impresa Sociale	M5C2	7	865	16	3.473	13	15.232	13	657	2	181	51	20.408
Trasporti Multimodali e altre modalità di Trasporto	M2C2	10	8.089	15	23.782	16	15.512	4	203	3	6.830	48	54.436
Altri Servizi per la Collettività	M5C2	2	2.150	2	1.390	1	24					5	3.565

Fonte: EDAP-Mop, dati aggiornati al 8.10.2021 - Importi in migliaia di euro

Per leggere il documento integrale andare su: www.cortedeiconti.gov.it



2021

Epidemia COVID-19

Aggiornamento nazionale
27 ottobre 2021 - ore 12:00

Nuove infezioni da virus SARS-CoV-2 in Italia:

- In aumento l'**incidenza settimanale** a livello nazionale: 41 casi per 100.000 abitanti rispetto a 29 casi per 100.000 abitanti della settimana precedente. In crescita rispetto alla settimana precedente l'**Rt medio calcolato** sui casi sintomatici pari a 0,96 (range: 0,83-1,16), che resta però **al di sotto della soglia epidemica**. Aumenta anche l'indice di trasmissibilità basato sui casi con **ricovero ospedaliero** (Rt=1,13 (IC 95%: 1,07-1,19) che supera la soglia epidemica.
- In aumento l'incidenza in tutte le fasce di età, sebbene si osservino valori più elevati dell'incidenza nella popolazione 0-19 anni. In leggero aumento l'**età mediana** dei soggetti che hanno contratto l'infezione da virus SARS-CoV-2 negli ultimi 14 giorni (42 anni, rispetto a 41 anni delle due settimane precedenti).
- In aumento il numero di casi tra gli operatori sanitari come nel resto della popolazione. Resta stabile la proporzione di casi tra gli operatori sanitari rispetto al resto della popolazione, rispetto alla settimana precedente (3,6%).
- In aumento l'incidenza a 14 giorni in 14 Regioni/PPAA su 21. Durante il periodo 11- 24 ottobre 2021, le Regioni/PPAA hanno segnalato 42.177 nuovi casi confermati di infezione (in aumento rispetto ai 35.169 nuovi casi segnalati tra il 4-17 ottobre 2021).

Impatto della malattia COVID-19:

- Dall'inizio dell'epidemia, sono stati riportati al sistema di sorveglianza 4.755.633 casi confermati di COVID-19 diagnosticati in Italia dai laboratori di riferimento regionali e 131.292 decessi.
- La letalità del COVID-19 cresce con l'aumentare dell'età ed è più elevata in soggetti di sesso maschile a partire dalla fascia di età 30-39 anni.

Impatto della vaccinazione nel prevenire nuove infezioni, ricoveri e decessi:

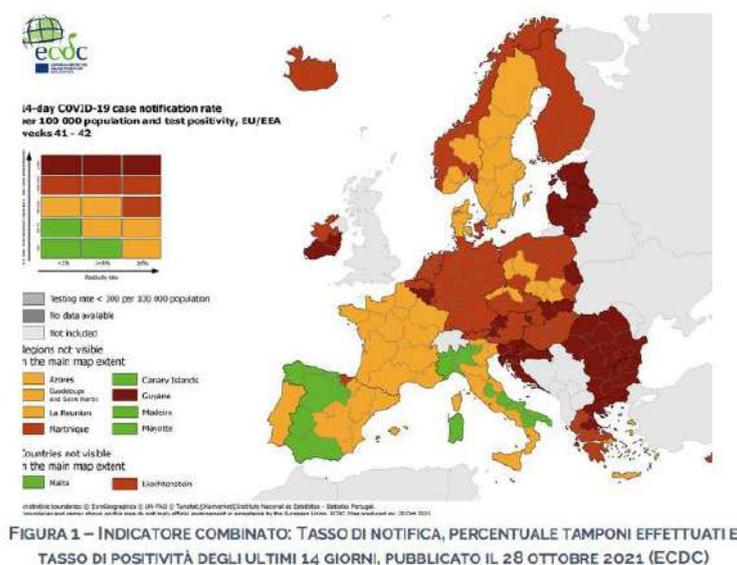
- Negli ultimi 30 giorni in Italia si osserva una maggiore incidenza di casi diagnosticati in persone non vaccinate.
- L'efficacia vaccinale nel prevenire qualsiasi diagnosi sintomatica o asintomatica di COVID-19 nelle persone completamente vaccinate è diminuita passando dal 89%, durante la fase epidemica con variante alfa prevalente, al 76% durante la fase epidemica con variante delta prevalente.
- Rimane comunque elevata l'efficacia vaccinale nel prevenire l'ospedalizzazione (92%), il ricovero in terapia intensiva (95%) o il decesso (91%) nella fase epidemica con variante delta prevalente.

Premessa: Contesto europeo

Il Centro Europeo per la Prevenzione ed il Controllo delle Infezioni (ECDC)¹, al 28 ottobre 2021, riporta un tasso di incidenza di casi COVID-19 segnalati nell'Unione Europea (EU) e nell'Area Economica Europea (EEA) nell'ultima settimana pari a 233,3 per 100.000 abitanti, mentre nel rapporto precedente risultava pari a 189,0 per 100.000, in aumento da tre settimane. Il tasso di mortalità per COVID-19 a 14 giorni (23,8 vs 22,9 decessi per milione di abitanti) stabile rispetto alla settimana precedente. Dei 29 paesi con dati sui ricoveri ospedalieri/in terapia intensiva o sull'occupazione, 22 hanno riportato una tendenza all'aumento in almeno uno di questi indicatori rispetto alla settimana precedente.

Il tasso di positività aumenta al 5,7%, con una variabilità che va dallo 0,3% di Cipro al 24% della Romania; in Italia si attesta allo 0,5%. Nell'ultimo rapporto, la percentuale mediana in EU/EEA degli over 18 che hanno ricevuto almeno una dose di vaccino è pari al 80,2,7% (range: 26,4–98,6%). La distribuzione delle varianti monitorate (Voc 'variants of concern') è pari a 99,7% (range 94,5–100,0%) per B.1.617.2 (Delta), 0,0% (0,0-5,4%) per B.617 e 0,0% (0,0-0,1) per B.1.351 (Beta).

L'attuale situazione epidemiologica è caratterizzata da un tasso complessivo di notifica dei casi elevato e in aumento e da un tasso di mortalità basso e stabile. Nelle prossime due settimane è prevista un aumento delle nuove diagnosi, delle ospedalizzazioni, degli accessi in terapia Intensiva e dei decessi.



Nuove infezioni da virus SARS-CoV-2 in Italia

Dall'inizio dell'epidemia alle ore 12 del 27 ottobre 2021, sono stati diagnosticati dai laboratori di riferimento regionali e riportati al sistema di sorveglianza integrata COVID-19 4.755.633 casi confermati e 131.292 decessi.

Dopo il decremento del numero dei nuovi casi di infezione osservato dopo il periodo estivo, nell'ultima settimana (nonostante il dato sia ancora da consolidare) si è osservato un nuovo aumento dei casi e dell'incidenza in tutto il territorio italiano (**Figura 2**).

Da un paio di settimane si osserva anche un forte incremento dei tamponi effettuati, verosimilmente dovuto ad un aumento dello screening necessario per il rilascio della certificazione sanitaria a fini lavorativi (dal 15 ottobre è entrato in vigore l'obbligo di possedere il Green Pass per tutti i lavoratori).

Come evidenziato in **Figura 2**, la capacità diagnostica è aumentata da inizio pandemia, passando da un numero medio giornaliero di tamponi effettuati pari a 3.110 a febbraio 2020 a 367.173 a ottobre 2021, il numero massimo raggiunto.

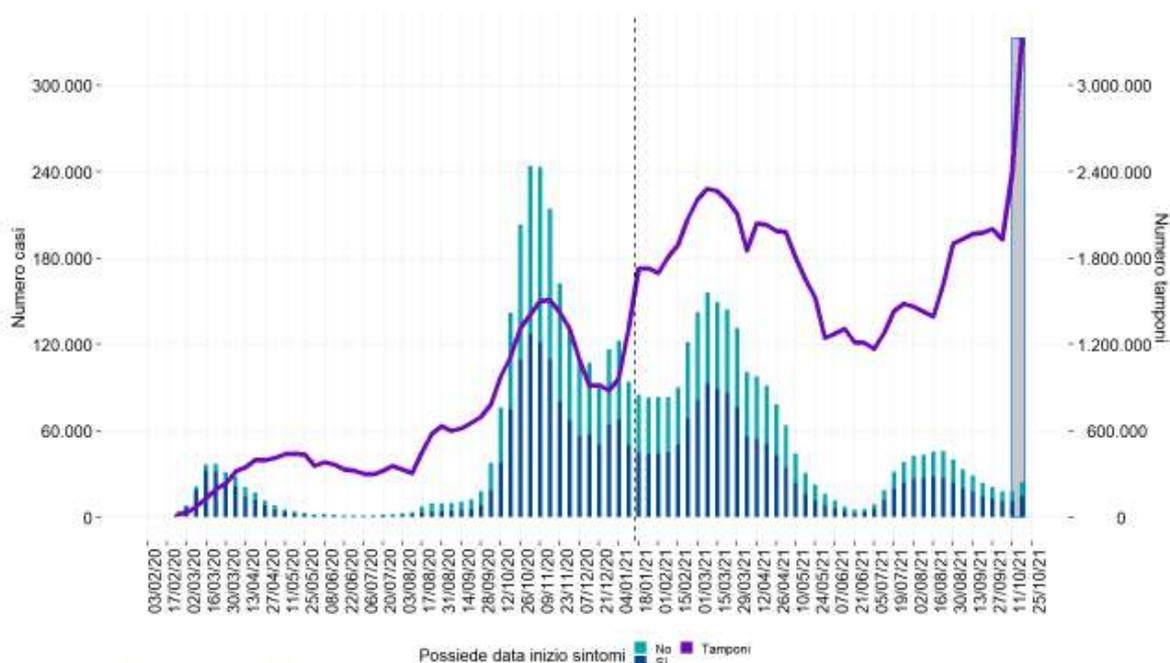


FIGURA 2 – CASI SETTIMANALI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER DATA PRELIEVO/DIAGNOSI (A SINISTRA) (N=4.755.633) E NUMERO DI TAMPONI EFFETTUATI (A DESTRA)

Nota: All'interno dell'area grigia il dato deve essere considerato provvisorio. La linea tratteggiata nera indica la data di adozione della nuova definizione di caso. La data riportata si riferisce all'inizio della settimana (lunedì).

Durante il periodo 11- 24 ottobre 2021 sono stati diagnosticati e segnalati 42.177 nuovi casi, di cui 122 deceduti (tale valore non include le persone decedute nel periodo con una diagnosi antecedente al 11 ottobre).

L'incidenza nel periodo 11- 24 ottobre 2021 per regione/PA è mostrata in **Figura 3**. Per tutte le regioni, ad eccezione della Basilicata, Calabria, Emilia-Romagna, Sardegna, Sicilia, Toscana e Valle d'Aosta, si registra un aumento dell'incidenza a 14 giorni (**Figura 4**).

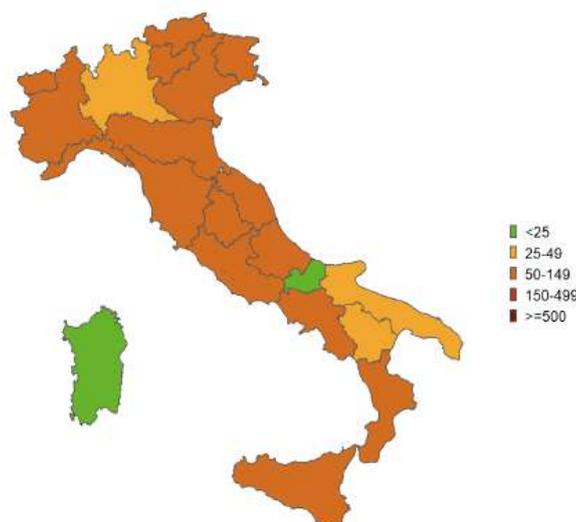


FIGURA 3 – INCIDENZA PER 100.000 ABITANTI DI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER REGIONE/PA DI NOTIFICA (PERIODO: 11- 24 OTTOBRE 2021)

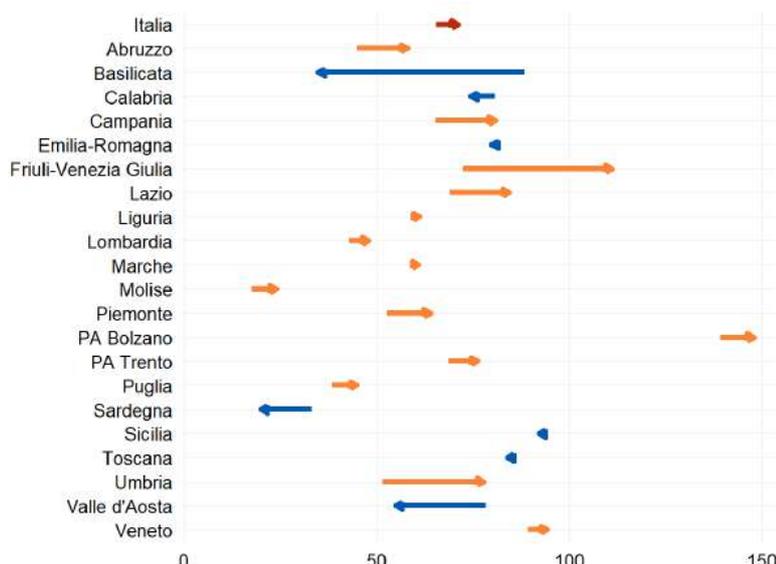


FIGURA 4 – CONFRONTO TRA IL NUMERO DI CASI DI CASI DI COVID-19 (PER 100.000 AB.) DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER REGIONE/ PA (PERIODO: 11- 24 OTTOBRE 2021 E 27 SETTEMBRE - 10 OTTOBRE 2021)

Il 39,1% dei casi di Covid-19 segnalati in Italia nel periodo 11- 24 ottobre 2021 è stato sottoposto ad accertamento diagnostico a causa della presenza di sintomi. Nelle ultime due settimane, la percentuale di casi di COVID-19 autoctoni è in leggero aumento (91,6% vs 88,9% riportati fra il 4 – 17 ottobre 2021) mentre è in leggera diminuzione la percentuale di casi di COVID-19 importati dall'estero (1,1% vs 1,5% riportati fra il 4 – 17 ottobre 2021).

Il 10,3% dei casi segnalati nelle ultime due settimane è di sesso maschile e di età compresa tra 10 e 29 anni, simile alla percentuale di soggetti di sesso femminile nella stessa fascia di età (10,7%, **Figura 5**). In totale, nel periodo 11- 24 ottobre 2021, il 52,4% dei casi di COVID-19 segnalati sono stati diagnosticati nelle femmine. La percentuale di casi di COVID-19 rilevati in persone con età superiore a 60 anni è in leggero aumento (22,7% vs 21,8% rispetto alla settimana precedente). Aumenta leggermente l'età mediana dei casi (42 anni, range: 0-105 anni).

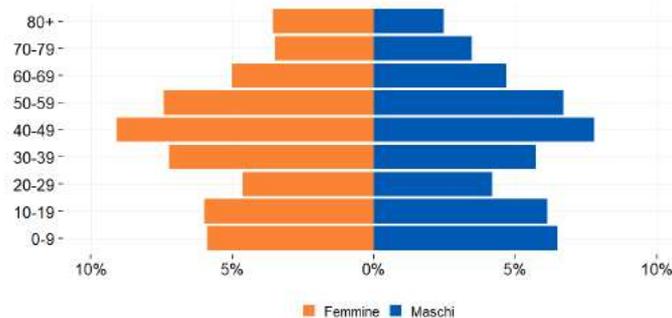


FIGURA 5 – DISTRIBUZIONE PER ETÀ E SESSO DEI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA (PERIODO: 11- 24 OTTOBRE 2021)

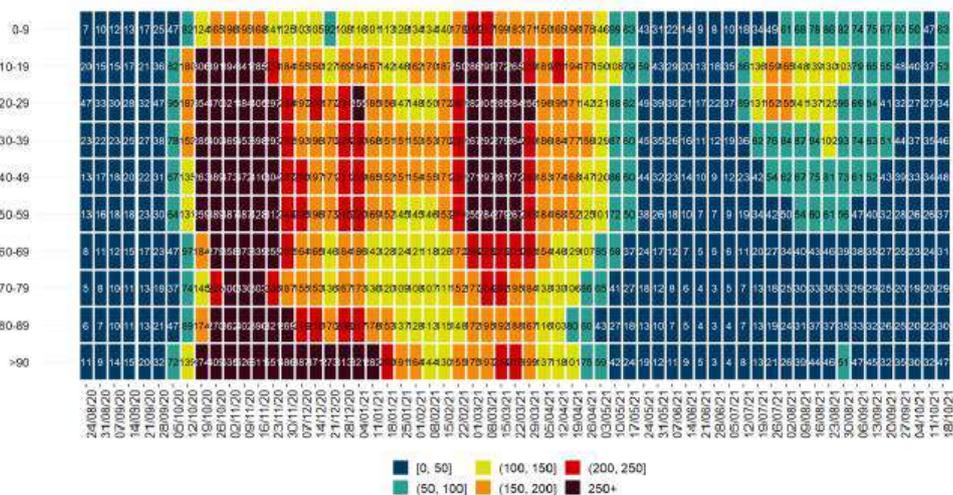


FIGURA 6 – INCIDENZA SETTIMANALE PER 100.000 ABITANTI PER FASCIA DI ETÀ

Nota: La data riportata si riferisce all'inizio della settimana (Lunedì). Il dato relativo agli ultimi 15 giorni è non consolidato e verosimilmente sottostimato.

Per quattro settimane (da fine settembre) si è osservato un trend in diminuzione dell'incidenza settimanale in tutte le fasce d'età, trend che sembra essersi invertito nell'ultima settimana. L'incidenza nell'ultima settimana mostra infatti un aumento in tutte le fasce di età e risulta compresa tra i 50 e i 100 casi per 100.000 abitanti nelle fasce di età 0-9 e 10-19, mentre resta sotto i 50 casi nelle restanti fasce di età (Figura 6 e 7).

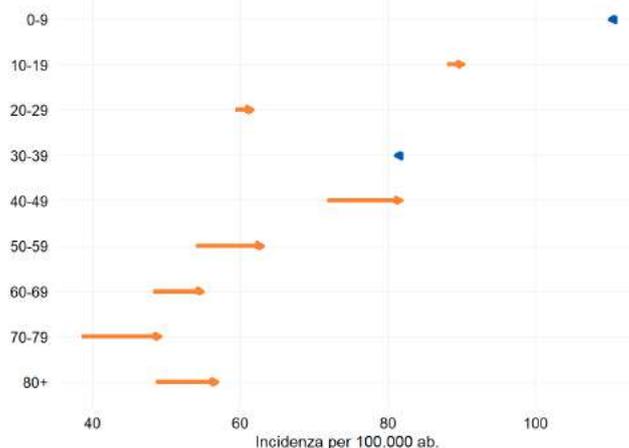


FIGURA 7 – VARIAZIONE INCIDENZA A 7 (SOPRA) E A 14 GIORNI (SOTTO) PER 100.000 ABITANTI PER FASCIA DI ETÀ (PERIODO DI 7 GIORNI: 18 - 24 OTTOBRE 2021 E 11 - 17 OTTOBRE 2021; PERIODO DI 14 GIORNI: 11- 24 OTTOBRE 2021 E 4 - 17 OTTOBRE 2021)

Nell'ultima settimana, si osserva un aumento sia del numero di casi diagnosticati tra gli operatori sanitari (522 vs 386 della settimana precedente) che nella popolazione generale e la percentuale di operatori sanitari rimane stabile al 3,6%.

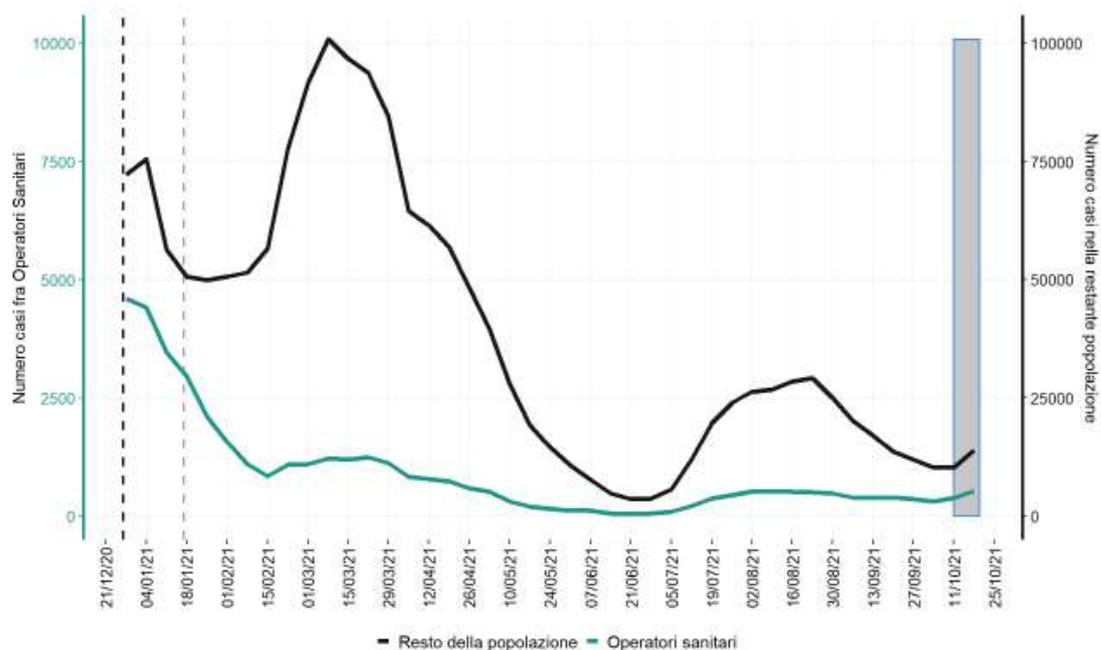


FIGURA 8 – CONFRONTO TRA L'ANDAMENTO SETTIMANALE DALL'INIZIO DELLA CAMPAGNA VACCINALE (LINEA NERA TRATTEGGIATA) DEL NUMERO DI CASI FRA GLI OPERATORI SANITARI (ASSE A SINISTRA) E NELLA RESTANTE POPOLAZIONE (ASSE A DESTRA) DI ETÀ COMPRESA TRA 20-65 ANNI

Nota: La data riportata si riferisce all'inizio della settimana (lunedì). La linea tratteggiata grigia indica la data di adozione della nuova definizione di caso. All'interno dell'area grigia il dato deve essere considerato provvisorio.

Prodotto dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma, 27 ottobre 2021

Per leggere il documento integrale andare su: www.iss.it

2021**I dati delle denunce
al 30 settembre 2021**

Report

Denunce di infortunio in complesso

Il monitoraggio alla data del 30 settembre 2021 rileva:

- 181.636 denunce di infortunio sul lavoro da Covid-19 segnalate all'Inail dall'inizio dell'epidemia, meno di un quinto del totale delle denunce di infortunio pervenute da gennaio 2020 e un'incidenza del 3,9% rispetto al complesso dei contagiati nazionali comunicati dall'ISS alla stessa data. Rispetto al monitoraggio del 31 agosto 2021 (179.992 denunce) i casi in più sono 1.644 (+0,9%), di cui 596 riferiti a settembre e 331 ad agosto scorsi; gli altri 717 casi sono per il 57% riferiti agli altri mesi del 2021 e il restante 43% all'anno 2020: il consolidamento dei dati permette di acquisire informazioni non disponibili nelle rilevazioni e nei mesi precedenti. Rispetto ai primi nove mesi del 2020, i casi di contagio denunciati da gennaio a settembre di quest'anno - benché non consolidati - sono in calo del 40%;
- l'anno 2020, con 148.026 infezioni denunciate, raccoglie l'81,5% di tutti i casi di contagio pervenuti fino al 30 settembre di quest'anno, con novembre (40.474 denunce) il mese col maggior numero di eventi, seguito da marzo con 28.659 casi;
- il 2021, con 33.610 contagi denunciati in nove mesi, pesa al momento il 18,5% sul totale degli infortuni da Covid-19 pervenuti da inizio pandemia. Da febbraio di quest'anno il fenomeno è in significativa discesa e i 234 casi di giugno, ancorché provvisori, rappresentano il minor numero di contagi mensili registrati dall'anno scorso, sensibilmente inferiore anche al precedente minimo osservato a luglio del 2020 (con poco più di 500 casi);
- in generale, se nell'anno 2020 l'incidenza media delle denunce da Covid-19 sul totale di tutti gli infortuni denunciati è stata di una denuncia ogni quattro, nei primi nove mesi del 2021 si è scesi a una su dodici;

- il 68,4% dei contagi ha interessato le donne, il 31,6% gli uomini. La componente femminile supera quella maschile in tutte le regioni ad eccezione della Calabria, della Sicilia e della Campania, con incidenze rispettivamente del 48,5%, 46,0% e del 44,3%;
- l'età media dall'inizio dell'epidemia è di 46 anni per entrambi i sessi; l'età mediana (quella che ripartisce la platea - ordinata secondo l'età - in due gruppi ugualmente numerosi) è di 48 anni (46 anni quella riscontrata dall'ISS sui contagiati nazionali); sui casi di settembre 2021 l'età mediana scende a 47 anni;
- il dettaglio per classe di età mostra come il 42,5% del totale delle denunce riguardi la classe 50-64 anni. Seguono le fasce 35-49 anni (36,6%), under 35 anni (18,9%) e over 64 anni (2,0%);
- gli italiani sono l'86,4% (meno di sette su dieci sono donne);
- gli stranieri sono il 13,6% (otto su dieci sono donne); le nazionalità più colpite sono la rumena (20,9% dei contagiati stranieri), la peruviana (12,6%), l'albanese (8,1%), la moldava (4,6%) e l'ecuadoriana (4,1%);
- l'analisi territoriale, per luogo evento dell'infortunio, evidenzia una distribuzione delle denunce del 42,5% nel Nord-Ovest (prima la Lombardia con il 25,2%), del 24,6% nel Nord-Est (Veneto 10,6%), del 15,3% al Centro (Lazio 6,7%), del 12,8% al Sud (Campania 5,9%) e del 4,8% nelle Isole (Sicilia 3,2%). Le province con il maggior numero di contagi da inizio pandemia sono Milano (9,6%), Torino (6,9%), Roma (5,3%), Napoli (4,0%), Brescia, Verona e Varese (2,5% ciascuna), Genova (2,4%) e Bologna (2,3%). Roma è la provincia che registra il maggior numero di contagi professionali nel mese di settembre 2021, seguita da Milano, Napoli, Palermo, Potenza, Catania, Monza e Brianza, Torino e Savona. Sono però le province di Trapani, Ragusa, Potenza, Agrigento, Siracusa, Vibo Valentia, Bologna e Catania quelle che registrano i maggiori incrementi percentuali rispetto alla rilevazione di agosto (non per contagi avvenuti nel mese di settembre, ma per il consolidamento dei dati in mesi precedenti);
- delle 181.636 denunce di infortunio da Covid-19, quasi tutte riguardano la gestione assicurativa dell'Industria e servizi (96,9%), mentre il numero dei casi registrati nelle restanti gestioni assicurative, per Conto dello Stato (Amministrazioni centrali dello Stato, Scuole e Università statali), Agricoltura e Navigazione è di 5.608 unità;
- sono circa 3.000 i contagi professionali di insegnanti/professori e ricercatori di scuole di ogni ordine e grado e di università statali e private (riconducibili sia alla gestione dei Dipendenti del Conto dello Stato sia al settore Istruzione della gestione Industria e servizi);
- rispetto alle attività produttive (classificazione delle attività economiche Ateco- Istat 2007) coinvolte dalla pandemia, il settore della sanità e assistenza sociale (ospedali, case di cura e di riposo, istituti, cliniche e policlinici universitari, residenze per anziani e disabili...) registra il 65,1% delle denunce codificate; seguito dall'amministrazione pubblica (attività degli organismi preposti alla sanità – Asl – e amministratori regionali, provinciali e comunali) con il 9,2%; dal noleggio e servizi di supporto (servizi di vigilanza, di pulizia, call center...) con il 4,4%; dal trasporto e magazzinaggio con il 3,8%; dal settore manifatturiero (addetti alla lavorazione di prodotti chimici, farmaceutici, stampa, industria alimentare) con il 3,1%; dalle attività dei servizi di alloggio e di ristorazione con il 2,5%; dal commercio all'ingrosso e al dettaglio con il 2,2%; dalle altre attività di servizi (pompe funebri, lavanderia, riparazione di computer e di beni alla persona, parrucchieri, centri benessere...) e dalle attività professionali, scientifiche e tecniche (consulenti del lavoro, della logistica aziendale, di direzione aziendale), entrambe con l'1,9%.

Nei primi nove mesi del 2021 si riscontrano alcune differenze nell'evoluzione dei contagi in vari settori produttivi rispetto al 2020. La sanità e assistenza sociale, ha mostrato un numero di infortuni da Covid-19 in costante discesa, registrando nel mese di giugno il suo livello minimo (intorno ai 60 infortuni, erano 400 a giugno 2020), per poi risalire lievemente nei due mesi successivi e rallentare di nuovo a settembre (benché i dati siano ancora provvisori). In termini di incidenza, il settore ha avuto, a partire da febbraio 2021, incidenze in riduzione che, tuttavia, nell'ultimo trimestre mostrano segnali di ripresa. Altri comparti produttivi, come ad esempio il trasporto e magazzinaggio, gli alberghi e ristoranti e il commercio, hanno registrato nel corso del 2021 incidenze di contagi professionali in crescita rispetto allo scorso anno, ad esclusione del mese di settembre caratterizzato da un calo;

- l'analisi per professione dell'infortunato evidenzia la categoria dei tecnici della salute come quella più coinvolta da contagi con il 37,4% delle denunce (in tre casi su quattro sono donne), l'82,7% delle quali relative a infermieri. Seguono gli operatori socio-sanitari con il 18,2% (l'81,1% sono donne), i medici con l'8,5% (il 48,3% sono donne), gli operatori socio-assistenziali con il 6,9% (l'85,3% donne) e il personale non qualificato nei servizi sanitari (ausiliario, portantino, barelliere) con il 4,7% (72,8% donne).

Il restante personale coinvolto riguarda, tra le prime categorie professionali, impiegati amministrativi (4,6%, di cui il 67,3% donne), addetti ai servizi di pulizia (2,3%, il 77,4% donne), conduttori di veicoli (1,3%, con una preponderanza di contagi maschili pari al 92,2%), addetti ai servizi di sicurezza, vigilanza e custodia e impiegati addetti al controllo di documenti e allo smistamento e recapito della posta (0,9% entrambi, di cui donne il 27,1% e il 49,3% rispettivamente).

Anche rispetto alla professione dell'infortunato si osserva in generale un calo significativo delle denunce a partire da febbraio 2021, con incidenze in riduzione per alcune categorie, tra le quali le professioni sanitarie che, tuttavia, nell'ultimo trimestre mostrano segnali di ripresa. Altre professioni, con il ritorno alle attività, hanno visto aumentare l'incidenza dei casi di contagio rispetto allo scorso anno, come per esempio gli impiegati addetti alla segreteria e agli affari generali o gli impiegati addetti al controllo di documenti e allo smistamento e recapito della posta o gli insegnanti di scuola primaria.

Denunce di infortunio con esito mortale

Il monitoraggio alla data del 30 settembre 2021 rileva:

- 762 denunce di infortunio sul lavoro con esito mortale da Covid-19 pervenute all'Inail dall'inizio dell'epidemia, oltre un quarto del totale decessi denunciati da gennaio 2020 e una incidenza dello 0,6% rispetto al complesso dei deceduti nazionali da Covid-19 comunicati dall'ISS alla stessa data. Rispetto al monitoraggio del 31 agosto 2021 (747 casi), i decessi sono 15 in più, di cui 2 avvenuti a settembre; i restanti 13 casi sono riconducibili ai mesi precedenti, di questi 8 sono riferiti a decessi avvenuti nel 2021 e 5 nel 2020, il consolidamento dei dati permette di acquisire informazioni non disponibili nei monitoraggi e nei mesi passati. Rispetto ai primi nove mesi del 2020, i casi mortali denunciati tra gennaio e settembre di quest'anno – benché non consolidati – sono in calo del 43,4%;

- l'anno 2020, con 553 decessi da Covid-19, raccoglie il 72,6% di tutti i casi mortali da contagio pervenuti fino al 30 settembre di quest'anno, con aprile (194 deceduti) il mese col maggior numero di eventi, seguito da marzo con 140 casi;

- il 2021, con 209 decessi da Covid-19 nei primi nove mesi, pesa al momento per il 27,4% sul totale dei casi mortali da contagio pervenuti da inizio pandemia;

- in generale, se nell'anno 2020 l'incidenza media dei decessi da Covid-19 sul totale di tutti i casi mortali denunciati è stata di circa una denuncia ogni tre, nei primi nove mesi del 2021 si è scesi a circa una su cinque;

- l'82,9% dei decessi ha interessato gli uomini, il 17,1% le donne (al contrario di quanto osservato sul complesso delle denunce in cui si rileva una percentuale superiore per le donne);

- l'età media dei deceduti è 58,5 anni (57 per le donne, 59 per gli uomini), l'età mediana è di 60 anni (quella che ripartisce la platea - ordinata secondo l'età - in due gruppi ugualmente numerosi), 58 anni per le donne e 60 per gli uomini (82 anni quella calcolata dall'ISS per i deceduti nazionali);

- il dettaglio per classe di età mostra come il 71,8% del totale delle denunce riguardi la classe 50-64 anni. Seguono le fasce over 64 anni (18,8%), 35-49 anni (8,8%) e under 35 anni (0,6%) nella quale non si rilevano decessi femminili;

- gli italiani sono il 90,7% (otto su dieci sono uomini);

- gli stranieri sono il 9,3% (sette su dieci sono uomini); le comunità più colpite sono la peruviana (con il 15,5% dei decessi occorsi agli stranieri), l'albanese (12,7%) e la rumena (8,5%);

- l'analisi territoriale, per luogo evento dei decessi, evidenzia una distribuzione del 37,0% nel Nord-Ovest (prima la Lombardia con il 25,3%), del 25,7% al Sud (Campania 12,9%), del 17,9% nel Centro (Lazio 10,6%), del 12,7% nel Nord-Est (Emilia Romagna 6,4%) e del 6,7% nelle Isole (Sicilia 5,6%). Le province che contano più decessi da inizio pandemia sono Roma e Napoli (con il 7,7% ciascuna), Milano (6,7%), Bergamo (6,6%),

Brescia e Torino (4,1% ciascuna), Cremona (2,5%), Genova (2,4%), Bari e Caserta (2,2% ciascuna), Palermo e Parma (2,1% ciascuna). Nel confronto con le denunce professionali da Covid-19 per ripartizione geografica, per i mortali si osserva una quota più elevata al Sud (25,7% contro il 12,8% riscontrato nelle denunce totali) e un'incidenza inferiore nel Nord-Est (12,7% rispetto al 24,6% delle denunce totali);

- dei 762 decessi da Covid-19, la stragrande maggioranza riguarda la gestione assicurativa dell'Industria e servizi (88,0%), mentre il numero dei casi registrati nelle restanti gestioni assicurative, per Conto dello Stato (Amministrazioni centrali dello Stato, Scuole e Università statali), Navigazione e Agricoltura è di 91 unità;

- rispetto alle attività produttive (classificazione delle attività economiche Ateco- Istat 2007) coinvolte dalla pandemia, il settore della sanità e assistenza sociale (ospedali, case di cura e di riposo, istituti, cliniche e policlinici universitari, residenze per anziani e disabili...) registra il 22,7% dei decessi codificati; seguito dal trasporto e magazzinaggio (13,1%) e dalle attività del manifatturiero (addetti alla lavorazione di prodotti chimici, farmaceutici, stampa, industria alimentare) con l'11,6%; dall'amministrazione pubblica (attività degli organismi preposti alla sanità – Asl - e amministratori regionali, provinciali e comunali) con il 10,5%; dal commercio all'ingrosso e al dettaglio con il 10,1%; dalle costruzioni con il 7,0%; dalle attività inerenti il noleggio, agenzie di viaggio, servizi di supporto alle imprese (servizi di vigilanza, attività di pulizia, fornitura di personale, call center...) con il 4,4%, dai servizi di alloggio e ristorazione con il 3,9% e dalle attività professionali, scientifiche e tecniche (dei consulenti del lavoro, della logistica aziendale, di direzione aziendale) con il 3,7%; dalle altre attività dei servizi (pompe funebri, lavanderia, riparazione di computer e di beni alla persona, parrucchieri, centri benessere...) con il 3,3%; dalle attività finanziarie e assicurative con il 2,6%;

- l'analisi per professione dell'infortunato evidenzia come oltre un quarto dei decessi (26,3%) riguardi il personale sanitario e socio-assistenziale, tra cui i tecnici della salute con il 9,8% dei casi codificati (67,1% infermieri, il 39,7% donne) e i medici con il 5,2% (il 5,1% donne). Seguono gli operatori socio-sanitari con il 3,9% (il 55,2% sono donne), il personale non qualificato nei servizi sanitari (ausiliari, portantini, barellieri, tra questi il 44,0% sono donne) con il 3,3%, gli operatori socio-assistenziali con il 2,5% (il 63,2% sono donne) e gli specialisti nelle scienze della vita (tossicologi e farmacologi) con l'1,6%. Le restanti categorie professionali coinvolte riguardano gli impiegati amministrativi con il 10,2% (circa nove su dieci sono uomini), gli addetti all'autotrasporto con l'8,0% (tutti uomini), gli addetti alle vendite con il 2,9%, gli addetti ai servizi di sicurezza, vigilanza e custodia con il 2,7%, gli specialisti delle scienze gestionali, commerciali e bancarie e gli esercenti ed addetti nelle attività di ristorazione con il 2,4% ciascuno, il personale non qualificato nei servizi di pulizia di uffici, alberghi, navi, ristoranti, aree pubbliche e veicoli con il 2,1%, il personale non qualificato addetto allo spostamento e alla consegna merci con il 2,0%, i direttori e dirigenti amministrativi e sanitari con l'1,9%, i professori di scuola primaria e secondaria e gli operai specializzati nelle rifiniture e mantenimento delle strutture edili con l'1,7%, gli artigiani meccanici, gli artigiani ed operai specializzati addetti alle rifiniture delle costruzioni con l'1,6% ciascuna, i tecnici in campo ingegneristico e gli specialisti in scienze matematiche, informatiche, chimiche, fisiche e naturali tutti con l'1,5% ciascuno.

Denunce di infortunio da COVID-19 pervenute all'Inail

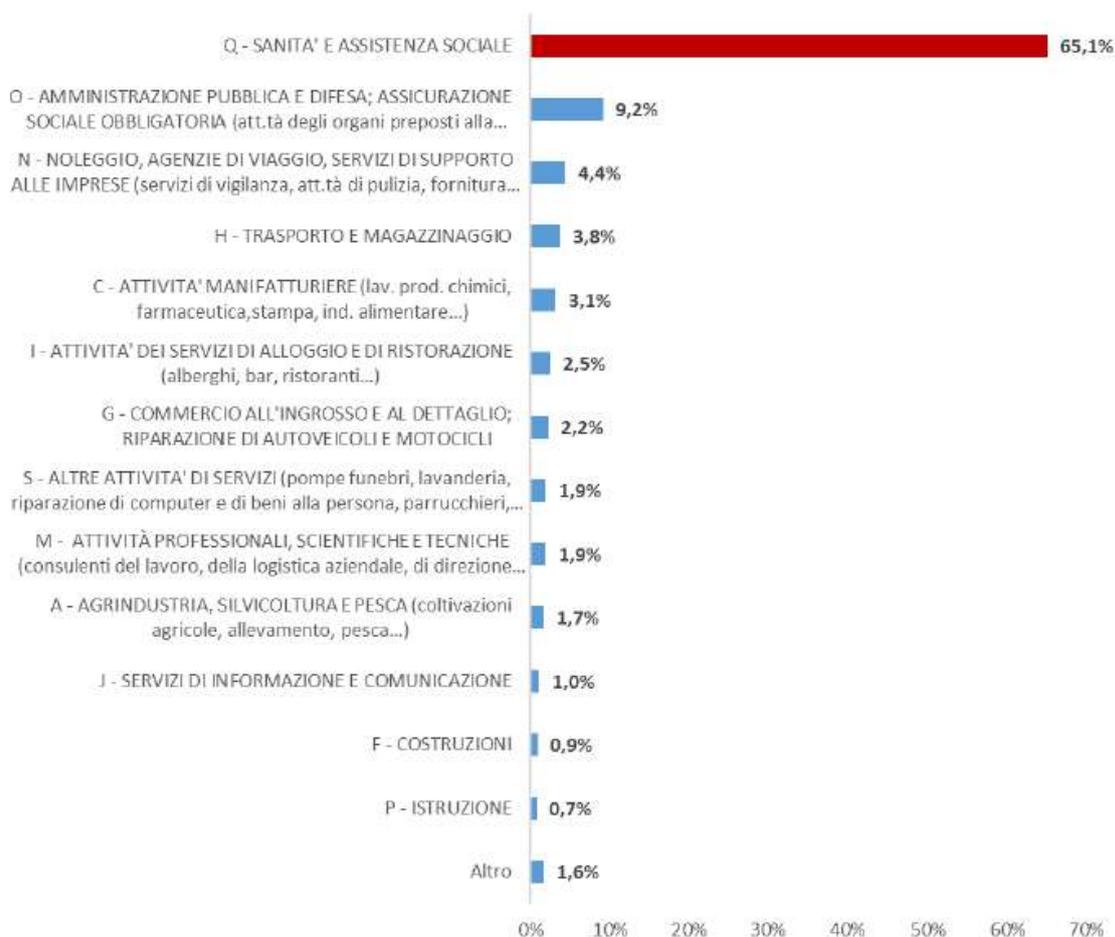
(periodo accadimento gennaio 2020 – 30 settembre 2021)

Classe di età	Donne	Uomini	Totale	% sul totale
fino a 34 anni	22.566	11.821	34.387	18,9%
da 35 a 49 anni	47.080	19.409	66.489	36,6%
da 50 a 64 anni	52.904	24.281	77.185	42,5%
oltre i 64 anni	1.747	1.828	3.575	2,0%
Totale	124.297	57.339	181.636	100,0%

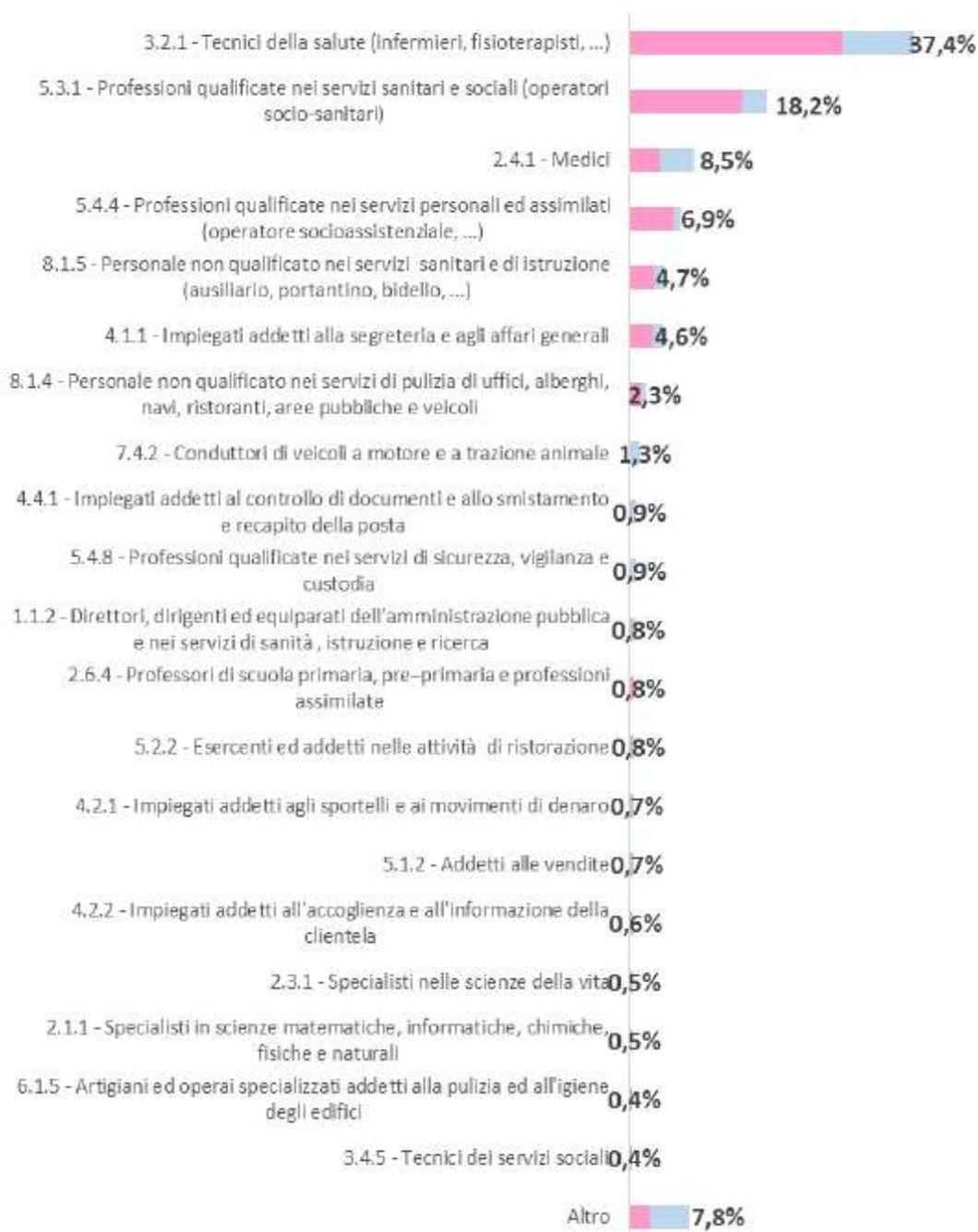


Nota: il valore di settembre 2021 è da intendersi provvisorio e soggetto ad aumentare nelle prossime rilevazioni per effetto del consolidamento particolarmente influente sull'ultimo mese della serie.

Industria e servizi (solo casi codificati)



Professioni (cod. cp2011, casi codificati)



Per leggere il documento integrale andare su: www.inail.it

Analisi di scenari.



La Cura

Benedetto Saraceno, *Segretario Generale, Lisbon Institute of Global Mental Health*

La Cura è azione pratica e affettiva al tempo stesso. Questa doppia natura richiede competenze pratiche e competenze affettive. Spesso i famigliari mancano delle prime e gli operatori sanitari delle seconde. La Cura è il nuovo nome della pace.

La Cura è il nuovo nome della pace, dice don Renato Sacco di Pax Christi e la Cura è stata al centro della tematica della marcia della Pace di Assisi di quest'anno.

La Marcia Perugia Assisi della pace e della fraternità svoltasi il 10 ottobre 2021 promuove la diffusione della cultura della cura, premessa indispensabile per la transizione verso una società e un'economia della cura.

E, si dice, presto le Nazioni Unite inaugureranno il decennio dedicato a celebrare la Cura.

Sempre di più si utilizza il termine Cura, e in modo spesso enfatico e retorico, senza tuttavia che sia chiaro cosa ognuno intenda con tale termine divenuto sinonimo di "pratica buona".

Ma quando le parole diventano troppo usate, quando diventano polisemiche e passe-partout per dire qualcosa che non si sa bene più cosa sia e che, comunque, per ognuno significa qualcosa di diverso, allora è arrivato il tempo di fare una pausa: rivisitare con calma, con attitudine studiosa e critica il senso di una parola che rischia di divenire parte dell'insopportabile vocabolario del *politically correct*.

"Dobbiamo sviluppare una mentalità e una cultura del prendersi cura capace di sconfiggere l'indifferenza, lo scarto e la rivalità che purtroppo prevalgono. Cura delle giovani generazioni, cura della scuola, cura degli altri, cura del pianeta, cura del bene comune e dei beni comuni, cura dei lavori di cura, cura della città, cura dei diritti umani, cura della democrazia... C'è bisogno di una politica e un'economia della cura"[1].

Come non essere d'accordo ma cosa intendiamo quando usiamo la parola Cura in ognuno di questi specifici e ben distinti universi: dai giovani al pianeta, dalla democrazia ai diritti umani? Sembra, ancora una volta, che la parola Cura si riferisca ad un troppo vasto contenitore ove si stipano universi che, ciascuno separatamente, meriterebbe analisi, definizioni, politiche, strategie, interventi.

In questa breve nota mi limiterò a riflettere sulla nozione di Cura quando essa è riferita a quelle pratiche di assistenza e accudimento necessarie a molti soggetti disabili che, fino dalla nascita o nel corso della loro vita, perdono gravemente la propria autosufficienza fisica e mentale.

A ben vedere in italiano il termine Cura non allude tanto al Prendersi Cura (come i termini Care/Caring in inglese) ma, piuttosto, alle azioni terapeutiche esercitate dalla medicina. Infatti, quando in italiano vogliamo dire che qualcosa o qualcuno cui teniamo molto ha bisogno di sollecitudine, di attenzione, di assistenza diciamo che "ci prendiamo cura" di qualcuno o di qualcosa.

Prendersi cura, dunque, allude a un insieme di azioni di sollecita assistenza e di accudimento continuo.

"A livello più generale, suggeriamo, che la Cura venga considerata come una specie di attività che include tutto ciò che noi facciamo per conservare, continuare e riparare il nostro mondo in modo da potervi vivere nel miglior modo possibile.

Quel mondo include i nostri corpi, noi stessi e il nostro ambiente, tutto ciò che cerchiamo di intrecciare in una rete complessa di sostegno alla vita"[2].

Questa citazione è da Joan Tronto che in un saggio classico del femminismo sistematizza la nozione della Cura, la sua etica e la sua politica.

Non è certo un caso che sia una femminista a offrire una lettura articolata e innovativa della nozione di Cura, anche contestando la idea che l'etica della cura appartenga al pensiero morale ed emozionale femminile in contrapposizione alla etica dei diritti tipica del pensiero morale e razionale maschile.

Non è così, e la cura invece è un insieme di pratiche che possono essere esercitate sia da uomini sia da donne: la Cura, dunque, non è tipica o naturale di un genere rispetto a un altro.

Invece, troppo spesso la femminilizzazione della cura viene ritenuta *"naturale"*, perché legata a un imprecisato istinto materno. In tal modo il sistematico sfruttamento delle donne nelle attività di cura viene santificato ma non riconosciuto come una risposta non retribuita a un diritto, il diritto di coloro che hanno bisogno di essere accuditi e assistiti.

La cura non è né femminile né maschile perché essa è semplicemente umana.

Un bellissimo saggio della filosofa Luisella Battaglia ci aiuta a capire come il *"caring"* ossia il prendersi cura non sia semplicemente un insieme di azioni dettate da una disposizione d'animo ma una complessa componente della vita umana, una categoria centrale dell'analisi sociale e della teoria filosofica.

Si chiede la Battaglia, *"Quali potrebbero essere, dunque, le condizioni perché la cura venga incorporata nella nostra visione politica? Sembra necessario, innanzitutto, ripensare profondamente i nostri assunti sulla natura umana, riflettendo, in particolare su due concetti cruciali, dipendenza e autonomia"*[3].

Le pratiche della Cura costituiscono una immensa mole di lavoro che, tuttavia, *"continua a essere svolto, di solito senza retribuzione e senza che venga pubblicamente riconosciuto come lavoro. Organizzarlo in modo da non sfruttare coloro che si prendono cura degli altri sembra essere un altro compito centrale di una società giusta"*.

"Un tempo si era soliti ritenere che questo lavoro dovesse essere svolto da persone (soprattutto donne) che non erano cittadini a pieno titolo e che, comunque, non avevano bisogno di lavorare fuori casa. Alle donne non era chiesto se volessero farlo: era semplicemente il loro dovere, e si riteneva che lo svolgessero per scelta, per amore, anche se di solito avevano poche possibilità di decisione in merito".

Questa lunga citazione da Martha Nussbaum[4] contiene tutti gli elementi utili a una discussione approfondita sulla nozione di Cura. Ci dice la Nussbaum che la cura non solo è una attività non retribuita ma che essa viene assegnata a persone che non godono pienamente dei diritti dei cittadini oppure viene assegnata alle donne, dunque, in qualche modo assimilate a una categoria di persone con diritti più limitati rispetto agli *"altri"* cittadini (gli uomini).

Ancora, ci dice la Nussbaum che la pratica della cura non viene scelta dalle donne ma è ritenuta doverosa (in quanto *"naturale"*) e infatti è compiuta *"per amore"*, dunque per naturale istinto (materno) verso chi di cura e accudimento ha bisogno.

Infine, essendo la cura una pratica che scaturisce dall'amore, essa è, per sua natura, un fatto privato e intimo.

La Nussbaum riesce a cogliere tutte le distorsioni che, a tutt'oggi, caratterizzano la retorica della Cura. In contrasto con tale retorica dobbiamo affermare che la cura non deve essere considerata come valore esclusivo del mondo vitale delle donne ma *"occorre piuttosto rivendicarlo come centrale nella vita umana"* (cit. in Battaglia). I

noltre, la Cura non è una dimensione esclusivamente emozionale e privata ma appartiene anche alla dimensione sociale e pubblica.

Tale dimensione pubblica pone quindi la Cura al di fuori della esclusiva sfera del privato, regolato da contratti individuali e affettivi ma la pone anche dentro una dimensione pubblica e istituzionale, in quanto Diritto.

Infatti, chi ha bisogno di accudimento, di cura e assistenza continua non è soltanto un essere umano che merita pietà ma un cittadino che esige un diritto: la cura è un diritto.

Troppo spesso invece, la cura, malgrado sia un diritto, per chi ne ha bisogno resta una oblazione da parte di chi la presta.

È questo il caso della assistenza e accudimento ai disabili e agli anziani non autosufficienti. Al diritto di queste persone viene offerta esclusivamente la oblatività/dovere dei famigliari senza che tale “servizio” venga riconosciuto, sostenuto, finanziato.

La cura si occupa di bisogni corporei, di bisogni psicologici ma anche di bisogni organizzativi e amministrativi. La cura cioè si occupa anche di quello che l’antropologo americano Arthur Kleinman ha definito “*social suffering*”.

Nella cura si coniugano atti intimi e privati e atti sociali: la cura è anche una pratica sociale che richiede “politiche”, finanziamenti e sostegni. Come scrive Kleinman, la Cura è in cerca di una propria collocazione a pieno diritto nella agenda della salute[5] e, dunque, essa ha bisogno di entrare a fare parte della formazione degli operatori della sanità, della cultura degli amministratori e dei pianificatori e deve essere riconosciuta come una componente centrale della salute umana e della sanità.

Non vi è dubbio che la cura sia al tempo stesso un’azione gratuita e una pratica professionale.

L’esistenza di un legame personale fra curato e curante può essere benefica ma anche divenire un fattore di rischio per l’eccessivo coinvolgimento e il rischio di *burn-out*.

D’altra parte, se l’assenza di legame può rappresentare una garanzia di maggiore competenza e professionalità, al tempo spesso può determinare una assenza di empatia. Dunque, si tratta di equilibri delicati che richiedono maturità emotiva, responsabilità, competenze e sinergie fra dimensione privata e istituzioni pubbliche.

Inoltre, la Cura è un processo continuativo e non può essere occasionale in quanto si protrae nel tempo e all’interno di una o più relazioni.

Ecco perché la Cura necessita sia continuità sia del coinvolgimento di un numero ragionevolmente limitato di persone per evitare che si trasformi in occasionale accudimento materiale, senza empatia.

I soggetti che hanno bisogno di assistenza e accudimento hanno infatti bisogno di affidarsi a pochissime persone e non possono adattarsi a un turn over casuale e burocratico di troppi operatori.

Allora, diciamo che la cura è un insieme di azioni tangibili, concrete e misurabili ma essa si inverte soltanto se prestata insieme ad attitudini intangibili quali gentilezza, delicatezza, discrezione, rispetto.

Dunque, la cura è azione pratica e affettiva al tempo stesso.

Questa doppia natura richiede competenze pratiche e competenze affettive.

Spesso i famigliari mancano delle prime e gli operatori sanitari delle seconde.

Questa doppia natura della Cura costituisce in sostanza la sua complessità e la sua trasversalità nella vita di ognuno: una attività alta e profondamente umana poiché coniuga l’intimità segreta e privata dei corpi, la gentilezza e il rispetto per i viventi, le pratiche umili e quotidiane dell’accudimento ma anche la consapevolezza di non essere solamente solitari produttori di oblatività ma parti di una comunità umana e sociale fatta di solidarietà e di concreti sostegni istituzionali.

La Cura è dunque un complesso atto bio-psico-socio-politico.

In conclusione, diciamo che ben venga un decennio di celebrazione della Cura da parte delle Nazioni Unite che possa costituire l’occasione per aprire un cantiere di riflessione, studio e dibattito filosofico, giuridico e politico sul significato delle pratiche della Cura rivolta ai soggetti non autosufficienti.

Tuttavia, dobbiamo fare sì che questa sia anche una opportunità storica per interrompere l’implacabile destino delle donne, costrette al ruolo di vestali della Cura come se fossero designate dalla Natura, riconoscendone piuttosto il ruolo di soggetti con diritti indeboliti.

Una opportunità storica per abbandonare la insopportabile retorica della Cura e formulare invece una sua nuova etica e una nuova politica.

<https://www.saluteinternazionale.info/2021/10/la-cura/>

Documento approvato dal Consiglio Direttivo - ottobre 2021 Uno sguardo d'insieme*

Il Servizio sanitario nazionale è arrivato impreparato all'appuntamento con il COVID-19, penalizzato da anni di de-finanziamento, tagli dei posti letto (non bilanciati da un'adeguato potenziamento della sanità territoriale e delle cure intermedie), riduzione del personale, e politiche che hanno inciso negativamente sulla tenuta dei servizi territoriali e di prevenzione ([Scheda 1, Paragrafo 1](#)).

Il lento e continuo indebolimento della sanità pubblica è stato al centro del nostro documento fondativo ("Mobilitiamoci"), presentato a Roma l'11 Luglio del 2019. La capacità del Servizio sanitario nazionale di rispondere ai bisogni delle persone è stata progressivamente intaccata, in particolare nell'ultimo decennio, in misura tale da mettere in discussione quel diritto fondamentale alla salute sancito dalla Costituzione.

Di fronte alla pandemia, la nostra sanità pubblica ha mostrato due facce: le sue debolezze e fragilità ma, nel contempo, la professionalità e dedizione dei suoi operatori, la capacità di mobilitazione delle strutture sanitarie, la rilevanza di un diritto alla salute (e pertanto alle prestazioni) per tutte le persone presenti sul territorio nazionale. Si è così evidenziato un generale sentimento di adesione a questo bene comune. Nel contempo, si è sviluppato un generale consenso politico sulla necessità di rafforzare il servizio sanitario nazionale e di superare le forti diseguaglianze territoriali e socioeconomiche nell'accesso e nella qualità dei servizi, amplificate da questa pandemia. ([Scheda 1, Paragrafo 2](#)).

La consapevolezza che questo fenomeno infettivo non rappresenta una evenienza irripetibile ma un cambiamento epocale del quadro epidemiologico, dopo molteplici "campanelli di allarme" che avevamo ignorato, pone come prioritario – per la salute, l'economia, e la stessa sicurezza del nostro Paese – un cambio di passo nell'abito della sanità pubblica e della ricerca biomedica. Si tratta di una "occasione" da non perdere per ridisegnare il ruolo dello Stato e dei sistemi di *welfare* per i prossimi decenni, in considerazione della disponibilità delle risorse finanziarie del PNRR e del consenso della popolazione, che avverte il problema salute come la crescente e maggiore inquietudine di questi anni.

Ma invece, passata la fase acuta della pandemia, la sanità, che è stata, per molti anni, il portafoglio delle politiche di austerità, è ben presto tornata a occupare la parte bassa della classifica delle priorità del Paese. La conferma che non fosse in vista alcun rafforzamento del SSN è arrivata già lo scorso aprile, quando il Governo ha reso note le previsioni di andamento della spesa sanitaria pubblica, pienamente confermate nella Nota di Aggiornamento del 29 settembre, nella quale è inserita perfino la previsione di un DDL per l'attuazione della autonomia differenziata! Questa pandemia ha invece messo in evidenza la necessità di una più solida cornice unitaria dei servizi sanitari regionali e di un potenziamento della capacità – politica e tecnica – di indirizzo programmatico nazionale; è pertanto indispensabile espellere il tema Sanità dalla eventuale attuazione dell'autonomia regionale differenziata.

Se dal 2017 al 2020 la percentuale di spesa sanitaria pubblica era rimasta ferma al 6,6% del PIL (tra le più basse in Europa), impennandosi al 7,3% nel 2021 a causa delle spese COVID, la spesa tendenziale per gli anni successivi è decisamente al ribasso: 6,7% nel 2022; 6,3% nel 2023, e addirittura 6,1% nel 2024 ([Scheda 1, Paragrafo 3](#)). Un pessimo segnale che, se non contrastato da nuove iniezioni di risorse professionali e finanziarie, indica il ritorno allo scenario che, a partire dal 2011, ha penalizzato il SSN, riducendo risorse umane e strutturali, tagliando l'offerta pubblica di servizi, provocando lo scandaloso allungamento delle liste d'attesa, e favorendo l'espansione dell'offerta privata, trainata anche dalla diffusione di varie forme di fondi aziendali e assicurazioni con prestazioni sostitutive dell'offerta pubblica.

La lezione della pandemia non è servita.

Diversi indizi stanno anzi a indicare che è sempre più attuale il disegno di privatizzare la sanità italiana, iniettandovi generose dosi di mercato.

Primo indizio: il personale del SSN al palo

Mentre si registra un grande attivismo per garantire ai soggetti privati l'accesso ai finanziamenti europei, nessuna buona notizia arriva dal fronte del personale del SSN, che nell'ultimo decennio ha subito una drastica riduzione.

Sanità e assistenza sono il prototipo di un servizio alla persona, un'attività di "cura" che comporta una presa in carico, una relazione interpersonale in cui le capacità tecnicoprofessionali e gli elementi relazionali si unificano con effetto sinergico. Gli operatori – il "capitale umano" – sono l'elemento fondamentale per la qualità e capacità di risposta del Servizio. Anche per tale ragione bisogna riporre al centro dell'azione politica il valore del lavoro di cura e investire prioritariamente su questo.

Il quadro che offrono i dati che ci pervengono dai sindacati – in particolare dalla Funzione pubblica della CGIL, dall'ANAOO, e da altri sindacati di categoria – suscita invece grande preoccupazione. In questi anni si è assistito a una riduzione notevole del personale del SSN e al trasferimento di molteplici attività al privato, alle cooperative, al precariato, con una forte riduzione delle Spese per il personale e un incremento della voce Beni e servizi. A fronte dell'emergenza Covid, tale tendenza si è parzialmente invertita, senza tuttavia recuperare i tagli dell'ultimo decennio. Inoltre, le assunzioni sono state effettuate, in grande prevalenza, con contratti temporanei. ([Scheda 2, Paragrafo 1](#))

La Funzione pubblica della CGIL ha calcolato un fabbisogno di 112.000 unità di personale: 76.000 infermieri, 11.000 medici, 25.000 altri professionisti. Nel frattempo continua la fuga all'estero del nostro personale sanitario. Nell'ultimo decennio sono 10mila i medici italiani migrati all'estero, che arrivano a rappresentare il 50% dei medici stranieri presenti in Europa.

Manca inoltre, da parte del Ministero, un quadro complessivo che delinea i possibili scenari per il prossimo decennio, in base ad alcune variabili: pensionamenti, immigrazione ed emigrazione di forza lavoro qualificata in ambito sanitario, cessazioni volontarie, necessità di personale in base a nuovi investimenti (PNRR), e interventi normativi (incremento letti di terapia intensiva, assistenza domiciliare, case di comunità, ospedali di comunità ecc.).

Per affrontare questo fondamentale problema è necessario intervenire su più fronti: rimozione dei limiti alla spesa per il personale dipendente, assunzioni di personale, incentivazione delle professioni sanitarie, formazione del personale ([Scheda 2, Paragrafo 2](#)).

1. Assunzioni del personale:

- Rivedere la normativa sui limiti della spesa per il personale dipendente, ampliando i criteri previsti per il triennio 2019-2021 (in scadenza), superando definitivamente il riferimento alla spesa per personale del 2004 e ampliando la flessibilità di assunzioni da parte del SSN; solo così si eviteranno gravi carenze di personale, soprattutto in relazione ai nuovi investimenti previsti del PNRR;
- Incentivare la riduzione strutturale della spesa per servizi sanitari esternalizzati in particolare durante la pandemia;
- Rimuovere i limiti della legge "Madia" per la stabilizzazione dei precari;
- Mettere in atto una risposta urgente all'attuale carenza, contrattualizzando gli specializzandi dell'ultimo biennio del corso e la loro assunzione nella rete ospedaliera.

2. Incentivazione delle professioni sanitarie:

- Aprire un confronto con le organizzazioni sindacali per una rivalutazione delle professioni sanitarie (anche in termini economici) per ridurre le differenze salariali rispetto ad altri Paesi europei.
- Individuare forme premianti per specifici settori di attività (ad esempio terapie intensive; pronto soccorso ecc.)

- Attivare forme virtuose di welfare a favore del personale della sanità pubblica (asili nido, contributo trasporto pubblico, residenze o contributi affitto) particolarmente utili in alcune realtà urbane e per il personale infermieristico.

3. Formazione:

il fabbisogno formativo (lauree e specializzazioni) deve essere individuato dal Ministero della Salute – di concerto con le Regioni – sulla base dei bisogni della popolazione, e deve trovare adeguata risposta nell’offerta delle Università.

la formazione post-laurea deve essere effettuata utilizzando una rete di ospedali di insegnamento.

la formazione dei medici di medicina generale deve essere effettuata dall’Università, utilizzando a tal fine una rete di Distretti di insegnamento in cui devono operare i MMG.

Al momento attuale, dati i limiti previsti nella spesa corrente e la mancata rimozione dei vincoli che limitano le assunzioni stabili, non vi è alcun segnale di inversione di tendenza.

Infine, pur riconoscendo che si è avuto quest’anno un incremento delle borse di studio postlaurea, non è stato messo in atto uno stabile e adeguato rapporto fra i diversi Ministeri al fine di rivedere l’impegno delle Università ad adeguare la offerta formativa alle esigenze della popolazione.

Secondo indizio: la lentezza nella ripresa dell’attività ordinaria

Durante la pandemia, gran parte dei servizi sono stati ridotti o addirittura sospesi, con ricadute negative sulla salute delle persone. La riduzione delle attività ha riguardato quasi tutti i settori: accessi al pronto soccorso, ricoveri programmati, diagnostica, attività ambulatoriale, screening ([Scheda 3](#)).

Tale fenomeno, a cui ha concorso indubbiamente anche il timore delle persone a frequentare, in particolare durante la prima ondata epidemica, le strutture sanitarie, ha contribuito a un incremento della mortalità generale oltre che a quella attribuibile al Covid, tale che il numero di decessi nel 2020 è stato il più alto dalla fine dell’ultima guerra!

La ripresa delle attività ordinarie fatica ora a vedersi, e i pazienti si stanno abituando a evitare le strutture pubbliche, per lo più in ristrutturazione e riorganizzazione e ancora impegnate nell’attività vaccinale su fasce di popolazione e nella somministrazione della terza dose a persone fragili, anziani, personale particolarmente esposto. Si ricorre quindi al privato, che, contrariamente alle strutture pubbliche, ha partecipato solo marginalmente alle attività emergenziali e non ha dunque bisogno di grandi riorganizzazioni. Il rischio è che i 500 milioni messi a disposizione per smaltire le liste di attesa siano destinati tutti al privato, anziché a rinforzare la ripresa delle attività nel SSN, indebolendo ulteriormente l’offerta pubblica e aumentando il potere di mercato di molti soggetti privati. Così anche i fondi del PNRR per l’assistenza domiciliare integrata rischiano di essere destinati a erogatori privati anziché a rafforzare la presa in carico globale e integrata da parte dei servizi pubblici.

Terzo indizio: concorrenza sleale

Nel marzo del 2021, l’Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato rivolgendosi al Presidente del Consiglio dei Ministri con la sua annuale Segnalazione di Proposte di riforma concorrenziale ha sollecitato: “... una maggiore apertura all’accesso delle strutture private all’esercizio di attività sanitarie non convenzionate grazie a ... una più intensa integrazione fra pubblico e privato volta ad incentivare la libera scelta di medici, assistiti e terzo pagante”. Vi è anche l’invito a eliminare “... il vincolo della verifica del fabbisogno regionale di servizi sanitari, prevedendo che l’accesso dei privati all’esercizio di attività sanitarie non convenzionate con il SSN sia svincolato dalla verifica del fabbisogno regionale di servizi sanitari” ([Scheda 4](#)).

Questa indicazione si basa su vari elementi:

- Idealizza la concorrenza come strumento *sempre* in grado di tutelare gli interessi della collettività, proponendola come “divinità pervasiva” che deve regnare su ogni aspetto della vita (oggi i servizi sanitari; domani le carceri, la giustizia, le forze armate...);

- Ignora l'ampia letteratura scientifica che evidenzia come nel settore sanitario i malfunzionamenti dei mercati non solo non permettono di raggiungere il massimo livello di *efficienza* ma producono effetti che vanno a danno delle persone economicamente e culturalmente meno dotate;
- Elimina ogni possibilità programmatica da parte della regione, rendendo inutilizzabile (per bilanciare l'offerta di servizi alla domanda) la verifica del fabbisogno di servizi sanitari.

Ci auguriamo che il Governo respinga – come accaduto in passato – una raccomandazione pericolosa che assimila gli ospedali e le Aziende USL alle imprese. Non potrebbe che essere sleale una concorrenza creata per effetto di norme che, da una parte, aprono i rubinetti a favore dei privati e, dall'altra, legano le gambe al pubblico (impedendogli di assumere il personale e vincolandolo all'erogazione di molteplici attività non svolte dal privato: centri ustioni, pronto soccorso, terapie intensive, elisoccorso, reparti malattie infettive...)

Quarto indizio: il modello lombardo e l'idea di sanità territoriale

La lezione della pandemia avrebbe dovuto produrre profonde correzioni al modello di sistema sanitario lombardo (dimostratosi fallimentare nella lotta al Covid) che aveva cancellato la rete dei servizi territoriali pubblici, affidando l'erogazione delle prestazioni domiciliari ad agenzie private, e aveva instaurato in campo ospedaliero una concorrenza tra settore pubblico e settore privato, fortemente squilibrata a favore del secondo. Tale modello era il frutto di riforme avviate fin dal 1995 dalla presidenza Formigoni e proseguite con la riforma Maroni del 2015. Tale riforma aveva carattere sperimentale ed era soggetta, dopo 5 anni, alla valutazione da parte del Ministero della salute, che ha deciso di delegare tale funzione all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. Con una stringata lettera del 30 luglio scorso, Agenas dà il suo OK preventivo alla riforma, dopo che ne sono state annunciate minime, cosmetiche correzioni.

Pochi giorni dopo, con l'Intesa Stato-Regioni vengono stabiliti i criteri di autorizzazione e accreditamento degli erogatori privati e pubblici di servizi di assistenza domiciliare, un settore a cui il PNRR destina, nella Missione 6 – Salute, un finanziamento di 4 miliardi (*Scheda 5*).

Questo strumento può risultare utile se rientra in una cornice pubblica che prevede che il paziente con bisogni di assistenza domiciliare si rivolga al Distretto di appartenenza, che si assume la piena responsabilità della sua presa in carico e la soddisfa con le risorse sanitarie e sociali a disposizione, e che potrà anche ricorrere alle prestazioni di un erogatore privato, autorizzato e accreditato, che il Distretto coordinerà integrandolo con gli altri servizi.

Se, invece, il meccanismo di autorizzazione e accreditamento avviene in assenza di una cornice pubblica che si fa globalmente carico dei bisogni degli assistiti all'interno di una filiera di servizi sanitari e sociali – a partire dalle Case della comunità – si riproduce inevitabilmente la frammentaria (e inaccettabile) situazione lombarda, basata sulla presenza di una molteplicità di agenzie private in competizione fra loro nell'erogazione di prestazioni domiciliari ai pazienti bisognosi.

La Casa della comunità deve rappresentare un tassello fondamentale del Servizio sanitario nazionale, il luogo di integrazione fra sanitario e sociale, accentrato di servizi e nel contempo regia delle attività decentrate; il punto di ingresso alle prestazioni del SSN e alla valutazione multi professionale. Il Blocco di assunzione del personale – se non definitivamente rimosso – e il contestuale accreditamento di servizi non inseriti nelle competenze del Distretto trasformerebbero una buona idea in una pessima realizzazione, affidando l'accesso ai servizi e l'attività prescrittiva al privato.

Un impegno per i prossimi mesi

In questi ultimi mesi dell'anno vi sono fondamentali scadenze: il Decreto ministeriale per l'identificazione del modello organizzativo della rete territoriale; la legge di bilancio 2022; la legge sulla concorrenza. È pertanto indispensabile correggere rapidamente questi indizi, che delineano una china scivolosa verso una diffusa privatizzazione, messa in atto consapevolmente da alcuni e percorsa – inconsapevolmente – da altri.

La nostra Associazione, con il presente documento e con una serie di iniziative che saranno avviate su diverse problematiche, intende contribuire ad intraprendere la strada giusta del rafforzamento del SSN, consapevole, come ha correttamente affermato la Pan-European Commission on Health and Sustainable Development che

«...la pandemia ha rivelato che investimenti sanitari inadeguati, **soprattutto nei sistemi sanitari pubblici**, possono costituire di per sé una fonte di rischio macro-critico, non solo per il Paese in questione, ma per il mondo».__

Per leggere il docuemnto integrale andare su: www.salutedirittofondamentale.it.

Audizione sulle proposte di legge C. 2098 Comaroli, C. 2247 Savino, C. 2392 Serracchiani, C. 2478 Rizzetto e C. 2540 Segneri, recanti disposizioni concernenti la conservazione del posto di lavoro e i permessi retribuiti per esami e cure mediche in favore dei lavoratori affetti da malattie oncologiche, invalidanti e croniche

Onorevoli Deputati,

FAVO, in rappresentanza delle 500 associazioni di volontariato e di pazienti oncologici federate, fin dalla costituzione (2003) si batte per il miglioramento della qualità della vita dei malati di cancro e dei lungoviventi oncologici affermando, anche mediante studi scientifici ed azioni propositive in termini normativi e regolamentari, il diritto alla cura, alla riabilitazione bio-psico-sociale ed alla piena ed effettiva inclusione sociale e lavorativa degli oltre 3 milioni e mezzo di persone (di cui circa un terzo in età lavorativa) che vivono dopo la diagnosi di tumore, con un incremento del 37% rispetto a 10 anni fa.

Razionale

- o Il Piano europeo di lotta contro il cancro: "Migliorare la qualità della vita dei pazienti oncologici e dei sopravvissuti", presentato a febbraio 2021, al cap. 6 chiede azioni concrete tese a migliorare la qualità della vita dei pazienti oncologici e dei sopravvissuti anche in considerazione dell'allungamento della sopravvivenza¹: «*c'è possibile che i sopravvissuti, le loro famiglie e chi si prende cura di loro debbano affrontare situazioni difficili, che spesso potrebbero essere evitate o alleviate dalla cooperazione tra i sistemi di assistenza sanitaria e sociale e con i datori di lavoro. In quest'ottica, non dovremmo più concentrarci soltanto su "quanto" vivono le persone dopo la diagnosi, ma piuttosto su "come e quanto" vivono. Il piano europeo di lotta contro il cancro mira non solo a garantire che i pazienti oncologici sopravvivano alla malattia, ma che vivano una vita lunga e soddisfacente, senza discriminazioni e ostacoli iniqui.*» I sopravvissuti al cancro incontrano anche ostacoli sul lavoro. Gli studi indicano che la situazione professionale delle persone cui viene diagnosticato il cancro spesso peggiora sensibilmente anni dopo la diagnosi. Le misure per facilitare l'integrazione sociale e il reinserimento nel luogo di lavoro, compresa una valutazione iniziale e l'adattamento delle condizioni di lavoro per i malati di cancro, dovrebbero essere parti integranti del percorso dei pazienti². Sempre il cap. 6 del Piano EU di lotta contro il cancro presta particolare attenzione ai lavoratori cui venga riconosciuta una più o meno grave condizione di "disabilità oncologica" ed afferma che: *"La prossima strategia sui diritti delle persone con disabilità 2021-2030 è tesa a promuovere adattamenti ragionevoli sul luogo di lavoro per le persone con disabilità. A questo proposito sarà importante un ulteriore sostegno per adattare i modelli di lavoro per i pazienti oncologici e i sopravvissuti alla malattia che sono considerati persone con disabilità."*

Nonostante l'impegno della FAVO e del volontariato oncologico nel fare informazione³ sulle tutele giuridiche esistenti, spesso i lavoratori malati oncologici (acuti e cronici) ed i caregiver lavoratori non conoscono le norme che li tutelano (congedi e permessi retribuiti, flessibilità sul lavoro come *ad es. part-time, telelavoro, divieto di lavoro notturno, sede di lavoro vicina al domicilio, assegni e pensioni o contributi previdenziali che spettano se viene accertato un certo grado di invalidità o di handicap della persona malata*) e che, non solo sono largamente inadeguate a conciliare cure e lavoro, ma rimangono frequentemente inapplicate con un danno economico, anche ingente, per l'intero nucleo familiare e per il sistema produttivo oltre che di welfare.

Nella Missione 5 del PNRR sono stanziati circa 20 miliardi di euro per le politiche per il lavoro, infrastrutture sociali, famiglie, comunità, Terzo settore, interventi speciali per la coesione territoriale e in questo contesto vi sono riferimenti all'inserimento lavorativo di persone con disabilità. Valorizzare e supportare il malato oncologico che lavora è un investimento anche per la sostenibilità del sistema di welfare oltre che per il miglioramento della qualità della vita del malato e della sua famiglia. È necessario ed urgente che siano rese omogenee e rinforzate le misure di sostegno a tutela del "lavoratore oncologico" finora previste esclusivamente per i dipendenti, e che si prevedano azioni positive a sostegno dei lavoratori autonomi e liberi professionisti, la cui tutela è ancora inadeguata.

¹ <https://www.eurocanceracademy.eu/cancer-survivorship>

² Cancer Control Joint Action (CanCon): https://cancercontrol.eu/archived/uploads/images/Guide/042017/CanCon_Guide_7_Survivorship_1B.pdf

³ <https://www.almac.it/libretti-tumore/diritto-malato-cancro>

Per tutti i temi suddetti, anche a seguito di un pressante stimolo da parte del Parlamento, FAVO partecipa come componente al tavolo di lavoro istituito presso il Ministero della Salute con il compito di elaborare un documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione oncologica (Piano Nazionale Oncologico).

- o **Costi sociali ed economici del cancro in Italia per i malati, i caregiver e le loro famiglie (indagine FAVO et alii 2018).** L'indagine⁴, promossa e realizzata nel 2018 su 1.289 pazienti e altrettanti caregiver, ha rilevato che: in Italia, il 70% dei cittadini colpiti da cancro manifesta difficoltà finanziarie. Per il 30% la malattia ha influito negativamente sulla carriera in termini di mancato avanzamento, riduzione dell'orario di lavoro da full-time a part-time, ricollocazione in altro ambito professionale e, nei casi più drammatici, perdita del lavoro. Tra i pazienti oncologici infatti, la popolazione attiva diminuisce dal 51% al 39% a seguito della diagnosi. I pazienti (e ancor più i caregiver oncologici) più penalizzati in termini di disagio economico rilevante sono i lavoratori autonomi, liberi professionisti, commercianti, artigiani (il c.d. "popolo delle P. IVA") che non sono adeguatamente tutelati e non hanno diritto a sostegni economici né ad agevolazioni fiscali o contributive che potrebbero, almeno in parte, compensare la perdita economica causata dalla patologia oncologica, ad eccezione di alcune forme settoriali e sporadiche di assistenza da parte delle rispettive enti/casse previdenziali (sospensione temporanea della contribuzione previdenziale o bonus economici una tantum, analoghi ai bonus Covid). Riguardo ai caregiver, l'indagine⁵ sui costi sociali realizzata da FAVO rileva che il 40% dei prestatori di cura dei pazienti oncologici subisce un disagio economico, che diventa rilevante per specifiche categorie tra cui i liberi professionisti ma anche i lavoratori fragili, cioè coloro che hanno contratti a tempo determinato o forme flessibili.
- o **Tossicità finanziaria⁶**, una possibile conseguenza nefasta della diagnosi oncologica. È stato infatti dimostrato che per i malati di cancro alla condizione di difficoltà economica, anche gravissima (magari connessa e conseguente alla perdita del lavoro), sono associate conseguenze negative sia sulla qualità della vita che sulla sopravvivenza. La ricerca, a cura dell'Istituto Nazionale Tumori di Napoli Fondazione Pascale - pubblicata su *Annals of Oncology* - ha utilizzato il questionario EORTC C30 (strumento che misura la qualità della vita dei pazienti oncologici) su 16 sperimentazioni condotte tra il 1999 e il 2015, per un totale di 3.800 persone con tumore (del polmone, della mammella o dell'ovaio) ed ha mostrato che il 22,5% degli indagati presentava tossicità finanziaria ed un rischio di morte nei mesi e anni successivi aumentato del 20% rispetto ai malati senza tossicità finanziaria in corso di trattamento⁷. 1 persona su 5 colpita dal cancro subisce quindi non solo un contraccolpo economico, ma conseguenze sulla prognosi, peggiorandola significativamente. Sono necessari interventi concreti per evitare l'impovertimento economico dei malati oncologici e delle loro famiglie, l'abbandono dell'attività lavorativa e la marginalizzazione nelle relazioni sociali e sui posti di lavoro.
- o **Una legge per la tutela del lavoratore affetto da malattia oncologica e per i lavoratori caregiver dei malati di cancro.** 1 malato di cancro su 3 è in età lavorativa e, quindi, attualmente oltre un milione e duecentomila lavoratori in Italia hanno avuto una diagnosi di tumore nella loro vita. Per le patologie oncologiche, così come per altre malattie gravi, non esiste una normativa organica che tuteli i lavoratori malati, come invece è previsto specificatamente con la normativa per la tubercolosi - TBC (legge 1088/70; legge n. 429/75 e legge n. 88/87).

⁴ Indagine a cura di Favo, Almac e Datamining, con la collaborazione dell'INT di Milano e dell'Istituto Pascale di Napoli. Vedi: F. De Lorenzo e altri (a cura di), "Indagine sui costi sociali ed economici del cancro nel 2018" nel 11° Rapporto Osservatorio sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, 2019 <https://osservatorio.favo.it/undicesimo-rapporto/parte-prima/indagine-costi-sociali-economici-cancro/>; C. Colicelli e altri (a cura di), "Condizione lavorativa dei malati oncologici e disagio economico e psicologico" nel 12° Rapporto Osservatorio sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, 2020 <https://osservatorio.favo.it/dodicesimo-rapporto/parte-prima/condizione-lavorativa-malati-oncologici/>.

C. Colicelli e altri (a cura di) "Condizione lavorativa e disagio economico del caregiver dei malati oncologici" nel 13° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, 2021 <https://osservatorio.favo.it/tredicesimo-rapporto/parte-prima/condizione-lavorativa-disagio-caregiver/>

⁵ Perrone F. et al. The association of financial difficulties with clinical outcomes in cancer patients: secondary analysis of 16 academic prospective clinical trials conducted in Italy. *Annals of oncology* ESMD. 2016;27(12):2224-8. Riva S, et al. Development and validation of a patient-reported outcome tool to assess cancer-related financial toxicity in Italy: a protocol. *BMJ Open*. 2019;9(9):e031485. Perrone F. et al. Assessing Financial Toxicity in Patients With Cancer: Moving Away From a One-Size-Fits-All Approach. *J Oncol Pract*. 2019;JOP1900200. "La centralità del paziente ed evoluzione del Patient-Reported Outcomes (PROs) nella sperimentazione e nella pratica clinica. PROFFIT - Il nuovo strumento per misurare la tossicità finanziaria" F. Perrone, M. Di Maio, E. Iannelli, 12° Rapporto Osservatorio sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, 2020 <https://osservatorio.favo.it/dodicesimo-rapporto/parte-prima/centralita-paziente/>

⁶ "Tossicità finanziaria e prognosi in oncologia. Un problema anche italiano" F. Perrone, 9° Rapporto dell'Osservatorio sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, 2017 https://osservatorio.favo.it/en-content/roreads/2020/03/2009_Cas_03.pdf

Diritti e sostegni economici devono applicarsi sia nella fase acuta di malattia che nella fase di *follow up* e riguardare sia i lavoratori malati sia i *caregiver* lavoratori, ma anche le persone sane ad alto rischio genetico di malattia oncologica derivante da mutazione genetica accertata (ad es. BRCA, Lynch), secondo le rispettive esigenze: permessi e congedi retribuiti per terapie salvavita, visite ed esami diagnostici per sorveglianza attiva e per *follow up*; decontribuzione fiscale e previdenziale (contributi figurativi), *smart working* e telelavoro, accomodamenti ragionevoli, mutamento di mansioni, ferie solidali, divieto di lavoro notturno, sede di lavoro e divieto di trasferimento, contributi straordinari (bonus) per i lavoratori autonomi ed i liberi professionisti. Sono misure già esistenti ma garantite ad alcuni ma non a tutti i lavoratori oncologici o loro *caregiver*, poiché sono strumenti disciplinati in norme di diverso rango (legislativo o contrattuale) che, quindi, tutelano in maniera eterogenea i lavoratori creando disparità di trattamento talvolta al limite della discriminazione. FAVO e le associazioni dei pazienti da anni si battono perché siano migliorate le tutele dei lavoratori che si ammalano di cancro senza discriminazioni di genere o di tipologia di lavoro (subordinato o autonomo, pubblico o privato) e siano quindi garantiti i diritti costituzionali alla salute ed al lavoro. Negli anni l'azione della FAVO ha portato a rilevanti risultati normativi come ad es. il part-time per i malati oncologici (Legge Biagi 2003 e succ. modific.), la riduzione dei tempi di accertamento della disabilità oncologica presso l'INPS (L. 80/2006) ed il certificato specialistico oncologico telematico per l'avvio della procedura di accertamento INPS, l'esenzione delle fasce di reperibilità in malattia per i lavoratori con patologia oncologica (Ministero P.A. e innovazione Circ. n.1/2009 e DM 206/2009; Decreto interministeriale Lavoro-Sanità del 11/1/2016). Tali interventi seppur innovativi sono scollegati fra loro. Nella XVII legislatura, anche grazie alla collaborazione fattiva di FAVO⁸, era iniziato l'iter del PDL A.C. 3324 On. D'Arienzo per la "Delega al Governo per la modifica della disciplina del periodo di comporto per i lavoratori affetti da malattie oncologiche" i cui contenuti (comporto allungato e uniformato per pubblico e privato, assenze per terapie salvavita escluse dal comporto, aspettativa non retribuita, aumento indennità di malattia per lavoratori autonomi, obbligo per il datore di lavoro di comunicare al lavoratore che il periodo di comporto sta per scadere) sono presenti anche in alcuni dei DDL oggi in esame. Sono maturi i tempi per una revisione ed un riordino complessivo degli strumenti di tutela del lavoro pensati in un'ottica di centralità delle esigenze di conciliazione dei tempi di cura (o di assistenza nel caso del *caregiver* lavoratore) e di lavoro.

- o **Riabilitazione oncologica:** I malati oncologici in ogni fase del percorso di vita successivo alla diagnosi, dalla fase acuta, alla cronicità o alla guarigione ed anche nella parte terminale, hanno necessità di interventi riabilitativi multidisciplinari che completano i trattamenti anti-tumorali. Tra i primissimi atti di FAVO⁹ vi è stato l'impegno affinché fosse assicurata ai malati la presa in carico riabilitativa precoce, globale e personalizzata, orientata a favorire la massima autonomia e la partecipazione sociale e non solo il recupero o il compenso di una singola menomazione o perdita funzionale. Ma, per poter effettuare gli interventi riabilitativi, i malati oncologici che lavorano devono potersi assentare senza incorrere in sanzioni o perdere retribuzione o il reddito professionale o, addirittura, rischiare il posto di lavoro. È pertanto necessario che norme di rango legislativo assicurino il diritto alle assenze dal lavoro per la riabilitazione oncologica che siano giustificate e retribuite o comunque indennizzate. Oltre la metà di chi si ammala di cancro guarisce completamente o comunque vive per molti anni dopo la diagnosi, ma con effetti invalidanti più o meno gravi che possono essere affrontati e risolti con interventi riabilitativi. L'INPS, ha fotografato negli ultimi anni un crescente, progressivo aumento delle invalidità causate dal cancro e dai trattamenti antitumorali. Per evitare che i tumori sempre più costituiscono una nuova "disabilità di massa" è necessario garantire ai malati oncologici il diritto alle cure riabilitative con ogni mezzo.
- o **L'emergenza COVID-19** ha colpito il mondo del lavoro e ancor più drammaticamente e gravemente i lavoratori con patologie gravi come quelle oncologiche ma ci ha anche fatto sperimentare alcune misure (ad es. lavoro agile, bonus straordinari per i lavoratori con P. Iva) che hanno reso possibile la prosecuzione dell'attività lavorativa pur tutelando il primario diritto alla salute.

CONCLUSIONI

Lo strumento della PDL delega al Governo per la revisione ed il riordino della disciplina della tutela del lavoro per i malati oncologici o di altre patologie invalidanti appare il più indicato per una materia che richiede una esame approfondito e

⁸ <https://www.favo.it/ufficio-stampa/1354-comunicato-stampa-modifica-periodo-comporto.html>

⁹ "La riabilitazione in oncologia: ri-abilitazione alla vita. Il volontariato oncologico e la riabilitazione, il perché di una carta dei diritti" P. Varese et alii, 11° Rapporto Osservatorio sulla condizione assistenziale malati oncologici 2019 <https://osservatorio.fres.it/indagini-rapporto/carte-seconda/riabilitazione-oncologia-carte-diritti/>. "Libro Bianco sulla riabilitazione oncologica in Italia" F.A.V.O. et alii, <https://www.favo.it/pubblcazioni/libro-bianco-riabilitazione-oncologica.html>.

complessivo che si concluda con la definizione di forme innovative e coordinate di soluzioni normative adeguate all'evoluzione medico scientifica in materia di disabilità derivante da malattie gravi croniche o inaggravanti.

Gli strumenti di tutela indicati nei diversi PDL sono certamente indicati per garantire in concreto la piena ed effettiva inclusione lavorativa delle persone malate di cancro. Particolare pregio ha la previsione di un obbligo datoriale di avvertire il lavoratore dell'imminente esaurimento del comparto, come anche l'attenzione per la necessità di incrementare il periodo di malattia indennizzato per i lavoratori autonomi in analogia al comparto "allungato" per i lavoratori subordinati e l'esclusione dal comparto dei giorni di assenza per terapie salvavita e loro conseguenze invalidanti, la semplificazione/incentivazione del lavoro agile e le misure di tutela fiscale per i lavoratori con P.IVA.

Si segnala l'opportunità, per completezza di tutela, di inserire le seguenti previsioni:

- **semplificazione burocratica della certificazione della patologia oncologica per la fruizione dei benefici economici e giuridici e di tutela del lavoro, utilizzando la esenzione per patologia 048 od il certificato specialistico oncologico telematico che dà avvio alla procedura INPS di accertamento della disabilità oncologica (invalidità ed handicap).**
- **esplicito divieto di lavoro in orario notturno per i lavoratori malati (in analogia a quanto previsto per i caregiver di persone con handicap grave (Art. 53, D. lgs. 151/2001 e D. lgs. 66/2003)**
- **revisione del congedo retribuito di 30 giorni lavorativi all'anno per cure agli invalidi (con invalidità superiore al 50%) regolato dall'art. 7 del dlgs 119/2011 (attualmente a carico del datore di lavoro e riconosciuto per le cure mediche connesse con lo stato di invalidità): l'onere andrebbe tolto dalla parte datoriale e omologato all'AGO e il congedo dovrebbe essere reso fruibile anche per visite, esami e terapie di tipo riabilitativo.**
- **previsione dell'equiparazione dei giorni di assenza per visite specialistiche, per esami diagnostici anche di sorveglianza attiva e di follow up, e per trattamenti riabilitativi ai giorni di assenza per malattia.**
- **richiamo dell'esenzione, per i lavoratori con grave patologia certificata, dalle fasce di reperibilità in malattia**
- **previsione di un atto di indirizzo alle casse di previdenza ordinistiche delle libere professioni affinché garantiscano in modo omogeneo interventi minimi comunitari sostegno del reddito professionale (indennità di malattia, bonus straordinari ai liberi professionisti malati o caregiver, decontribuzioni previdenziali temporanee e contributi figurativi a carico dello Stato in analogia ai dipendenti¹⁰) in caso di malattia oncologica o di altra grave patologia.**
- **coordinamento delle norme di tutela dei lavoratori caregiver di malati oncologici o di altri gravi patologie (congedi e permessi retribuiti, scelta sede di lavoro e divieto di trasferimento, divieto di lavoro notturno, ferie e permessi solidali, priorità nella trasformazione in part-time)**
- **esplicita previsione del coinvolgimento delle associazioni dei pazienti e di volontariato oncologico nelle attività di approfondimento ed istruttoria governativa e/o parlamentare al fine di individuare le soluzioni più idonee e valorizzazione del ruolo delle associazioni nell'informazione ai malati e caregiver sui rispettivi diritti sul lavoro, in analogia a quanto già previsto ed utilmente sperimentato in altri contesti ed in particolare in sanità già da tempo come sancito dall'art. 14, d.lgs. 502/1992 e confermato dalla Riforma operata dal d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229 fino ad arrivare più di recente, ad esempio, nel contesto del governo delle Reti oncologiche con l'Accordo Stato-Regioni del 17 aprile 2019 con cui è stato approvato il documento "Revisione delle Linee Guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale" che ha ulteriormente valorizzato il contributo del non profit.**

È urgente e necessario che sanità, assistenza e previdenza collaborino, non solo per restituire ai malati oncologici la serenità che ha un impatto sulla qualità della vita e sulla prognosi, ma anche per il benessere sociale ed economico del paese. Ciò per ragioni di politica sanitaria e non solo perché, se una parte così numerosa della popolazione attiva viene ad essere esclusa dal lavoro a seguito della malattia, si verifica un effetto negativo direttamente correlato al PIL.

Avv.to Elisabetta Iannelli
Segretario Generale F.A.V.O.

Dott.ssa Laura Del Campo
Direttore F.A.V.O.

Prof. Francesco De Lorenzo
Presidente F.A.V.O.

¹⁰ Vedi ad es. Art. 80 co 3 legge 388/2000.

Covid, Il Parlamento Uk contro Johnson: "Un fallimento epocale la strategia dell'immunità di gregge, migliaia di morti evitabili"

Antonello Guerrera

Il durissimo rapporto delle Commissioni Salute e Scienza di Westminster inchioda l'operato dell'esecutivo britannico nella prima fase della pandemia: "Ignorati gli allarmi da Italia e Cina". Lodi invece per la campagna di vaccinazione. Il ministro Barclay si rifiuta di chiedere "scusa" per otto volte in tv

LONDRA. "Il disastro peggiore nella storia della sanità britannica, costato decine di migliaia di morti che potevano essere salvate". È pesantissimo il rapporto della commissione parlamentare per la Sanità e quella per la Scienza del parlamento di Westminster pubblicato ieri notte e che ha analizzato azioni e politiche del governo di Boris Johnson per fronteggiare la pandemia di Coronavirus.

Il rapporto contiene ciò che per mesi hanno scritto media, giornalisti e varie inchieste.

Ora però quelle accuse vengono messe nero su bianco e ufficializzate da un organismo ufficiale parlamentare bipartisan.

Le commissioni hanno come presidenti addirittura due parlamentari conservatori, ossia dello stesso partito del primo ministro: ovvero Jeremy Hunt, ex ministro della Salute e sfidante di Johnson alle primarie del 2019, e Greg Clark per la Scienza.

Il report è di 150 pagine e critica soprattutto il responso iniziale alla pandemia da parte del governo di Boris Johnson.

Viene confermato ciò che l'esecutivo ha sempre provato a smentire, nonostante alcuni media, tra i quali *Repubblica*, [avessero riportato immediatamente](#) ciò che oggi viene definita la realtà dei fatti: il governo, nelle prime settimane di pandemia a inizio 2020, ha tentato la strada dell'immunità di gregge, senza che all'epoca fosse disponibile alcun vaccino contro il Covid.

"Migliaia di vite potevano essere salvate", scrivono le commissioni di indagine

Un approccio che ha provocato decine di migliaia di morti in più, che ha fatto fuggire migliaia di italiani dal Regno Unito a inizio dell'anno scorso, e che poi è stato abbandonato in favore del lockdown, annunciato solo a fine marzo 2020, mentre Italia e mezza Europa avevano già chiuso tutto.

E dire che i primi casi di Coronavirus in Uk erano stati riscontrati il 31 gennaio. "Si è agito troppo tardi" per la Commissione, "perché così si sono perse settimane preziose e soprattutto migliaia di vite potevano essere salvate".

A finire nel mirino dei parlamentari è stato non solo il governo, ma anche le autorità scientifiche che inizialmente avrebbero sottovalutato il pericolo. Non a caso, oggi il ministro Steven Barclay ha ripetuto più volte in tv: "Noi abbiamo seguito la scienza".

"L'approccio iniziale del governo era quello di arrivare a una immunità di gregge attraverso le infezioni", si legge nel report, "lasciando circolare il virus: una sorta di fatalismo per cui questo sarebbe stato alla fine l'unico modo per fermare la diffusione del virus".

Eppure, è scritto sempre nel documento, ciò che avveniva in Cina e Italia avrebbe dovuto lanciare l'allarme nel governo: il Coronavirus era già definito molto contagioso, causava una grave malattia e non c'era una cura.

"Il livello di ignoranza attraverso il quale il Regno Unito ha considerato la sua risposta alle prime settimane di pandemia è stato parzialmente auto-inflitto".

Il ministro non si scusa

"I provvedimenti del governo si sono rivelati sbagliati ed è evidente che questo ha causato molti più morti di quanti se ne sarebbero avuti" con misure più restrittive.

Un altro grave errore dell'esecutivo, per la Commissione, è stato far rientrare immediatamente nelle case di riposo anziani ricoverati in ospedale, senza che questi venissero sottoposti a un test preventivo.

Questo, nell'intenzione delle autorità, per liberare quanti più posti letto della sanità pubblica travolta dal virus, causando *"però migliaia di morti nelle case di riposo, che potevano essere evitate"*.

Tuttavia, il report loda l'operato del governo Johnson nella seconda parte della pandemia.

Non tanto il sistema di test e tracciamento che ha avuto molte pecche all'inizio, quanto la campagna di vaccinazione partita quasi un anno fa, *"una delle più efficienti e organizzate di sempre"*.

Oggi il Regno Unito ha rimosso ogni restrizione (mascherine al chiuso incluse) contando sul muro di immunizzazione: l'85,5% della popolazione con più di 12 anni ha ricevuto almeno una dose di vaccino e il 78,6% due dosi.

I numeri però restano molto alti: ieri 40.224 nuovi casi di Coronavirus (su 970mila test), per un totale di 265.934 negli ultimi sette giorni (+11,2 % rispetto alla settimana precedente).

I morti restano più o meno stabili: ieri 28 (ma il lunedì sono sempre più bassi) per un totale di 780 negli ultimi 7 giorni (due in più rispetto alla settimana precedente). Anche i ricoverati in ospedale sembrano stabilizzati: ieri 816 per un totale di 5.155 negli ultimi sette giorni (+0,9 % rispetto alla settimana precedente).

In ogni caso, oltre al report delle Commissioni Salute e Scienza, ci sarà presto una inchiesta pubblica sugli errori del governo britannico nella lotta alla pandemia.

Nel frattempo, ha attirato molte critiche l'intervento del ministro Barclay stamattina alla radio *Lbc*. Il conduttore Nick Ferrari, alla luce dei risultati del rapporto, ha chiesto per otto volte al membro dell'esecutivo di chiedere scusa al popolo britannico per gli errori nella prima fase dell'emergenza, ma Barclay si è sempre rifiutato di dire *"sorry"*.

https://www.repubblica.it/esteri/2021/10/12/news/boris_johnson_coronavirus_covid_disastro_immunita_di_gregge_regno_unito_londra_rapporto_commissione_westminster-321886072/?ref=drla-1

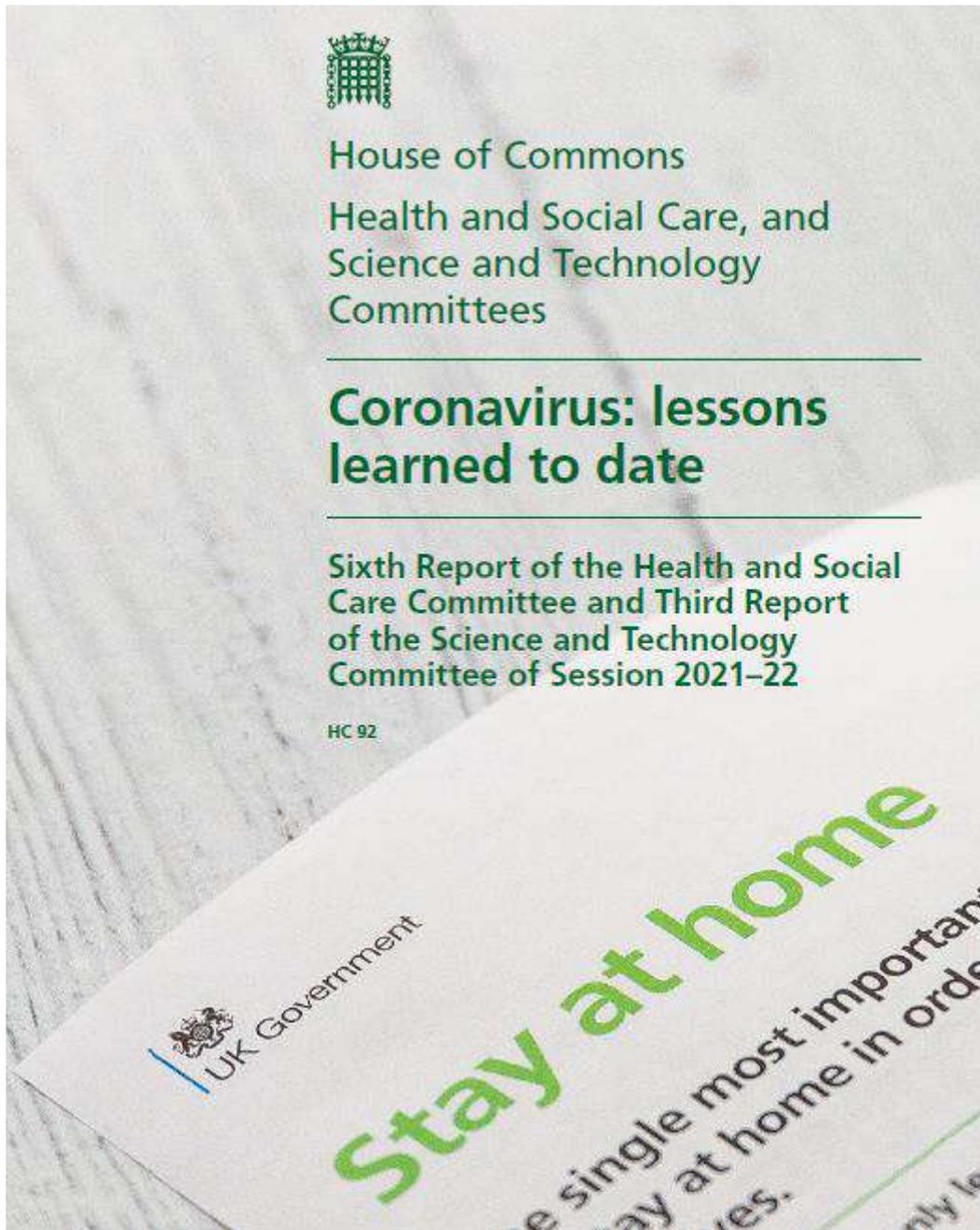


House of Commons
Health and Social Care, and
Science and Technology
Committees

Coronavirus: lessons learned to date

Sixth Report of the Health and Social
Care Committee and Third Report
of the Science and Technology
Committee of Session 2021–22

HC 92



Coronavirus: lezioni imparate fino ad oggi
Sesto Rapporto della Salute e del Sociale Commissione per la
cura e terzo rapporto della Scienza e della Tecnologia
Comitato della sessione 2021–22

Sintesi

Il Covid-19 è stata la più grande crisi che il nostro Paese ha dovuto affrontare da generazioni e la più grande sfida in tempo di pace in un secolo. Ha sconvolto le nostre vite in una misura che pochi prevedevano; amici e famiglie separati; imprese chiuse e mezzi di sussistenza danneggiati; e, cosa più tragica di tutte, è stata associata alla morte di oltre 150.000 persone nel Regno Unito e di quasi 5 milioni di persone in tutto il mondo fino ad oggi.¹

Il Regno Unito non è il solo ad aver sofferto molto a causa del covid-19 e la pandemia è tutt'altro che finita. Confrontare l'esperienza dei diversi paesi non è semplice: i decessi legati al covid vengono registrati in modi diversi. L'effetto della pandemia su particolari paesi è stato diverso in momenti diversi, ad esempio alcuni paesi che sono andati meglio di altri nei primi mesi della pandemia hanno successivamente subito più vittime.²

Ma nel 2020 il Regno Unito ha fatto significativamente peggio in termini di covid morti rispetto a molti paesi, soprattutto rispetto a quelli dell'Asia orientale, anche se geograficamente erano molto più vicini al luogo in cui il virus è apparso per la prima volta.³ L'entità di questa perdita precoce ci impone di chiederci perché il Regno Unito sia stato colpito peggio di altri.

Al contrario, il successo del programma vaccinale, uno dei più efficaci in Europa e, per un paese delle nostre dimensioni, uno dei più efficaci al mondo, mostra che dalla nostra gestione della pandemia dovrebbero essere tratti sia insegnamenti positivi che negativi.

Tutto l'apprendimento deve avvenire rapidamente a causa della probabilità di future pandemie, motivo per cui stiamo producendo questo rapporto ora. Il suo scopo non è puntare il dito verso la colpa, ma garantire un'accurata comprensione sia dei successi che dei fallimenti fino ad oggi, in modo che possano essere apprese lezioni cruciali per il futuro.

La nostra indagine ha esaminato in dettaglio sei aree chiave della risposta al covid-19, che sono descritte più dettagliatamente nel primo capitolo di questo rapporto: la preparazione del paese per una pandemia; l'uso di interventi non farmaceutici come controlli alle frontiere, distanziamento sociale e blocchi per controllare la pandemia; l'uso di strategie di test, traccia e isolamento; l'impatto della pandemia sull'assistenza sociale; l'impatto della pandemia su specifiche comunità; e l'acquisizione e il lancio di vaccini contro il covid-19.

In queste aree abbiamo identificato diversi problemi chiave che hanno avuto un impatto importante sulla risposta del Regno Unito al covid-19 e dovrebbero essere un obiettivo chiave per il governo mentre cerca di trarre insegnamento dalla pandemia. Questo rapporto, e le prove che abbiamo raccolto, riguardano principalmente l'esperienza e la risposta alla pandemia in Inghilterra, sebbene ci riferiamo ad aspetti altrove nel Regno Unito ove pertinenti.

1. La pianificazione della pandemia del Regno Unito si è basata in modo troppo ristretto e inflessibile su un modello influenzale che non è riuscito a imparare le lezioni da SARS, MERS ed Ebola. Il risultato è stato che, sebbene la nostra pianificazione della pandemia fosse stata acclamata a livello globale,⁴ ha funzionato meno bene di altri paesi quando era più necessaria.

2. Nei primi tre mesi la strategia ha rispecchiato il parere scientifico ufficiale al governo che è stato accettato e attuato. Quando il governo è passato dalla fase di "contenimento" alla fase di "ritardo", tale approccio ha comportato il tentativo di gestire la diffusione del covid attraverso la popolazione piuttosto che impedirne del tutto la diffusione. Ciò equivaleva in pratica ad accettare che l'immunità di gregge per infezione fosse l'esito inevitabile, dato che il Regno Unito non aveva alcuna prospettiva concreta di un vaccino, una capacità di test limitata ed era opinione diffusa che il pubblico non avrebbe accettato un blocco per un periodo significativo. Il Regno Unito, insieme a molti altri paesi in Europa e Nord America, ha commesso un grave errore precoce nell'adottare questo approccio fatalistico e nel non considerare un approccio più enfatico e rigoroso per fermare la diffusione del virus come adottato da molti paesi dell'est e del sud-est asiatico. Il fatto che l'approccio del Regno Unito riflettesse un consenso tra i consulenti scientifici ufficiali e il governo indica

un grado di pensiero di gruppo che era presente all'epoca, il che significava che non eravamo così aperti ad approcci adottati altrove come avremmo dovuto.

3. A causa di una capacità inadeguata o di una politica deliberata, è stato anche un grave errore arrivare al punto in cui i test di comunità sono stati interrotti all'inizio della pandemia. Un paese con un'esperienza di livello mondiale nell'analisi dei dati non avrebbe dovuto affrontare la più grande crisi sanitaria degli ultimi cento anni senza praticamente dati da analizzare. Questo problema è stato aggravato dall'incapacità degli enti pubblici nazionali coinvolti nella risposta di condividere tra loro i dati disponibili, anche tra il governo nazionale e quello locale.

4. Anche se la decisione di interrompere i test di comunità è stata presa esclusivamente per ragioni di capacità, è chiaro che ci sarebbe stata più sfida per Public Health England ad aumentare la capacità di test fin dall'inizio da parte dei ministri, dei consulenti scientifici e del Dipartimento della Salute e Assistenza sociale. Invece la capacità di testare sembrava essere accettata per troppo tempo come un fatto compiuto.

5. La risposta iniziale alla crisi ha anche messo in luce alcune importanti carenze nella macchina del governo. Le strutture per offrire consulenza scientifica mancavano di trasparenza, rappresentanza internazionale e sfida strutturata. Mancavano i protocolli per condividere le informazioni vitali tra gli enti pubblici. Il segretariato per le emergenze civili disponeva di risorse inadeguate, comprese competenze specialistiche che erano state rimosse. I risultati scientifici erano ostacolati dall'inadeguatezza operativa.

6. La responsabilità in una democrazia dipende dal fatto che i decisori eletti non si limitino a ricevere consigli, ma li esaminino, li mettano in discussione e li mettano in discussione prima di prendere le proprie decisioni. Sebbene si trattasse di una situazione in rapido cambiamento, dato il gran numero di decessi previsti, è stato sorprendente che le ipotesi inizialmente fatalistiche sull'impossibilità di sopprimere il virus non siano state messe in discussione fino a quando non è diventato chiaro il servizio sanitario nazionale potrebbe essere sopraffatto. Anche quando la strategia del Regno Unito è cambiata radicalmente nel marzo 2020, è stato a causa della preoccupazione interna per il sopraffatto NHS piuttosto che per una seria decisione di seguire le migliori pratiche internazionali emergenti.

7. C'era il desiderio di evitare un blocco a causa dell'immenso danno che avrebbe comportato per l'economia, i normali servizi sanitari e la società. In assenza di altre strategie come un rigoroso isolamento dei casi, un'operazione di test e traccia significativa e solidi controlli alle frontiere, un blocco completo era inevitabile e sarebbe dovuto arrivare prima.

8. Sebbene alcuni abbiano criticato l'allora Segretario di Stato per averlo annunciato unilateralmente e con scarso sostegno pubblico da altre parti del governo e del SSN, l'obiettivo dei test di 100.000 test al giorno era importante per galvanizzare il sistema e guidare il massiccio aumento della capacità di test quello era richiesto. Tuttavia, è stato un errore significativo che in primo luogo fosse necessaria una tale iniziativa personale.

9. È stato, tuttavia, un risultato notevole per il NHS espandere la capacità di ventilazione e terapia intensiva, anche attraverso l'istituzione di ospedali Nightingale e la sfida del ventilatore. Nel complesso, la maggior parte dei pazienti covid-19 con necessità clinica di cure ospedaliere l'ha ricevuta. Tuttavia, il prezzo pagato per fornire questo è stato un'interruzione significativa dei servizi principali del SSN, anche in aree come il cancro che sono critiche in termini di tempo.

10. Nonostante sia stato uno dei primi paesi al mondo a sviluppare un test per il covid nel gennaio 2020, il Regno Unito non è riuscito a tradurre quella leadership scientifica in un successo operativo nello stabilire un

efficace sistema di test e tracciamento durante il primo anno della pandemia. Le prestazioni lente, incerte e spesso caotiche del sistema di test, traccia e isolamento hanno gravemente ostacolato la risposta del Regno Unito alla pandemia. Ciò era in parte dovuto al fatto che il test e la traccia dell'NHS sono stati stabiliti solo quando le infezioni giornaliere erano salite a 2.000. Il risultato è stato che l'operazione Test and Trace alla fine ha fallito nel suo obiettivo dichiarato di prevenire futuri blocchi nonostante le grandi quantità di denaro dei contribuenti siano state indirizzate verso di essa.

11. Inizialmente, l'operazione di test e traccia seguiva un modello centralizzato, il che significava che l'assistenza da parte di laboratori esterni a PHE, in particolare laboratori universitari, è stata respinta. Lo stesso valeva per il tracciamento dei contatti, dove le capacità consolidate dei direttori locali della sanità pubblica e dei loro team non sono state sfruttate efficacemente durante la risposta iniziale alla pandemia, nonostante gli approcci locali si siano dimostrati efficaci nei luoghi in cui sono stati perseguiti. Ora è chiaro che la struttura ottimale per il test e la traccia è quella che è guidata localmente con la capacità di attingere alla capacità di picco centrale, ma ci è voluto la parte migliore di un anno per arrivare a quel punto.

12. Il Regno Unito sembra ora disporre di sufficienti capacità di test e tracciabilità, una delle più grandi in Europa. Tuttavia, il problema del rispetto delle istruzioni di isolamento rimane una sfida. Abbiamo sentito prove che un sostegno finanziario inadeguato era una barriera per alcune persone e che, fino a poco tempo fa, l'incapacità dei contatti di essere rilasciati dall'isolamento se risultavano negativi ha contribuito a ridurre la conformità.

13. Sia il governo che il SSN non sono riusciti a riconoscere adeguatamente i rischi significativi per il settore dell'assistenza sociale all'inizio della pandemia. Fino a quando il gruppo di lavoro sull'assistenza sociale non è stato istituito nel maggio 2020, SAGE non ne aveva a sufficienza rappresentazione dell'assistenza sociale o non ha dato sufficiente peso all'impatto sul settore dell'assistenza sociale. Senza tale input e una più ampia competenza, ai ministri mancavano importanti consigli quando prendevano decisioni cruciali. Questo, unito alla carenza di personale, alla mancanza di test e DPI sufficienti e alla progettazione di ambienti di cura per consentire l'isolamento ostacolato dalla vita in comune e il controllo delle infezioni, ha fatto sì che alcuni operatori sanitari non fossero in grado di rispondere ai rischi nel modo più efficace possibile. Ciò ha avuto ripercussioni devastanti e prevenibili per le persone che ricevono assistenza e le loro famiglie e ha messo a rischio il personale che fornisce assistenza sociale.

14. La mancanza di priorità attribuita all'assistenza sociale durante la fase iniziale della pandemia è stata esemplificativa di una lunga incapacità di offrire all'assistenza sociale la stessa attenzione del SSN. La rapida dimissione delle persone dagli ospedali nelle case di cura senza test adeguati o isolamento rigoroso è stata indicativa della disparità. È comprensibile che il governo debba agire rapidamente per evitare che gli ospedali vengano travolti, ma è stato un errore consentire il trasferimento dei pazienti in case di cura senza il rigore mostrato in luoghi come la Germania e Hong Kong. Questo, combinato con il personale non testato che ha portato l'infezione nelle case dalla comunità, ha portato a molte migliaia di morti che avrebbero potuto essere evitate.

15. È impossibile sapere se un interruttore di circuito all'inizio dell'autunno del 2020 avrebbe avuto un effetto materiale nell'impedire un secondo blocco dato che la variante Kent (o Alpha) potrebbe essere già stata prevalente. In effetti, tale approccio è stato perseguito in Galles, che ha continuato ad avere ulteriori restrizioni nel dicembre 2020. In questa decisione di non avere un interruttore, il governo del Regno Unito non ha seguito il parere scientifico ufficiale. I ministri erano chiaramente troppo ottimisti nella loro convinzione che il peggio fosse alle nostre spalle durante i mesi estivi del 2020.

16. Allo stesso tempo, c'erano aree importanti in cui la performance pandemica del Regno Unito ha superato gli altri paesi. A differenza di molti governi, i ministri del Regno Unito avevano ragione nell'identificare che un vaccino sarebbe stato la via d'uscita a lungo termine dalla pandemia e hanno sostenuto con previdenza la ricerca e lo sviluppo di una serie di vaccini covid-19, incluso il vaccino Oxford/AstraZeneca. Una parte significativa del successo del vaccino Oxford/AstraZeneca è stata dovuta ai primi investimenti del governo in ricerca e sviluppo, iniziati originariamente con la UK Vaccines Network istituita nel 2016. Quell'investimento e il sostegno attraverso i governi successivi hanno chiaramente dato i suoi frutti.

17. Il risultato è stato un programma di vaccinazione nel Regno Unito che comprende la scoperta, l'acquisto e la vaccinazione completa di oltre l'80% della popolazione adulta entro settembre 2021, che è stata una delle iniziative più efficaci nella storia della scienza e della pubblica amministrazione del Regno Unito e che è stata realizzata dal SSN. Alla fine, milioni di vite verranno salvate grazie allo sforzo globale di vaccinazione in cui il Regno Unito ha svolto un ruolo di primo piano. Nel solo Regno Unito, il successo della distribuzione di vaccini efficaci, a settembre 2021, ha consentito la ripresa di gran parte della vita normale con benefici incalcolabili per la vita delle persone, i mezzi di sussistenza e per la società.

18. I trattamenti per il covid sono un'altra area in cui la risposta del Regno Unito è stata davvero leader a livello mondiale. Lo studio RECOVERY aveva, a metà agosto 2021, reclutato poco più di 42.000 volontari in tutto il mondo per montare studi randomizzati sui trattamenti covid-19. Stabilire l'efficacia del desametasone e l'inefficacia dell'idrocloroquina sono stati contributi vitali alla battaglia mondiale contro il covid-19 e si stima che abbiano salvato oltre un milione di vite a livello globale.

19. Le autorità di regolamentazione del Regno Unito, principalmente MHRA e JCVI, hanno affrontato il loro compito cruciale con autorità e creatività. La possibilità di presentare i risultati degli studi clinici su base continuativa ha reso il Regno Unito il primo paese occidentale al mondo ad approvare un vaccino. L'audace decisione di estendere l'intervallo tra le dosi ha consentito di vaccinare più rapidamente più persone e quindi di proteggere la popolazione.

20. L'istituzione, su suggerimento di Sir Patrick Vallance, della Vaccine Taskforce al di fuori del Dipartimento della sanità e dell'assistenza sociale, e comprendente un portafoglio di persone con esperienza dell'industria, della sanità, della scienza e del governo è stata vitale per il suo successo, così come è stato l'audace e autorevole leadership di Kate Bingham. Il governo ha fatto bene ad agire per accelerare la realizzazione di istituzioni come il Vaccines Manufacturing Innovation Center proposto nella strategia industriale e ad aver investito ulteriormente nella capacità produttiva.

21. Tuttavia, le disuguaglianze sociali, economiche e sanitarie esistenti sono state esacerbate dalla pandemia e combinate con possibili fattori biologici hanno contribuito a esiti diseguali, inclusi tassi di mortalità inaccettabilmente alti tra le persone delle comunità etniche nere, asiatiche e minoritarie. L'aumento dell'esposizione al covid a causa delle condizioni abitative e lavorative delle persone ha svolto un ruolo significativo. Abbiamo anche sentito che il personale nero, asiatico e di minoranza etnica nel servizio sanitario nazionale, che è sottorappresentato nei ruoli di leadership e gestione, ha incontrato maggiori difficoltà nell'accedere ai dispositivi di protezione individuale appropriati e utilizzabili. L'esperienza della pandemia di covid sottolinea la necessità di una strategia urgente e a lungo termine per affrontare le disuguaglianze sanitarie e affrontare le condizioni di lavoro che hanno messo a maggior rischio il personale delle comunità etniche nere, asiatiche e minoritarie.

22. Allo stesso modo, i tassi di mortalità sproporzionatamente elevati che le persone con difficoltà di apprendimento e le persone autistiche hanno sofferto durante la pandemia hanno evidenziato le disuguaglianze sanitarie affrontate da questo gruppo. Sebbene le condizioni di salute preesistenti abbiano

indubbiamente contribuito all'aumento del rischio di mortalità, sono state aggravate dall'accesso inadeguato alle cure di cui le persone con difficoltà di apprendimento hanno bisogno in un momento di crisi. Ciò è stato il risultato delle restrizioni sull'attività ospedaliera non covid e, significativamente, delle restrizioni all'accesso che hanno impedito ai familiari e ad altri accompagnatori che accompagnavano le persone con disabilità di apprendimento in ospedale di svolgere il loro ruolo di advocacy previsto. Gli avvisi "Non tentare la RCP" sono stati emessi in modo inappropriato per alcune persone con difficoltà di apprendimento, il che era completamente inaccettabile.⁸ I piani per le emergenze future dovrebbero riconoscere che le restrizioni generali all'accesso all'ospedale potrebbero non essere appropriate per i pazienti che si affidano a un avvocato per esprimere le loro esigenze.

You can follow the Committee on Twitter [@CommonsHealth](#).



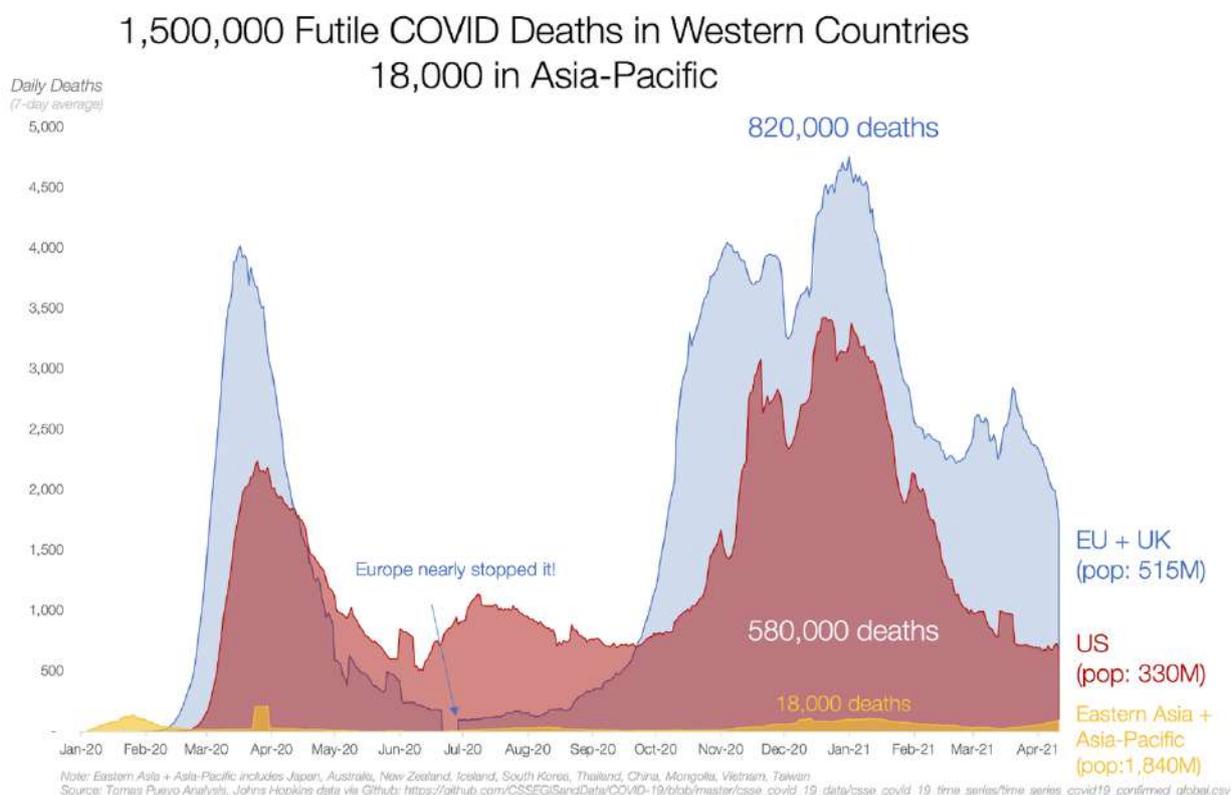
Il Fail West

Loro sapevano. Hanno ignorato. La resa dei conti, un anno dopo.

Tomas Pueyo

6 maggio 2021.

Presto oltre 1,5 milioni di persone moriranno di COVID nei paesi occidentali. 1,5 milioni di morti inutili e inutili. 1,5 milioni di vite sprecate. Nel frattempo, in un blocco di paesi dell'Asia-Pacifico con una popolazione di oltre il doppio, hanno perso 18.000 persone.



A proposito, quel conteggio delle morti in Occidente è un eufemismo. [Contando i decessi in eccesso](#), si ottengono 735.000 decessi per COVID negli Stati Uniti. È più di *tutte* le morti in combattimento che gli Stati Uniti abbiano *mai* avuto (~ 660k) in *tutte* le guerre.

C'è una corrente di pensiero in Occidente a cui piace dare la colpa a tutto tranne che a noi stessi. Potrebbero dire: "L'Occidente non aveva isole! Aveva un'alta densità di popolazione! Non è autoritario come la Cina! Fa più freddo! La sua popolazione è malsana! Non aveva esperienza con pandemie come SARS o MERS!"
Veramente?

How Does the COVID Success of Different Countries Compare to their Advantages?



Si lo so. Immagine molto piccola, molte informazioni. Ma fai clic su per espandere! Nota che sto aggiungendo paesi occidentali tipici come Regno Unito, Stati Uniti o Francia, ma aggiungo anche paesi occidentali meno tradizionali, come quelli dell'America Latina, perché molti hanno seguito errori simili a quelli dell'Europa e degli Stati Uniti. Tuttavia, hanno dovuto soffrire di problemi diversi.

Come leggere questa tabella, a parte con gli occhiali? Il blu significa buono, il rosso significa cattivo. Le regioni migliori hanno avuto successo. Puoi vederlo nelle due colonne a sinistra, che sono per lo più blu (meno morti, più economia aperta). Le regioni inferiori e più rosse hanno fallito ¹. Il resto delle colonne mostra come diverse regioni abbiano beneficiato di diversi vantaggi, come essere un'isola o essere autoritarie. Come puoi vedere, non è chiaro cosa stia succedendo. I paesi di successo sono leggermente più blu, ma non di molto, e ci sono sempre delle eccezioni.

Le isole hanno avuto vita facile? Irlanda, Regno Unito, Filippine sono isole, ma guardatele. Paesi dell'Asia-Pacifico? L'Indonesia e le Filippine non avrebbero dovuto essere autoritarie di successo? E l'Islanda, Taiwan o la Corea del Sud? Caldo? E le province atlantiche, l'Islanda o la Mongolia? Giovane? E il Giappone? E l'Indonesia e le Filippine non dovrebbero avere successo? Eccetera. Forse questo confronto diventa ancora più nitido quando si abbinano i paesi.

	COVID Success		Assets that made it easier to fight COVID								
	Deaths per Capita	Economy Openness	Island	East Asia-Pacific	Rich	Authoritarian	Warm	Lots of young ppl	Low flow borders	Urbanization	Healthy population
Vietnam	0	57%	3	7	3%	79%	23%	49%	99%	63%	60%
Thailand	3	45%	0	6	6%	43%	34%	26%	94%	49%	63%
Mongolia	37	61%	1	3	3%	38%	14%	56%	95%	31%	50%
Philippines	159	72%	10	10	3%	37%	93%	23%	98%	59%	48%
Indonesia	159	63%	10	10	3%	40%	93%	51%	99%	43%	68%

Questi cinque paesi hanno vantaggi e svantaggi COVID molto simili. Puoi vedere colori molto simili. Semmai, quelli di successo - Vietnam, Thailandia, Mongolia - avevano *meno* vantaggi degli altri (Filippine, Indonesia): nessuno di quelli di successo erano isole, erano più lontane dal centro dell'Asia-Pacifico ² e, nel caso di

Mongolia, fa molto freddo. Se questi fossero i principali fattori di successo del COVID, Filippine e Indonesia avrebbero dovuto essere i migliori.

E se confrontiamo paesi insulari come il Regno Unito o l'Irlanda con il Giappone o la Corea del Sud, quelli occidentali mancano di evidenti svantaggi (Isole! Ricchi! Giovani! Non troppo urbanizzati!), eppure i loro risultati sono stati mondi diversi da quelli del Giappone e Corea del Sud.

	COVID Success		Assets that made it easier to fight COVID									
	Deaths per Capita	Economy Openness	Island	East Asia-Pacific	Rich	Authoritarian	Warm	Lots of young ppl	Low flow borders	Urbanization	Healthy population	
South Korea	39	39%	5	10	26%	21%	50%	13%	97%	19%	82%	
Japan	82	29%	10	10	32%	19%	49%	1%	97%	8%	85%	
United Kingdom	1,893	67%	10	0	35%	15%	41%	22%	94%	16%	78%	
Ireland	994	85%	10	0	72%	9%	44%	29%	77%	36%	78%	

Certo, alcuni vantaggi fortunati hanno aiutato. Ma non hanno determinato il risultato. Che cosa ha fatto?

	Success Managing COVID	Successful Test-Trace-Isolate
South Korea	14	✓
Taiwan	0	✓
Japan	24	✓
Singapore	1	✓
Australia	22	✓
New Zealand	0	✓
Iceland	14	✓
Vietnam	0	✓
Thailand	2	✓
Mongolia	23	✓
China	3	✓
Hawaii	234	✓
Atlantic Provinces	21	✓
United Kingdom	1,256	
Ireland	650	
France	694	
Netherlands	461	
Germany	542	
US	1,242	
Mexico	1,332	
Brazil	1,669	
Peru	1,458	
Argentina	1,241	
Spain	876	
Italy	1,147	
Belgium	690	
Chile	1,292	

Notes: The success managing COVID is the blend of deaths and economic stringency closing the economy. Deaths defined as COVID deaths per million inhabitants. For stringency, I took the Stringency measurements from Oxford for school closings, workplace closings, stay at home requirements, and restrictions on internal movements. I took for each country the daily average since July 2020 (by which time countries should have learned to manage the virus). I then transformed them into percentiles. I then took the average of those percentiles.

Success with test-trace-isolate program defined as a system that exhaustively traces all cases and contacts, and mandates and enforces isolations and quarantines, including border fences, as reported by the media.

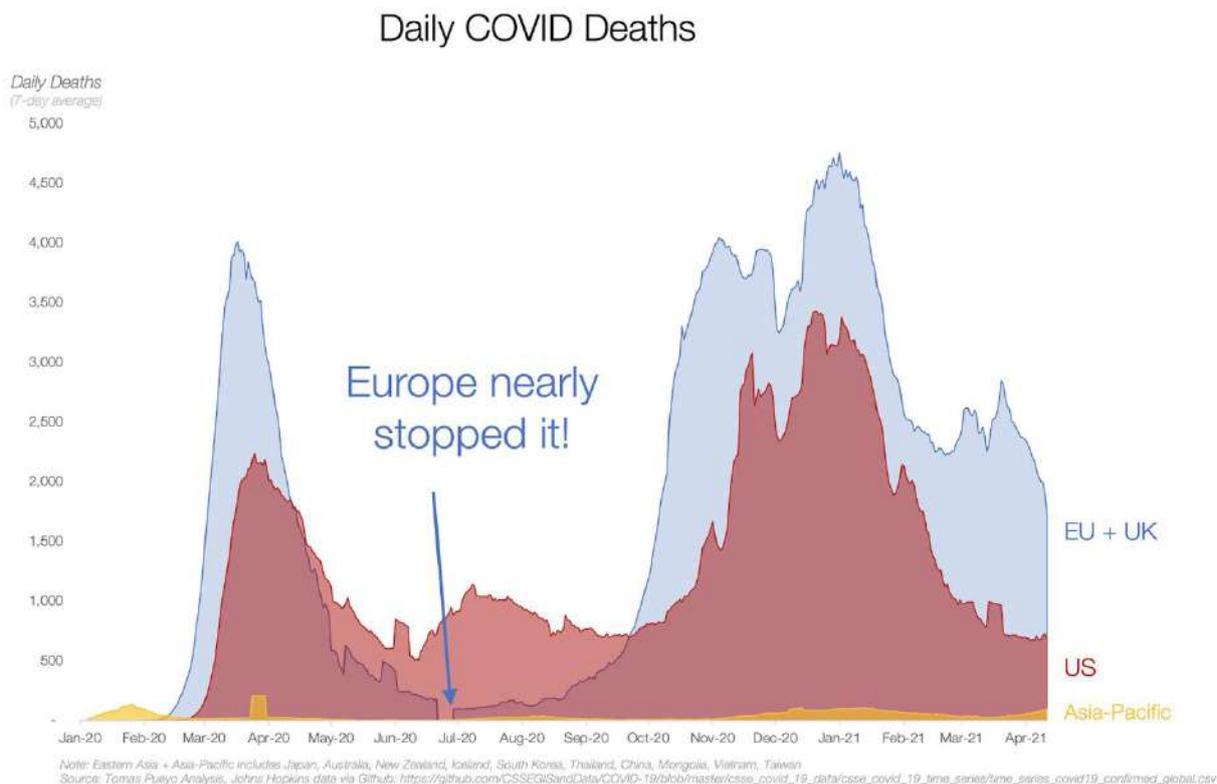
Source: Tomas Pueyo. Press coverage for Test-Trace-Isolate programs, Johns Hopkins University for deaths per million, except for Atlantic Provinces (Statista for deaths, Wikipedia for population) and Hawaii (Beckers Hospital Review). Stringency data from Oxford's Blavatnik's School of Management.

Ciò che ha davvero fatto la differenza è semplicemente una buona gestione.

I paesi che hanno fatto bene si sono chiusi presto, se e quando ci fossero stati troppi casi da gestire in altro modo. Una volta che i numeri dei casi erano sotto controllo, li hanno mantenuti bassi o a zero con un buon programma di [test-traccia - isolato](#) che includeva una [buona recinzione di confine](#).

L'Unione Europea ha iniziato davvero bene, applicando un [martello](#) per ridurre i casi a un livello gestibile. Entro il 30 giugno erano così vicini!

Ma poi hanno [aperto le frontiere](#) e non hanno mai creato programmi di isolamento di prova-tracciamento. Il resto era scritto sul muro.



Gli Stati Uniti, nel frattempo, non ci hanno mai nemmeno provato. Lì, quasi l'80% dei decessi per COVID è avvenuto *dopo* il 30 giugno 2020, momento in cui avrebbero già dovuto sapere come gestire correttamente la pandemia.

Perché l'Occidente non ha implementato adeguati programmi di test-traccia-isolato e di recinzione di confine? Ho un articolo in uscita la prossima settimana che approfondisce i principali errori che hanno commesso.

Ma nel frattempo, possiamo dire che è una combinazione di esitazioni e semplicemente una cattiva gestione. Se vivi in Occidente e conosci qualcuno che è stato infettato dal COVID, chiedigli della sua esperienza:

- Hanno ricevuto immediatamente una chiamata da un tracciatore di contatti?
- Hanno collaborato con il tracciatore di contatti?
- Hanno esaminato esaurientemente tutti i loro contatti?
- I traccianti hanno contattato tutti i loro contatti entro 24 ore?
- Sono riusciti a ottenere la cooperazione dai contatti che hanno chiamato?
- Hanno ricevuto il mandato di restare a casa?
- Sono stati portati in una struttura di isolamento?

- Un'app, la polizia o qualcun altro ha controllato con loro per assicurarsi che rispettassero l'isolamento?
- C'erano meccanismi per penalizzare chi non rispettava gli isolamenti?
- C'è stato un processo simile per i contatti, in base al quale questi sono stati obbligati a rimanere a casa e la loro quarantena è stata monitorata, applicata e sanzionata se non rispettata?
- I test COVID sono stati richiesti 24 ore prima di un viaggio? (non 72 ore)
- Tutti i viaggiatori erano tenuti a mettere in quarantena all'arrivo?
- Quella quarantena dei viaggiatori è stata monitorata e applicata?
- C'è stato un nuovo test negativo dopo 4 o più giorni necessari per uscire dalla quarantena?

Ogni paese che ha avuto successo ha fatto qualche variante di questi punti elenco. Per i paesi che hanno fallito, non sono riusciti a fare la maggior parte di questi punti.

Ad esempio, la maggior parte dei governi occidentali non ha ottenuto i poteri dei tracciati dei contatti per ottenere la cooperazione delle persone. Di conseguenza, molte persone non volevano collaborare, il che rendeva estremamente difficile rintracciare i contatti.

Per fare un altro esempio, la maggior parte dei paesi occidentali richiede ancora solo un test COVID negativo da 72 ore prima dell'arrivo. Questa è un'ampia finestra per catturare il virus ed esportarlo.

I governi occidentali erano felici di multare le persone che non rispettavano i blocchi - Spagna e Francia avevano ciascuna almeno 1 milione di multe per questo - ma non multavano nessuno che avesse saltato gli isolamenti e le quarantene.

Allo stesso modo, la maggior parte dei governi occidentali non ha istituito strutture di isolamento adeguate o non ha dato alle persone denaro, droghe o cibo durante le quarantene.

La parte peggiore è che sapevamo cosa fare molto presto. L'evidenza è semplicemente che un ragazzo normale come me potrebbe chiamare tutte queste cose:

Prima del [10 marzo 2020](#)³:

- Sapevamo che la crescita era esponenziale.
- Sapevamo che non avremmo preso la maggior parte delle infezioni.
- Sapevamo che il tasso di mortalità era di circa l'1% nelle economie sviluppate.
- Sapevamo che era almeno 10 volte peggio dell'influenza.
- Sapevamo che questo aveva un impatto sugli anziani molto peggio dei giovani.
- Sapevamo che l'alta temperatura e l'umidità riducevano l'impatto del virus.
- Sapevamo che circa il 20% dei casi sarebbe stato grave, il 5% critico e il 2,5% avrebbe richiesto cose come ventilatori ed ECMO.
- Sapevamo che i paesi colpiti duramente avrebbero subito carenze globali di cose come ECMO, DPI o ventilatori.
- Sapevamo che un'azione rapida avrebbe potuto ridurre le vittime di 10 volte.
- Sapevamo che misure di allentamento troppo presto avrebbero portato una seconda ondata.
- Sapevamo che una grande percentuale di infezioni si verificava prima che le persone sviluppassero i sintomi.

Entro [il 18 marzo 2020](#):

- Sapevamo di aver bisogno di test di massa.
- Sapevamo che il test-trace-isolate era cruciale per tenere bassi i casi e conoscevamo bene i dettagli su come implementarli.
- Sapevamo che le maschere funzionavano. Abbiamo solo dovuto tenerli per gli operatori sanitari all'inizio.
- Sapevamo che il blocco avrebbe fatto guadagnare tempo per capire la situazione di test, ventilatori, DPI e persino scoprire trattamenti.
- Sapevamo che lasciare che il virus si diffondesse probabilmente avrebbe portato a nuove varianti.
- Sapevamo che un primo martello di successo sarebbe durato più di 7 settimane che 5 mesi.

- Sapevamo che i vaccini sarebbero arrivati in mesi, non anni.
- Sapevamo che la bassa densità di popolazione aiutava.
- Sapevamo che dovevamo evitare i grandi raduni per evitare che diventassero eventi super-diffusori.
- Sapevamo che misurare la temperatura era per lo più inutile.

Prima del [2 aprile 2020](#) :

- Sapevamo che l'economia dei luoghi che avevano un pesante blocco seguito da buone misure sarebbe andata meglio di quelli che hanno lasciato crescere il virus.
- Sapevamo che l'economia si sarebbe ripresa una volta che il virus fosse stato alle nostre spalle.
- Sapevamo che le aree rurali alla fine sarebbero state colpite.
- Sapevamo che i repubblicani sarebbero stati più riluttanti a combatterlo e sarebbero morti in numero maggiore.
- Sapevamo che i governi federali dovevano coordinare l'azione.

Prima del [23 aprile 2020](#) , sapevamo che il virus si diffondeva attraverso gli aerosol e che i divieti di viaggio erano necessari.

Prima del [28 aprile 2020](#) , sapevamo che le app di tracciamento dei contatti erano inutili a meno che non fossero state autorizzate dal governo.

Entro 1-2 mesi, conoscevamo la maggior parte delle conoscenze cruciali necessarie per controllare l'epidemia. I governi devono fare i conti con la loro incapacità di applicare queste conoscenze.

Invece, quello che hanno fatto è stato sbagliare le cose e poi mentire.

- Hanno mancato la crescita esponenziale del virus.
- Si sono [persi](#) che si trattava di una pandemia e hanno dichiarato la sua esistenza così tardi.
- [Pensavano che](#) la popolazione non avrebbe rispettato un blocco.
- Hanno giocato con l'immunità di gregge naturale. Alcuni, come [Svezia](#) e Brasile, l'hanno abbracciato.
- Hanno [mentito](#) , dicendo che le maschere non erano necessarie.
- Hanno perso il fatto che la trasmissione avvenisse attraverso gli aerosol e ci sono voluti mesi per applicare quell'apprendimento.
- Non hanno osato potenziare i traccianti dei contatti.
- Non osavano imporre isolamenti e quarantene.
- Non hanno nemmeno osato proporre di utilizzare i dati disponibili per aiutare nel tracciamento dei contatti.
- Gli mancava costruire recinti adeguati. Gli mancava imparare a ballare e continuavano ad applicare il martello e molto altro ancora.

Pensi che guarderanno indietro ai loro errori?

Credi che creeranno commissioni investigative indipendenti? Pensi che faranno in modo che questo non accada mai più e che i governi funzionino senza intoppi in futuro?

Non lo faranno, quindi la responsabilità è su di noi.

Dobbiamo dettagliare gli errori. Dobbiamo proporre alternative. Dobbiamo renderli responsabili.

E se non cambiano, dobbiamo votare con i piedi e andarcene.

<https://unchartedterritories.tomaspueyo.com/p/the-fail-west?token=eyJ1c2VyX2lkIjoxNTgzODc5MywicG9zdF9pZCI6MzYxMDM4MjEsIl8iOiJEbkVSOSIsImIhdCI6MTYyMDY0OTg4OCwiZXhwIjoxNjUzNDg4LCJpc3MiOiJwdWltMzQ3NTMzIiwic3ViljoicG9zdC1yZWJfdGlvbij9.3TOhnXsE-juK6e59aGoCHxVoXCh0NZk4T0hxegohHkw>

Attacchi hacker, dati sanitari in pericolo: la lista segreta dei 35 ospedali colpiti

Milena Gabanelli e Simona Ravizza

A chi può interessare se io ho la glicemia o il colesterolo alto, ho subito un intervento alla prostata, ho problemi cardiaci o sono sovrappeso? In realtà, i nostri dati sanitari sono una merce preziosissima da mettere sul mercato.

Le multinazionali farmaceutiche possono orientare le loro scelte di marketing per decidere su quali città puntare per la vendita di un farmaco, oppure su quali età e per che patologie; le assicurazioni private possono decidere a chi conviene o meno vendere una polizza malattia (in pratica come una banca decide di dare un mutuo in base al rating).

Conoscere la storia sanitaria di una persona può essere uno strumento decisivo per un'assunzione, l'erogazione di un mutuo, o per venderle prodotti mirati.

È il motivo per cui gli ospedali sono diventati uno dei principali bersagli dei pirati informatici.

A chi interessano i dati sanitari?



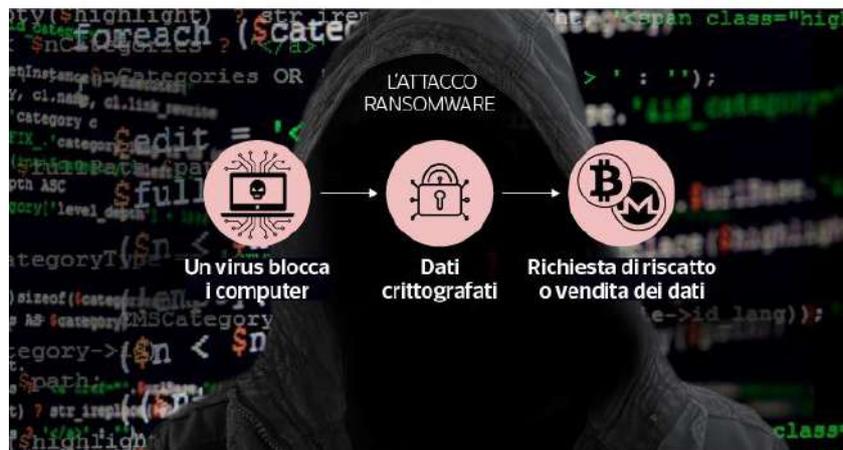
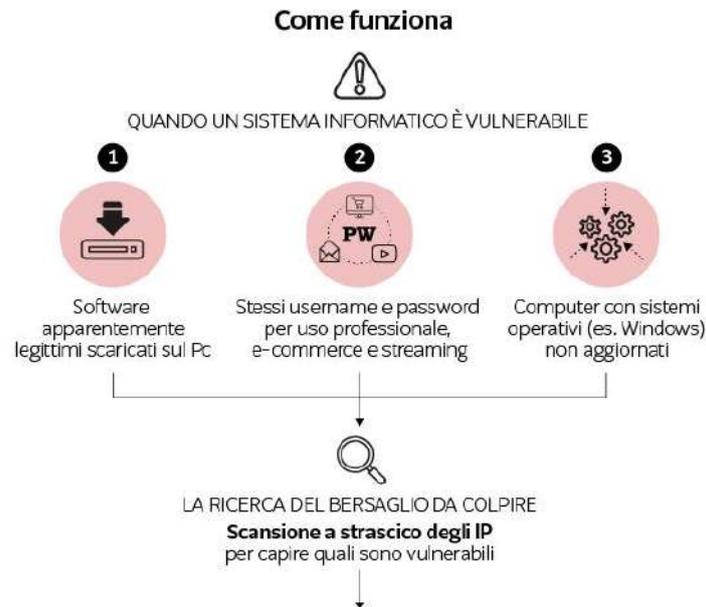
QUANDO UN SISTEMA INFORMATICO È VULNERABILE

Un sistema informatico è vulnerabile quando la vittima ignara scarica sul computer un software all'apparenza legittimo, ma che in realtà contiene un virus che infetta il suo computer e tutti quelli con cui comunica.

Si viene a creare così una rete zombie che consente al criminal hacker di vedere e registrare tutte le operazioni.

Oppure quando i sistemi informatici non sono aggiornati. Per scoprire i «sistemi» vulnerabili il cybercriminale va a strascico, ovvero scansiona l'intero range mondiale di indirizzi IP pubblici (cioè gli indirizzi univoci che identificano i device connessi alla rete) o una parte di essi.

Una volta identificati quelli deboli, il pirata informatico si appropria delle informazioni per venderle all'interno di forum nel dark web, oppure passa all'attacco rendendo inaccessibile l'accesso al sistema. Che sblocca dopo il pagamento di un riscatto.



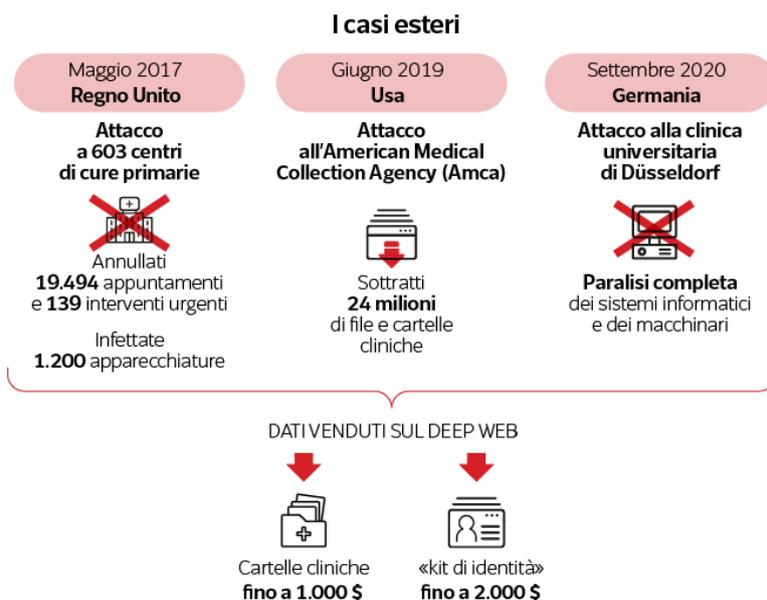
CHE COSA SUCCEDDE QUANDO ATTACCHI UN OSPEDALE?

Maggio 2017: nel Regno Unito il ransomware WannaCry colpisce 603 centri di cure primarie, incluse le chirurgie, causando l'annullamento di 19.494 appuntamenti, fra cui 139 pazienti con una diagnosi di intervento urgente per sospetto tumore. **3 giugno 2019:** l'American Medical Collection Agency (Amca), una società di Elmsford, New York, che fornisce servizi finanziari a una serie di strutture mediche statunitensi, è vittima di un massiccio furto di dati dai propri server. Gli hacker riescono a sottrarre oltre 24 milioni di file e cartelle cliniche. **11 settembre 2020:** alla clinica universitaria di Düsseldorf, un attacco ransomware ha causato la paralisi completa di tutti i sistemi informatici e della chirurgia neurologica. Fatale per una donna arrivata in ambulanza con un aneurisma aortico. In tutti i casi ciò che succede dopo segue — secondo le prime ricostruzioni — il modus operandi di tanti altri attacchi ransomware.

Il valore di una cartella sanitaria sul mercato nero è ormai superiore a quello della carta di credito. Secondo un rapporto della Cbs, le cartelle cliniche possono essere vendute fino a 1.000 dollari ciascuna sul dark web. Ma i criminali possono anche rubare i dati delle cartelle cliniche dei pazienti per creare kit di identità che valgono fino a 2.000, con gli acquirenti che utilizzano le informazioni per creare documenti fasulli, presentare false richieste di assicurazione o accumulare altri tipi di spese.

Il problema più grave però è un altro: secondo la ricerca della *Vanderbilt University* (Usa) la violazione del sistema informatico degli ospedali (data breach) può aumentare, nei trenta giorni successivi, il rischio di mortalità per i malati con problemi cardiocircolatori acuti.

Lo studio presentato nel 2018 dal dottor Sung Choi negli Usa, rivela che oltre 2.100 decessi all'anno negli Stati Uniti potrebbero essere attribuiti al data breach. I criminali lo sanno, e le organizzazioni sanitarie per evitare lunghe interruzioni delle cure mediche, sono spesso disposte a pagare riscatti milionari.



Fonti: Vanderbilt University, digitalguardian.com, CBS

GLI ATTACCHI INFORMATICI IN ITALIA

In Italia gli ospedali iniziano a essere presi di mira nel 2019 con virus spediti via email all'ospedale di Bari, al Santa Maria Nuova di Reggio Emilia, all'azienda ospedaliera di Caserta, all'Asl di Roma e di Novara, al San Carlo di Varese, e all'Istituto Superiore di Sanità.

Nel 2020 esfiltrano i dati sanitari della Regione Friuli-Venezia Giulia, rubano quelli sui ricoverati Covid alla Regione Lazio, compromessi i server del San Raffaele di Milano e dello Spallanzani di Roma. Sottratti i dati del Gaslini di Genova e degli Ospedali Riuniti delle Marche. Nel 2021 si fa un salto di qualità, con il blocco dei sistemi e la richiesta di riscatto. Dal portale del Policlinico Gaetano Martino di Messina vengono rubate le password di accesso degli utenti; attacco informatico all'Agenzia italiana del farmaco (Aifa).

A febbraio ancora la Regione Lazio: mandato in tilt il portale. Nuova incursione a giugno, dove vengono bucate oltre 150 postazioni Internet, e ad agosto viene fatto saltare tutto: bloccato il 90% dell'attività del portale, e l'erogazione dei vaccini per 5 giorni. E gli hacker chiedono il riscatto.

Prima di allora la società pagata per gestire la sicurezza informatica della Regione non si era mai accorta dei ripetuti accessi anomali nel sistema sanitario. A fine agosto 2021, criptati anche i dati del servizio sanitario regionale della Toscana e chiesto il riscatto.

La stessa cosa succede il 12 settembre al San Giovanni di Roma, che addirittura non aveva nessun referente per la sicurezza informatica.

In Italia



QUANTI OSPEDALI HANNO SISTEMI INFORMATICI SICURI

In Italia, in poco più di 2 anni sono state attaccate e danneggiate 35 strutture sanitarie.

La società milanese di cyber security *Swascan* (gruppo Tinexta s.p.a.) è entrata nel dark web lo scorso agosto con strumenti di *threat Intelligence* (quelli che permettono di raccogliere informazioni in rete su una minaccia o un pericolo esistente o emergente che interessa una determinata azienda), prendendo a campione 20 aziende ospedaliere pubbliche e private tra le principali top cento del Paese.

Questi i risultati: solo 4 aziende fra quelle analizzate non presentano vulnerabilità, le altre 16 ne hanno complessivamente 942 di natura tecnica, di cui 239 Ip esposti su Internet, 9.355 indirizzi e-mail aziendali compromessi, 579 portali di accesso, console o servizi di database che dovrebbero essere visibili e accessibili solo al personale interessato che, invece, sono stati inavvertitamente resi accessibili e quindi facilmente attaccabili. Secondo lo standard internazionale Cve (una enciclopedia del rischio delle infrastrutture e dei servizi It), il 14% delle vulnerabilità individuate sono classificabili come alte, il 75% medie e l'11% basse. Più la vulnerabilità è alta, e più è facile l'intrusione. E chi è vittima di un attacco informatico una volta, spesso lo è anche una seconda, se non una terza, come dimostra il caso della Regione Lazio.



PERCHÉ SUCCEDE

Gli ospedali hanno le peggiori performance in termini di investimenti (solo il 5% in media del fatturato) e per accorgersi di una violazione dei propri sistemi, impiegano una media di 236 giorni.

Nel frattempo il pirata informatico esfiltra i dati, o decide di far scattare il ransomware per bloccare l'ospedale e chiedere il riscatto. Poi per il ripristino del sistema informatico, le strutture impiegano mediamente 93 giorni (sondaggio Himms 2020), con un costo medio per incidente di 9,23 milioni di dollari (report Ibm 2021).



Per evitare tutto questo bisogna prima di tutto dotarsi di un sistema di sorveglianza capace, e poi investire in screening preventivi, che per la cyber security è la ricerca, tramite *threat Intelligence*, di tutte quelle informazioni che circolano sull'azienda nel dark web, e quali minacce possono colpirla. Si tratta di accurati check-up per rilevare falle, anche dei processi umani, e porvi rimedio. Come una cura preventiva che interviene sui primi segnali e argina l'attacco.

<https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/attacchi-hacker-dati-sanitari-pericolo-lista-segreta-35-ospedali-colpiti/1abf2704-2079-11ec-924f-1ddd15bf71fa-va.shtml>

THE LANCET
Digital Health

Applicazioni blockchain nell'assistenza sanitaria per COVID-19 e oltre: una revisione sistematica

Wei Yan Ng, FRCOphth *Tien-En Tan, FRCOphth *Prasanth VH Movva, BEng, Andrew Hao Sen, ang, MBBS, Khung-Keong Yeo, ABIM, Prof Dean Ho, PhD et al.

Accesso LiberoPubblicato: 12 ottobre 2021

DOI: [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(21\)00210-7](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(21)00210-7)

Riepilogo

La pandemia di COVID-19 ha avuto un impatto sostanziale e globale sull'assistenza sanitaria e ha notevolmente accelerato l'adozione della tecnologia digitale. Una di queste tecnologie digitali emergenti, la

blockchain, ha caratteristiche uniche (ad es. Immutabilità, decentralizzazione e trasparenza) che possono essere utili in più domini (ad es. Gestione di cartelle cliniche elettroniche e diritti di accesso e salute mobile). Abbiamo condotto una revisione sistematica delle applicazioni della blockchain nell'assistenza sanitaria correlate a COVID-19 e non correlate a COVID-19.

Abbiamo identificato i rapporti pertinenti pubblicati su MEDLINE, springerlink, Institute of Electrical and Electronics Engineers Xplore, sciencedirect, arxiv e Google Scholar fino al 29 luglio 2021.

Sono stati inclusi articoli che includevano progetti sia clinici che tecnici, con o senza sviluppo di prototipi.

Sono stati valutati un totale di 85 375 articoli, con 415 rapporti completi (37 relativi a COVID-19 e 378 non correlati a COVID-19) eventualmente inclusi nell'analisi finale.

Le principali applicazioni relative al COVID-19 segnalate erano il controllo e la sorveglianza della pandemia, il monitoraggio dell'immunità o del passaporto per i vaccini e la tracciabilità dei contatti.

Le tre principali applicazioni non correlate al COVID-19 erano la gestione delle cartelle cliniche elettroniche, l'internet delle cose (ad esempio, il monitoraggio remoto o la salute mobile) e il monitoraggio della catena di approvvigionamento.

a maggior parte dei rapporti riporta le prestazioni tecniche dettagliate delle piattaforme prototipo blockchain (277 [66,7%] su 415), mentre nove studi (2,2%) hanno mostrato applicazioni e adozioni cliniche nel mondo reale. Gli studi rimanenti (129 [31,1%] su 415) erano di per sé solo di disegno tecnico.

Le piattaforme più comuni utilizzate erano Ethereum e Hyperledger.

La tecnologia blockchain ha numerose potenziali applicazioni correlate al COVID-19 e non al COVID-19 nell'assistenza sanitaria.

Tuttavia, gran parte della ricerca attuale rimane nella fase tecnica, con poche che forniscono applicazioni cliniche reali, evidenziando la necessità di tradurre la tecnologia blockchain fondamentale in uso clinico.

Sfondo

Negli ultimi dieci anni è emersa una serie di nuove tecnologie digitali, come le reti di telecomunicazione 5G, l'Internet delle cose (iot) e l'intelligenza artificiale (AI) che utilizza il deep learning e l'analisi dei big data. Queste tecnologie potrebbero avere importanti potenziali applicazioni ed effetti nell'assistenza sanitaria.

La pandemia di COVID-19, che ha paralizzato l'accesso ai sistemi sanitari globali attraverso blocchi senza precedenti e l'imposizione del distanziamento fisico, ha rapidamente accelerato lo sviluppo di queste tecnologie digitali per soddisfare le varie esigenze sanitarie in tutto il mondo.

Il coordinamento di operazioni su larga scala come lo screening di massa a livello di popolazione, il tracciamento rapido dei contatti, la gestione della catena di approvvigionamento per vaccini e farmaci, le consultazioni in telemedicina e l'espansione dell'e-commerce ha portato all'adozione di un'ampia gamma di tecnologie digitali.

Blockchain è una tecnologia digitale fondamentale che integra molte altre tecnologie simili ([appendice pp 2-4](#)).

Nell'assistenza sanitaria, la blockchain potrebbe sostituire i tradizionali sistemi di gestione di database distribuiti, che sono stati generalmente database client-server con Structured Query Language o input relazionale.

Sebbene i tradizionali sistemi di gestione di database distribuiti siano una piattaforma consolidata nei sistemi sanitari, presentano limitazioni sostanziali, come l'incapacità di supportare la condivisione dei dati peer-to-peer, la suscettibilità agli avversari esterni (ad esempio, hacking) e l'assenza di un audit trail immutabile (cioè immutabile).

Con le sue caratteristiche uniche, come la trasparenza, la tracciabilità, il non ripudio (cioè l'incapacità di confutare la validità della firma), la disintermediazione (cioè la rimozione degli intermediari da un processo decisionale) e l'immutabilità, la blockchain potrebbe potenzialmente affrontare questi problemi, consentendo fornisce importanti vantaggi rispetto alle piattaforme convenzionali (ad es. Sistemi di gestione di database distribuiti).

Incorporando la tecnologia blockchain, è possibile creare un sistema di gestione dei dati sanitari decentralizzato che coordini gli eventi on-chain (transazioni registrate sul registro blockchain) e gli eventi off-chain (quelli che si verificano al di fuori della blockchain e sono generalmente troppo grandi memorizzare sulla blockchain; [figura 1](#)).

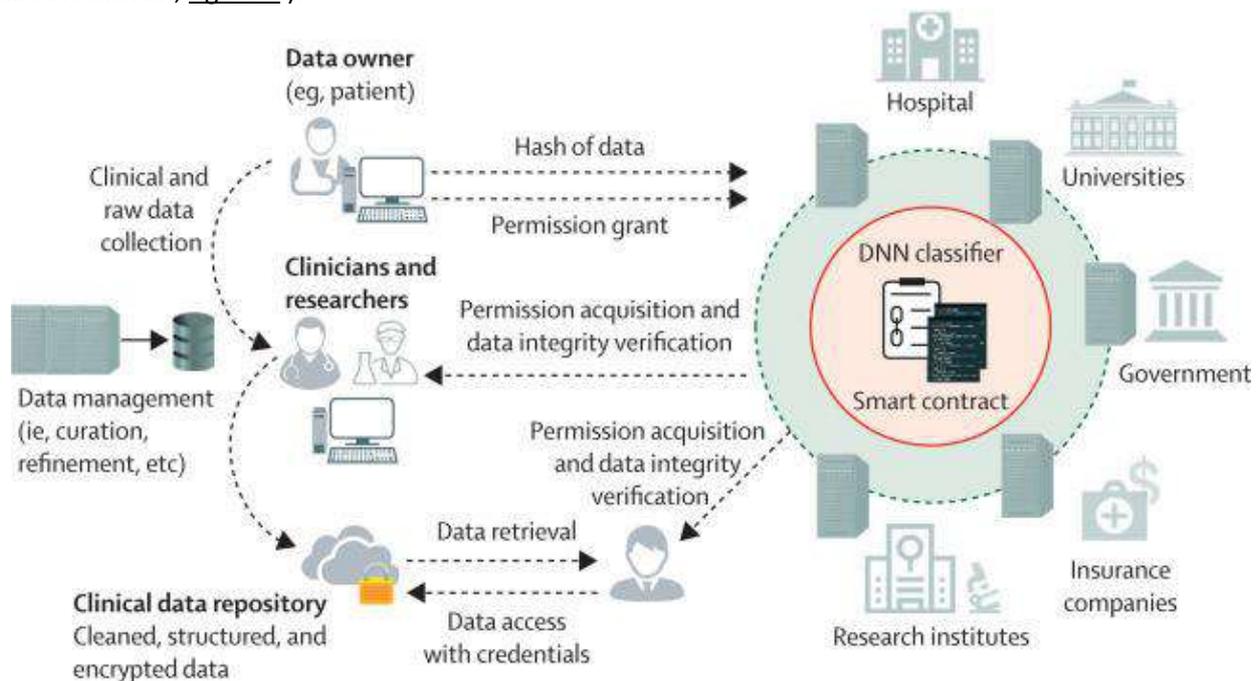


Figura 1 Sistema di gestione dei dati sanitari basato su blockchain tra più parti interessate (nodi) all'interno di un ecosistema sanitario

Sebbene l'adozione diffusa della tecnologia blockchain nell'assistenza sanitaria possa essere ancora limitata da varie barriere organizzative, tecnologiche e di governance, la pandemia di COVID-19 ha chiaramente accentuato la necessità di piattaforme sicure, decentralizzate e multiuso per il coordinamento del trasferimento su larga scala di informazioni sensibili, come il tracciamento dei contatti, il monitoraggio dello stato di vaccinazione e il rilascio del certificato sanitario COVID-19.

Queste esigenze forniscono un forte impulso per uno sforzo concertato per guidare una maggiore adozione ed eliminare alcuni di questi ostacoli all'adozione generale della tecnologia blockchain.

Tuttavia, per ottenere effetti durevoli e duraturi, è improbabile che siano sufficienti fattori esterni una tantum che possono spingere verso l'adozione di queste tecnologie, come il solo COVID-19. La comunità sanitaria nel suo insieme avrebbe bisogno di sviluppare una maggiore comprensione, alfabetizzazione e ricerca mirata nella tecnologia blockchain e nelle sue applicazioni cliniche.

Pertanto, il nostro obiettivo era eseguire una revisione sistematica dell'uso della tecnologia blockchain nell'assistenza sanitaria, con casi d'uso identificati specificamente classificati in applicazioni correlate a COVID-19 e non correlate a COVID-19 (ad esempio, gestione della catena di approvvigionamento medica e contatto tracciamento).

Metodi

Revisione sistematica

Abbiamo condotto una revisione sistematica in conformità con le linee guida Preferred Reporting Items for Systematic Review e Meta-Analyses. Il nostro obiettivo era identificare articoli di ricerca originali incentrati sulle applicazioni blockchain nell'assistenza sanitaria, con una distinzione tra usi correlati a COVID-19 e non correlati a COVID-19.

Abbiamo incluso tutte le pubblicazioni che corrispondevano ai seguenti criteri di ricerca: articoli di ricerca originali, atti di conferenze o preprint che propongono applicazioni sanitarie specifiche e progettazione tecnica blockchain con o senza sviluppo di prototipi; esclusivamente in inglese; e pubblicato tra il 1° gennaio 2016 e il 10 aprile 2021. Durante il processo di revisione tra pari, abbiamo deciso di aggiornare la nostra ricerca e abbiamo incluso articoli pubblicati fino al 29 luglio 2021. A causa dell'assenza di standard comuni di segnalazione della ricerca blockchain (rispetto alle pubblicazioni AI), abbiamo mantenuto ampia la definizione di ricerca, con l'intento specifico di evitare l'esclusione di pubblicazioni rilevanti. Abbiamo escluso i duplicati; recensioni, opinioni o sondaggi; articoli senza un full-text disponibile; e articoli senza un testo completo in inglese. [appendice \(pp 5-7\)](#).

Strategia di ricerca e criteri di selezione

Per identificare articoli di ricerca potenzialmente rilevanti, abbiamo condotto una ricerca interdisciplinare dei database dall'inizio al 29 luglio 2021.

Abbiamo cercato nei database bibliografici elettronici di ricerche pubblicate (pubmed incluso MEDLINE, Institute of Electrical and Electronics Engineers [IEEE] Xplore e altri database per la ricerca tra cui sciencedirect, springerlink e arxiv) utilizzando gli operatori booleani "AND/OR" il 30 luglio 2021.

La ricerca all'interno del database pubmed incentrato sulla medicina è stata eseguita con i termini "blockchain [titolo]" OR "distributed ledger" [titolo].

Per i database non incentrati sulla medicina come arxiv, IEEE Xplore, springerlink e sciencedirect, i termini di ricerca utilizzati erano ("blockchain [Titolo]" OR "Libro mastro distribuito [titolo]") AND ("salute [nel testo]" OPPURE "medico [nel testo]" O "sanitario [nel testo]" O "COVID [nel testo]").

Inoltre, abbiamo cercato in Google Scholar per identificare gli articoli di ricerca originali situati nella letteratura grigia.

A causa della funzione di ricerca strutturata di Google Scholar, abbiamo cercato utilizzando la funzione "tutto il testo" con entrambe le stringhe di ricerca di "blockchain" AND ("salute" OR "medico" OR "sanitario" OR "COVID"); o "contabilità distribuita" E ("salute" O "medico" O "assistenza sanitaria" O "COVID").

I termini di ricerca relativi alla salute sono stati derivati e selezionati sulla base della letteratura pubblicata che in precedenza ha valutato la robustezza di questi termini di ricerca.

O "contabilità distribuita" E ("salute" O "medico" O "assistenza sanitaria" O "COVID").

I termini di ricerca relativi alla salute sono stati derivati e selezionati sulla base della letteratura pubblicata che in precedenza ha valutato la robustezza di questi termini di ricerca. O "contabilità distribuita" E ("salute" O "medico" O "assistenza sanitaria" O "COVID"). I termini di ricerca relativi alla salute sono stati derivati e selezionati sulla base della letteratura pubblicata che in precedenza ha valutato la robustezza di questi termini di ricerca.

Questa strategia di ricerca è stata elaborata e perfezionata attraverso la discussione tra gli autori.

A causa della maggiore attenzione e del ritmo di sviluppo della blockchain a seguito della pandemia di COVID-19 in corso, abbiamo deciso di includere articoli prestampati per garantire la pertinenza della nostra recensione. I risultati della ricerca sono stati successivamente esportati in Microsoft Excel (Microsoft Corporation, Redmond, WA, USA) per lo screening.

Screening e selezione degli articoli

Abbiamo selezionato gli articoli sulla base delle informazioni disponibili nel database indicizzato (titolo e abstract).

La selezione si è basata sulla pertinenza per l'uso della blockchain nell'assistenza sanitaria e classificata in indicazioni correlate a COVID-19 e non correlate a COVID-19.

Lo screening è stato effettuato in modo graduale da un revisore esperto di blockchain e assistenza sanitaria (revisore 1, WYN).

In primo luogo, sono stati esclusi gli articoli duplicati. In secondo luogo, i titoli degli articoli sono stati rivisti e gli articoli che non hanno mostrato alcuna rilevanza per la blockchain nell'assistenza sanitaria sono stati scartati. In terzo luogo, sono stati esclusi articoli di revisione, opinioni e sondaggi.

In quarto luogo, sono stati esaminati gli abstract dei restanti articoli.

In questa fase, sono stati mantenuti solo gli articoli originali che riguardavano la concettualizzazione di casi d'uso specifici con la descrizione dello sviluppo tecnico, la prova del concetto o l'esecuzione clinica; sono stati esclusi abstract di editoriali, lettere, recensioni o opinioni precedentemente non identificati. Infine, i testi integrali degli articoli selezionati sono stati rivisti nella loro interezza per garantire la pertinenza prima dell'astrazione delle informazioni richieste.

Astrazione dei dati

È stato sviluppato un modulo di astrazione dei dati standardizzato utilizzando Microsoft Excel. Una revisione full-text degli articoli selezionati è stata effettuata indipendentemente da due revisori (WYN e T-ET).

Gli articoli che descrivevano uno dei seguenti sono stati ritenuti conformi al criterio di progettazione tecnica: descrizione di un protocollo di consenso blockchain, piattaforma, progettazione tecnica o prototipo funzionale. Per garantire la coerenza nell'astrazione dei dati, entrambi i revisori hanno prima eseguito un progetto pilota di astrazione dei dati.

È stato creato un elenco di studi costituito dal 10% di tutti i rapporti full-text identificati con una sequenza casuale generata dal computer. La creazione di grafici dei dati indipendenti è stata eseguita da entrambi i revisori per gli studi selezionati casualmente e i risultati sono stati successivamente discussi.

I disaccordi sono stati risolti per consenso tra i due revisori. Se non è stato possibile raggiungere un consenso, una decisione finale è stata successivamente presa da un terzo revisore come tie breaker (AHSF).

Il modulo di estrazione dati utilizzato è presentato in [pannello 1](#), insieme a un'ulteriore descrizione dettagliata di definizioni, criteri e classificazione. I risultati sono stati raccolti e analizzati quantitativamente.

I dati mancanti sono stati gestiti mediante eliminazione a coppie senza imputazione.

I risultati sono stati prima suddivisi in applicazioni relative a COVID-19 e non correlate a COVID-19, seguite dalla categorizzazione in base alla progettazione clinica e tecnica.

A causa dell'eterogeneità tra gli studi, tutti i risultati sono stati sintetizzati attraverso un approccio di revisione narrativa e presentati su tabelle o grafici a barre.

Considerando il focus della progettazione tecnica e l'approccio narrativo, è stato ritenuto impossibile fare una valutazione per potenziali distorsioni in ogni singolo studio o una meta-analisi.

[https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500\(21\)00210-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500(21)00210-7/fulltext)

Epidemiologia, Diagnostica, Farmaci e Vaccini



Anatomia della quarta ondata, che grazie ai vaccini è diventata una "ondina"

Elena Dusi

È sempre rimasta sotto ai 10mila casi, con un massimo di 73 vittime. Durante la seconda abbiamo avuto un picco di 40mila contagi e quasi mille morti. L'immunizzazione ha salvato 30mila vite. I ricoveri dei non vaccinati sono costati 69 milioni di euro

La quarta ondata? "Un'ondina" la definisce il presidente della fondazione Gimbe, Nino Cartabellotta. Ora che i casi di Coronavirus cominciano a defluire in Italia, è possibile tracciare l'anatomia di questo quarto round.

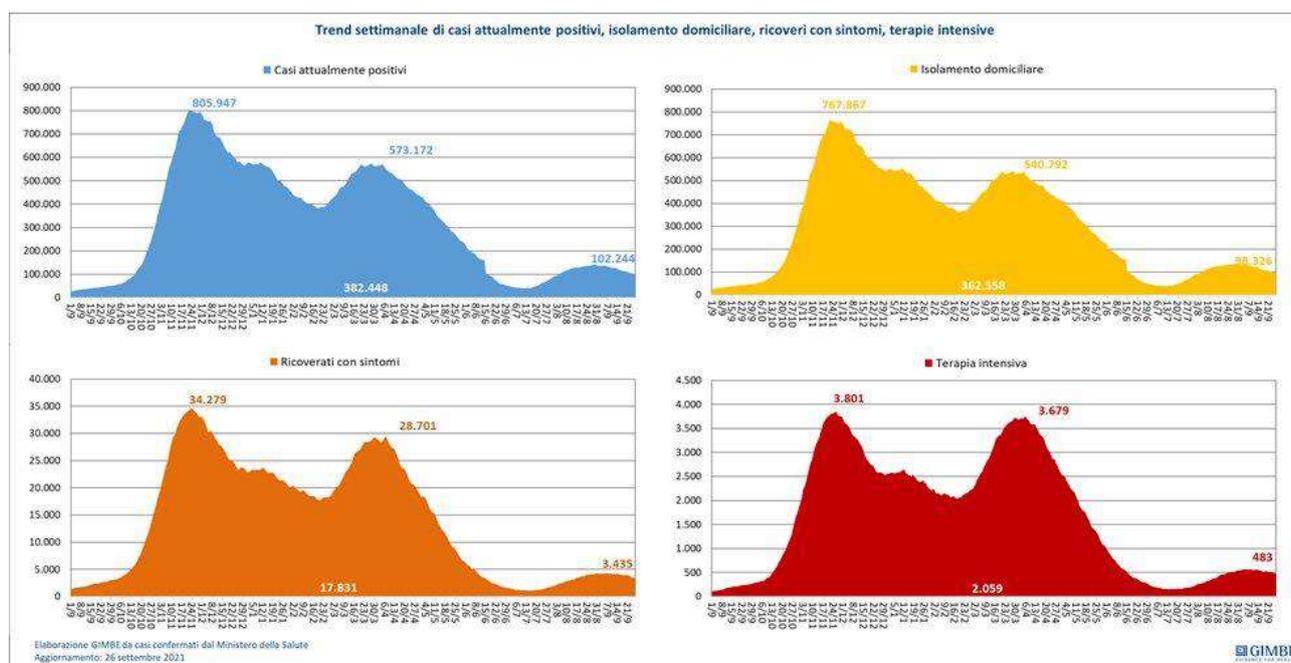
Sul ring a partire da giugno si sono affrontati una variante Delta due volte più aggressiva dei ceppi precedenti (il suo Rt è 6-7, contro il 2-3 del virus di Wuhan) e una popolazione ormai in buona quota vaccinata.

La curva, disegnata da Gimbe, ha la forma di una morbida collinetta, a differenza della montagna ripida della seconda ondata. La prima ondata, che ci ha travolto e ci ha trovato fra l'altro con pochi tamponi, ha invece numeri che probabilmente riflettono poco la realtà.

Il picco della seconda marea - 805mila positivi a metà novembre 2020 - stavolta si è fermato a 99mila casi all'inizio di settembre. I ricoverati, 34mila lo scorso autunno, nel round giocato fra Delta e vaccini si sono ridotti a un decimo: il massimo è stato 3.400.

Da fine ottobre a maggio i decessi sono balzati dai 40mila totali dall'inizio della pandemia a 120mila, con una ripidità pari a quella della prima ondata. Poi da maggio la curva si è piegata, e da allora a oggi si sono aggiunte al computo 11mila vittime. I casi quotidiani a fine 2020 hanno raggiunto i 40.902 il 13 novembre, con 993 morti il 3 dicembre.

Nella terza ondata di marzo - tre mesi dopo l'inizio delle vaccinazioni - i contagi giornalieri hanno toccato i 25mila, con un massimo di 476 morti il 13 aprile. Fra agosto e settembre invece si sono fermati sotto a 10mila, con un massimo di 73 morti il 15 settembre.



"Il merito è dei vaccini prima di tutto" spiega Stefania Salmaso, epidemiologa dell'Associazione italiana di epidemiologia.

"Poi anche del Green Pass, ma non vorrei trascurare il comportamento consapevole dei cittadini. Nonostante la fama di noi italiani, stavolta abbiamo capito quali sono le situazioni di rischio e abbiamo imparato a proteggerci, anche più di altre nazioni". Come ha scritto nel suo libro *L'antidoto*, Salmaso è convinta che conoscere i rischi e fare le scelte giuste, a livello individuale, sia decisivo. "I meccanismi del contagio e il funzionamento dei vaccini andrebbero insegnati a scuola. Non credo infatti che torneremo più a una vera normalità. I No Vax si sono rivelati una minoranza che ha goduto di grande risonanza. Quelli reali saranno il 5%, anche se vengono percepiti come il 50%".

Se è vero che i vaccini sono il Messi sceso in campo nel match contro la Delta, alcuni ricercatori hanno fatto i conti sulla prestazione del goleador. In Italia l'Ispi - Istituto per gli studi di politica internazionale - e in particolare il ricercatore Matteo Villa hanno stimato in 30mila le vite salvate grazie alle iniezioni.

Negli Stati Uniti l'8 luglio un calcolo simile è stato pubblicato dalla Yale School of Public Health. "La campagna di immunizzazione ha salvato 279mila vite ed evitato 1,25 milioni di ricoveri".

Il 14 settembre è uscito il dato britannico, per bocca del Deputy Chief Medical Officer Jonathan Van-Tam: "I vaccini hanno salvato 112mila vite ed evitato 24 milioni di contagi nel Regno Unito".

Il confronto Cartabellotta lo fa con la Russia: paese in cui "ci sono circa 25mila casi e 800 morti al giorno con una copertura vaccinale al 30%".

I numeri non sono lontani dalla nostra seconda ondata, quella dell'autunno 2020. "Invece oggi l'Italia - prosegue il presidente di Gimbe, notoriamente prudente - sta uscendo progressivamente dalla pandemia grazie all'ampia copertura vaccinale. Ovvio che noi ancora dobbiamo arrivare nella stagione invernale, però è giusto anche guardare con ottimismo al futuro e dire che siamo sulla buona strada".

Le vite sono ovviamente più importanti, ma anche i costi dei contagi evitati dai vaccini hanno un peso. Covid ed economia sono sempre stati legati a doppio filo. "Ogni cattiva notizia sul fronte della pandemia è stata accompagnata da un calo delle borse" fa notare Salmaso.

"L'arrivo dei vaccini ha segnato un cambio di passo nella nostra ripresa economica. I non vaccinati poi in alcuni casi in America si son visti anche aumentare il premio dell'assicurazione".

La Fondazione Kaiser, negli Stati Uniti, si è messa al tavolino e ha calcolato il costo dei ricoveri evitabili per Covid. Ovvero, il costo dei No Vax. Negli Usa i renitenti all'iniezione pesano più che da noi: la percentuale dei cittadini di ogni età vaccinati con il ciclo completo è al 55%, mentre in Italia è al 69%.

"La nostra analisi - spiega la Kaiser in un rapporto del 14 settembre - stima che i costi evitabili delle cure ospedaliere prestate ai pazienti non vaccinati abbiano raggiunto i 3,7 miliardi ad agosto: quasi il doppio di giugno e luglio messi insieme. Il totale di questi tre mesi ora raggiunge i 5,7 miliardi di dollari".

Il calcolo è stato fatto anche per l'Italia. Se ne è occupata Altems, l'Alta scuola di economia e management dei sistemi sanitari dell'università Cattolica, insieme al Sole 24 ore. Dal 13 agosto al 12 settembre, si legge nel rapporto, i ricoveri per Covid di persone non vaccinate in Italia sono costati 69 milioni di euro.

Sono soldi pubblici, ed equivalgono a una spesa di 709 euro al giorno per un ricovero in un reparto normale e di 1.680 euro in terapia intensiva, per una media di 17.400 euro a paziente.

La degenza in media dura 11,3 giorni nei reparti normali e 14,9 in terapia intensiva.

<https://twitter.com/Cartabellotta/status/1442399651429224457/photo/1>

Covid: vaccinati, ma ricoverati. Chi sono e perché

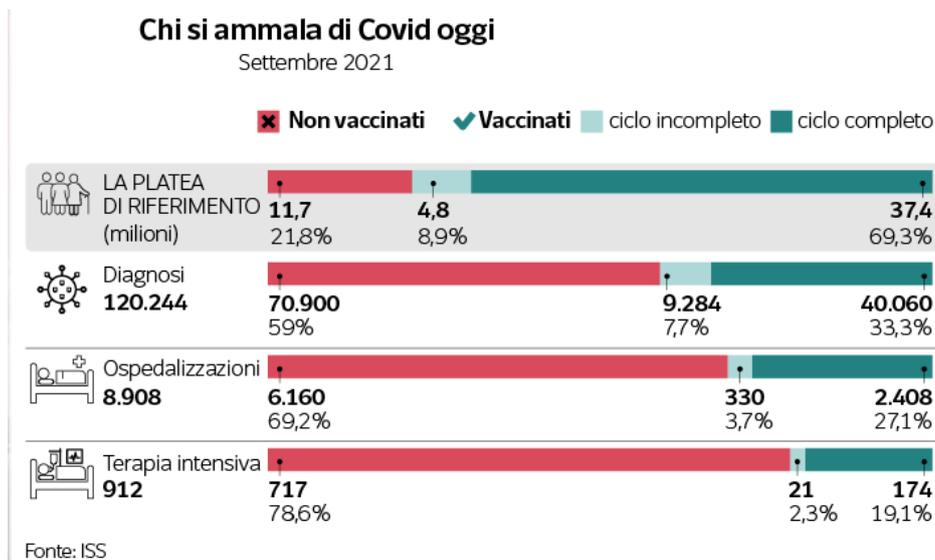
di Milena Gabanelli e Simona Ravizza

C'è una domanda che si pongono in tanti, vaccinati e non: chi sono quelli che nonostante abbiano ricevuto la doppia dose finiscono in ospedale? Tra i 9,5 milioni di italiani che oggi non hanno ancora aderito alla campagna vaccinale questo interrogativo ha sicuramente un peso, e non ritengono convincente quello che tutte le autorità sanitarie del mondo stanno ripetendo da mesi sulla enorme riduzione del rischio di infezione da virus SARS-Cov-2.

Dal bollettino dell'Istituto superiore di Sanità del primo ottobre: «Nelle persone completamente vaccinate la copertura dal contagio è del 77% rispetto a quelle non vaccinate, del 93% per l'ospedalizzazione, 95% per i ricoveri in terapia intensiva e per i decessi».

L'obiezione comune – sentita in banca, dal parrucchiere, in posta, fuori da scuola, fra i manifestanti – è che ci si può ammalare lo stesso, e allora perché farsi iniettare delle sostanze che chissà quali effetti potranno avere subito o in futuro?

La scienza insegna che tutti i vaccini, per i loro meccanismi di azione, possono dare effetti collaterali solo a breve termine (99% dei casi). Ma nessuno, è vero, è sicuro ed efficace al 100%. Dunque, per capire perché conviene vaccinarsi è utile esaminare, in modo più concreto di quanto fatto finora, i dati ottenuti in esclusiva su chi si ammala anche da vaccinato.



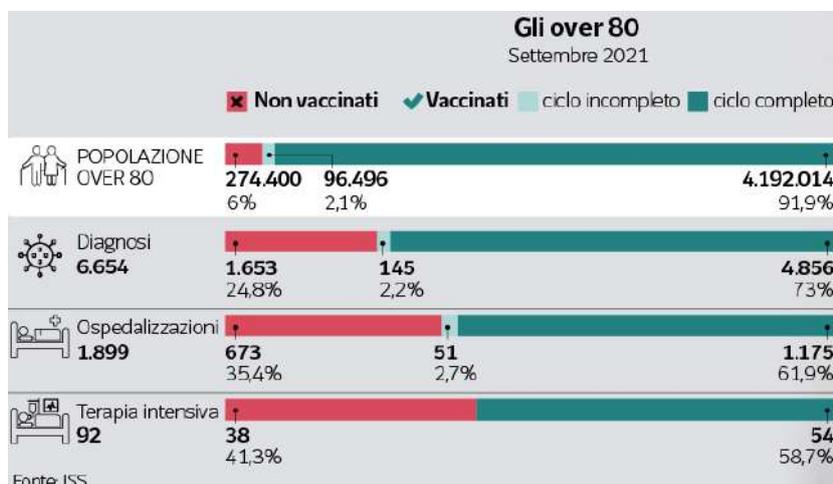
DOVE PENDE LA BILANCIA

Prendiamo sempre l'ultimo bollettino dell'Istituto superiore di Sanità pubblicato il primo ottobre e che fotografa gli ultimi 30 giorni, ovvero il mese di settembre. Su 120.244 contagiati totali, 70.900 non sono vaccinati e 40.060 completamente vaccinati. I ricoverati per Covid non vaccinati sono 6.160, e 2.408 con due dosi. In terapia intensiva ci sono 717 non vaccinati e 174 vaccinati.

Dunque, i numeri parlano da soli, ma non abbastanza perché va considerata la platea da cui provengono: i 2.408 arrivano dall'ampio bacino dei 37,4 milioni di vaccinati con ciclo completo (a settembre), i 717 dagli 11,7 milioni che non hanno ricevuto nemmeno una dose. Ma man mano che la platea di riferimento cambia, è evidente che questi dati si modificheranno.

Oggi di fatto due su tre che si contagiano e vengono ricoverati sono non vaccinati (e 3 su 4 di quelli in terapia intensiva), ma più crescono coloro che fanno il vaccino, più sono destinati ad alzarsi tutti i valori che li riguardano, fino ad arrivare a un possibile ribaltamento della situazione.

Già adesso in ospedale, a livello nazionale, abbiamo 1.175 over 80 ricoverati per Covid vaccinati contro i 673 non vaccinati. Il motivo è che gli ottantenni immunizzati sono 4,2 milioni (92%), mentre solo 274.400 (6%) non lo sono. Allora come si fa ad avere una statistica oggettiva?



L'INCIDENZA SU 100 MILA ABITANTI: COSA CI DICE

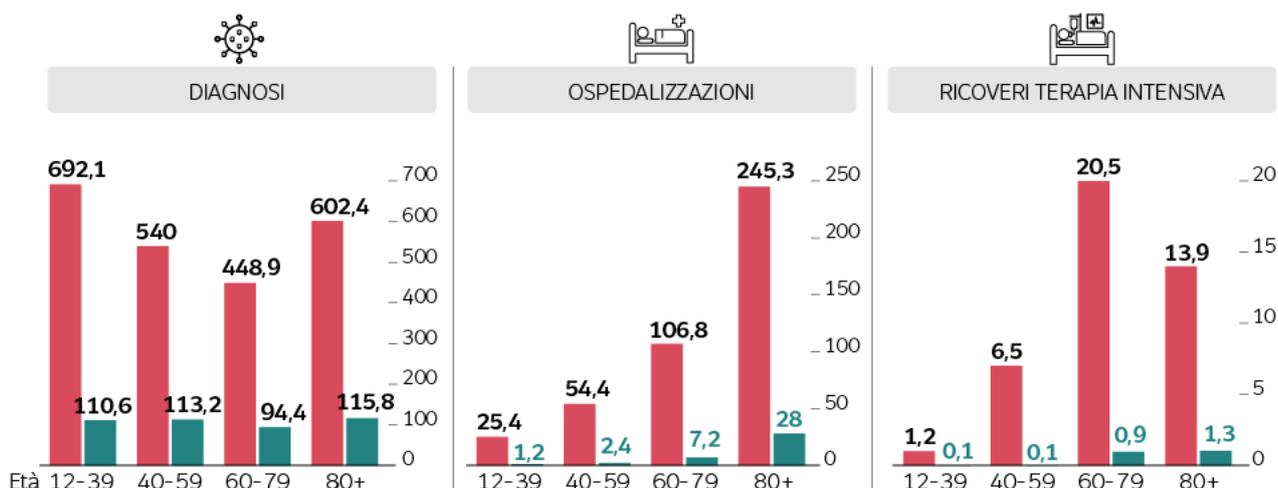
Non bisogna considerare i numeri assoluti, ma quel che succede su 100 mila abitanti e per fascia di età.

I dati che riportiamo sono prodotti dall'ISS. Partiamo proprio dagli over 80: su 100 mila non vaccinati si contagiano in 602, vanno in ospedale 245, in rianimazione 13. Su 100.000 vaccinati si contagiano 116, finiscono in ospedale 28, in rianimazione 1. Tra i 12-39 anni non vaccinati: contagiati 692, finiti in ospedale 25, 1 in terapia intensiva. Fra i vaccinati con ciclo completo i contagiati sono 110, 1 ospedalizzato, 0,05 in terapia intensiva. Tra i 40-59 anni non vaccinati si contagiano 540 contro 113 vaccinati, in ospedale 54 contro 2, in rianimazione 6 contro 0,13. Sessanta-79enni si contagiano in 449 contro 94, vanno in ospedale 107 contro 7, in terapia intensiva 20 contro 1.

Il rischio per 100.000 abitanti

Settembre 2021

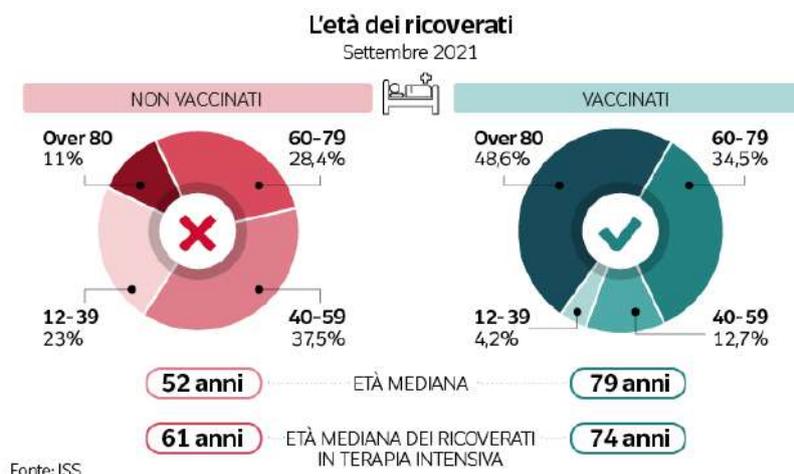
✖ Non vaccinati (incidenza per 100.000)
 ✔ Vaccinati ciclo completo (incidenza per 100.000)



Fonte: ISS

In sintesi: fino a 59 anni il rischio di essere ricoverato è venti volte più alto per un non vaccinato, quindici volte in più per un 60-79 enne, e di nove volte in più per un over 80.

Sempre l'elaborazione dati dell'Istituto superiore di Sanità mostra che l'età mediana di chi è vaccinato con due dosi finisce in ospedale prevalentemente in età più avanzata, 79 anni, che scende a 52 anni per i non vaccinati. In terapia intensiva per i non vaccinati è 61 anni, contro i 74 dei vaccinati. L'età mediana si differenzia dalla media perché rappresenta il valore intermedio fra gli estremi.

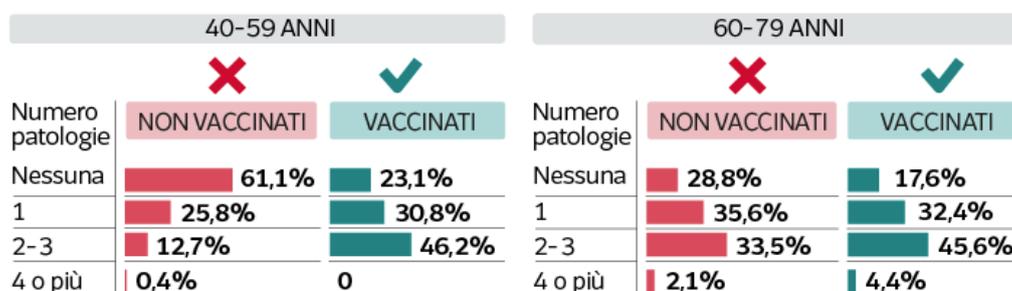


CHI SONO I VACCINATI CHE FINISCONO ALL'OSPEDALE?

Resta la domanda: chi è vaccinato perché finisce in ospedale? L'Istituto superiore di Sanità non ha statistiche affinate sulle malattie pregresse dei ricoverati per Covid perché dipendono dalle Regioni. Il Veneto ha analizzato le cartelle cliniche dei suoi 2.348 pazienti ospedalizzati per Covid tra il 1 maggio e il 31 agosto 2021, e con questi dati è possibile andare più a fondo proprio sul loro precedente stato di salute. Guardiamo, per esempio, la fascia 60-79 anni. Con zero patologie fra i non vaccinati vediamo 163 ospedalizzati e 82 in terapia intensiva; fra i vaccinati sono 12 e 2 in terapia intensiva. Con 1 patologia i non vaccinati sono 201, 141 in rianimazione; fra i vaccinati 22 e 3 in terapia intensiva. Con 2-3 patologie 189, 120 in terapia intensiva, fra i vaccinati sono 31, e 11 in terapia intensiva. Sappiamo, però, che i dati assoluti possono trarre in inganno.

A maggio, per esempio, i non vaccinati sessantenni erano più dei vaccinati della stessa fascia di età: è comprensibile, dunque, che i ricoverati tra i non vaccinati siano di più indipendentemente dall'efficacia del vaccino. Per questo è indispensabile avere una platea di riferimento dove inquadrarli, e nei quattro mesi presi in considerazione questa platea cambia enormemente di settimana in settimana. Allo stesso tempo sappiamo che quando la stragrande maggioranza sarà vaccinata, in ospedale ci andranno perlopiù i vaccinati, lo stiamo già vedendo a livello nazionale per gli ultraottantenni. Però fatto 100 i ricoverati vaccinati, e 100 quelli non vaccinati, i dati del Veneto danno indicazioni importanti e chiare.

Le patologie dei ricoverati



Fonte: Regione Veneto (analisi sui suoi 2.348 pazienti ricoverati tra l'1-5 e 31-8-2021)

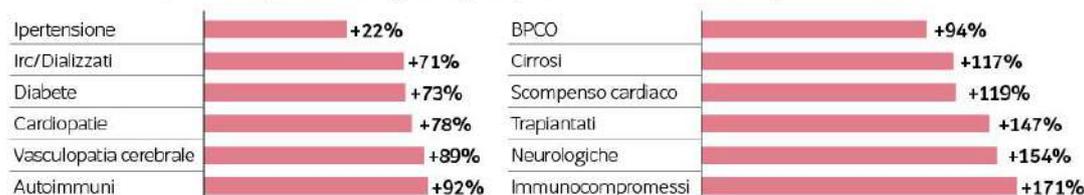
Fra i 40 e i 79 anni ha già di suo una patologia rilevante il 30-32% dei vaccinati finiti in ospedale per avere contratto il virus, e il 46% di patologie ne ha due o tre. Parliamo di diabete, malattie cardiovascolari, renali, respiratorie, oncologiche. Al contrario i non vaccinati hanno più rischi di finire in ospedale anche da sani: per esempio tra i 40-59 anni il 61% non ha nessuna patologia pregressa. Cresce anche la durata media del ricovero: 25 giorni per i 60-79enni non vaccinati, contro i 15 per i vaccinati.



Riduzione del rischio di ricovero nei vaccinati



Quanto un paziente con patologie è più a rischio di ricovero rispetto a uno sano

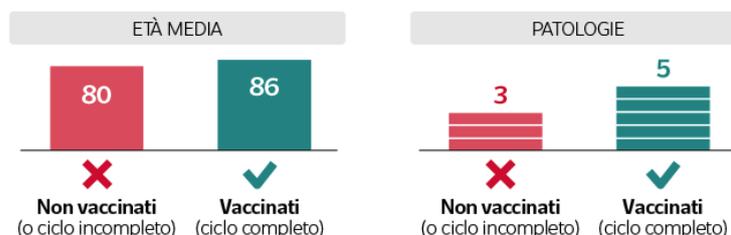


Fonte: Ats di Milano (analisi su 3.136 ricoveri di vaccinati e 5.818 di nonvaccinati tra l'1-1 e il 30-9-2021)

PATOLOGIE: IL LIVELLO DI PROTEZIONE

Un'altra analisi preliminare dell'Ats di Milano mette a confronto 2.220.667 vaccinati che hanno avuto 3.136 ricoveri (0,1%), contro 472.215 non vaccinati che hanno avuto 5.818 ricoveri (1,2%). I due gruppi sono stati osservati dal primo gennaio al 30 settembre del 2021. I dati di ricovero dei vaccinati mostrano chiaramente come il rischio di ospedalizzazione aumenta proporzionalmente in relazione a determinate patologie, da quella più bassa come l'ipertensione, poi via via salendo c'è il diabete, cardiopatie, broncopneumopatie, trapiantati e immunocompromessi. Il vaccino, in ogni caso riduce il rischio di finire in ospedale sia per i sani (93%), sia per chi soffre di patologie croniche. Ma per le categorie dei trapiantati e degli immunocompromessi può esserci una percentuale di protezione lievemente inferiore (87%).

I decessi



Fonte: ISS (campioni di 171 cartelle cliniche su 1.440 decessi di persone vaccinate al 5 ottobre)

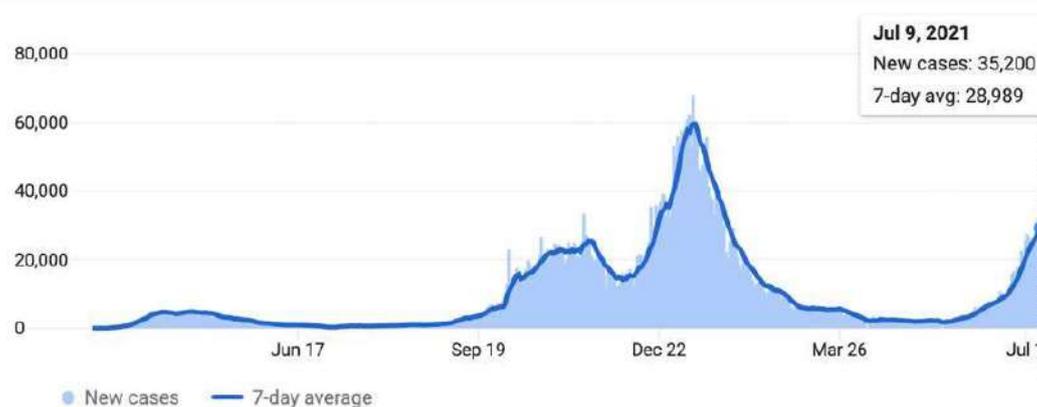
Infine, per quel che riguarda i decessi delle persone vaccinate, su un campione di 171 cartelle cliniche su 1.440 esaminate dall'Iss (al 5 ottobre), emerge che l'età media dei vaccinati con ciclo completo morti di Covid è di 86 anni e con 5 patologie pregresse, contro gli 80 anni e tre patologie dei non vaccinati, o che hanno ricevuto una sola dose. Questi i fatti.

<https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/covid-vaccinati-ma-ricoverati-chi-sono-perche/4de5a610-2f49-11ec-bd6a-15e70609c741-va.shtml>



Il dilemma del Delta: allentare i controlli sul Covid-19 in un momento di maggiore pericolo

William A. Haseltine



Casi di Covid-19 nel Regno Unito.

DATI JHU CSSE COVID-19

In un momento in cui gli Stati Uniti e molti altri paesi stanno iniziando a revocare le restrizioni, è apparsa una nuova variante più pericolosa di SARS-CoV-2 che ha portato a un serio ripensamento su come dovrebbero essere le strategie di contenimento per andare avanti.

La variante Delta non solo è molto più trasmissibile rispetto ai suoi predecessori, ma sembra essere anche più letale per le **persone di tutte le età**. E non sembra che i vaccini saranno la barriera che lo ferma.

Quando la variante Delta si è diffusa in India a marzo e aprile 2021, fomentando le condizioni che hanno spinto il bilancio delle vittime di Covid-19 nel paese oltre 400.000 (ora stimato in **due milioni**), sapevamo poco di come fosse rispetto ai ceppi precedenti, solo che dove è andato, ha seguito il caos. Oggi, la variante Delta si è diffusa in **più di 100 paesi** ed è diventata la varietà dominante nella maggior parte dei casi, inclusi, **dalla scorsa settimana**, gli Stati Uniti.

Non solo il rischio di morte per Delta è **doppio**, ma è così trasmissibile che i focolai in Australia sono stati fatti risalire a momenti di **contatto "spaventosamente fugace"**. Queste caratteristiche non richiedono solo cautela, ma una rivalutazione dell'attuale politica di salute pubblica.

Quello che abbiamo per noi sono i vaccini mRNA. Contro i predecessori di Delta si comportano quasi perfettamente, con un regime a due dosi che previene quasi tutte le infezioni, malattie e morte in coloro che lo hanno ricevuto.

Ma la variante Delta, secondo i dati provenienti da Israele (dove l' **80% degli adulti** è completamente vaccinato), si è dimostrata un obiettivo di immunizzazione più impegnativo.

Mentre il vaccino Pfizer ha protetto il 93% degli israeliani immunizzati dal ricovero in ospedale e dalla morte, quasi il 40% era ancora vulnerabile alle infezioni.

Il governo britannico ha riferito che per l'infezione sintomatica, tale tasso era di **circa il 12%**. E uno **studio pubblicato di recente**, condotto tra maggio e giugno a Guangzhou, in Cina, inizia a illustrare il perché.

Lo studio ha raccolto campioni virali da 62 pazienti Covid-19 che sono stati infettati durante il primo focolaio Delta nella Cina continentale e li ha analizzati in modo incrociato con quelli di 63 individui infettati nel 2020 con un ceppo precedente.

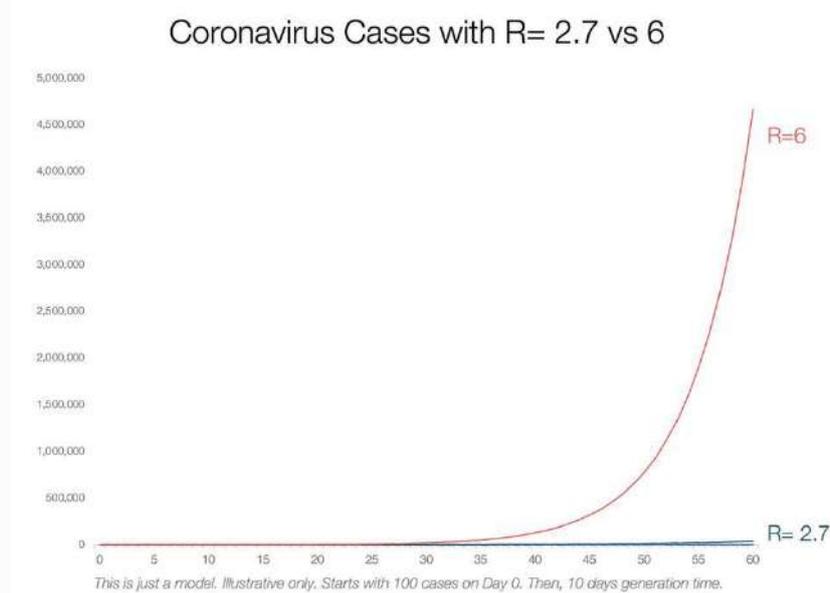
Si è concentrato su due parametri epidemiologici che, quando si tratta di determinare l'infettività, sono particolarmente significativi.

Il primo è la carica virale, o la quantità di particelle virali che si replicano nel tratto respiratorio. Il secondo è la quantità di tempo che trascorre tra il momento dell'esposizione e il momento del rilevamento tramite PCR o test dell'antigene.

Su entrambi i fronti i risultati sono stati sorprendenti. La carica virale dei pazienti infettati con la variante Delta era circa 1.000 volte più alta. E in media, ci sono voluti quattro giorni perché i titoli virali in questi pazienti si replicassero a livelli rilevabili, ben 48 ore prima del ceppo dell'anno scorso.

L'analista di dati Tomas Pueyo, che ha anche fatto riferimento allo studio di Guangzhou nel suo **articolo più recente**, ha confrontato i valori R naught (R_0), una misura matematica del contagio, del Delta e delle varianti originali. Il suo modello comparativo, che ha posto l' R_0 del ceppo originale a 2,7 e quello di Delta a 6, mostra un aumento esponenziale simile.

Evidentemente la differenza di trasmissibilità non è solo questione di punti percentuali, come nel caso della variante Alpha, ma di ordini di grandezza.



Un modello creato dall'analista di dati Tomas Pueyo che confronta l' R_0 della variante Delta (6) con quello di ... [+]

Il cambiamento nelle dinamiche virali è abbastanza drastico da richiedere un corrispondente cambiamento nei controlli sulla pandemia. Solo attraverso un rigoroso programma di test e tracciamento su larga scala, i funzionari sanitari cinesi potrebbero ottenere dati sufficientemente granulari per gli scopi dello studio di

Guangzhou. Quella stessa infrastruttura ha permesso loro di attuare cambiamenti politici proporzionali all'aumento dell'infettività.

Quando le epidemie hanno mandato in blocco a intermittenza Guangzhou nel 2020, i viaggiatori che utilizzavano i mezzi pubblici per lasciare la città dovevano presentare risultati negativi del test Covid-19 entro sette giorni dalla loro partenza. A partire dal 7 giugno, il governo locale ha ridotto la finestra temporale a **sole 48 ore**—una rapida inversione di tendenza, certo, ma adeguata alla sua urgenza. I viaggiatori che arrivano in Cina ora devono essere messi in quarantena per tre settimane a causa dell'aumento delle segnalazioni di effetti ritardati o di lunga durata.

Le politiche della maggior parte degli altri paesi, tuttavia, non si sono mosse di un centimetro, specialmente nei luoghi in cui i vaccini hanno gradualmente sostituito altre misure di salute pubblica come strategia di contenimento primaria.

Negli Stati Uniti, gli **sforzi di sequenziamento genomico** così importanti per tracciare e frenare la diffusione di nuove varianti rimangono lenti e ingombranti. Il mese scorso il governo degli Stati Uniti ha **impegnato miliardi di dollari** allo sviluppo di farmaci antivirali Covid-19, ma nessuno dei trattamenti emersi nell'ultimo anno e mezzo si è dimostrato applicabile su larga scala.

E mentre i tassi di vaccinazione salgono e si bloccano, le misure di sicurezza come le maschere e il distanziamento sociale stanno cadendo fuori moda. Tutto questo nonostante nel Regno Unito, altro Paese dove è vaccinata più della metà della popolazione, i contagi siano ancora una volta **in aumento**.

Per quanto incredibili possano essere i vaccini mRNA, mettere troppe uova nello stesso paniere non finisce mai bene. Tutti gli strumenti che abbiamo a nostra disposizione - test, tracciamento, sorveglianza, cooperazione - dobbiamo mettere all'opera.

Dobbiamo finanziare e portare a compimento ogni candidato farmaco o vaccino che si dimostri promettente. Questa strategia multistrato, che chiamo terapia multimodale, potrebbe essere l'unico modo per sigillare tutte le crepe che la variante Delta e i suoi successori sfrutteranno.

In definitiva, il successo della terapia multimodale dipende dalla cooperazione di scienziati, ricercatori e produttori di vaccini e farmaci in tutto il mondo.

Di fronte alla variante Delta, nessun paese, indipendentemente dal tasso di vaccinazioni o dalla durata dei controlli alle frontiere, può rimanere un'isola. Non abbiamo tempo da perdere prima che appaia la prossima variante più trasmissibile e ancora più virulenta. Potrebbe già essere in circolazione sotto forma di **varianti Delta plus o Lambda**.

<https://www.forbes.com/sites/williamhaseltine/2021/07/13/the-delta-dilemma-loosening-covid-19-controls-at-a-time-of-increased-danger/?sh=4514de942750>

quotidiano**sanità**.it

Il punto sul Covid dopo 22 mesi di pandemia. Cosa abbiamo sbagliato, cosa ha funzionato e cosa ci aspetta dopo il “miracolo” dei vaccini

Donato Greco

COVID 19 si presenta al mondo, nel gennaio 2020 o poco prima, come un'assoluta novità: le nostre difese immunitarie anti coronavirus, pur modicamente presenti, non lo riconoscono e quindi via libera ad un contagio respiratorio rapido immediato aggressivo universale. Un'epidemia che, in un mese, colpisce l'intero globo complice l'avanzata globalizzazione di viaggi e contatti. Non ricordo un

evento simile nella moderna storia di epidemie e tantomeno appare nel passato ove i contatti tra popolazioni erano più lenti e confinati

13 OTT – Ecologia

Da sempre gli epidemiologi infettivi di tutto il mondo, me compreso, attendono il Big Bang!, il nuovo micidiale virus influenzale che avrebbe ripetuto e sorpassato la pandemia spagnola del 1918!

In effetti un Big bang influenzale è arrivata nel 2009, un virus influenzale completamente nuovo: degli otto componenti il suo genoma 4 erano umani, due di maiale e due di anatra; in meno di un mese si è diffuso in buona parte del globo, ma la sua patogenicità nulla ha avuto da comparare con la micidiale spagnola.

Per essere veramente un nuovo virus a trasmissione respiratoria il suo impatto è stato relativamente modesto sia sul piano clinico che sull'aspetto socio economico.

Un buon vaccino è stato sviluppato in tempi molto rapidi per l'epoca, ma le sue fiale sono arrivate alla coda della pandemia.

Virus nuovi arrivano tutti gli anni, almeno una ventina di "nuovi" agenti microbici sono identificati ogni anno e circa 30 epidemie emergenti o riemergenti sono segnalate annualmente.

Un'evoluzione naturale composta di almeno alcuni elementi

1. Le recenti tecniche di diagnostica molecolare dell'acido nucleico di virus e batteri, permettono l'identificazione precisa di agenti di sindromi fino a ieri senza identificazione dell'agente etiologico: frequenti quelli a trasmissione respiratoria, ma anche quelli a trasmissione orofecale.
2. L'incremento dei contatti tra specie diverse (umane e animali) moltiplica la probabilità di scambio di frammenti di geni che vanno a costruire "nuovi agenti microbici.
3. Lo spill over, altro fenomeno naturale che trasferisce agenti microbici da una specie all'altra, tipicamente le zoonosi che attaccano la specie umana.

Questi fenomeni sono continui ma, in larghissima maggioranza, non costituiscono un problema per la specie umana. Tuttavia alcuni agenti microbici da tempo insediati nel nostro ambiente umano, in particolare quelli a trasmissione respiratoria, occasionalmente possono acquisire da cugini del mondo animale geni diversi costruendo quindi agenti non più riconosciuti dal bagaglio immunitario del nostro organismo.

E' quello che annualmente avviene con i virus influenzali, quando modeste variazioni del genoma del virus gli permettono di perforare le nostre pur presenti difese immunitarie acquisite in tanti anni di influenza.

Ben chiaro che i bimbi, meno immunologicamente esperti di virus influenzali, sono quelli che più si ammalano ogni anno di influenza.

Inoltre questi virus ad RNA stimolano modestamente il nostro sistema immunitario, non abbastanza per informarlo a produrre cloni cellulari immunocompetenti permanenti e stabili per tutta la nostra vita, invece gli anticorpi che pure produciamo quando li incontriamo, tendono a diminuire rapidamente nel tempo.

Questo avviene anche per i Coronavirus: virus diffusi nel mondo animale ma ben presenti nella nostra gola, virus stagionali del raffreddore e similari.

Purtroppo, anche se raramente, gli errori ed i mix genetici di questi virus ad RNA, singola elica, più prони ad errori nella duplicazione, si sommano insieme, portando a entità completamente nuove, che non trovano nessun frammento di memoria immunitaria nel nostro organismo e quindi hanno campo libero per un'espansione rapida ed aggressiva. E' quello che è successo per l'epidemia di "spagnola" del 1918 ma anche per l'influenza del 2009 ed, inesorabilmente, per il Covid19.

Una vera novità

Quindi COVID 19 si presenta al mondo, nel gennaio 2020 o poco prima, come un'assoluta novità: le nostre difese immunitarie anti coronavirus, pur modicamente presenti, non lo riconoscono e quindi via libera ad un contagio respiratorio rapido immediato aggressivo universale. Un'epidemia che, in un mese, colpisce l'intero

globo complice l'avanzata globalizzazione di viaggi e contatti. Non ricordo un evento simile nella moderna storia di epidemie e tantomeno appare nel passato ove i contatti tra popolazioni erano più lenti e confinati. A questo si aggiunge una speciale letalità rispetto ai suoi cugini umanizzati: con il 2% si va ben al di sopra della "consueta" letalità dei suoi cugini.

Complica anche l'indirizzo del virus verso un recettore il famigerato ACE 2) ben presente in tutto il corpo umano ed in particolare nel fondo dei polmoni, quindi favorente la polmonite virale primaria, sindrome acuta terribile e di difficile trattamento.

Le origini

La caccia all'untore ha riempito molte pagine. Personalmente ricordo che questo teatrino di ipotesi ha accompagnato molte epidemie da me vissute: virus costruito in laboratorio, spillover da wet market, complottismo internazionale, Big Pharma, etc etc. Non capisco quest'accanimento verso un fenomeno non inatteso e spiegabile con le attuali conoscenze epidemiologiche.

L'origine zoonotica dei coronavirus era ben nota a gennaio 2020, così come non esisteva allora, ma neanche adesso, un sistema efficace per prevedere uno spillover di un coronavirus da animale ad uomo, sebbene fossero noti fattori favorenti questi fenomeni, quali la costruzioni di condizione di accumulatori biologici di virus e condizioni favorenti i cambi di specie (es. wet market).

Il mondo era preparato?

Facile fare critica a posteriori. In effetti nessuno si immaginava un virus tanto nuovo così diffusivo e tanto micidiale. Certo avvisaglie ne erano arrivate: la Covid SARS del 2002, la Covid MERS del 2006, la pandemia influenzale del 2009, ma il mondo era sostanzialmente orientato a difendersi da una nuova pandemia influenzale come già dal 1999 l'OMS aveva avvisato, molti Paesi avevano preparato piani pandemici influenzali, tutti largamente inadeguati per affrontare il Covid 19.

L'OMS ha istituito a giugno 2020 un comitato indipendente per valutare la risposta globale all'epidemia e la risposta presentata all'Assemblea Mondiale dell'OMS di maggio 2021 è stata impietosa: una spietata analisi della risposta alla Pandemia Covid, una inadeguata Preparedness per tutti i Paesi ed una serie di raccomandazioni per evitare future simili catastrofi. Solo alcuni Paesi del sud est asiatico sono considerati resilienti.(1)

E l'Italia?

Il Nostro Paese ha battuto molti records nel primo trimestre 2020: il primo ad essere pesantemente aggredito in Europa, il Paese inizialmente più colpito, quello con la più alta letalità, quello con le misure restrittive più stringenti. Piano pandemico? No grazie! L'ultimo piano appena affine era quello, cui ha partecipato il sottoscritto, del 2006, mai rinnovato né aggiornato nei successivi 14 anni. Un piano comunque limitato all'epoca in cui era stato scritto, totalmente inadeguato per l'epidemia di Covid 19 di sedici anni dopo: senza distanziamento sociale, con poche chiusure, mascherine solo negli ospedali, per citare alcuni punti.

Si è risposto all'emergenza al meglio possibile senza poter contare su un know how precedentemente acquisito, con le strutture, con i mezzi e con le procedure necessarie per affrontare una pandemia, bensì con quelle da tempo di pace.

La sistematica demolizione dei servizi di sanità pubblica, egregiamente espressa nel decennio precedente specialmente in Lombardia, la regione più colpita, ha consentito il tragico impatto iniziale osservato. Purtroppo, in particolare negli ultimi due decenni, molte Regioni sono andate in crisi finanziaria e quindi in difficili piani di rientro che hanno sacrificato gravemente il sistema di sanità territoriale ed in genere il sistema di sanità pubblica e di previsione/prevenzione.

Strutture quali OER osservatori epidemiologici regionali e SEP servizi ASL di epidemiologia e prevenzione sono stati progressivamente smantellati o riassorbiti in agenzie regionali. Una centrale di "Intelligence regionale" per rischi pandemici/epidemici non esiste in alcuna regione.

E l'Europa?

Il nostro Paese, come altri europei, ha decisamente trascurato quanto aveva deciso collegialmente nel 2013 con la decisione del Parlamento e della Commissione Europea 1082/2013 sulla preparedness.

Una decisione immediatamente applicata che chiaramente impegna i paesi membri ad attrezzarsi verso i rischi sanitari epidemici e pandemici:

“Articolo 1 Oggetto 1. La presente decisione stabilisce norme in materia di sorveglianza epidemiologica, monitoraggio, allarme rapido e lotta contro le gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero, compresa la pianificazione della preparazione e della risposta in relazione a tali attività, allo scopo di coordinare e integrare le politiche nazionali.”

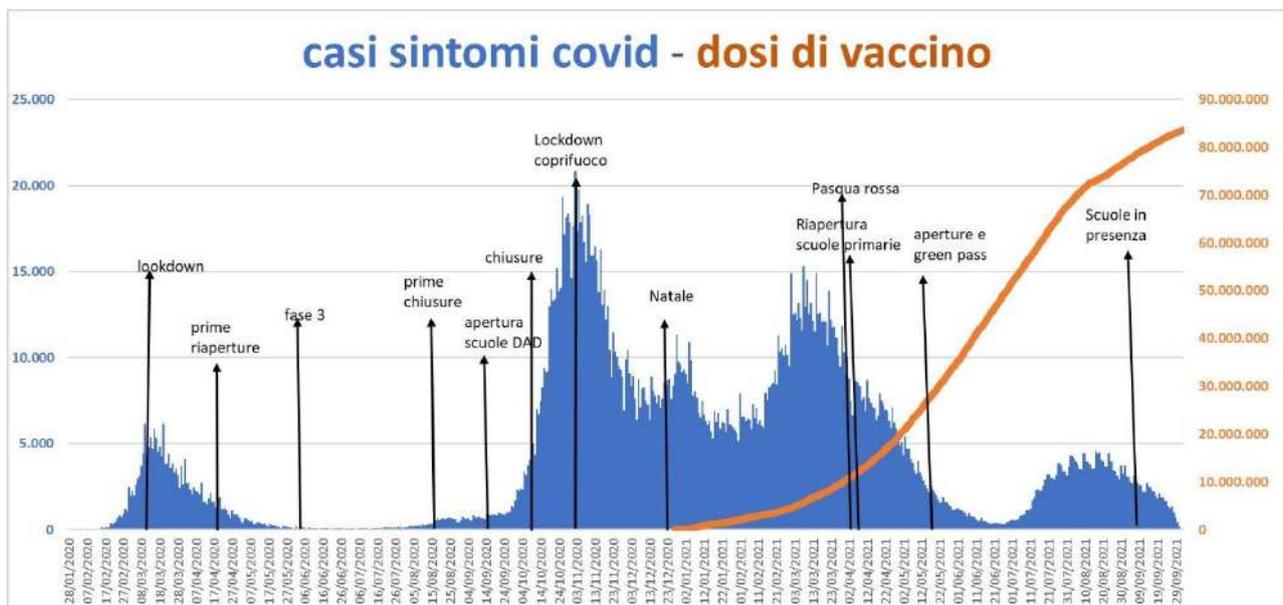
Una decisione che chiede di piani pandemici a rinnovo triennali, sistemi di allerta azioni comuni, acquisti concertati ecc. ecc.(2) Poco consola l'osservazione che questa decisione è stata ampiamente inapplicata in molti paesi europei, invece concentrati su una burocratica applicazione del Regolamento Sanitario Internazionale dell'OMS.

L'andamento dell'epidemia. Una atipia unica: chi sono i casi di Covid 19

Per la prima volta su scala globale una malattia infettiva non viene soltanto definita come una patologia con sintomi e con conferma di laboratorio ma anche come semplice positività ad un test antigenico: la rapida disponibilità di test antigenici molecolari e test rapidi ha influenzato non poco l'intera visione dell'epidemia di Covid19 nel mondo.

A fianco a test effettuati su casi con sospetti sintomi di Covid19 sorge una marea di test fatti per improprie attività di screening ma anche tanti test autosomministrati. I “casi” includono i soggetti asintomatici, quindi potenziali infettori, che sono la gran maggioranza dei positivi: chiaramente più test si fanno più positivi si trovano.

Quindi, tenendo conto di questo bias di selezione, appare meglio leggere la curva epidemica dei soggetti clinicamente ammalati e positivi al virus.



Fonte: open data ISS

Leggiamo insieme la curva epidemica dei positivi al Covid 19 con sintomi:

Gennaio 2020 iniziano i primi casi, a fine febbraio scoppiano grandi focolai in Lombardia: tanti ospedalizzati, terapie intensive in affanno, tanti morti.

Il Paese, dopo un breve periodo di osservazione, reagisce rapidamente e con fermezza. Il 9 marzo lockdown totale, tutto è fermo. Il picco epidemico si raggiunge il 10 marzo ma già a Pasqua 2020 (8 aprile) si conferma una lenta discesa della curva epidemica, il lockdown viene mantenuto fino al 3 maggio. Le scuole praticamente sono rimaste chiuse per tutto l'ultimo quadrimestre.

Dopo Pasqua si inizia a respirare: sembra che il terribile lockdown abbia funzionato bene, tanto che da giugno le restrizioni sono progressivamente allentate, si va ad una estate controllata ma più serena: il virus è sotto controllo (terza fase).

C'è la concreta speranza di una epidemia limitata con impatto limitato come sono state per l'Europa e per il nostro Paese le epidemie cugine Sars 2 2002 e Mers 2009.

L'illusione dura poco: subito dopo il ferragosto l'epidemia riprende. I reparti Covid si riempiono di nuovo così come le terapie intensive; partono nuove misure restrittive ma l'epidemia continua a salire: a metà settembre le scuole sono aperte in DAD e dai primi giorni di ottobre l'epidemia inizia una rapidissima salita. A fine ottobre e raggiunge il picco di 24 mila casi a settimana. Più di cinque volte del picco di marzo.

Si torna rapidamente a misure restrittive rigide. Dai primi giorni di ottobre riprendono le chiusure e le limitazioni di movimenti e a fine mese parte il coprifuoco. Ancora una volta sembra che le restrizioni abbiano efficacia: la curva epidemica decresce ma non si ferma, anzi, nonostante le importanti misure restrittive passiamo un Natale intrafamiliare, nessuno spostamento, Capodanno chiusi in casa senza veglioni e bollicine. Ancora una volta a gennaio una discesa della curva ed una formidabile risalita in poche settimane. L'epidemia non accenna a diminuire, anzi procede imperterrita per tutto l'inverno non sembra scalfita dalle misure di mitigazione.

Mesi terribili con un nuovo picco epidemico a metà marzo, ma un'incidenza costantemente elevata anche a Pasqua!

Le evidenze sull'epidemiologia Covid nei bambini convincono il governo a riaprire le scuole primarie in presenza già dal 9 aprile: questa riapertura non frena la discesa della curva costante da Pasqua a giugno.

Ma il 27 dicembre partono le vaccinazioni. A gennaio crisi di governo, il 3 febbraio arriva il prof. Draghi, il primo marzo arriva il Generale Figliuolo ed il 19 marzo il nuovo CTS: il numero di vaccinati cresce molto rapidamente arrivando ad oltre dieci milioni di prime dosi già a metà marzo.

A metà maggio moderate riaperture ed arriva il Green Pass. Si avvia un pacchetto di riaperture simile a quello dell'estate 2020.

Ma, come nell'anno precedente, a metà estate puntuale arriva una crescita della curva epidemica: si arriva ad un'incidenza simile a quella del marzo 2020 ma non si ripete la catastrofe dell'autunno precedente: l'epidemia ha un andamento chiaramente abortito dalla rapida crescita delle vaccinazioni; le scuole ed i luoghi di lavoro riaprono in presenza da metà settembre e questo non modifica il costante calo della curve epidemica.

Entriamo in una fase di moderata endemia sostenuta da quel 30-20% della popolazione non ancora raggiunta dalla vaccinazione.

Che ci dice la curva epidemica

La stagionalità

I virus Covid sono noti da anni quali etiologici di sindromi acute dell'apparato respiratorio superiore, quale il comune raffreddore e sono monitorati in alcuni sistemi di sorveglianza microbiologica quale quello inglese (3): tutti mostrano una spiccata stagionalità con preferenza per le stagioni autunno, inverno, primavera. La curva osservata in Italia appare coerente con questa storia.

L'incidenza per età

Contrariamente alla maggioranza dei virus a trasmissione respiratoria appare chiaro che l'incidenza di Covid aumenta con l'età: questo costante trend è stato invertito da poco dalle coperture vaccinali, molto alte negli anziani e quindi uno spostamento ecologico dell'incidenza nelle classi di età meno vaccinate. Oltre a possibili spiegazioni biologiche come la scarsità di recettori ACE 2 nei bambini e l'alta proporzione di

infezioni asintomatiche invisibili nei bambini, bisogna considerare anche qui un bias di selezione indotto dalla strategia di testing.

Il miracolo Vaccini

I cinesi identificano il nuovo Coronavirus Covid 19 a fine dicembre 2019 e l'11 gennaio 2020 ne rendono pubblica l'intera sequenza genomica. L'OMS stima che un vaccino potrebbe essere pronto in 12-18 mesi, ma già agli inizi di febbraio prototipi di vaccini sono approntati da varie industrie farmaceutiche, a fine marzo quattro vaccini iniziano i trials clinici. Ad ottobre 2020 sono presentati i primi risultati clinici e le agenzie regolatorie (FDA, EMA, AIFA, ecc.) grazie alla "rolling review" concludono gli esami entro pochi mesi.

A fine dicembre 2020 l'Europa comincia a vaccinare.

Non c'è precedente nella storia vaccinale di uno sviluppo così rapido: abitualmente lo sviluppo di un nuovo vaccino richiedeva almeno dieci anni ed almeno dieci miliardi di dollari. Come è stato possibile questo miracolo?

Qualche elemento:

1. La ricerca su vaccini a virus vettori era ad uno stadio molto avanzato: prototipi erano stati prodotti per l'Ebola.
2. La ricerca su vaccini a RNA messaggero aveva lunga tradizione, ma solo recentissimamente erano state individuate nanoparticelle che potessero veicolare i frammenti di m-RNA all'interno della cellula umana, senza i quali le molecole venivano immediatamente distrutte dalla cellula ricevente.
3. USA, Cina ed Europa, con la mediazione dell'OMS, sono stati molto lenti a chiudere accordi miliardari con le grandi compagnie produttrici di vaccini garantendo non solo il recupero degli investimenti ma anche l'acquisto di grandi quantità dei prodotti.
4. Molti stati, tra questi anche la UE, hanno accentrato gli acquisti di vaccino, frenando la competizione commerciale che ne avrebbe enormemente dilazionato la disponibilità ed accentuato le disuguaglianze all'accesso.
5. Le principali agenzie regolatorie (tra cui FDA ed EMA) hanno adottato la "Rolling Review" ed hanno arruolato centinaia di esperti valutatori on line, riducendo i tempi di approvazione da molti anni a pochi mesi.

L'efficacia di campo offre risultati poche volte visti in vaccinologia:

1. Un'efficacia crescente per età che protegge meglio i più a rischio di gravi conseguenze.
2. Un'efficacia che raggiunge quasi l'80% verso l'infezione asintomatica: quindi la trasmissibilità del contagio.
3. Un'efficacia che è costantemente sopra il 90% verso la malattia grave, l'ospedalizzazione, la morte, quindi centra l'obiettivo primario della campagna vaccinale ed alleggerisce il carico del servizio sanitario (4)

Dove andiamo

Il grafico dell'epidemia è ingeneroso: significativo ma modesto l'impatto delle pur gravi misure di mitigazione adottate. Il virus ha continuato il suo implacabile percorso seminando morte e distruzione socio economica, a fronte del formidabile e rapido impatto della vaccinazione che in sei mesi ha ridotto la fiamma pandemica ad un focolaio gestibile dal nostro sistema salute. Che distanziamento, mascherine ed igiene siano efficaci contro i virus a trasmissione respiratoria ce ne ha dato eclatante dimostrazione la scomparsa della consueta epidemia invernale di influenza: praticamente sparita grazie a queste misure che non si sono dimostrate altrettanto efficaci contro il Covid19.(5)

La circolazione di virus Covid 19 immunizza molte persone: ad esempio in uno di questi giorni su trecentomila tamponi effettuati sono identificati circa tremila casi, di questi una metà sono asintomatici, alcune decine abbisognano di ricovero ospedaliero, alcuni vanno in rianimazione e, purtroppo, v'è qualche decesso.

La stragrande maggioranza dei tremila acquisisce immunità contro il virus: parecchi milioni di vaccinati “naturali” dall’inizio della pandemia.

La “herd immunity” è un mito che attrae la popolazione ma anche molti tecnici di salute, così come parole come “eliminazione” “eradicazione”: termini semplicemente non applicabili ad un virus a trasmissione respiratoria di origine zoonotica. Quello che certo si potrà raggiungere è la prevenzione di una gran parte di malattie, decessi e ricoveri da Covid ed una sostanziale attenuazione delle misure restrittive.

E’ facile prevedere che esisterà sempre una nicchia di popolazione suscettibile al virus vuoi perché non vaccinata o perché non ha reagito al vaccino o ancora per aver perso parte della memoria immunitaria nel tempo: questa nicchia sarà sufficiente a mantenere una bassa trasmissione del virus almeno fino a quando l’infezione naturale, sempre più clinicamente modesta, non riempirà i vuoti immunitari.

Ma anche in questa felice ipotesi non si può escludere l’emersione di varianti virali che sfuggano almeno in parte alle nostre difese immunitarie potrebbe riaccendere significativi focolai epidemici.

L’influenza è di esempio: puntuale ogni anno clinicamente sintomatica in milioni di persone nel nostro Paese, con eccessi di mortalità di molte migliaia di individui, pur contrastata da vaccini con efficacia significativa se pur incomparabile con quella dei vaccini Covid.

E allora? Certo non c’è una ricetta sul che fare

Una pandemia nuova che ha scosso e sta scuotendo l’intero globo e che ancora ci sorprende con caratteri biologici finora ignoti.

Risposte degli stati, primo il nostro, molto energiche e senza precedenti, necessariamente fondate su conoscenze molto limitate sia pure rapidamente crescenti.

Misure intraprese inizialmente generiche basate sul buon senso piuttosto che evidence based. Inevitabili visioni limitate che hanno favorito errori di interpretazione che hanno colpito tutto il mondo della sanità pubblica, me compreso.

Una straordinaria scoperta vaccinale che ci consente l’immunizzazione efficace di gran parte della popolazione.

Cosa manca per la prossima pandemia

1. Molta più “intelligence”.
2. Un approccio nazionale centralizzato e multicomponente, non solo sanitario
3. Decisioni mirate basate su esperienze e dati scientifici.
4. Una rete di sorveglianza globale e One Health con grandi investimenti nella comunicazione in real time.
5. Una analisi epidemiologica sistematica dei rischi reali e dei rischi prevenibili quale guida alle azioni di contenimento/mitigazione.
6. Una ricostruzione di servizi di sorveglianza epidemiologica diffusa su tutto il territorio.
7. Piani pandemici “VIVI” continuamente aggiornati, vissuti fino alle più piccole comunità sociali e sperimentati regolarmente.
8. Investimenti nella formazione in preparedness dalle scuole agli operatori.
9. Investimenti per la pronta produzione di DPI farmaci e vaccini tailored sull’evento
10. Un piano aggiornato di comunicazione del rischio.

http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=98980

nature

Una ricostruzione della prima diffusione criptica del COVID

Per rispondere meglio alle future pandemie, dobbiamo capire come il virus SARS-CoV-2 si sia disperso così rapidamente. Un modello di diffusione del COVID-19 fa luce sulla trasmissione criptica, non rilevata dagli sforzi di sorveglianza, all'inizio del 2020.

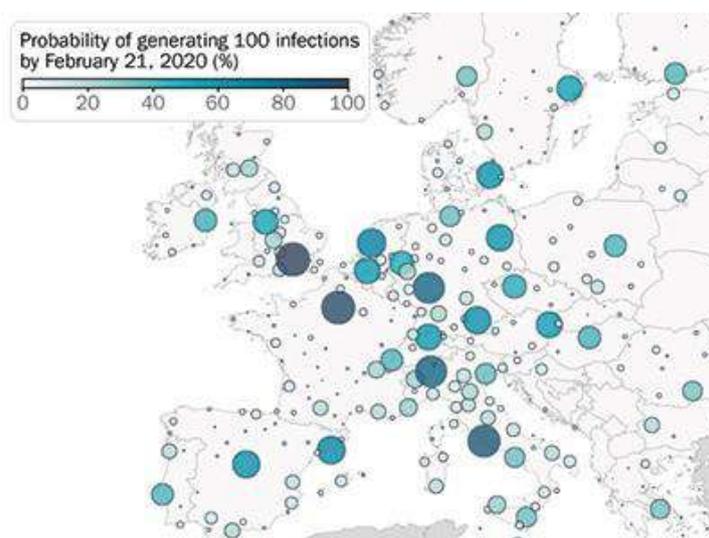
Simon Cauchemez & Paolo Bosetti

DOI: <https://doi.org/10.1038/d41586-021-02989-3>

Negli ultimi 20 mesi, la pandemia di COVID-19 ha causato oltre 4,9 milioni di decessi segnalati (<https://coronavirus.jhu.edu>) e le misure per limitare la diffusione del virus SARS-CoV-2 hanno colpito la vita dei persone in tutto il mondo.

Sebbene la modellazione abbia aiutato a ricostruire le prime dinamiche dell'epidemia in alcuni paesi, manca ancora un quadro coerente di come la pandemia si è sviluppata a livello globale.

[Scrivendo su Nature](#), Davis *et al.* ¹ utilizza un modello mondiale per valutare la trasmissione precoce e criptica di SARS-CoV-2 - la diffusione del virus che non è stata rilevata dagli sforzi di sorveglianza iniziali - negli Stati Uniti e in Europa.



Guardando indietro alla cronologia dei primi mesi della pandemia, si tratta della velocità con cui il virus si è diffuso in tutto il mondo, portando a un massiccio arresto della vita sociale ed economica delle persone. Il 10 gennaio 2020, sono stati segnalati 41 casi di COVID-19 a Wuhan, provincia di Hubei, Cina.

Le prime segnalazioni di infezione al di fuori della Cina sono state effettuate il 13 gennaio (in Thailandia) e il 16 gennaio (in Giappone). Wuhan è stata chiusa il 23 gennaio, seguita da blocchi in Italia (11 marzo), Spagna (14 marzo), Austria (16 marzo) e Francia (17 marzo).

Molti paesi, colti alla sprovvista dalla situazione in rapida evoluzione, hanno riportato un grande numero di morti.

Come possiamo fare meglio la prossima volta? Per rispondere a questa domanda e migliorare la nostra preparazione di fronte a future pandemie, è fondamentale costruire un quadro più chiaro della diffusione iniziale del virus. Questo è difficile,

Davis *et al.* utilizzato il modello Global Epidemic and Mobility (GLEAM), che ha componenti sia stocastiche (che incorporano elementi di casualità) che meccanicistiche (compresi i principi definiti sui meccanismi biologici e sociali associati all'infezione e alla trasmissione virale) per simulare la diffusione del virus su scala globale [2](#).

Il modello si basa su vari tipi di dati per catturare la natura multifattoriale del processo epidemico.

Queste informazioni includono dati che descrivono: le popolazioni in cui il virus si è diffuso, come i dati demografici specifici del paese; la circolazione delle persone su scala internazionale e locale (ad esempio, reti di trasporto aereo e flussi pendolari); e comportamenti, come le informazioni che documentano il modo in cui individui di età diverse si mescolano tra loro.

Il modello cattura anche gli aspetti biologici della trasmissione di SARS-CoV-2, le caratteristiche cliniche (come la letalità per ogni fascia di età analizzata) e i tempi delle misure di contenimento non farmaceutiche, come i blocchi.

Utilizzando il modello, gli autori hanno fatto luce su come il virus si è propagato in tutto il mondo. Ad esempio, il modello conferma che, all'inizio (tra gennaio e marzo 2020), molte introduzioni del virus sono passate inosservate sia negli Stati Uniti che in Europa (Fig. 1).

Negli Stati Uniti, la California è stato il primo stato ad essere colpito dalla trasmissione locale (settimana del 26 gennaio, secondo il modello), anche se le prove di trasmissione locale sono state riportate solo un mese dopo (26 febbraio).

In Europa, i modelli hanno indicato che la trasmissione locale è iniziata alla fine di gennaio in Italia, Regno Unito, Germania e Francia, ancora una volta con notevoli ritardi prima che venissero segnalati casi locali.

Nel complesso, Davis e colleghi stimano che, entro l'8 marzo 2020, solo 1-3 su 100 infezioni da SARS-CoV-2 sono state rilevate negli Stati Uniti e in Europa.

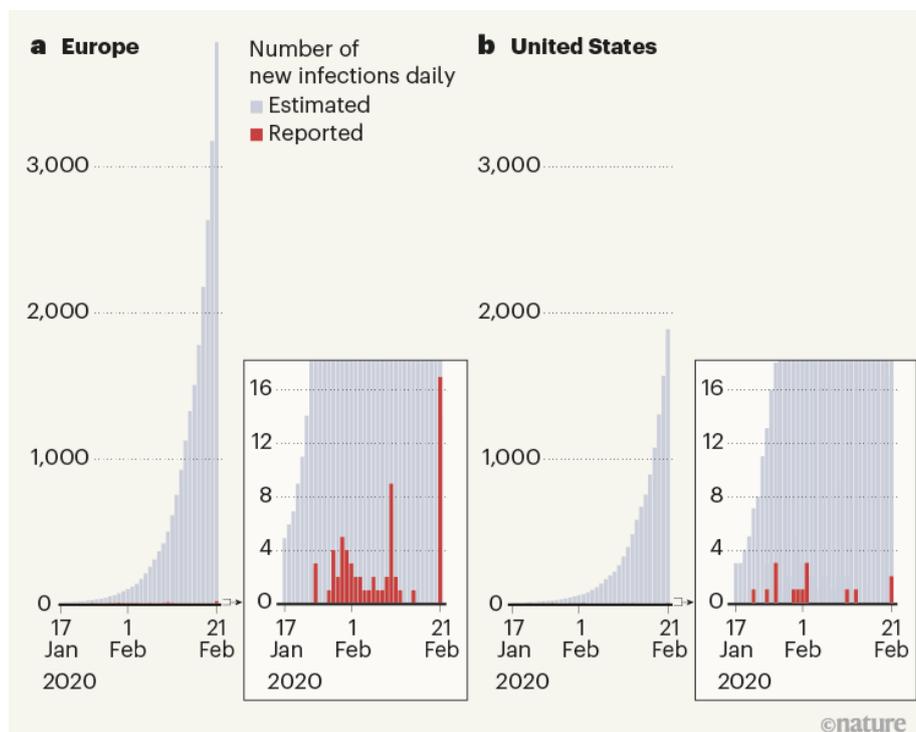


Figura 1 | Numero segnalato e stimato di casi di COVID-19 all'inizio del 2020. Davis *et al.* [1 ha](#) utilizzato un sofisticato modello epidemiologico per ricostruire la diffusione del virus SARS-CoV-2 in 30 paesi europei e negli Stati Uniti all'inizio della pandemia di COVID-19. Stimano che, tra il 17 gennaio e il 21 febbraio 2020, solo una piccola percentuale di casi è stata rilevata dagli sforzi di sorveglianza e che il resto dei casi stimati è derivato da una trasmissione criptica.

Sorprendentemente, in tutti i 30 paesi europei studiati e in tutti gli stati degli Stati Uniti, la trasmissione locale è iniziata in una finestra temporale relativamente ristretta di circa 2 mesi tra metà gennaio e metà marzo 2020.

Queste variazioni nelle date di inizio, nonché le differenze nei tempi e la forza degli interventi — ha portato a modelli altamente variabili di diffusione della malattia in diverse regioni.

Entro il 4 luglio 2020, i tassi di attacco di infezione (le proporzioni della popolazione di una regione che ha contratto il virus) variavano da circa lo 0,2% a circa il 15% nelle regioni analizzate.

La modellazione può aiutare a valutare le prestazioni delle strategie di test messe in atto all'epoca, che hanno interessato principalmente i passeggeri in arrivo dalla Cina.

Sebbene una grande percentuale di individui con COVID-19 che sono entrati negli Stati Uniti e in Europa provenisse effettivamente dalla Cina nel gennaio 2020, i paesi europei vicini e gli stati statunitensi sono diventati rapidamente i principali responsabili dei tassi di infezione nelle aree analizzate.

La mancanza di solide informazioni sull'epidemia nelle località internazionali colpite dalle trasmissioni significa che le politiche di test nella maggior parte dei paesi erano di portata troppo ristretta e, probabilmente, inefficaci.

Davis e collaboratori forniscono uno scenario controfattuale: se le politiche di test fossero state più ampie, consentendo il rilevamento del 50% di tutte le infezioni importate e locali negli Stati Uniti e in Europa, l'inizio della trasmissione locale avrebbe potuto essere ritardato di almeno un mese in molti posti.

Ciò avrebbe dato ai governi più tempo per prepararsi, ad esempio aumentando le capacità sanitarie e acquisendo dispositivi di protezione. Tuttavia, considerando l'ipotesi ottimistica alla base di questo scenario controfattuale,

Esistono altri metodi per ricostruire la diffusione di SARS-CoV-2, ad esempio studi che sequenziano l'RNA del virus per determinare l'"albero genealogico" dei ceppi circolanti [3](#) [4](#).

In questi approcci, la storia ricostruita della circolazione virale è informata e coerente con tutti i dati disponibili fino al momento dell'analisi. Al contrario, le simulazioni presentate da Davis *et al.* sono iniziate per corrispondere ai dati dall'inizio della pandemia, ma non sono vincolati da quanto osservato dopo il 21 gennaio 2020.

Gli autori esplorano quindi una gamma più ampia di possibili traiettorie di diffusione virale rispetto agli studi filogenetici e alcune di queste traiettorie potrebbero non corrispondere perfettamente a quanto accaduto nella realtà. Nonostante questa caratteristica delle simulazioni, esiste una correlazione relativamente buona tra le incidenze ricostruite delle infezioni e il numero di casi osservati.

Rispetto ad altri approcci, un punto di forza dell'approccio di Davis e dei suoi collaboratori è che il loro modello fornisce una comprensione meccanicistica della diffusione di una pandemia.

Ciò consente di modellare scenari che documentano come potrebbe essersi svolta la pandemia in base a diverse opzioni politiche, come gli scenari controfattuali menzionati sopra che includevano test più intensivi dall'inizio della pandemia.

Questa capacità dei modelli di catturare e anticipare complesse dinamiche non lineari e valutare i potenziali effetti di diverse opzioni politiche spiega in gran parte perché tale modellazione è stata sempre più utilizzata per supportare la definizione delle politiche e questa tendenza è stata amplificata dalla pandemia.

La creazione di un Centro per la previsione delle malattie da parte dei Centri statunitensi per il controllo e la prevenzione delle malattie è solo l'esempio più recente di questa tendenza [5](#).

Dovrebbero essere prese in considerazione diverse strade interessanti per migliorare questi modelli per un uso futuro.

I metodi che calibrano questi modelli su dati sia epidemiologici che di sequenziamento dei virus potrebbero migliorare le loro prestazioni per il "casting immediato" e la previsione della diffusione virale, nonché per valutare gli effetti delle politiche in tempo reale. Per migliorare le ipotesi del modello è necessaria una comprensione più dettagliata dei fattori che influenzano la diffusione (come la mobilità, i modelli di mescolanza, i cambiamenti comportamentali, il clima e l'immunità della popolazione).

I modelli sono validi solo quanto i dati su cui si basano.

Sebbene la sorveglianza COVID-19 e i relativi set di dati siano notevolmente migliorati durante la pandemia, questi sforzi devono essere mantenuti oltre il COVID-19 e sistemi informativi stabili [6](#), [7](#) (ad esempio, <https://coronavirus.jhu.edu>) deve continuare a essere reso disponibile per valutare le dinamiche globali della malattia in modo robusto.

<https://www.nature.com/articles/s41586-021-04130-w>



«Non è il momento di allentare le misure di contenimento del virus, iniziamo a pensare ad una “nuova normalità”»

di Guido Rasi, ex Direttore Esecutivo dell’EMA e Direttore Scientifico Consulcesi

Per parecchie settimane la circolazione del virus in Italia è stata relativamente bassa, una delle più basse d’Europa.

Questo ha consentito la ripresa della maggior parte delle attività, molte delle quali vicine alla precedente “normalità” seppur condizionate dall’uso del green pass e delle mascherine.

È difficile prevedere se questa situazione sarà stabile o costituisca solo una tregua nell’andamento della pandemia, destinata ad essere seguita da un quarto picco di infezioni e di ricoveri.

Oggi in Italia si assiste ad un **lieve ma costante aumento dei nuovi casi di Covid-19**, seppur ridotto rispetto al resto dell’Europa.

Proviamo ad analizzare quali fattori potrebbero consolidare la situazione attuale e quali invece costituiscano motivo di preoccupazione.

L’**approccio italiano** al contrasto della diffusione del virus si basa su tre fattori: una campagna vaccinale di massa svolta ordinatamente ed in tempi relativamente brevi, l’uso delle mascherine negli ambienti chiusi e nelle situazioni di assembramento e l’utilizzo del green pass.

Ricordiamo che il **vaccino** conferisce l’immunità a circa il 94% della popolazione e nel 76% dei casi previene anche l’infezione, che l’uso corretto delle **mascherine** previene quasi totalmente la trasmissione del virus e che il tampone garantisce l’assenza d’infezione per alcune ore.

Il **green pass** documenta quindi la presenza di uno stato di immunità (naturale o acquisita) o la temporanea assenza di infezione.

Lo svolgimento di attività, siano esse sociali o lavorative, consentite solo a chi possa esibire il green pass permette di selezionare una popolazione sostanzialmente immune o temporaneamente esente da infezioni, e quindi la creazione di ambienti a minima circolazione virale ed a ridotto rischio di infezione.

Non utilizzare il green pass significa rinunciare ad identificare la popolazione a più alto rischio di disseminazione del virus e quindi vanificare il potenziale beneficio della vaccinazione.

Negli altri Stati europei queste tre misure sono state applicate in maniera meno efficace.

La percentuale di vaccinati è generalmente inferiore, l’uso delle mascherine è meno diffuso e meno regolamentato e l’obbligatorietà del green pass è molto più limitata.

Vi è una correlazione abbastanza lineare tra l’implementazione di queste tre misure ed il contenimento delle infezioni.

Se queste misure hanno posto il nostro Paese in una situazione di buon controllo dei contagi, vi sono però altri elementi da considerare.

Il primo è che **la percentuale dei vaccinati, seppure molto alta, non è omogenea**, né per fascia di età né per distribuzione geografica, oltre alla popolazione pediatrica che al di sotto dei 12 anni non può ancora accedere al vaccino.

Inoltre **non vi è certezza sulla durata dell'immunità** che dopo sei mesi inizia progressivamente a declinare, soprattutto nei più anziani e fragili.

Ulteriore incognita è l'evoluzione della cosiddetta **variante Delta plus** (sottovariante AY.4.2) che sembra essere più efficiente in termini di infettività.

In questa situazione **non sussistono le condizioni per ridurre le misure di contenimento**, uso del green pass e della mascherina, certo non entro il 31 dicembre.

Rimane da fare una considerazione su cosa sia la normalità.

Negli anni è diventato normale allacciarsi la cintura di sicurezza, indossare il casco, non fumare nei luoghi pubblici, accettare il controllo dei bagagli in aeroporto.

La vera domanda è se sia "più normale" mettersi la mascherina e mostrare un green pass sul cellulare o interrompere ripetutamente attività sociali e produttive, rischiare nuovi lockdown e continuare ad intasare gli ospedali invece di accettare una "**nuova normalità**" svolgendo le nostre attività in una modalità che lo consenta con la massima sicurezza possibile.

Intanto già si preannuncia l'estensione delle attuali misure fino a marzo 2022 ed il resto del mondo piano piano sta adottando le misure che noi abbiamo anticipato.

https://www.sanitainformazione.it/salute/non-e-il-momento-di-allentare-le-misure-di-contenimento-del-virus-iniziamo-a-pensare-ad-una-nuova-normalita/?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=nl02112021&utm_content=sif

THE LANCET
Infectious Diseases

Trasmissione comunitaria e cinetica della carica virale della variante SARS-CoV-2 delta (B.1.617.2) in individui vaccinati e non vaccinati nel Regno Unito: uno studio di coorte prospettico longitudinale.

Anika Singanayagam, PhD, Seran Hakki, PhD, , Jake Dunning, PhD, Kieran J Madon, MSc, Michael A Crone, MBBCh, Aleksandra Koycheva, BSc et al.

Accesso Libero

Pubblicato: 29 ottobre 2021

DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00648-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00648-4)

Riepilogo

Sfondo

La variante SARS-cov-2 delta (B.1.617.2) è altamente trasmissibile e si sta diffondendo a livello globale, anche nelle popolazioni con alti tassi di vaccinazione.

Abbiamo mirato a studiare la trasmissione e la cinetica della carica virale in individui vaccinati e non vaccinati con infezione da variante delta lieve nella comunità.

Metodi

Tra il 13 settembre 2020 e il 15 settembre 2021, 602 contatti comunitari (identificati tramite il sistema di tracciabilità dei contratti del Regno Unito) di 471 casi indice di COVID-19 del Regno Unito sono stati reclutati per lo studio di coorte Assessment of Transmission and Contagiousness of COVID-19 in Contacts e ha contribuito con 8145 campioni del tratto respiratorio superiore dal campionamento giornaliero per un massimo di 20 giorni.

I contatti esposti domestici e non domestici di età pari o superiore a 5 anni erano idonei per il reclutamento se potevano fornire il consenso informato e accettare l'auto-tamponamento del tratto respiratorio superiore.

Abbiamo analizzato il rischio di trasmissione per stato di vaccinazione per 231 contatti esposti a 162 casi indice di infezione da variante delta collegati epidemiologicamente.

Abbiamo confrontato le traiettorie della carica virale di individui completamente vaccinati con infezione delta (n=29) con individui non vaccinati con delta (n=16), alfa (B.1.1.7; n=39), e infezioni pre-alfa (n=49).

Gli esiti primari per l'analisi epidemiologica erano la valutazione del tasso di attacco secondario (SAR) nei contatti familiari stratificato per stato vaccinale di contatto e stato vaccinale dei casi indice.

Gli esiti primari per l'analisi della cinetica della carica virale erano rilevare le differenze nella carica virale di picco, nel tasso di crescita virale e nel tasso di declino virale tra i partecipanti in base alla variante SARS-cov-2 e allo stato di vaccinazione.

Risultati

Il SAR nei contatti familiari esposti alla variante delta era del 25% (95% CI 18-33) per gli individui completamente vaccinati rispetto al 38% (24-53) negli individui non vaccinati.

Il tempo mediano tra la seconda dose di vaccino e il reclutamento nello studio nei contatti completamente vaccinati è stato più lungo per gli individui infetti (mediana 101 giorni [IQR 74-120]) rispetto agli individui non infetti (64 giorni [32-97], p=0,001).

Il SAR tra i contatti familiari esposti a casi indice completamente vaccinati era simile ai contatti familiari esposti a casi indice non vaccinati (25% [95% CI 15-35] per vaccinati vs 23% [15-31] per i non vaccinati).

12 (39%) di 31 infezioni in contatti familiari completamente vaccinati sono derivate da casi indice collegati epidemiologicamente a vaccinazione completa, ulteriormente confermati da analisi genomiche e virologiche in tre coppie di casi indice-contatto.

Sebbene la carica virale di picco non differisse in base allo stato di vaccinazione o al tipo di variante, essa aumentava modestamente con l'età (differenza di 0,39 [intervallo di credibilità al 95% da -0,03 a 0,79] nella carica virale di picco \log_{10} per ml tra le persone di età 10 anni e 50 anni).

Gli individui completamente vaccinati con infezione da variante delta hanno avuto un tasso medio di diminuzione della carica virale più rapido (probabilità a posteriori >0,84) (0,95 \log_{10} copie per ml al giorno) rispetto agli individui non vaccinati con infezioni varianti pre-alfa (0,69), alfa (0,82) o delta (0,79).

All'interno degli individui, una crescita più rapida della carica virale è stata correlata con una carica virale di picco più elevata (correlazione 0,42 [intervallo credibile al 95% da 0,13 a 0,65]) e un declino più lento (-0,44 [da -0,67 a -0,18]).

Interpretazione

La vaccinazione riduce il rischio di infezione con variante delta e accelera la clearance virale.

Tuttavia, gli individui completamente vaccinati con infezioni rivoluzionarie hanno una carica virale di picco simile ai casi non vaccinati e possono trasmettere efficacemente l'infezione in ambienti domestici, compresi i contatti completamente vaccinati.

Le interazioni ospite-virus nelle prime fasi dell'infezione possono modellare l'intera traiettoria virale.

Finanziamento

Istituto nazionale per la ricerca sanitaria.

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

La variante delta SARS-CoV-2 si sta diffondendo a livello globale, anche nelle popolazioni con elevata copertura vaccinale.

Mentre la vaccinazione rimane altamente efficace nell'attenuare la gravità della malattia e prevenire la morte, l'efficacia del vaccino contro l'infezione è ridotta per il delta.

Determinare l'entità della trasmissione da individui vaccinati con infezione delta ai loro contatti vaccinati è una priorità di salute pubblica.

Il confronto della cinetica della carica virale del tratto respiratorio superiore (URT) delle infezioni delta con quelle di altre varianti fornisce informazioni sui potenziali meccanismi per la sua maggiore trasmissibilità.

Abbiamo cercato PubMed e *medRxiv* per gli articoli pubblicati tra l'inizio del database e il 20 settembre 2021, utilizzando termini di ricerca che descrivono "SARS-CoV-2, variante delta, carica virale e trasmissione".

Due studi hanno campionato longitudinalmente l'URT in individui con infezione da variante delta vaccinati e non vaccinati per confrontare la cinetica della carica virale.

In uno studio retrospettivo su una coorte di pazienti ospedalizzati a Singapore, è stato riscontrato un calo della carica virale più rapido negli individui vaccinati rispetto ai casi non vaccinati.

Tuttavia, i casi non vaccinati in questo studio presentavano un'infezione da moderata a grave, che è nota per essere associata a uno spargimento prolungato.

Il secondo studio ha campionato longitudinalmente i giocatori sportivi professionisti statunitensi.

Anche in questo caso, la clearance dell'RNA virale delta nei casi vaccinati è stata più rapida rispetto ai casi non vaccinati, ma solo l'8% dei casi non vaccinati aveva un'infezione con variante delta, complicare l'interpretazione.

Infine, un rapporto di un focolaio nosocomiale di un'unica fonte di un distinto sottolignaggio delta negli operatori sanitari vietnamiti ha tracciato la cinetica della carica virale (senza confronto con le infezioni delta non vaccinate) e ha dimostrato la trasmissione tra operatori sanitari completamente vaccinati nell'ambiente nosocomiale.

I risultati potrebbero quindi non essere generalizzabili al di là della particolare impostazione e della distinta sottolinea virale indagata.

Valore aggiunto di questo studio

La maggior parte della trasmissione di SARS-CoV-2 si verifica nelle famiglie, ma fino ad oggi non è stata dimostrata la trasmissione tra individui completamente vaccinati in questo contesto.

Per accertare la trasmissione secondaria con elevata sensibilità, abbiamo seguito longitudinalmente i casi indice e i loro contatti (indipendentemente dai sintomi) nella comunità subito dopo l'esposizione alla variante delta di SARS-CoV-2, eseguendo RT-PCR quantitativa giornaliera su campioni URT per 14–20 giorni.

Abbiamo scoperto che il tasso di attacco secondario nei contatti domestici completamente vaccinati era alto al 25%, ma questo valore era inferiore a quello dei contatti non vaccinati (38%). Il rischio di infezione è aumentato con il tempo nei 2-3 mesi successivi alla seconda dose di vaccino.

La percentuale di contatti infetti era simile indipendentemente dallo stato di vaccinazione dei casi indice.

Abbiamo osservato la trasmissione della variante delta tra casi indice completamente vaccinati e i loro contatti completamente vaccinati in diverse famiglie, confermata dal sequenziamento dell'intero genoma. La carica virale di picco non differiva in base allo stato di vaccinazione o al tipo di variante, ma aumentava modestamente con l'età.

I casi delta vaccinati hanno sperimentato un calo della carica virale più rapido rispetto ai casi alfa o delta non vaccinati. Tra i partecipanti allo studio, una crescita della carica virale più rapida è stata correlata con una carica virale di picco più elevata e un declino più lento, suggerendo che le interazioni ospite-virus nelle prime fasi dell'infezione modellano l'intera traiettoria virale.

Poiché i nostri risultati derivano da contatti familiari comunitari in un contesto di vita reale, sono probabilmente generalizzabili alla popolazione generale. confermata dal sequenziamento dell'intero genoma.

La carica virale di picco non differiva in base allo stato di vaccinazione o al tipo di variante, ma aumentava modestamente con l'età.

I casi delta vaccinati hanno sperimentato un calo della carica virale più rapido rispetto ai casi alfa o delta non vaccinati.

Tra i partecipanti allo studio, una crescita più rapida della carica virale è stata correlata con una carica virale di picco più elevata e un declino più lento, suggerendo che le interazioni ospite-virus nelle prime fasi dell'infezione modellano l'intera traiettoria virale.

Poiché i nostri risultati derivano da contatti familiari comunitari in un contesto di vita reale, sono probabilmente generalizzabili alla popolazione generale. confermata dal sequenziamento dell'intero genoma.

La carica virale di picco non differiva in base allo stato di vaccinazione o al tipo di variante, ma aumentava modestamente con l'età. I casi delta vaccinati hanno sperimentato un calo della carica virale più rapido rispetto ai casi alfa o delta non vaccinati.

Tra i partecipanti allo studio, una crescita della carica virale più rapida è stata correlata con una carica virale di picco più elevata e un declino più lento, suggerendo che le interazioni ospite-virus nelle prime fasi dell'infezione modellano l'intera traiettoria virale.

Poiché i nostri risultati derivano da contatti familiari comunitari in un contesto di vita reale, sono probabilmente generalizzabili alla popolazione generale. una crescita più rapida della carica virale è stata correlata con una carica virale di picco più elevata e un declino più lento, suggerendo che le interazioni ospite-virus nelle prime fasi dell'infezione modellano l'intera traiettoria virale.

Poiché i nostri risultati derivano da contatti familiari comunitari in un contesto di vita reale, sono probabilmente generalizzabili alla popolazione generale.

Una crescita più rapida della carica virale è stata correlata con una carica virale di picco più elevata e un declino più lento, suggerendo che le interazioni ospite-virus nelle prime fasi dell'infezione modellano l'intera traiettoria virale.

Poiché i nostri risultati derivano da contatti familiari comunitari in un contesto di vita reale, sono probabilmente generalizzabili alla popolazione generale.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

Sebbene i vaccini rimangano altamente efficaci nel prevenire malattie gravi e decessi per COVID-19, i nostri risultati suggeriscono che la vaccinazione non è sufficiente per prevenire la trasmissione della variante delta in ambienti domestici con esposizioni prolungate.

I nostri risultati evidenziano l'importanza degli studi di comunità per caratterizzare il fenotipo epidemiologico di nuove varianti di SARS-CoV-2 in popolazioni sempre più altamente vaccinate.

Le continue misure sanitarie e sociali per frenare la trasmissione della variante delta rimangono importanti, anche negli individui vaccinati.

Figura 1 Reclutamento, infezione da SARS-CoV-2, stato della variante e storia della vaccinazione per i partecipanti allo studio ATACCC

(A) Reclutamento dello studio e stato della variante confermato dal sequenziamento dell'intero genoma (ATACCC1 e ATACCC2 combinati). (B) ATACCC2: contatti esposti al delta inclusi nel calcolo del tasso di attacco secondario ([tabella 1](#)) e nella valutazione della trasmissione ([tabella 2](#)). SSN=Servizio Sanitario Nazionale. *Tutti i casi indice provenivano da ATACCC2. † Tutti i contatti. ‡I due primi casi positivi alla PCR della coorte ATACCC2 (un caso indice e un contatto) sono stati confermati come aventi la variante alfa sul sequenziamento dell'intero genoma (reclutati il 28 maggio 2021). Questo contatto positivo alla PCR, esposto alla variante alfa, è escluso dalla [figura 1B](#). §Un contatto negativo alla PCR non aveva dati sullo stato di vaccinazione disponibili e un caso indice di contatto negativo alla PCR non aveva dati sulla vaccinazione disponibili. ¶I dati sulla vaccinazione erano disponibili per 138 casi indice su 163. ||I contatti di questi 15 casi indice sono inclusi nei 232 contatti totali. **Questi tre casi indice senza contatti sono inclusi solo nell'analisi della cinetica della carica virale ([figura 3](#)) e non sono inclusi nelle tabelle 1 e 2.

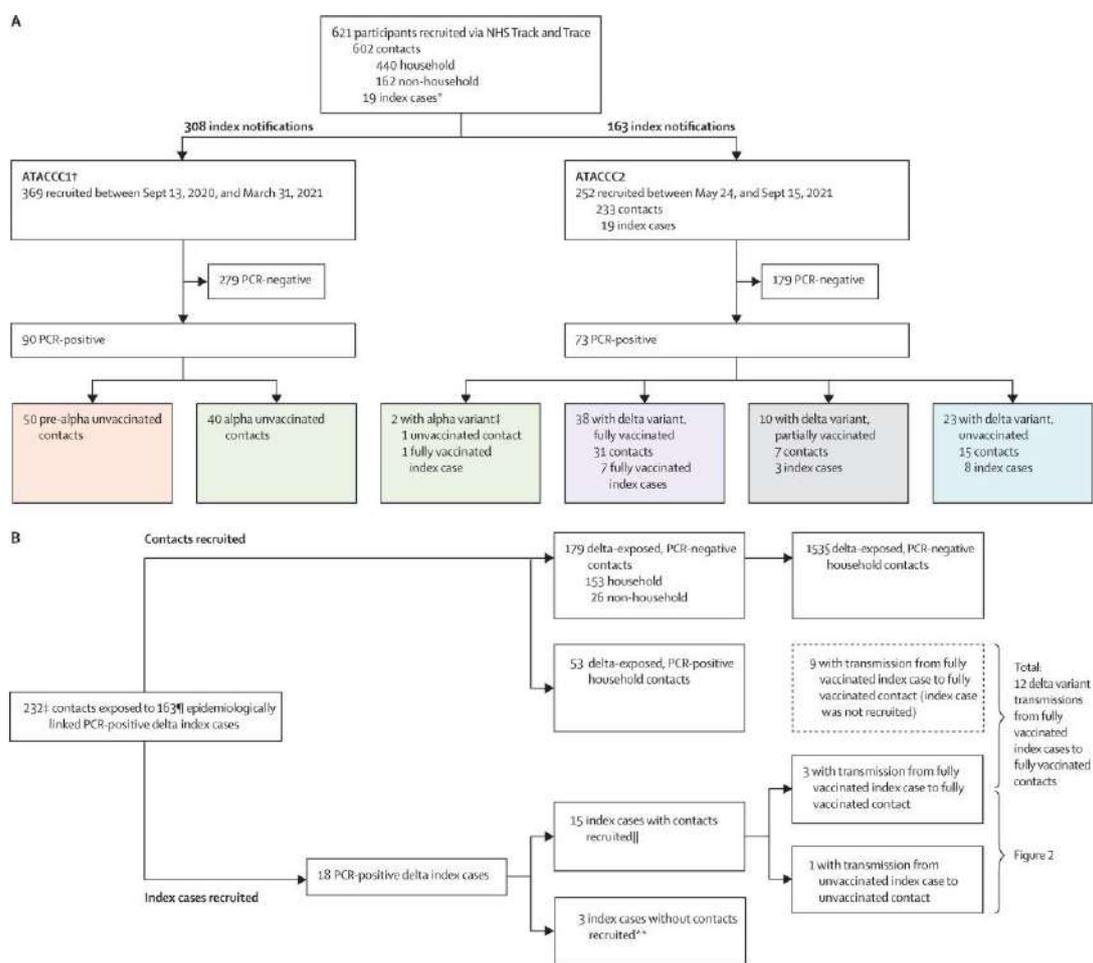


Figura 2 Evidenze virologiche, epidemiologiche e genomiche per la trasmissione della variante delta SARS-CoV-2 (B.1.617.2) nelle famiglie

(A) Analisi genomica delle quattro famiglie con mutazioni che definiscono il lignaggio per delta e ulteriori mutazioni all'interno degli ORF visualizzate per dare un'idea se i ceppi di individui all'interno della famiglia siano strettamente correlati. I lignaggi AY.4 e AY.9 sono sub-lignaggi del delta. (B) Traiettorie virali e stato di vaccinazione dei quattro casi indice infetti con la variante delta per i quali è stata rilevata l'infezione nei loro contatti familiari epidemiologicamente collegati. Tutti gli individui avevano una malattia non grave.

Ogni grafico mostra un caso indice e i loro contatti familiari. Le misurazioni della carica virale non rilevabile sono tracciate al limite di rilevazione ($10^{1.49}$). C=contatto. I=caso indice. FV=completamente vaccinato. ORF=riquadro di lettura aperto. PV=parzialmente vaccinato. U=non vaccinato.

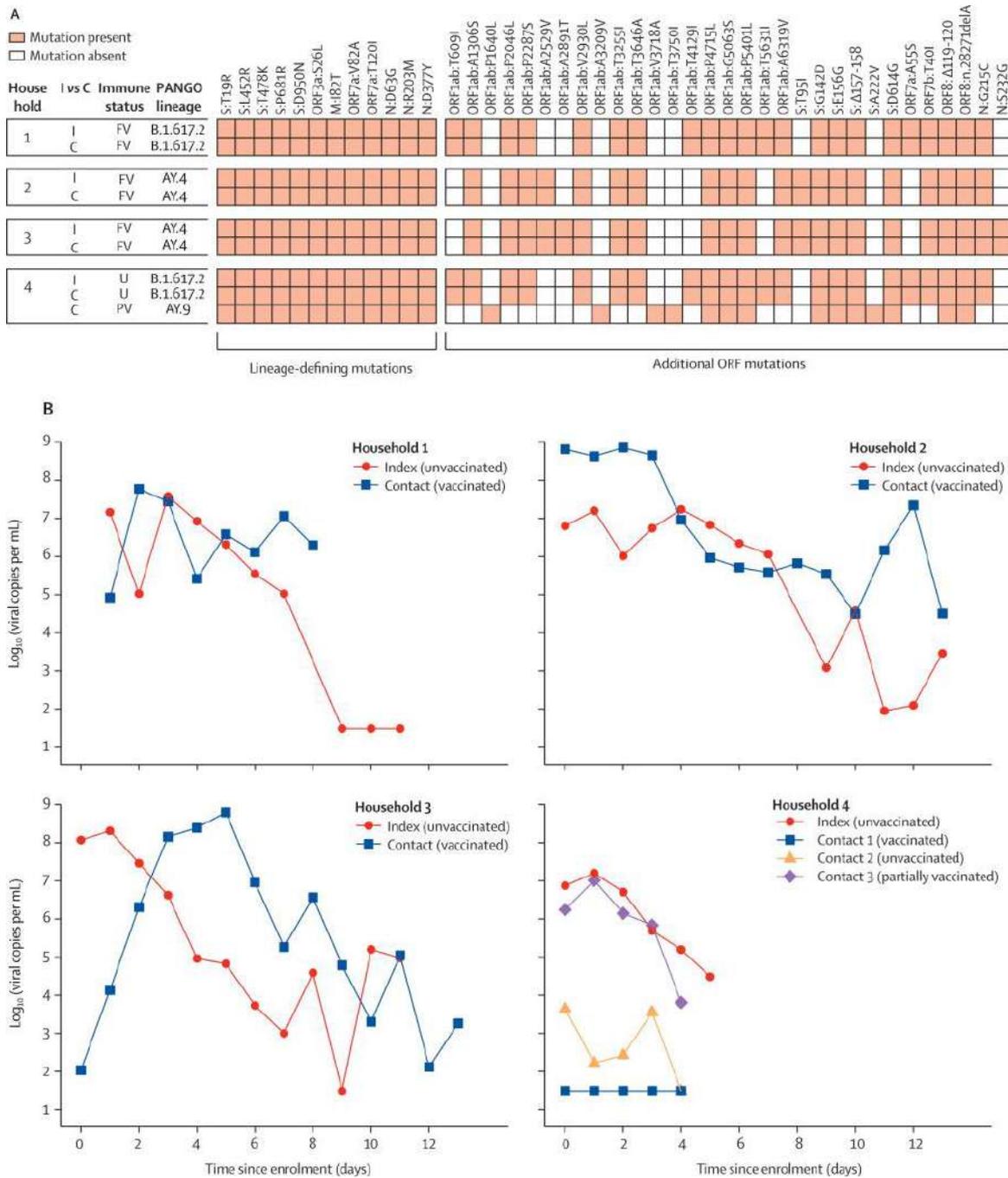


Figura 3 Traiettorie della carica virale di ORF1ab da 14 giorni prima a 28 giorni dopo il picco per 133 partecipanti infettati con varianti pre-alfa o alfa (non caccinate) o varianti con variante delta (vaccinate e non vaccinate)

I cerchi neri sono valori misurati, con il primo punto dati per ogni partecipante preso al giorno dell'iscrizione. I grafici sono radicati nel giorno del picco di carica virale per ciascun partecipante, indicato come giorno 0 sull'asse x. Le curve mostrano la stima mediana posteriore del modello, con un'ombreggiatura dell'intervallo credibile del 95%. 133 partecipanti infetti, di cui 114 contatti e 19 casi indice. *Indice casi.



[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(21\)00648-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00648-4/fulltext)

Una panoramica su come sopravvivere al COVID-19

Rose Worrell

Publicato: 27 ottobre 2021

DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00689-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00689-7)

È stato durante la stesura di *Dying to live: la storia di Grant McIntyre, il paziente più malato di COVID*, il resoconto dettagliato di Grant McIntyre della sua malattia con COVID-19, che ha scoperto che la durata media di una degenza ospedaliera di un paziente COVID-19 in il Regno Unito era di 8 giorni.

Questa deve essere stata una dolorosa presa di coscienza per l'autore, la cui battaglia con la malattia è durata 4 mesi ardui e che è stato etichettato come il più malato sopravvissuto al COVID-19 in Scozia.

Il libro racconta la storia del viaggio di McIntyre, dalla contrazione del COVID-19 come un uomo sano di 49 anni durante la prima ondata del Regno Unito nel marzo 2020, il suo successivo ricovero in un'unità di terapia intensiva, le gravi complicazioni mediche che ha dovuto sopportare (tra cui insufficienza renale, polmone collassato e sepsi) e infine, contro ogni previsione, la sua incredibile guarigione.

McIntyre è professore di ortodonzia presso il Dundee Dental Research Hospital & School. Pensa di essere entrato in contatto con il virus sul lavoro, durante una procedura per un paziente infetto che ha comportato la generazione di una sottile nebbia di aerosol. È una desolante ironia che, nelle settimane precedenti la sua infezione, McIntyre fosse stato coinvolto in piani pandemici per creare spazi separati in ospedale per i pazienti COVID-19 e per ridurre le possibilità di contaminazione tra pazienti e personale.

In qualità di professionista medico, McIntyre è in grado di descrivere la sua esperienza all'interno di un reparto COVID e le procedure a cui è stato sottoposto con una chiarezza e un livello di dettaglio unici.

Spiegare ad esempio come il meccanismo dei ventilatori portatili supporti la funzione polmonare durante l'insufficienza respiratoria e come il già arduo compito di inclinare un paziente, per aiutare a mantenere un adeguato livello di ossigenazione nel sangue, diventi quasi impossibile per il personale infermieristico che deve lavorare intorno ai tubi di ventilazione.

Ci dà un'idea della natura sperimentale del trattamento in quel momento, come la somministrazione di metilprednisolone ad alte dosi in quello che i medici hanno descritto come l'ultimo lancio di dadi.

Il riconoscimento degli operatori sanitari è ribadito ovunque, ed è nei passaggi più personali, come durante un periodo emotivo in cui McIntyre sta uscendo dal coma quando un'infermiera gli stringe la mano nella sua e gli dice che è al sicuro, che mettono in evidenza la dedizione e il supporto forniti dagli operatori del SSN in queste circostanze eccezionali.

L'invito all'azione è chiaro: il servizio sanitario nazionale ha lottato attraverso questa crisi con la pura determinazione, e senza investimenti continui ed estesi è solo una questione di tempo prima che la nostra società cada di nuovo vittima di una malattia su questa scala.

Nella sua fase più malata, le scansioni TC di McIntyre erano considerate incompatibili con la vita. Sarebbe facile compatire qualcuno in queste circostanze, ma la storia di McIntyre ha un inquietante ottimismo e umorismo anche nei momenti più bui.

Quando iniziò a riprendere conoscenza, una delle prime cose di cui si rese conto fu la sua bocca e come avesse bisogno di passare il filo interdentale (una preoccupazione comprensibile per un dentista).

Descrive la difficoltà della riabilitazione, e la fatica richiesta anche per alzare i contatori durante una partita a dama.

La sua determinazione nell'imparare a usare di nuovo il filo interdentale, dente dopo dente, ha agito come un punto di svolta nella sua guarigione, ed è stato dopo 128 giorni di ospedale che è stato finalmente dimesso.

McIntyre, come il sopravvissuto più malato, ha anche ottenuto il più grande recupero della coorte di pazienti nel suo consiglio sanitario. Sebbene non creda di soffrire di COVID lungo, e in effetti la condizione a lungo termine non è discussa a lungo nel libro, ammette di avere alcuni sintomi indicativi.

Anche così, la sua vita sembra straordinariamente attiva considerando il calvario da cui si sta riprendendo; nell'anniversario della sua malattia ha scalato una montagna di 3000 piedi che, in modo commovente, sovrastava in lontananza l'ospedale in cui aveva trascorso così tanto tempo.

La storia di McIntyre ha catturato l'attenzione dei media, che ha utilizzato con successo per diffondere la consapevolezza sul virus, sebbene esprima anche la sua frustrazione per una sezione piccola ma controversa di Internet in cui è proliferata la disinformazione sulla sua esperienza.

Oltre a una storia personale, il libro è anche un'importante testimonianza della prima traiettoria della pandemia di COVID-19 da un punto di vista più ampio.

McIntyre commenta le diverse reazioni alla pandemia in tutto il mondo, compresi i primi avvertimenti del nuovo virus dal dottor Li Wenliang a Wuhan, in Cina, e il rifiuto degli Stati Uniti, sotto l'amministrazione Trump, di unirsi a COVAX, lo sforzo internazionale per un'equa distribuzione dei vaccini COVID-19 in tutto il mondo.

Ci sono resoconti di eventi della prima ondata della pandemia, come la carenza di carta igienica e la produzione di ventilatori da parte di Mercedes e Ferrari, che fungono da strani punti di riferimento nel tempo, rendendoci consapevoli di quanto rapidamente la società si sia adattata a questa crisi generazionale.

McIntyre afferma che, al momento della stesura del libro, ci sono stati oltre 167 milioni di casi di COVID-19 e oltre 3 milioni di morti in tutto il mondo.

Con la pandemia ancora in corso, queste cifre saranno già ridondanti, ma forniscono un'istantanea importante nel tempo e possono essere ascoltate come un avvertimento, come esorta McIntyre nelle ultime pagine, per garantire che qualsiasi virus emergente in futuro venga fermato di più rapidamente.

[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(21\)00689-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00689-7/fulltext)

THE LANCET
Infectious Diseases

Qual è l'effetto del vaccino sulla riduzione della trasmissione nel contesto della variante delta SARS-CoV-2?

Annelies Wilder-Smith

Publicato: 29 ottobre 2021

DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00690-3](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00690-3)

I vaccini COVID-19 che hanno ottenuto l'elenco degli usi di emergenza dell'OMS sembrano avere un'elevata efficacia contro le malattie gravi e la morte, ma una minore efficacia contro le infezioni non gravi e prove emergenti suggeriscono che la protezione contro le malattie non gravi diminuisce più rapidamente dopo la vaccinazione rispetto a quella contro le malattie gravi, malattia e morte.

Quello che è meno chiaro è se la vaccinazione non solo protegga direttamente gli individui ma riduca il rischio di infezione tra i contatti delle persone vaccinate, in particolare rispetto alla variante delta ormai dominante.

Prima dell'emergere della variante delta, è stato riferito che dopo almeno una dose del vaccino mRNA di Pfizer o del vaccino vettore adenovirale di Astra Zeneca.¹

La variante delta ora dominante a livello globale è più trasmissibile e associata a una ridotta efficacia del vaccino, in particolare contro le infezioni da insorgenza di lieve entità, mentre la protezione contro le malattie gravi non è notevolmente ridotta.

Mancano dati sul fatto che l'effetto della vaccinazione sulla trasmissione sia inferiore per la variante delta e nuovi approfondimenti su questo sono forniti da uno studio condotto nel Regno Unito quando la variante delta era il ceppo predominante, riportato su *The Lancet Infectious Diseases*.

Anika Singanayagam e colleghi hanno condotto uno studio di coorte attentamente progettato in cui sono stati arruolati 602 contatti della comunità (familiari e non domestici) identificati tramite il sistema di tracciamento dei contatti del Regno Unito e 471 casi indice COVID-19 attraverso la valutazione della trasmissione e contagiosità di COVID-19 nei contatti (ATACCC).

Questi partecipanti hanno fornito 8145 campioni del tratto respiratorio superiore per un massimo di 20 giorni, indipendentemente dai sintomi.

Lo studio ha avuto due bracci di studio, con il primo gruppo che ha arruolato solo i contatti e il secondo gruppo che ha arruolato sia i casi indice che quelli di contatto in un momento in cui la variante delta era predominante.

La particolarità di questo studio è che sono stati inclusi sia i contatti vaccinati che quelli non vaccinati, consentendo così analisi stratificate per stato vaccinale, sia per i casi indice che per i contatti.

Per affrontare l'esito dello studio primario per stabilire i tassi di attacco secondario (SAR) nei contatti familiari, sono stati analizzati gli stati di vaccinazione per 232 contatti esposti a 162 casi indice di infezione con variante delta collegati epidemiologicamente.

I SAR nei contatti domestici esposti alla variante delta erano del 25% nei contatti vaccinati e del 38% nei contatti non vaccinati.

Questi risultati sono alla base del messaggio chiave che i contatti vaccinati sono protetti meglio di quelli non vaccinati. Tutte le infezioni da rottura sono state lievi e non sono stati osservati ricoveri e decessi.

Ma questi risultati evidenziano anche che le infezioni rivoluzionarie continuano a verificarsi nei vaccinati, con un tasso di attacco del 25%. Il tempo trascorso dalla vaccinazione nei contatti completamente vaccinati è stato più lungo per le persone infette rispetto a quelle non infette, suggerendo che la protezione potrebbe essersi verificata nel tempo,

Il SAR tra i contatti familiari esposti a casi indice completamente vaccinati (25%; 95% CI 15-35) era simile ai contatti familiari esposti a casi indice non vaccinati (23%; 15-31).

Ovviamente, l'infezione potrebbe essersi verificata anche al di fuori del livello familiare con esposizione sconosciuta nella comunità.

Infatti, l'analisi genomica e virologica ha confermato solo tre coppie indice-contatto.

A causa delle ridotte dimensioni del campione, gli autori non sono stati in grado di stabilire l'efficacia del vaccino contro le infezioni asintomatiche rispetto alle infezioni sintomatiche. Questa limitazione, insieme alla fonte di trasmissione non confermata in molte di queste coppie di contatti indice, suggerisce che il basso SAR riportato qui dovrebbe essere interpretato con cautela. Tuttavia,

L'infettività delle infezioni da rottura può essere misurata dalla densità virale. Si ritiene che una maggiore densità virale SARS-CoV-2 nelle vie aeree superiori delle persone infette dal virus aumenti la trasmissione ai membri della famiglia.

Se i vaccini riducono la densità virale in coloro che si infettano nonostante la vaccinazione, ciò porterebbe probabilmente a una minore infettività e a una minore trasmissione.

Quindi, gli autori hanno confrontato la cinetica virale nelle infezioni da variante delta rivoluzionarie in persone vaccinate con infezioni da variante delta in persone non vaccinate.

Riferiscono che i picchi di carica virale hanno mostrato un declino più rapido nelle persone vaccinate rispetto alle persone non vaccinate, sebbene le cariche virali di picco fossero simili per le persone non vaccinate e quelle vaccinate.

Sebbene la prevenzione di malattie gravi e decessi rimanga l'obiettivo primario della salute pubblica nella fase acuta della pandemia, e sia ancora raggiunto dai vaccini COVID-19 disponibili nonostante l'emergere della variante delta, affrontare la trasmissione di SARS-CoV-2 è un'ulteriore cruciale considerazione.

Ridurre la trasmissione è necessario per ridurre la circolazione del virus, raggiungere l'immunità di gregge e porre fine a questa tragica pandemia.

Questo studio conferma che la vaccinazione COVID-19 riduce il rischio di infezione della variante delta e accelera anche la clearance virale nel contesto della variante delta.

Tuttavia, questo studio evidenzia purtroppo anche che l'effetto del vaccino sulla riduzione della trasmissione è minimo nel contesto della circolazione della variante delta.

Questi risultati hanno implicazioni immediate per la salute pubblica. È necessario ottenere tassi di copertura vaccinale più elevati perché la protezione indiretta dalle persone vaccinate a quelle non vaccinate rimane subottimale.

La questione se le dosi di richiamo miglioreranno l'impatto sulla trasmissione dovrebbe essere affrontata come priorità assoluta.

Gli sforzi di ricerca dovrebbero essere diretti al miglioramento dei vaccini esistenti o allo sviluppo di nuovi vaccini che proteggano anche dalle infezioni asintomatiche e dalla trasmissione successiva.

Fino a quando non avremo tali vaccini, le misure sanitarie e sociali dovranno ancora essere adattate per mitigare la trasmissione della comunità e delle famiglie al fine di tenere a bada la pandemia.

[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(21\)00690-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00690-3/fulltext)

THE LANCET

Efficacia del vaccino mRNA BNT162b2 COVID-19 fino a 6 mesi in un grande sistema sanitario integrato negli Stati Uniti: uno studio di coorte retrospettivo

Sara Y Tartof, Jeff M Slezak, Heidi Fischer, Vennis Hong, Bradley K Ackerson, et al.

Publicato: 04 ottobre 2021

DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02183-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02183-8)

Riepilogo

Sfondo

Gli studi sull'efficacia dei vaccini non hanno differenziato l'effetto della variante delta (B.1.617.2) e la potenziale diminuzione dell'immunità nelle riduzioni osservate dell'efficacia contro le infezioni da SARS-cov-2.

Abbiamo mirato a valutare l'efficacia complessiva e specifica della variante di BNT162b2 (tozinameran, Pfizer-biontech) contro le infezioni da SARS-cov-2 e i ricoveri ospedalieri correlati a COVID-19 in base al tempo dalla vaccinazione tra i membri di un ampio sistema sanitario statunitense.

Metodi

In questo studio di coorte retrospettivo, abbiamo analizzato le cartelle cliniche elettroniche di individui (≥ 12 anni) che erano membri dell'organizzazione sanitaria Kaiser Permanente Southern California (CA, USA), per valutare l'efficacia del vaccino BNT162b2 contro le infezioni da SARS-cov-2 e Ricoveri ospedalieri correlati al COVID-19 fino a 6 mesi.

I partecipanti dovevano avere 1 anno o più di appartenenza all'organizzazione. I risultati comprendevano test positivi alla PCR SARS-cov-2 e ricoveri ospedalieri correlati a COVID-19.

I calcoli dell'efficacia si sono basati sui rapporti di rischio dei modelli Cox aggiustati.

Questo studio è stato registrato con clinicaltrials.gov, [NCT04848584](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT04848584).

Risultati

Tra il 14 dicembre 2020 e l'8 agosto 2021, di 4 920 549 individui valutati per l'idoneità, abbiamo incluso 3 436 957 (età media 45 anni [IQR 29–61]; 1 799 395 [52,4%] donne e 1 637 394 [47,6%] maschi).

Per gli individui completamente vaccinati, l'efficacia contro le infezioni da SARS-cov-2 era del 73% (IC 95% 72-74) e contro i ricoveri ospedalieri correlati a COVID-19 era del 90% (89-92).

L'efficacia contro le infezioni è diminuita dall'88% (95% CI 86-89) durante il primo mese dopo la vaccinazione completa al 47% (43-51) dopo 5 mesi.

Tra le infezioni sequenziate, l'efficacia del vaccino contro le infezioni della variante delta è stata elevata durante il primo mese dopo la vaccinazione completa (93% [95% CI 85-97]) ma è scesa al 53% [39-65] dopo 4 mesi.

Anche l'efficacia contro altre varianti (non delta) il primo mese dopo la vaccinazione completa è stata elevata al 97% (IC 95% 95-99), ma è sceso al 67% (45-80) a 4-5 mesi.

L'efficacia del vaccino contro i ricoveri ospedalieri per infezioni con la variante delta per tutte le età è stata complessivamente elevata (93% [95% CI 84-96]) fino a 6 mesi.

Interpretazione

I nostri risultati forniscono supporto per l'elevata efficacia di BNT162b2 contro i ricoveri ospedalieri fino a circa 6 mesi dopo essere stati completamente vaccinati, anche a fronte di un'ampia diffusione della variante delta.

La riduzione dell'efficacia del vaccino contro le infezioni da SARS-cov-2 nel tempo è probabilmente dovuta principalmente alla diminuzione dell'immunità con il tempo piuttosto che alla variante delta che sfugge alla protezione del vaccino.

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Dopo la trasmissione globale della variante delta (B.1.617.2) a giugno e luglio 2021, hanno iniziato a emergere rapporti che descrivevano una ridotta efficacia dei vaccini BNT162b2 (e di altri vaccini COVID-19) contro le infezioni da SARS-CoV-2 causate dalla variante delta. da Israele, Qatar e Stati Uniti.

Tuttavia, gli studi sull'efficacia dei vaccini nel contesto di una diffusa prevalenza della variante delta non hanno adeguatamente differenziato l'effetto della variante dal potenziale declino dell'immunità sulle riduzioni osservate dell'efficacia contro le infezioni da SARS-CoV-2.

Per aiutare a rispondere a questa domanda urgente di salute pubblica,

Valore aggiunto di questo studio

La nostra analisi specifica della variante suggerisce che le riduzioni dell'efficacia di BNT162b2 nel tempo sono probabilmente dovute principalmente alla diminuzione dell'efficacia del vaccino piuttosto che alla variante delta che sfugge alla protezione del vaccino, dato che l'efficacia contro le infezioni della variante delta era superiore al 90% entro 1 mese dalla vaccinazione completa, sono state osservate riduzioni dell'efficacia nelle

infezioni nel tempo da quando sono stati vaccinati completamente, indipendentemente dalla variante SARS-CoV-2 e l'efficacia contro i ricoveri ospedalieri a causa della variante delta è stata molto elevata durante l'intero periodo di studio.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

In relazione ad altri risultati di Israele, Stati Uniti e altri paesi, i nostri risultati sottolineano l'importanza di monitorare l'efficacia del vaccino nel tempo e suggeriscono che è probabile che siano necessarie dosi di richiamo per ripristinare le elevate quantità iniziali di protezione osservate all'inizio del programma di vaccinazione.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02183-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02183-8/fulltext)

THE LANCET
Public Health

L'impatto economico e sulla salute pubblica delle licenze di proprietà intellettuale dei farmaci per i paesi a basso e medio reddito: uno studio modellistico

Sébastien Morin, PhD, Hannah Barron Moak, MPH, Oliver Bubb-Humfryes, MA, Christian von Drehle, MSc, Prof Jeffrey V Lazarus, PhD, Esteban Burrone, MPH

Accesso Libero

Publicato: 25 ottobre 2021

DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00202-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00202-4)

Riepilogo

Sfondo

La licenza volontaria non esclusiva orientata all'accesso è stata suggerita come opzione per aumentare l'accesso ai farmaci per affrontare la pandemia di COVID-19.

Ad oggi, ci sono state poche ricerche sull'effetto delle licenze, concentrate principalmente su considerazioni economiche e di catena di approvvigionamento, e non sui benefici in termini di risultati sanitari.

Abbiamo mirato a studiare l'effetto economico e sanitario della licenza volontaria per i farmaci per l'hiv e il virus dell'epatite C (HCV) nei paesi a basso e medio reddito (LMIC).

Metodi

È stato creato un solido quadro di modellazione per esaminare la differenza tra gli scenari, con (fattuale) e senza (controfattuale) una licenza Medicines Patent Pool (MPP) per due farmaci, dolutegravir e daclatasvir. I

dati sono stati ottenuti dai licenziatari MPP, nonché da un gran numero di fonti esterne. Gli esiti primari erano il risparmio sui costi e l'impatto sulla salute tra scenari con e senza licenze MPP in tutti i LMIC.

Attraverso le sue licenze, MPP ha avuto accesso ai volumi e ai prezzi dei prodotti generici autorizzati venduti in tutti i paesi coperti su base trimestrale.

Questi dati hanno informato i volumi, i prezzi e l'assorbimento per gli scenari di fatto passati e sono stati la base per modellare gli scenari di fatto futuri.

Questi scenari sono stati poi confrontati con una serie di scenari controfattuale in assenza delle licenze studiate.

Risultati

Cumulativamente, tra il 2017 e il 2032, le ipotesi centrali del modello prevedevano un'ulteriore diffusione di 14.494 (intervallo 14.406–15.494) milioni di anni-paziente di trattamenti per l'hiv a base di dolutegravir, 151 839 (34 575-312 973) decessi scongiurato, e US\$ 3.074 (1.837–5.617) miliardi risparmiati attraverso la licenza MPP rispetto allo scenario controfattuale.

Per i trattamenti per l'hcv a base di daclatasvir, si prevedeva che l'effetto cumulativo dal 2015 al 2026 fosse un assorbimento aggiuntivo di 428 244 (127 584–636 270) pazienti trattati con daclatasvir, 4070 (225–6323) decessi evitati e \$ 107.593 (30.377–121.284) milioni risparmiati con la licenza rispetto allo scenario controfattuale.

Interpretazione

La catena di effetti che collega le licenze a monte ai risultati a valle può essere modellata.

Di conseguenza, stime quantitative credibili degli effetti economici e sulla salute derivanti dall'autorizzazione volontaria orientata all'accesso sono state ottenute sulla base del presupposto che la concorrenza precoce dei generici porti a riduzioni di prezzo che influenzano le decisioni di approvvigionamento e consentono l'adozione più rapida e più ampia dei farmaci raccomandati, con benefici economici e sanitari effetti.

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

Abbiamo cercato PubMed (e controllato manualmente i risultati) utilizzando come parole chiave "licenze volontarie", "accesso ai farmaci", "farmaci generici", "licenza di proprietà intellettuale" e "Medicines Patent Pool", tutto in inglese, dalla creazione del Medicines Patent Pool (MPP) nel 2010 fino alla fine del 2020. Inoltre, abbiamo consultato il [portale](#) della [conoscenza](#) del Geneva Graduate Institute Global Health Centre sull'innovazione e l'accesso ai farmaci, in particolare la sintesi della ricerca su accessibilità, licenza obbligatoria, pool di brevetti, livelli prezzi e licenze volontarie.

Diversi studi sottoposti a revisione paritaria hanno tentato di descrivere l'effetto della licenza volontaria dei diritti di proprietà intellettuale in modo orientato all'accesso e non esclusivo, in particolare i brevetti, per consentire un accesso a prezzi accessibili a medicinali di qualità attraverso una maggiore concorrenza generica nei paesi a basso e medio reddito a reddito (LMIC).

Gli studi che esaminano l'effetto delle licenze volontarie si sono concentrati sulla riduzione dei prezzi di approvvigionamento e sui risparmi sui costi, nonché sull'aumento dell'assorbimento del trattamento derivante dall'accesso a versioni più convenienti dei medicinali.

Ad esempio, Beck e colleghi (2019) hanno presentato proiezioni per i costi globali della terapia antiretrovirale dell'HIV per i quali le spese sono state confrontate tra l'utilizzo esclusivo di antiretrovirali generici o originator.

I costi totali dei farmaci previsti erano più alti nello scenario che utilizzava solo prodotti originator.

Questi risultati sono in linea con le osservazioni sui prezzi dei farmaci generici inferiori ai prezzi di origine, anche quando i prezzi differenziati (ad es. attraverso trattative con governi, agenzie di approvvigionamento e altri acquirenti).

Anche le implicazioni per il benessere dei consumatori e l'accessibilità dei prezzi differenziati sono state discusse e confrontate con i prezzi generici offerti dalle licenze bilaterali guidate dal cedente.

Poco è stato riportato, tuttavia, sull'effetto sulla salute di consentire a più persone l'accesso a tali trattamenti. Un precedente tentativo di Juneja e colleghi (2017) di valutare l'effetto delle licenze MPP non ha stimato alcun impatto sulla salute e ha calcolato risparmi sui costi senza adeguare l'effetto dei prezzi più elevati dei farmaci sulle decisioni di approvvigionamento (cioè la domanda per i farmaci specifici) in l'assenza di licenza (quando si presume che i prezzi siano più alti).

In un passo verso la caratterizzazione dell'effetto sulla salute dell'espansione dei programmi di trattamento, Simmons e colleghi (2019) hanno esplorato l'effetto della licenza sull'assorbimento dei medicinali per il virus dell'epatite C (HCV).

Il loro approccio ha esaminato le variazioni per anno e paese dell'attuazione delle licenze, confrontando l'assorbimento del trattamento dell'HCV in presenza e assenza di licenze volontarie, con un pannello di 35 LMIC di intervento e controllo tra il 2004 e il 2016.

I risultati indicano licenze volontarie che portano ad un aumento del numero annuo di persone a cui vengono somministrati quei medicinali. In particolare, lo studio non ha riportato l'effetto sulla salute risultante dal trattamento di più persone.

Valore aggiunto di questo studio

Lo studio qui presentato fornisce un solido quadro di modellizzazione che include una valutazione realistica di scenari controfattuale, non solo per produrre stime di risparmi sui costi, ma anche per informare sugli effetti sulla salute derivanti dall'accesso anticipato e dall'adozione accelerata di trattamenti ottimali che sono di qualità- assicurato e conveniente nei LMIC.

Mostra, utilizzando casi di studio per i farmaci per l'HIV e l'HCV dolutegravir e daclatasvir, che le licenze volontarie orientate all'accesso per i trattamenti raccomandati hanno benefici sia economici che sanitari per le persone in LMIC, risparmiando denaro e vite.

Per alcuni prodotti di particolare importanza (compresi quelli esaminati in questo studio), l'effetto della licenza volontaria orientata all'accesso può essere sostanziale, con decessi evitati in decine di migliaia o più,

Implicazioni di tutte le prove disponibili

L'effetto degli interventi di licenza volontaria che sono orientati all'accesso sugli esiti sanitari e sui risparmi sui costi dipendono dalle dimensioni dei territori autorizzati (e dall'inclusione di specifici paesi con un elevato carico di malattia, specialmente quando avrebbero avuto accesso ai farmaci solo a un prezzo molto prezzo più elevato in assenza di concorrenza generica); l'ampiezza e la velocità delle licenze, dello sviluppo di prodotti generici, della registrazione e della conseguente diffusione dei medicinali autorizzati; l'entità delle riduzioni di prezzo derivanti dall'accesso a prodotti più convenienti; i benefici per la salute del passaggio a trattamenti ottimali (e posizionamento dei prodotti nella guida normativa); e il tempo tra la licenza e la scadenza del brevetto.

Al contrario, il ruolo della licenza volontaria orientata all'accesso nell'aumentare la capacità di produzione in risposta alla domanda di salute pubblica di prodotti prioritari supporta i piani di introduzione dei farmaci per paese e i programmi di donatori internazionali.

Queste considerazioni sono rilevanti per i dibattiti sull'accesso a potenziali farmaci COVID-19 brevettati in fase di sviluppo, per i quali la disponibilità tempestiva di trattamenti a prezzi accessibili in molti paesi e possibilmente in volumi elevati potrebbe diventare una priorità.

Più in generale, lo studio può aiutare a informare le decisioni politiche per incentivare l'uso di licenze volontarie orientate all'accesso e altre strategie di accesso per farmaci di importanza globale per la salute pubblica.

Per quanto riguarda le implicazioni per l'agenda della ricerca, lo studio fornisce la base per modelli di impatto economico e sanitario più sfumati di altri accordi di licenza volontari che sono orientati all'accesso e non esclusivi, compresi altri accordi esistenti di MPP.

Inoltre, il modello pone le basi per la stima prospettica dell'impatto di ipotetiche licenze per medicinali di interesse per la salute pubblica globale.

[https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(21\)00202-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00202-4/fulltext)

Aspetti organizzativi dell'impatto di Covid19



Nulla sarà come prima ... A proposito del PNRR in sanità

Giorgio Banchieri

C'è molto da ripensare e da fare. Dobbiamo dare alle policy in gestazione il nome giusto di "riforme" del SSN e dei SSR e garantire confronto, condivisione e rendicontazione sociale e trasparenza nell'uso delle risorse nazionali e UE. Ora sta passando questo autobus Un altro simile non è pensabile a breve termine. Dobbiamo lavorare adesso su queste opportunità chiamandole come sono "un grande processo di riconversione e cambiamento" della sanità Italiana e quindi di "riforma"

25 OTT - Il covid19 ci ha colto "quasi" di sorpresa anche se dal 2018 scienziati e ricercatori avevano dato l'allarme sulla possibilità di insorgere di pandemia per salti di specie tra animali e umani. I processi di cambiamento del clima indotti dalle modifiche dell'ambiente che stiamo vivendo fino a qualche anno fa erano previsti per la fine di questo secolo, invece l'accelerazione dei cambiamenti climatici è sotto gli occhi di tutti e tutti ci coinvolge.

La contiguità/promiscuità fra ambiente animale e umano, tra megalopoli e periferie infinite con condizioni sanitarie e di igiene pubblica insostenibili hanno creato e creano le condizioni di una "tempesta perfetta" che ci coinvolge e travolge. L'epidemia nell'attuale contesto di globalizzazione è diventata in due mesi una pandemia globale e subito dopo "sindemia" impattando su economia, società, comunità. Tutto cambierà e nulla sarà come prima ...

I sistemi sanitari sono stati il punto di riferimento, la linea di resilienza delle comunità in permanenza della pandemia, sono stati sottoposti ad uno stress enorme e prolungato che ha posto in evidenza vecchie e nuove criticità. Tutte le componenti dei SSN e dei SSR hanno dovuto mettersi in discussione e cercare di reinventarsi ruoli e modelli operativi.

Per altro gli ospedali erano già cambiati. Per le politiche di austerità e i tagli conseguenti avevano dovuto ripensare la loro operatività. Si sono sperimentati nuovi modelli come quello dell'ospedale a "intensità di cure" o altri ancora come quelli sperimentati in nord Europa dei così detti "ospedali senza letti". Meno posti letto, nuove procedure e tecnologie meno invasive, -30/40% di ricoveri ordinari, + 40% di diagnostica. Più laparoscopia, emodinamica, radiologia interventistica, che hanno cambiato il "lay out" interno, ruoli e mansioni, competenze tecniche e relazionali.

Anche il territorio, lentamente, ha visto affermarsi esempi di "medicina di prossimità" e di "medicina di comunità", un nuovo ruolo per i Distretti, per le forme associative fra MMG, PLS, specialisti territoriali, personale delle ASL. Il tutto a "macchia di leopardo", alcune Regioni di più, altre di meno, alcune ASL con determinazione, altre con lentezza.

Poi il Covid19 ha fatto la differenza, ha tolto le zone d'ombra, ha fatto esplodere le contraddizioni e le cronicità, ha imposto una riflessione a tutto campo, olistica, di sistema. Ha fatto emergere tutte le criticità presenti nei modelli organizzativi attualmente implementati.

La prima ondata della pandemia ha colpito le Regioni del nord del Paese con sistemi sanitari più performanti, o almeno così considerati. Anche in quelle Regioni squilibri e fragilità nel rapporto tra sistemi ospedalocentrici e reti territoriali disperse e svuotate di risorse, per tagli nei finanziamenti alla sanità pubblica, hanno fatto la differenza. Poi le altre ondate pandemiche hanno coinvolto tutto il Paese con una messa sotto stress di tutti i SSR, che non sempre sono riusciti a prepararsi a reggere l'impatto del Covid 19.

A fronte di queste criticità e di quelle pregresse si è creato il clima per ripensare una politica sanitaria basata su modelli in parte diversi da prima. Gli ospedali visti come strutture a media e alta complessità assistenziale,

le reti territoriali come network integrati tra ASL, Comuni, Terzo Settore, cooperazione sociale. I Distretti come “*agenzie di governo*” dei bisogni di salute della popolazione residente nel loro territorio.

Ed è arrivato il PNRR, Piano Nazionale della Rinascita e Resilienza, che imposta di fatto un modello di SSN e di SSR su infrastrutture e modelli uniformi di servizi e di reti. Di fatto mette i paletti, volenti o nolenti, di una riorganizzazione complessiva del SSN e dei SSR in una prospettiva di “*riforma di fatto*” della sanità pubblica o convenzionata.

Nei Moduli 5 e 6 prevede investimenti in strutture (“*mattoni*”), in tecnologie diagnostiche e terapeutiche e in infrastrutture digitali di condivisione informativa, di “*governance*” e di monitoraggio, in formazione di 300.000 operatori e 5.000 manager, non in spesa corrente se non in piccola parte.

I fondi per gli investimenti del PNRR sono per $\frac{3}{4}$ da restituire, ovvero, devono indurre una riconversione dei servizi sanitari (ospedalieri e territoriali) tale da determinare un loro “*lay out*” con una struttura dei costi più efficiente, efficace e appropriata producendo “*economie di scala*” e “*lean management*”. Detto così sembra lineare e facile, in realtà è un obiettivo molto ambizioso al limite della “*mission impossible*” per un sistema ancora molto “*pesante*”, “*burocratico*”, “*lento*” e “*riluttante*” al cambiamento e alla innovazione. Si propone di fatto un “*progetto di riconversione e riqualificazione*” del SSN e dei SSR.

Siamo il Paese in cui non si approvano i “*costi standard*” per la resistenza di alcune Regioni che temono tagli o meglio non sono in grado di implementare una riconversione dei loro SSR verso modelli più performanti. Inoltre le Regioni, con fatica e lentezza, non hanno ancor implementato i loro sistemi di accreditamento ai sensi del nuovo “*Disciplinare*” approvato in Conferenza Stato Regioni e PPAA nel 2013, ovvero, nove anni fa

....

Ciò non toglie l’urgenza del momento. Il PNRR è una occasione unica di cambiamento e innovazione che va colta fino in fondo facendo i conti, veri, con la realtà dei SSR, inducendo, proponendo e ... imponendo i cambiamenti necessari.

Nel PNRR, in particolare nella versione in inglese inviata a Bruxelles, per la gestione dei nuovi modelli di Case di Comunità, Ospedali di Comunità e quant’altro previsto, si prevede la possibilità di una loro gestione “*convenzionata*” da parte di soggetti del Terzo Settore o della Cooperazione Sociale, ma anche di Assicurazioni e Fondazione Bancarie come avviene in altri Paesi così detti sviluppati.

In Italia sono i soggetti che intermediano tra il “*welfare aziendale*” (vedi il “*Job Act*” di renziana memoria) e le reti sanitarie private, quando non gestiscono a presa diretta reti di ospedali o strutture diagnostiche territoriali.

Sono i gestori della così detta “*sanità integrativa*”, spesso “*sostitutiva*” della presenza pubblica da anni in “*roll back*” per i tagli dovuti alle politiche di austerità e agli obiettivi di equilibrio di bilancio, che hanno, nel tempo, aumentato le diseguaglianze di salute. Diversi gruppi finanziari privati stranieri sono entrati in Italia e hanno rilevato strutture una volta socie di ANISAP, AIOP e ANASTE creando delle reti specializzate.

In questa prospettiva si aprirebbe una nuova porta per un ingresso organizzato del privato nei SSR. Il che potrebbe essere anche utile se le condizioni di confronto o competizione tra pubblico e privato convenzionato fossero giocate alla pari e mettendo i manager pubblici nelle condizioni di gestire in modo efficiente, efficace e appropriato e soprattutto sostenibile le aziende sanitarie. Su questo piano i vincoli burocratici e normativi sono tanti e spesso pesanti da gestire con tempi infiniti per gestire beni e servizi o governare rapporti in *outsourcing*.

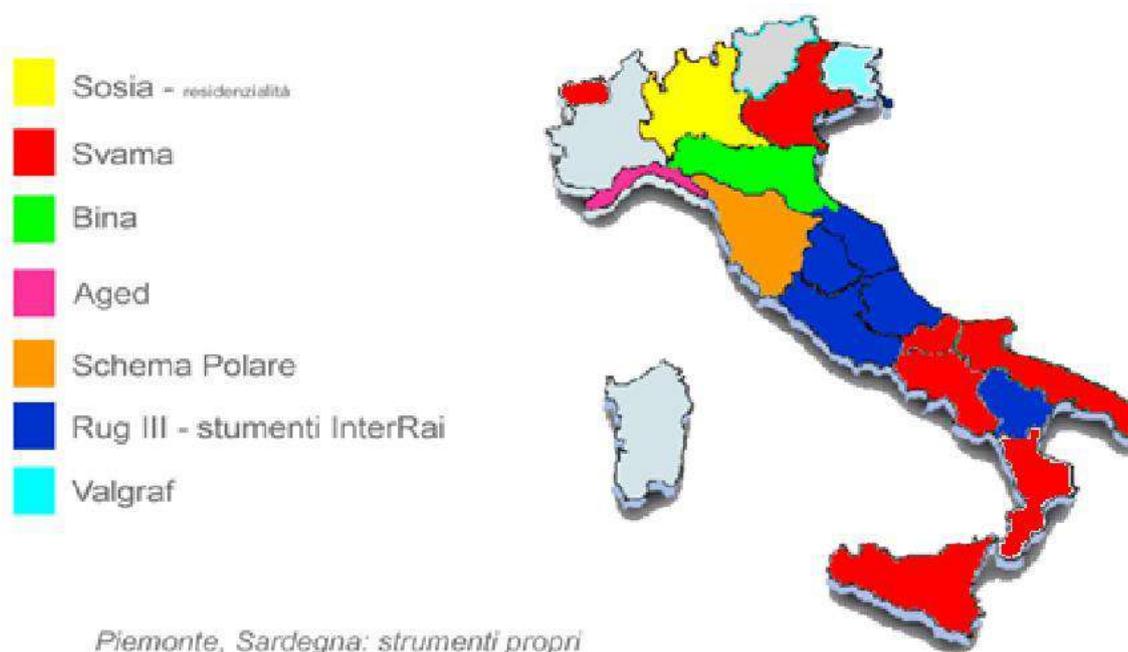
Durante la pandemia, per far fronte all’emergenza e urgenza si è concessa una gestione in “*deroga*” per semplificare tempi e modi delle procedure da usare. Una riflessione verso una semplificazione della giungla normativa esistente, garantendo comunque trasparenza e monitoraggio, andrebbe fatta aprendo tavoli di confronto tra tutti i soggetti interessati e gli stakeholder o decisori pubblici. La sanità pubblica muore anche di burocrazia.

Si rischia una riproposizione di una programmazione lato “*offerta*” invece che lato “*domanda*”, e anche per questo, credo, nel PNRR si pone come centrale la capacità di leggere i bisogni delle popolazioni in base a modelli di stratificazione degli stessi, che derivano da letteratura dai modelli del *Canadian Study on Health and Aging* (CSHA) che analizza le fragilità, come “*proxy*” delle cronicità. Successivamente il concetto di

fragilità, sempre secondo il CSHA - Rockwood e altri, 2005 - si può declinare secondo una scala di valutazione in cui i primi tre livelli sono relativi alla *“bassa complessità assistenziale”*, i successivi tre sono relativi alla *“media complessità assistenziale”* e gli ultimi tre sono relativi alla *“alta complessità assistenziale”*.

Per altro le stesse ASL attualmente dovrebbero essere già in grado di dare risposte ai bisogni a *“bassa complessità”* con la *“prevenzione”* e con altre risposte delle reti di cure primarie, alla *“media e alta complessità assistenziale”* con gli ospedali e con le strutture intermedie territoriali e/o con i servizi domiciliari (ADI di 2° e 3° Livello). Sia nel *“sociale”* che nel *“socio-sanitario”* si opera ormai facendo riferimento tendenzialmente a questi modelli.

Però la profilazione dei bisogni del singolo paziente avviene nelle varie Regioni e nelle ASL con una vera e propria giungla di *“scale di valutazioni”* difformi.



Non a caso il Tavolo Re.Se.T. Reti per i servizi territoriali, AGENAS e Regioni/PPAA, nell' *“Allegato 4: Gli strumenti per la Valutazione Multidimensionale in Italia”* pone con forza il tema della convergenza verso un sistema unico di valutazione dei bisogni del paziente come avviene in molti altri Paesi sviluppati, in primis il Canada, che ha in questo momento uno dei migliori sistemi di analisi e stratificazione dei bisogni della popolazione (interRail/RUGGS).

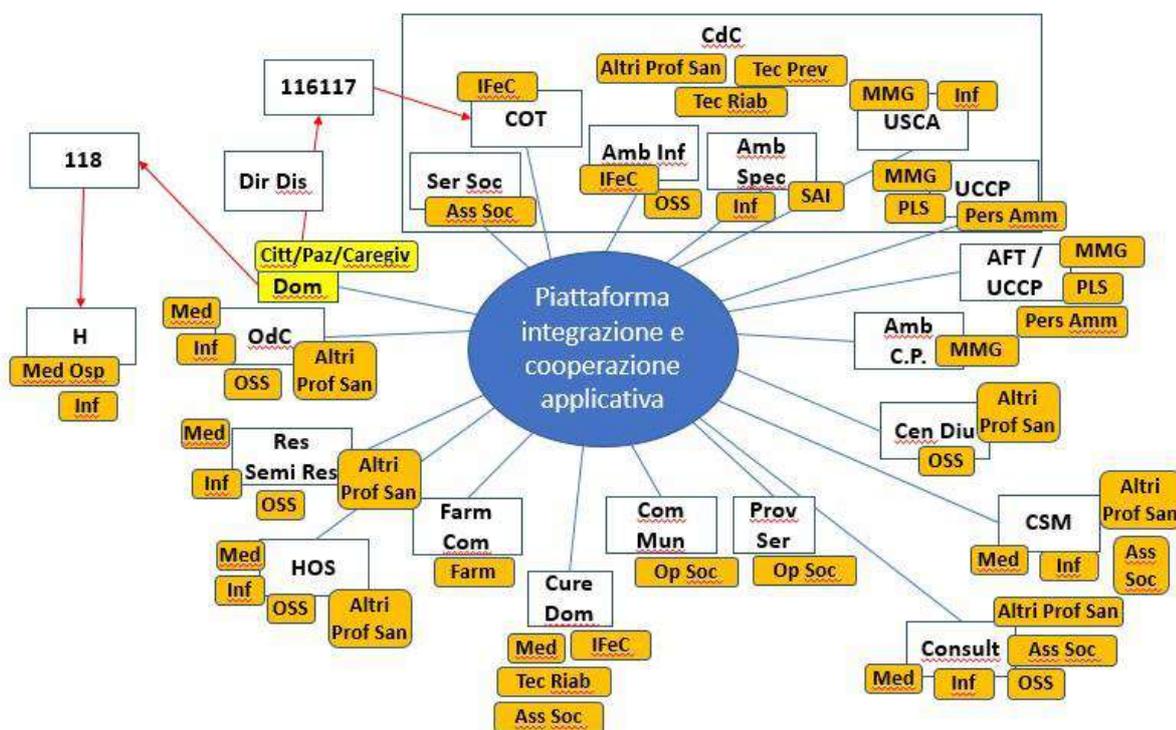
A questa criticità si aggiunge la diffusione di sistemi informativi aziendali spesso *“sviluppati in divenire”* senza un approccio sistemico e unitario e una organizzazione dei servizi territoriali difforme tra Distretti e Distretti a volte anche all'interno della stessa AUSL, in un approccio a *“canne d'organo”* e non di *“integrazione trasversale e funzionale”* dei servizi stessi.

Centrale nel PNRR e in tutti i documenti di policy sanitaria degli ultimi anni il ruolo del Distretto come HUB di reti territoriali pubbliche e private convenzionate, Comuni, Terzo Settore, Cooperazione Sociale e volontariato. Ovvero si tratta di far divenire i Distretti punto di integrazione tramite i Piani di Zona, i Piani Territoriali e i Piani di Salute di portatori di interesse che vanno riconosciuti nel loro specifico e *“integrati”* nella gestione di obiettivi di salute condivisi (esempio le Società della Salute in Toscana, dove

hanno funzionato meglio). Il tutto in un approccio di “costruzione di alleanze” su obiettivi di salute condivisi. Non è facile farlo, ma bisogna provarci.

Nel PNRR un grande ruolo viene dato all’introduzione massiccia di nuove tecnologie digitali sia in ambito diagnostico e terapeutico che in quello di “condivisione informativa” a supporto della “presa in carico” dei pazienti e alla “governance” integrata di tutti i flussi informativi.

Attenzione, le tecnologie non sono neutre, sono spesso “labour saving”, ma aumentano le capacità di erogazione e dovrebbero/potrebbero consentire un uso più utile e performante delle risorse professionali esistenti. Per fare questo dobbiamo intenderci sul concetto di “innovazione” nel digitale. Fare telemedicina, tele refertazione, tele monitoraggio e tele assistenza da remoto e quant’altro consentito oggi dalle tecnologie vuol dire fare un salto dalle tecnologie “tradizionali” basate su ERP gestionali e applicativi verticali da “integrare” tra loro, spesso faticosamente, a piattaforme di integrazione di secondo livello, basate su algoritmi di “intelligenza artificiale”.



Piattaforme che consentono di leggere qualsiasi dato o immagine esistente o prodotto da applicativi già esistenti nelle reti di servizi senza vincoli di compatibilità e senza cambiare gli applicativi usati dai vari operatori in *setting* diversi. Il che consente anche operazioni di consenso e di attivazione di partecipazione attiva nei cambiamenti. Il che non è poco e va colto come opportunità.

Quanto oggi indicato nel PNRR era stato, già a dicembre 2020, oggetto nella “Position Paper” della nostra Associazione ASIQUAS, Associazione Italiana per la Qualità nell’Assistenza Sanitaria e Sociale, dove avevamo evidenziato le seguenti urgenze:

1. “Le reti territoriali devono essere diversificate e integrate tra servizi sanitari e sociali, ripensando i modelli operativi, favorendo quelli di assistenza domiciliare, di prossimità e di comunità, nonché le reti di prevenzione e screening, che anche con la pandemia hanno fatto la differenza”;
2. “Le strutture residenziali e semiresidenziali devono essere integrate in reti “dedicate” e devono essere sviluppati a livello nazionale i loro requisiti di “accreditamento”, come sta avvenendo in queste settimane con il Tavolo Tecnico presso il Ministero della Salute e anche in base al disciplinare degli

standard per le strutture previste nel PNRR, emanato da AGENAS e approvato in Conferenza Stato regione e PPAA”;

3. *“Proponiamo un approccio di “ospedale diffuso” nei territori, integrando e valorizzando le presenze sanitarie e sociali, pubbliche e private “accreditate”, la cooperazione, l’associazionismo e il volontariato. “Ospedale diffuso” in quanto anche alternativa strutturata all’ospedalizzazione tradizionale e come strumento di coordinamento e integrazione dei servizi”;*
4. *“Per favorire la connessione tra ospedale e territorio proponiamo una gestione delle reti soprattutto territoriali con una maggiore presa in carico infermieristica inserendo a pieno titolo l’attività dell’infermiere di famiglia” che gestisca non solo le cronicità, ma possa effettuare interventi di promozione della salute in tutti gli ambiti di vita intercettando i bisogni di salute per il mantenimento dello stato di benessere, oltre ad attivare a pieno la funzione di “case manager”;*
5. *“L’inserimento di psicologi nelle Unità Territoriali e nei livelli di alta complessità assistenziale può comportare una migliore gestione della sofferenza e un rafforzamento degli altri operatori nella gestione delle relazioni e nella comunicazione, consentendo di procedere più efficacemente nei protocolli di cura”;*
6. *“I sistemi di monitoraggio e valutazione devono guidare la pianificazione, l’implementazione, il controllo e il miglioramento continuo e supportare il tutto”;*
7. *“Dobbiamo avere anche piani adeguati per garantire l’acquisizione, la produzione e l’autosufficienza per farmaci, tamponi e DPI (dispositivi di protezione individuale) nonché per technological device e sistemi/applicativi informatici gestionali a supporto degli operatori sanitari e sociali e per i target a rischio della popolazione per essere pronti per un’eventuale recrudescenza della pandemia”.*

C’è molto da ripensare e da fare. Dobbiamo dare alle policy in gestazione il nome giusto di “riforme” del SSN e dei SSR e garantire confronto, condivisione e rendicontazione sociale e trasparenza nell’uso delle risorse nazionali e UE. Ora sta passando questo autobus Un altro simile non è pensabile a breve termine. Dobbiamo lavorare adesso su queste opportunità chiamandole come sono “un grande processo di riconversione e cambiamento” della sanità Italiana e quindi di “riforma”.

Non facciamo finta di non capirlo, sarebbe gravissimo... Ora bisogna metterci la faccia e confrontarci.

http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=99345

quotidiano**sanità**.it

Ripensare il nostro SSN: alcune proposte di cambiamento

Roberto Polillo e Mara Tognetti

L’uscita dalla pandemia e le risorse del PNRR sono occasioni che non possono essere lasciate alla competenza esclusiva di tecnici o revisori dei conti. Serve invece un coinvolgimento attivo di tutti i numerosi stakeholder del campo istituzionale sanitario, in quanto soggetti portatori di interessi diversi. Ma alla base del processo di rinascita del nostro SSN, oltraggiato per anni da politiche sbagliate, deve essere posto un nuovo modello organizzativo

02 NOV – Premessa

Le grandi riforme che hanno coinvolto il nostro SSN a modifica della legge istitutiva 833/1978 sono rimaste in larga parte inapplicata per due ordini di motivi: da un lato la mancanza di adeguati finanziamenti; dall’altro la subordinazione del Ministero della Salute al MEF che ha gestito le risorse della sanità come un proprio capitolo di bilancio operando, quando ritenuto necessario, drastici ridimensionamenti; tagli lineari che hanno

fortemente minato la capacità delle strutture del SSN di svolgere i propri compiti istituzionali e di rispondere alle grandi sfide della post-modernità, non ultima quella pandemica.

Quelle politiche, fortemente influenzate dal *new public management*, sono state oggi superate dagli esiti disastrosi indotti dalla pandemia COVID 19 e a diventare egemonico è divenuto un paradigma basato sull'idea che tra economia e stato sociale ci sia un rapporto di interdipendenza e di reciproco potenziamento e che il lungo periodo di ridimensionamento del SSN debba essere definitivamente archiviato.

Si aprono dunque spazi importanti per ripensare il nostro SSN dando avvio a un'azione riformatrice di rilancio che garantisca una reale esigibilità dei livelli essenziali di assistenza (LEA), e che nel rispetto dei principi di universalismo consideri prioritario il superamento delle diseguaglianze tra regioni come sottolineato anche recentemente nel [documento sul Federalismo fiscale della Corte dei conti](#).

Riteniamo dunque indispensabile aprire e dare continuità ad una discussione su tali temi partendo da un'analisi dei provvedimenti assunti dal governo (Missione 6 del PNRR e legge di Bilancio) e di quelli, altrettanto importanti, in fase di elaborazione (riforma del DM 70 sugli standard ospedalieri e dei modelli organizzativi delle cure primarie).

La risposta del Governo Draghi alla pandemia

Il marcato pragmatismo, che caratterizza l'azione di governo del presidente Draghi, ha sicuramente prodotto una significativa inversione di rotta rispetto al processo di forte de-finanziamento che ha caratterizzato gli ultimi 15 anni del nostro SSN.

Importanti le misure finora assunte:

- il [Piano Nazionale di Rinascita e Resilienza \(PNRR\)](#) ha stanziato attraverso la Missione 6, un totale di 15,6 miliardi in conto capitale per l'ammodernamento del SSN;
- [la legge di bilancio recentemente approvata in CdM](#) ha incrementato il fondo sanitario nazionale di 2 miliardi l'anno per il periodo 2022-2024;
- il numero di posti nelle specializzazioni mediche, indispensabili per entrare nel mondo del lavoro e reintegrare le piante organiche delle strutture sanitarie fortemente deficitarie, è stato incrementato con il finanziamento di 30.000 nuovi contratti di formazione;
- la promessa di stabilizzare 50.000 operatori sanitari precari assunti con contratti a tempo determinato per fronteggiare l'epidemia.

In stretta correlazione al PNRR il Governo inoltre ha predisposto i due documenti di restyling del SSN sopra ricordati: un [testo di modifica del DM 70](#) sugli standard ospedalieri e una [proposta controfirmata da AGENAS](#) sui Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN da ratificare attraverso uno specifico DM ministeriale.

Si tratta di provvedimenti coordinati tra loro che puntano a un duplice obiettivo:

- ridefinire l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera con la promozione di un modello basato sull'intensità di cure, sull'implementazione dei posti di terapia intensiva e subintensiva e sull'ampliamento delle reti cliniche al fine di fornire a un sistema ospedaliero troppo rigido flessibilità, resilienza e criteri di priorità di intervento in specifici ambiti assistenziali;
- potenziare il sistema di cure primarie con la definizione di una serie di obiettivi: creare, nell'ambito di un preciso cronoprogramma, 1200 case della comunità e ospedali di comunità; incrementare i livelli di assistenza domiciliare garantendo la presa in carico del paziente, il monitoraggio e l'assistenza dei pazienti con patologie acute/croniche non richiedenti il ricovero ospedaliero, attraverso la costituzione di equipe multi professionali per la realizzazione di Piani Individuali Assistenziali (PAI) e Piani Riabilitativi Individuali (PRI); rafforzare il ruolo dei medici di famiglia potenziando le forme aggregative; definire protocolli di implementazione della

continuità ospedale e territorio attraverso il pieno coinvolgimento di tutto il personale del distretto (MMG compresi), la creazione di centrali operative in ogni distretto a questo dedicate.

I punti critici non affrontati

Va dato atto al Governo che molte delle misure adottate tendono a superare quei deficit strutturali frutto della lunga stagione dei tagli lineari (risorse finanziarie e professionali) che hanno gravemente compromesso il nostro SSN.

L'ammodernamento tecnologico delle strutture ospedaliere, il rafforzamento delle strutture afferenti all'area critica, le assunzioni, la stabilizzazione di personale e l'incremento dei contratti di formazione vanno in questa direzione. Altrettanto significative le azioni sul fronte dell'assistenza territoriale con l'apertura di nuove strutture con standard predefiniti (case della comunità e ospedali di comunità), il potenziamento della telemedicina e il rafforzamento dell'assistenza domiciliare.

Non altrettanto sembra invece si stia facendo su altri fronti parimente importanti, in primis il rafforzamento della valenza nazionale del servizio sanitario e il superamento delle differenze regionali. Un obiettivo assolutamente primario che deve essere perseguito con politiche attive e un attento monitoraggio sugli esiti.

Il potenziamento delle reti cliniche su tutto il territorio nazionale

Tra gli interventi necessari riteniamo prioritario ridisegnare il sistema assistenziale attraverso una reale e forte implementazione della programmazione delle reti cliniche.

Le reti cliniche infatti sono la risposta organizzativa integrata tra ospedale e territorio a quelle problematiche assistenziali che più impattano sulla salute e che pertanto devono essere realizzate su tutto il territorio nazionale ed essere caratterizzate da precisi standard strutturali (dotazioni tecnologiche e di risorse umane) validi erga omnes. Nelle reti cliniche devono ricomprendere, in aggiunta a quelle già definite altre filiere assistenziali incomprensibilmente trascurate come quelle delle malattie allergologiche e reuma-immunologiche a crescente prevalenza.

Un ruolo rafforzato per il ministero della Salute

In questa strategia di potenziamento del sistema assistenziale su tutto il territorio nazionale un ruolo ancora più forte deve essere attribuito al Ministero della Salute nel monitoraggio accurato e forte dell'esigibilità dei LEA, e non solo dell'applicazione della Missione 6 del PNRR.

Indispensabile l'attivazione di un tavolo di concertazione continuo con le regioni che devono essere adeguatamente supportate con accordi di partnership con quelle più avanzate ma che devono essere anche avvertite che in caso di inerzia il governo farà ricorso ai poteri sostitutivi di cui all'art 120 della Costituzione. Scelte politiche che purtroppo non potrebbero essere perseguite nel caso in cui si concedesse alle regioni autonomia differenziale su sanità e personale.

Quale modello di governance per il territorio?

Un ulteriore aspetto di ambiguità riguarda invece il modello di governance complessiva del distretto e il ruolo dei medici di medicina generale. Nel documento di implementazione delle cure primarie viene prevista la costituzione della Centrale Operativa Territoriale (1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale) a cui viene affidata la funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza.

Il documento infatti non chiarisce se la COT è parte sostanziale del distretto o è qualcosa a questo estranea. Un dubbio che va sciolto perché nel secondo caso si andrebbe verso un "modello lombardo" in cui il distretto

svolge solo un ruolo di committenza e di regolazione mentre gli erogatori possono essere indifferentemente pubblici o privati. Una vera tragedia proprio alla luce di quanto avvenuto in quella regione con la pandemia da COVID 19.

Un'ambiguità non dissimile riguarda il ruolo dei medici di medicina generale di cui nulla si dice sulla loro formazione (oggi drammaticamente insufficiente) e sullo stato giuridico, come del resto anche il "[Libro Azzurro](#)" prodotto dai giovani MMG sottolinea. L'impressione è che il governo si stia illudendo che l'integrazione dei MMG nelle strutture del SSN e il superamento delle gravi deficienze evidenziate dalla medicina del territorio nella pandemia possa realizzarsi senza modificare nulla o puntando su riforme minimaliste come quelle dei micro team.

Ripensare la governance delle strutture sanitarie e gli strumenti di partecipazione

Il modello di governance delle strutture sanitarie non ha prodotto gli effetti sperati ma al contrario ha creato un'organizzazione verticistica tipicamente top down e non esente da aspetti di stampo autoritario. In tale prospettiva sono da superare senza esitazioni i poteri monocratici concessi ai DG ridefinendo altri organi di indirizzo delle aziende sanitarie che favoriscano la partecipazione degli enti locali, delle associazioni dei pazienti e degli stessi operatori.

Alla deriva economicista che non ha prodotto né maggiore qualità né migliore gestione dei fondi va sostituito un modello in grado di promuovere un'idea di salute e di malattia e di prevenzione anche con interventi di comunità.

Valorizzare la componente cognitiva e le relazioni dal basso

Rilanciare il SSN significa infatti restituire una centralità alla componente operativa e cognitiva (i professionisti della sanità) favorendo l'integrazione dal basso e la creazione di reti virtuali tra professionisti che si confrontano con patologie che necessitano di team multidisciplinari. La telemedicina e le consulenze attraverso la telemedicina possono essere implementate solo partendo dai professionisti in carne e ossa che hanno conoscenza diretta delle possibilità e necessità e considerando attività di servizio a pieno titolo quella resa svolgendo consulenze da remoto.

È necessario dunque creare un nuovo ecosistema delle professioni in grado di favorire una reale integrazione dei diversi professionisti, l'associazionismo, e la formalizzazione di equipe multiprofessionali in funzione delle reali necessità cliniche che solo i diretti interessati possono conoscere a pieno attraverso il loro lavoro clinico-assistenziale.

Il ruolo dei cittadini e delle loro rappresentanze

Nelle grandi riforme succedutesi nel tempo è stato sempre assente il ruolo del comune e delle comunità nella programmazione, nei processi decisionali e nella valutazione degli esiti. Inefficaci o insufficienti gli strumenti in esse previsti.

Servono importanti correttivi in grado di valorizzare il ruolo attivo dei cittadini utenti nella definizione e costruzione dei propri percorsi di salute e di malattia valorizzandone il protagonismo e le aspirazioni.

Conclusioni

L'uscita dalla pandemia e le risorse del PNRR sono occasioni che non possono essere lasciate alla competenza esclusiva di tecnici o revisori dei conti. Serve invece un coinvolgimento attivo di tutti i numerosi stakeholder del campo istituzionale sanitario, in quanto soggetti portatori di interessi diversi ma legittimi.

È tuttavia nostra convinzione che per un vero processo di riforma serva dell'altro. Alla base del processo di rinascita del nostro SSN, oltraggiato per anni da politiche sbagliate, deve essere posto un nuovo modello

organizzativo che abbiamo succintamente cercato di delineare; l'implementazione di istituti in grado di garantire un reale coinvolgimento di operatori e cittadini e la riaffermazione di una cultura salutogenica che valorizzi le risorse anche se limitate dei singoli individui e le loro potenzialità di salute mettendoli nelle condizioni di fare scelte consapevoli di salute.

Insomma una nuova cultura non solo artifici organizzativi che da un approccio centrato sulla patologia guardi ad un approccio basato sulla salute, sulla partecipazione attiva e che consideri l'organizzazione un mezzo e non un fine.

http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=99584

Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale

SOMMARIO

1. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN.....	2
2. STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE E DELLE CONDIZIONI DEMOGRAFICHE DEI TERRITORI COME STRUMENTO DI ANALISI DEI BISOGNI, FINALIZZATA ALLA PROGRAMMAZIONE E ALLA PRESA IN CARICO	3
3. DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI.....	9
4. CASA DELLA COMUNITÀ	12
5. INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ	18
6. UNITÀ SPECIALE DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	20
7. CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE	21
8. CENTRALE OPERATIVA 116117	23
9. ASSISTENZA DOMICILIARE	25
10. OSPEDALE DI COMUNITÀ	27
11. RETE DELLE CURE PALLIATIVE.....	32
12. SERVIZI PER LA SALUTE DEI MINORI, DELLE DONNE, DELLE COPPIE E DELLE FAMIGLIE	34
13. SERVIZI PER LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE.....	36
14. SISTEMI INFORMATIVI E STANDARD DI QUALITÀ.....	39
15. ULTERIORI APPROFONDIMENTI.....	41
16. RIFERIMENTI PRINCIPALI	42

1. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano, uno dei primi al mondo per qualità e sicurezza, si basa, sin dalla sua istituzione (legge n.833 del 1978), su tre principi fondamentali: universalità, uguaglianza ed equità. Oggi più che mai il perseguimento di questi principi richiede un rafforzamento della sua capacità di operare come un sistema vicino alla comunità, progettato per le persone e con le persone, non intorno alle malattie e alle istituzioni.

In tale ottica e contesto, si inserisce la necessità di potenziare i servizi assistenziali territoriali per consentire l'effettiva garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza riducendo le disuguaglianze, e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale.

L'Assistenza Territoriale o Assistenza Primaria rappresenta infatti la prima porta d'accesso ad un servizio sanitario. Essa costituisce l'approccio più inclusivo, equo, conveniente ed efficiente per migliorare la salute fisica e mentale degli individui, così come il benessere della società. La Direzione Generale della Commissione Salute Europea (DG SANCO), nel 2014, definisce l'Assistenza Primaria come:

“l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. I servizi sono erogati da équipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone”.

Il SSN persegue pertanto questa visione attraverso la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali:

- attraverso lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case della Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per la popolazione di riferimento;
- attraverso il potenziamento delle cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza;
- attraverso l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale che promuova lo sviluppo di équipe multidisciplinari che si prendano carico della persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità;
- con logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico, attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni;
- con modelli di servizi digitalizzati, utili sia per l'individuazione delle persone da assistere che per la gestione dei loro percorsi, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale;
- attraverso la valorizzazione della co-progettazione con gli utenti e il lavoro di inclusione sociale e sostegno che può essere offerto dalla comunità;
- attraverso la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, caregiver, pazienti, associazioni ecc.).

2. STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE E DELLE CONDIZIONI DEMOGRAFICHE DEI TERRITORI COME STRUMENTO DI ANALISI DEI BISOGNI, FINALIZZATA ALLA PROGRAMMAZIONE E ALLA PRESA IN CARICO

La **Medicina di Popolazione** è la branca della medicina che si pone come obiettivo la promozione della salute della popolazione di riferimento, attraverso l'utilizzo di modelli di stratificazione ed identificazione dei bisogni di salute basati sull'utilizzo di dati.

La **Medicina di Iniziativa** è un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa.

La **Stratificazione della Popolazione** per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi, permette di differenziare le strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio, di bisogno di salute e consumo di risorse.

Il **Progetto di Salute** è uno strumento di programmazione, gestione e verifica; associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del "bisogno di salute" indentificando gli standard minimi delle risposte cliniche socioassistenziali, riabilitative e di prevenzione. Si attiva all'accesso della persona al servizio sanitario tracciando, orientando e supportando la persona e i professionisti nelle fasi di transizione tra i diversi setting di cura, rende accessibili i diversi Piani Individuali Assistenziali (PAI) e Piani Riabilitativi Individuali (PRI) anche attraverso la Centrale Operativa Territoriale ed i sistemi di *e-health*. Organizza le informazioni per il FSE e permette la riprogrammazione delle attività su base periodica in seguito alle valutazioni di processo e esito in relazione al progetto individuale di salute erogato. I PAI ed eventuali PRI così come tutta la documentazione sanitaria acquisita nell'ambito dell'assistenza territoriale del paziente contribuiscono alla composizione del Progetto di Salute di ciascun individuo.

3. DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI

Distretto Sociosanitario di circa 100.000 ab, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.

La programmazione deve prevedere i seguenti standard:

- almeno 1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità *spoke* e ambulatori di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;
- almeno 1 Infermiere di Famiglia e Comunità ogni 2.000 - 3.000 abitanti;
- almeno 1 Unità Speciale di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
- almeno 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 50.000 - 100.000 abitanti;
- 1 Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti;
- 1 Hospice con almeno 10 posti letto all'interno della rete aziendale delle cure palliative.

4. CASA DELLA COMUNITÀ

La Casa della Comunità è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e sociosanitaria. La CdC promuove un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso équipe territoriali. Costituisce la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale.

Standard:

- almeno 1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità *spoke* e ambulatori di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;
- almeno 1 Infermiere di Famiglia e Comunità ogni 2.000 - 3.000 abitanti.

5. INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ

L'Infermiere di Famiglia e Comunità è il professionista che mantiene il contatto con l'assistito della propria comunità in cui opera e rappresenta la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'infermiere di comunità interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità formali e informali. L'infermiere di comunità non è solo l'erogatore di cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari e sociosanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità. È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute. È coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale.

Standard:

- almeno 1 Infermiere di Famiglia e Comunità ogni 2.000 - 3.000 abitanti.

6. UNITÀ SPECIALE DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

L'Unità Speciale di Continuità Assistenziale è un'équipe mobile distrettuale per la gestione di situazioni condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico sia a carico di individui che a carico di comunità.

- almeno 1 medico e 1 infermiere ogni 100.000 abitanti.

7. CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

La Centrale Operativa Territoriale è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore.

- Standard minimo di personale di 1 COT per 100.000 abitanti: 5 infermieri/IFeC, 1 coordinatore.

8. CENTRALE OPERATIVA 116117

La Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale.

- almeno 1 Centrale Operativa NEA 116117 ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale (se con popolazione inferiore allo standard), incrementabile sulla base della numerosità della popolazione. La Centrale raccoglie le chiamate di uno o più distretti telefonici in funzione delle dimensioni dei distretti stessi e delle modalità organizzative delle Regioni/PA.

9. ASSISTENZA DOMICILIARE

L'Assistenza Domiciliare è un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza.

- 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente.

10. OSPEDALE DI COMUNITÀ

L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria di ricovero breve che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

Standard:

- almeno 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 50.000 - 100.000 abitanti.

- 0,4 posti letto per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale.

Standard minimo di personale per 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto:

-9 infermieri, 6 operatori sociosanitari e un medico per almeno 4 ore al giorno 7 giorni su 7.

11. RETE DELLE CURE PALLIATIVE

La rete delle cure palliative è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, domiciliare e in hospice. I servizi della rete garantiscono cure e assistenza a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico, evolutivo e a prognosi infausta per le quali non esistono terapie o se esistono sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.

- 1 Servizio Ospedaliero di Medicina e Cure Palliative multiprofessionale 1 ogni 600.000 abitanti;
- 1 Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti;
- 1 Hospice con almeno 10 posti letto ogni 100.000 abitanti.

12. SERVIZI PER LA SALUTE DEI MINORI, DELLE DONNE, DELLE COPPIE E DELLE FAMIGLIE

Il Consultorio Familiare è la struttura aziendale a libero accesso e gratuita, deputata alla prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna, al minore, alla famiglia in senso ampio, in linea con le evoluzioni sociali correnti e al contesto comunitario di riferimento dei predetti.

- Almeno 1 consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.

13. SERVIZI PER LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Il Dipartimento di Prevenzione (DP), come previsto dall'articolo 7 del decreto 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni Articoli 7-bis, 7-ter e 7-quater, ha il compito di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.

Standard massimo di popolazione per DP = 1: 500.000 abitanti (necessario per mantenere efficienza organizzativa e conoscenza del territorio che ha identità, omogeneità culturale e socioeconomica imprescindibili nell'azione preventiva).

14. SISTEMI INFORMATIVI E STANDARD DI QUALITÀ

Sviluppo Fascicolo Sanitario Elettronico

Risulta prioritario sviluppare centralmente competenze per lo sviluppo e l'alimentazione del sistema informativo, che ricomprenda dati sanitari, sociosanitari e sociali, anche valorizzando e integrando l'enorme patrimonio di big data oggi disponibili nelle banche date degli enti locali, dell'INPS e delle aziende del SSN.

Per leggere il documento integrale andare su : www.agenas.it

Accordo ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra Governo e le Regioni in materia di interventi a favore del comparto regionale

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

Nella odierna seduta del novembre 2021

- VISTO** l'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, il quale dispone, al comma 1, che Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, in attuazione del principio di leale collaborazione e nel perseguimento di obiettivi di funzionalità, economicità ed efficacia dell'azione amministrativa, possono concludere in sede di Conferenza Stato-Regioni accordi, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;
- VISTO** l'articolo 26, comma 1 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68, il quale dispone che a decorrere dall'anno 2013 il fabbisogno sanitario nazionale standard è determinato, in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, tramite intesa, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza;
- VISTO** l'articolo 16-bis del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, che, al comma 1, ha istituito il Fondo nazionale per il concorso finanziario dello Stato, agli oneri del trasporto pubblico locale, anche ferroviario, nelle Regioni a statuto ordinario;
- VISTO** l'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, recante il finanziamento degli interventi di edilizia sanitaria e di ammodernamento tecnologico;
- VISTO** l'articolo 111, comma 2-novies, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, concernente la procedura per il riversamento al bilancio dello Stato dei ristori ricevuti dalle Regioni a statuto ordinario nel 2020 per le minori entrate connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19, derivanti dalla lotta all'evasione da riacquisire al bilancio dello Stato;
- VISTI** gli articoli 2 e 3 del decreto legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito con modificazioni dalla legge 6 giugno 2013, n. 64, l'articolo 13 del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 102, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 ottobre 2013, n. 124, l'articolo 32 del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, l'articolo 8 del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, concernenti le anticipazioni di liquidità in favore delle Regioni e Province autonome che non possono far fronte ai pagamenti dei debiti certi liquidi ed esigibili;

VISTO l'articolo 1, commi 452 e seguenti, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, che istituisce la gestione commissariale della regione Piemonte per il tempestivo pagamento dei debiti pregressi della regione;

VISTO il Fondo per le non autosufficienze già destinato al sostegno delle persone in condizioni di disabilità gravissima previsti dalla normativa vigente;

SANCISCE IL SEGUENTE ACCORDO

- 1) Lo Stato e le Regioni concordano sulla necessità di stabilire il finanziamento del Fabbisogno Sanitario Nazionale standard per il triennio 2022 – 2024, nell'importo rispettivamente pari a 124.061 milioni di euro, 126.061 milioni di euro e 128.061 milioni di euro a decorrere dall'anno 2024, al netto dell'incremento del fondo dei farmaci innovativi di cui all'articolo 35-ter del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 23 luglio 2021, n. 106 e al netto delle ulteriori risorse destinate ad aumentare il numero dei contratti di formazione specialistica dei medici, di cui all'articolo 37 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368.
- 2) Lo Stato e le Regioni concordano di incrementare il livello programmatico delle risorse destinate agli interventi di edilizia sanitaria e di ammodernamento tecnologico di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 per un importo complessivamente pari a 2 miliardi di euro, fermo restando, per la sottoscrizione di accordi di programma con le regioni e per il trasferimento delle risorse, il limite annualmente definito in base alle effettive disponibilità del bilancio statale, con il seguente profilo: 20 milioni per l'anno 2024, 30 milioni di euro per l'anno 2025, 200 milioni per ciascuno degli anni 2026-2034 e 150 milioni di euro per l'anno 2035.
- 3) Lo Stato e le Regioni concordano di semplificare le procedure previste dall'articolo 111, comma 2-novies, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, per il riversamento al bilancio dello Stato dei ristori ricevuti dalle Regioni a statuto ordinario nel 2020 per le minori entrate connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19, derivanti dalla lotta all'evasione da riacquisire al bilancio dello Stato.
- 4) Lo Stato e le Regioni concordano, relativamente alle anticipazioni di liquidità per il pagamento dei debiti certi, liquidi ed esigibili, ai sensi degli articoli 2 e 3 del decreto-legge n. 35 del 2013 e successivi provvedimenti, la possibilità di richiedere che i relativi piani di ammortamento siano rinegoziati secondo le condizioni previste nella norma di cui all'allegato 1.
- 5) Lo Stato e la regione Piemonte concordano di chiudere la Gestione Commissariale Piemonte di cui all'articolo 1, commi 452 e seguenti, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, a decorrere dal 1° gennaio 2022, quando sono stati pagati tutti i debiti commerciali della Regione Piemonte posti a suo carico, prevedendo il subentro della Regione nei rapporti passivi assunti dalla Gestione Commissariale nei confronti dello Stato.

- 6) Lo Stato e le Regioni concordano che il Fondo per le non autosufficienze è integrato per un ammontare pari a euro 100 milioni per l'anno 2022, a euro 200 milioni per l'anno 2023, a euro 250 milioni per l'anno 2024 e a euro 300 milioni a decorrere dal 2025.
- 7) Lo Stato e le Regioni concordano sulla necessità di incrementare lo stanziamento del Fondo nazionale per il concorso finanziario dello Stato, agli oneri del trasporto pubblico locale, anche ferroviario, nelle Regioni a statuto ordinario di cui all'articolo 16-bis, comma 1, del decreto legge n. 95 del 2012, per un importo pari a 100 milioni di euro per l'anno 2022, 200 milioni di euro per l'anno 2023, 300 milioni di euro per l'anno 2024, 350 milioni di euro per l'anno 2025 e 400 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026.

Per la realizzazione del presente Accordo sono condivise le ipotesi normative di cui all'allegato n. 1, previa definizione, ove necessario, di idonea forma di compensazione degli effetti finanziari.

quotidianosanità.it

I big data e analytics trasformeranno il Sistema sanitario nazionale

Maria Pia Ruggieri

L'esperienza del Pronto Soccorso dell'AO San Giovanni Addolorata raccontata al FORUM PA Sanità. Credo che l'utilizzo dei dati potrà migliorare i processi di pronto soccorso e, più in generale, la capacità delle aziende sanitarie di prendersi cura dei pazienti: coinvolgendo i professionisti ed investendo in formazione, puntando alla qualità del dato, generando cultura al cambiamento, utilizzando i dati anche ai fini della comprensione della medicina di precisione e della medicina centrata sulla persona

02 NOV - L'importanza dei dati per le organizzazioni, a qualsiasi livello ed in qualsiasi settore, con alcuni richiami specifici rispetto al mondo della sanità relativamente ai dati sulla diffusione degli analytics, ai possibili casi d'uso nel mondo healthcare, alla raccolta dei dati come strumento abilitatore, di analisi, di valorizzazione e miglioramento dei servizi. Su questi temi ho portato il contributo progettuale del mio ospedale, l'AO San Giovanni Addolorata di Roma, nel corso della 6ª edizione di FORUM PA in una tavola rotonda di confronto sui big data e analytics che trasformeranno il Sistema Sanitario Nazionale.

Per capire l'importanza determinante dell'utilizzo dei big data in Pronto Soccorso dobbiamo partire dalla complessità organizzativa che richiede, con molteplici processi imprevedibili e subentranti, il cui sistema informativo gestisce numerosi dati e si interfaccia con gli altrettanti numerosi sistemi informativi, sia ospedalieri che del 118. Grazie all'interesse della Direzione Strategica aziendale verso innovazione digitale ed organizzativa, nell'ottica di un processo di cambiamento culturale ed organizzativo attraverso l'Operation Management aziendale, in Pronto Soccorso è stato implementato un progetto di process mining, per modellare i processi, valutarne la performance, promuovere azioni di miglioramento, creare gestione semplificata e rapida del workflow dell'organizzazione, generare cultura al cambiamento sia all'interno

dell'organizzazione del PS che delle strutture organizzative ad esso connesse, attraverso la leva del coinvolgimento attivo e motivato di tutti gli operatori sanitari. Intraprendere il progetto di process mining in PS significa operare in team multidisciplinare con esperienza in gestione ed estrazione dati, operation management e process mining, organizzazione aziendale, percorsi clinici.

L'analisi dei dati, estratti ed interpretati, ha condotto, infatti, nell'immediato al coinvolgimento del personale sanitario afferente al PS, con l'informazione relativa al progetto, le finalità e gli obiettivi del progetto stesso, la condivisione dei dati, nell'ottica del processo di cambiamento culturale oltre che organizzativo; all'istituzione del team dell'operation management aziendale; alla riorganizzazione ed al rafforzamento del team del bed management; al miglioramento del cruscotto informatico realtime dei posti letto ospedalieri; all'istituzione del reparto di predimissione/holding area; alla riorganizzazione delle aree ospedaliere di ricovero sia mediche che chirurgiche e specialistiche; all'istituzione di un modello organizzativo per il trasferimento dei pazienti nelle strutture sanitarie territoriali sia dal Pronto Soccorso che dai reparti di degenza.

Il process mining è una grande opportunità nel settore dell'emergenza che valorizza le grandi moli di dati dei sistemi informativi del PS, nella logica dell'"analisi dei processi" volta a "migliorare i processi", in un setting come quello del PS che è lo "specchio" di "flussi interni di lavoro, di relazione ospedale-territorio, sia in entrata che in uscita, di relazione PS-ospedale", promuovendo il cambiamento culturale di approccio all'Healthcare in urgenza.

Nell'esperienza dell'AO San Giovanni Addolorata di Roma il punto di forza del progetto sono state le persone, i professionisti, attraverso la leva del coinvolgimento attivo e motivato, affinché l'analisi di "numeri", contestualizzati in "dinamiche di flussi e processi", abbia condotto ad un iniziale "cambiamento dell'organizzazione" in "miglioramento".

L'obiettivo finale sarebbe quello di creare un'interfaccia informatica accessibile a tutti gli operatori sanitari ospedalieri che dia la possibilità in tempo reale di monitorare, in modo tempestivo e proattivo, come le proprie decisioni e azioni cambiano e migliorano istantaneamente l'organizzazione e quindi la qualità e la sicurezza delle cure al paziente.

Credo che l'utilizzo dei dati potrà migliorare i processi di pronto soccorso e, più in generale, la capacità delle aziende sanitarie di prendersi cura dei pazienti: coinvolgendo i professionisti ed investendo in formazione, puntando alla qualità del dato, generando cultura al cambiamento, utilizzando i dati anche ai fini della comprensione della medicina di precisione e della medicina centrata sulla persona, quindi alla medicina di qualità.

Ogni prestazione del paziente nel percorso di cura e assistenza, dalla diagnosi al trattamento e al monitoraggio genera una grande quantità di dati che risiedono all'interno delle strutture sanitarie in data base separati e indipendenti, con una visione a SILOS. Abbiamo bisogno che i dati siano integrati in una prospettiva di tipo "patient journey" e tempestivamente disponibili attraverso cruscotti di analisi e interpretazione, perché il valore del dato è funzione della capacità di produrre conoscenza e favorire decision making: per una medicina di complessità, di precisione, predittiva e di prevenzione.

I lavori sono stati introdotti da *Antonio Veraldi*, Responsabile Area Sanità e Regioni - FPA, moderati dal dr. Stefano Aiello, per Partners4Innovation, insieme al dott. Della Sciucca, Marketing & Pre-Sales Manager - Artex, al dott. Delledonne, Professore Dipartimento di Biotecnologie Università di Verona, al dr. dott. Delgrossi, Direttore Sistemi Informativi - Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Brianza.

Il futuro della Medicina di famiglia in Italia

Gavino Maciocco

Non è giusto che un sindacato medico – diretto da pensionati e pensionandi – riesca a condizionare così pesantemente il futuro di un settore vitale del SSN, come quello della medicina di famiglia e delle cure primarie.

Nelle elezioni politiche del 1945, in Gran Bretagna, il Partito laburista ottenne una larghissima maggioranza in forza della quale il governo Attlee attuò anche un esteso programma di nazionalizzazioni: dalla Banca d'Inghilterra all'energia elettrica, dalle poste alle ferrovie. Il programma di governo prevedeva anche la nazionalizzazione della sanità.

Quando, nel 1948, fu istituito il *National Health Service* (NHS) tutti gli ospedali – privati, municipali o retti da religiosi – passarono sotto la proprietà e la gestione dello Stato. Lo stesso processo doveva interessare la medicina di famiglia (*general practice*), ma i *general practitioners* (GPs) ingaggiarono una furibonda lotta contro il ministro della sanità Aneurin Bevan per mantenere il loro status di liberi professionisti.

La battaglia si concluse con uno storico accordo:

- Il governo teneva fuori dalla nazionalizzazione della sanità la *general practice* e di conseguenza i GPs mantenevano lo status di liberi professionisti.
- I GPs da parte loro riconoscevano il ruolo delle Autorità sanitarie locali e si impegnavano a collaborare con esse sia nell'esecuzione di attività di sanità pubblica (vaccinazioni, screenings, etc), sia integrandosi con i *community health services* pubblici, sia – aspetto politicamente più rilevante – nel ricoprire il ruolo di *gatekeeper*, di guardiani dell'accesso alle cure secondarie e terziarie per propri pazienti, e quindi garanti dell'appropriatezza e della continuità delle cure e del coordinamento dell'assistenza.

Negli oltre 70 anni di storia del NHS quello storico accordo non è stato mai messo in discussione. Quell'accordo, anzi, ha prodotto un miglioramento progressivo della qualità della *General practice*: il lavoro di gruppo è diventato ben presto la norma all'interno di strutture qualificate sia in termini strutturali (*health centres*) che di personale di supporto e di attrezzature.

La *General practice* britannica è stata la prima in Europa a diventare una disciplina accademica, con una specializzazione della durata di 5 anni. La società scientifica/professionale *Royal College of General Practitioners* gode di un alto, riconosciuto livello di autorevolezza, come pure la relativa rivista *British Journal of General Practice*.

In Italia il Servizio sanitario nazionale (SSN) è stato istituito nel 1978 a immagine e somiglianza del NHS (unica sostanziale differenza il modello di governo: periferico nel SSN, centralizzato nel NHS).

Così per i medici di famiglia italiani si adottò lo schema britannico: liberi professionisti convenzionati col SSN, remunerati a quota capitaria.

Ma le analogie si fermano qui perché la storia della medicina generale italiana è molto diversa da quella britannica.

A partire dalla data d'ingresso della medicina generale nel servizio sanitario nazionale: trent'anni di ritardo trascorsi all'interno del diabolico meccanismo delle "casce mutue", ben raffigurato dall'arcinoto film di Alberto Sordi.

L'esperienza mutualistica peserà enormemente su quello che avverrà nei decenni successivi allo scioglimento delle "casce mutue": di fatto l'ingresso nel SSN non ha sostanzialmente modificato né i comportamenti, né tantomeno la cultura della medicina generale.

Se al tempo delle mutue i medici generalisti (che per lo più svolgevano anche altri lavori) vivevano con insofferenza e rassegnazione il caos burocratico a cui erano sottoposti, con altrettanta insofferenza e senso di estraneità hanno vissuto il loro ingresso nel SSN, di cui – a differenza dei colleghi britannici – non si sono mai sentiti parte.

I medici generalisti italiani perdono negli anni 80 l'occasione storica per tagliare i ponti con la medicina mutualistica e costruire una nuova, moderna medicina di famiglia.

Ciò avviene quando, nel 1986, una direttiva europea obbliga i paesi a istituire un percorso formativo per i futuri medici di medicina generale.

La medicina generale italiana è l'unica dei grandi paesi europei a non seguire la strada tracciata dalla Gran Bretagna (scuola di specializzazione accademica in Medicina generale) preferendo rinchiudersi in un comodo recinto autoreferenziale gestito dal sindacato, infliggendo ai medici che seguono il corso una formazione di dubbia, spesso scadente, qualità e una pesante discriminazione economica rispetto ai colleghi iscritti alle scuole di specializzazione di altre discipline (vedi l'articolo Come si diventa medici di famiglia).

Nel 2007 la medicina generale italiana sembra avere un sussulto avendo la consapevolezza di trovarsi in uno stato di *"emarginazione che ha reso e continua a rendere difficile il nostro inserimento a pieno titolo nel SSN"* per cui *"non è più procrastinabile un cambiamento sostanziale della nostra realtà professionale. Per ottenerlo dobbiamo investire tutte le nostre energie"*.

Questo si legge in un documento della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG) del marzo 2007 dal titolo tanto impegnativo, quanto poi rimasto lettera morta: **"Rifondazione della Medicina Generale"**.

L'occasione per uscire dai margini del SSN si è ripresentata alla medicina generale con la riforma Balduzzi del 2012 (DI 158/12) che prevedeva la partecipazione dei medici di medicina generale alle UCCP (unità complessa di cure primarie) – le équipe multi professionali che avrebbero dovuto garantire un'offerta qualificata delle cure primarie e un'ampia accessibilità (H/12 o H/24) presso le strutture distrettuali (o presso le neonate Case della salute).

Neanche a dirlo, UCCP e Case della salute sono state in questi anni il bersaglio preferito dei sindacati medici di categoria, con in testa la FIMMG. **"Così – scrive Vittorio Mapelli su lavoce.info – dopo nove anni, una legge dello stato non è ancora stata applicata"**.

Ai giorni nostri, ai tempi del PNRR (7 mld di euro destinati alla sanità territoriale di cui 2 mld per le Case della comunità) **la FIMMG torna a sparare su ogni struttura destinata a rafforzare le cure primarie e la sanità territoriale**: i distretti, le case della comunità con all'interno le équipe multi professionali.

"Prima di investire – osserva ancora Mapelli – sarebbe necessario sapere se i medici dovranno traslocare – per convenzione o per subordinazione – nelle nuove strutture o se nel prolungarsi del braccio di ferro le nuove case della comunità finiranno per rimanere sfitte per diversi anni".

Ed è anche legittimo chiedersi se è giusto che un sindacato medico – diretto da pensionati e pensionandi – riesca a condizionare così pesantemente il futuro di un settore vitale del SSN, come quello della medicina di famiglia e delle cure primarie.

Un condizionamento reso possibile nel corso degli anni da una politica che – per convenienza, debolezza o incompetenza – si è disinteressata di tutto ciò che avveniva al di fuori degli ospedali.

Ed è altrettanto legittimo chiedersi se questi sindacati rappresentino davvero gli interessi della categoria, soprattutto dei medici più giovani e più motivati.

Certamente non rappresentano i tanti medici di medicina generale che si sono espressi a favore del contratto di dipendenza; non rappresentano i tanti medici di famiglia che – incuranti degli attacchi dei

sindacati – lavorano con impegno e dedizione all'interno della Case della salute; e non rappresentano e neppure il folto gruppo di medici di medicina generale che nel 2018 lanciò la *Campagna PHC Now or Never* e che – dopo un intero anno di lavoro – ha proposto **un nuovo modello di medicina di famiglia e di cure primarie, ispirato alla “Comprehensive Primary Health Care”** (vedi l'articolo Il Libro Azzurro).

Al centro della loro proposta, contenuta nel Libro azzurro, c'è l'idea di un lavoro collegiale, svolto all'interno di strutture adeguate come le Case della comunità, basato su inter professionalità e interdisciplinarietà, sulla prossimità, capillarità e proattività degli interventi sociosanitari, per agire in maniera integrata e coordinata verso i bisogni sanitari e sociali delle comunità.

Nel documento ci sono anche altre idee tra cui quella di una formazione di livello universitario e di una nuova forma contrattuale, comune a tutti gli operatori delle cure primarie.

La questione del passaggio alla dipendenza dei medici di famiglia è stato evocato da un documento delle Regioni (Prima analisi criticità e possibili modifiche nelle relazioni SSN/MMG in particolare nella prospettiva della riforma dell'assistenza territoriale determinata da PNRR) dato che *“l'attuale organizzazione della Medicina Generale (e della Pediatria di Libera Scelta e in parte la Specialistica Ambulatoriale Interna), derivante dagli Accordi Collettivi Nazionali, non riesce ad essere valorizzata all'interno dei sistemi regionali, diventando un ostacolo al percorso di sviluppo e strutturazione”*. L'organizzazione della medicina generale ha dimostrato enormi limiti nel corso della pandemia: gli stessi limiti rischiano di impedire la realizzazione del PNRR.

È necessario – si legge nel documento delle Regioni – un cambiamento del contratto, con possibili opzioni, compresa la dipendenza.

L'argomento principe utilizzato nel fuoco di sbarramento da parte dei sindacati è stato quello che la condizione di dipendenza spezza il rapporto di fiducia tra medico di famiglia e paziente, che non sarà più in grado di scegliere il “suo” medico.

Sono anch'io convinto che il rapporto di fiducia sia un valore essenziale, che però può convivere con la presenza di medici di famiglia dipendenti come dimostrano varie esperienze internazionali.

Lo spiega bene Fabrizio Cossutta, un medico trapiantato in Portogallo e specializzato in medicina di famiglia.

Qui i pazienti possono scegliere il proprio medico di famiglia (dipendente del SSN) all'interno della USF (*Unidade de Saúde Familiar*, struttura territoriale della medicina di famiglia), possono scegliere di cambiare medico nella USF, possono scegliere una USF dentro il Distretto e possono scegliere di spostare la propria iscrizione tra Distretti, indipendentemente dalla propria residenza. In tutti questi passaggi la cartella clinica è informatizzata e quindi segue il paziente”.

https://www.saluteinternazionale.info/2021/10/il-futuro-della-medicina-di-famiglia-in-italia/?fbclid=IwAR2xjqstk9sD2xvIYN8mXnjyr9dhg5EhBb_gRhz1YDiRNL8ODLHz3IVdRrg

Il Libro Azzurro

Alice Cicognani e Arianna Welisch

La Primary Health Care rappresenta un nuovo modo di concepire l'assistenza: un approccio onnicomprensivo che tiene conto di tutte le variabili che influenzano la salute delle persone e delle comunità, oltrepassando l'ambito prettamente sanitario individuale.

Le Cure Primarie devono essere radicate nel territorio in cui operano. Curiosamente, però, le proposte di riforma del Sistema Sanitario e delle Cure Primarie spesso vengono ideate da chi è lontano dal contatto quotidiano con i territori e le persone che lo abitano. A seguito della prima ondata pandemica la società civile, la classe politica e tutti gli organi di stampa e informazione sono stati costretti a prendere coscienza dei gravissimi problemi organizzativi, strutturali e culturali che in Italia rendono inefficiente e inefficace il sistema di Cure Primarie e Assistenza Socio-Sanitaria territoriale, nonché dell'urgente necessità di risolverli.

La *"Campagna Primary Health Care Now or Never"*[1] – che dal 2017 promuove i principi della Comprehensive Primary Health Care su tutto il territorio nazionale – ha voluto offrire un contesto di discussione dove elaborare una proposta dal basso, chiamando professionisti e cittadini a contribuire con la loro competenza ed esperienza.

A settembre 2020 la Campagna PHC ha pubblicato il *Manifesto Verso il Libro Azzurro. Un manifesto aperto per la riforma delle Cure Primarie in Italia* [2], una proposta declinata in 12 punti da cui partire a riflettere per riformare le Cure Primarie in un'ottica PHC e da quel primo documento ha preso forma un percorso partecipativo durato un anno e organizzato in modo volontario e gratuito da persone di età, regioni ed esperienze professionali diverse. Da novembre 2020 a settembre 2021 ci sono stati 12 gruppi di lavoro sulla piattaforma Teams che hanno coinvolto circa 200 persone, si sono svolti 8 incontri online in plenaria di aggiornamento sui lavori e 3 webinar di approfondimento, è stata fatta una relazione in Senato, sono stati organizzati un focus group, un laboratorio di scrittura autobiografica sul concetto di salute e tre giorni di workshop in presenza a Casa Cervi.

E' nato così il *Libro Azzurro per la riforma per le Cure Primarie in Italia* [3], pubblicato a settembre 2021 per essere discusso e arricchirsi dei contributi di chiunque si riconosca nei suoi principi, anche in vista dei cambiamenti che porteranno gli investimenti e le risorse attesi con il PNRR. Il percorso partecipativo non è da considerarsi concluso dato che chiunque voglia collaborare può farlo commentando il Libro Azzurro attraverso il link[4] che si trova sulla pagina web del progetto, sottoscrivendo o organizzando eventi di discussione e divulgazione.

Il Libro Azzurro in questa sua prima versione si articola in quattro macro-aree nelle quali sono descritti i diversi livelli di azione: i principi essenziali, i principi pre-operativi, gli elementi strutturali e operativi, la cornice formativa e di ricerca.

1. I principi essenziali

La Primary Health Care rappresenta di fatto un nuovo modo di concepire l'assistenza: un approccio onnicomprensivo che tiene conto di tutte le variabili che influenzano la salute delle persone e delle comunità, oltrepassando l'ambito prettamente sanitario individuale. Nel contesto attuale è infatti sempre più urgente sviluppare un modello capace di affrontare la complessità del mondo reale e solo un modello assistenziale fondato sui principi della Comprehensive Primary Health Care può garantire ciò, favorendo il superamento della frammentazione tra gli attori coinvolti – sia professionali che comunitari – mediante la creazione di reti assistenziali multiprofessionali, multisettoriali e multidimensionali, a partire dal coinvolgimento delle persone e delle comunità, soggetti attivi a tutti gli effetti della propria salute, intesa come bene.

In termini di costo/efficacia, la Primary Health Care prevede un investimento iniziale per spostare l'accento dalla performance sanitaria alla prevenzione e partecipazione in salute. Questo investimento iniziale produce un forte risparmio di prestazioni sanitarie a medio e lungo termine, soprattutto rispetto ai ricoveri ospedalieri e agli accessi in pronto soccorso. La partecipazione in salute e l'utilizzo delle risorse già presenti sul territorio determinano inoltre un aumento dell'equità in salute.

2. I principi pre-operativi

Territorializzazione: lavorare per la salute di una popolazione necessita di agire *nel/sul/col* territorio, inteso sia come spazio fisico che come comunità di persone che vivono un certo spazio.

Partecipazione della comunità: è ampiamente evidenziato che solo la partecipazione, quale processo sia individuale che collettivo, consente il perseguimento della salute come benessere e la possibilità di vita piena del soggetto e della comunità.

Governance e Coordinamento in Cure Primarie: politiche adattative e educazione permanente: affinché le politiche e gli interventi sanitari siano in grado di adattarsi alle caratteristiche uniche di ogni territorio la gestione deve essere decentralizzata e accompagnata da una valorizzazione delle reti assistenziali territoriali già esistenti e dalla istituzione di un coordinamento intersettoriale e partecipativo.

3. Gli elementi strutturali e i cardini operativi

Potenziamento del Distretto Sociale e Sanitario: è necessario dare applicazione a quanto la normativa nazionale ha progressivamente precisato in merito al ruolo e organizzazione del Distretto, superando le criticità attuali:

- l'applicazione incompleta e molto diversificata tra le Regioni e lo scarso sviluppo sia del coordinamento tra la componente "sanitaria" e quella "sociale" sia del lavoro in equipe interprofessionali.
- Il passaggio da modello prettamente "sanitario" (concentrato nell'erogazione e prestazione di servizi sanitari) ad un modello di "salute" (promozione e prevenzione nei luoghi di vita e coinvolgimento attivo delle persone e delle risorse delle comunità locali) si è realizzato solo parzialmente.
- Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, a fronte del loro ruolo nodale in quanto "chiavi di accesso" ai servizi sanitari, sono rimasti solo parzialmente e occasionalmente coinvolti nei meccanismi di connessione tra le diverse componenti distrettuali.
- Le nuove potenzialità tecnologiche di connessione informativa ed operativa sono state utilizzate nei servizi sociali, sociosanitari e sanitari in misura marginale, a volte frammentaria e non sempre coordinata all'interno di una progettualità organica.

Dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità: un passaggio che sottolinea la necessità di un cambiamento non solo organizzativo ma soprattutto culturale, da un approccio centrato sulla patologia a uno centrato sulla salute, cambiamento che già le Case della Salute hanno tentato di portare, senza però riuscirvi nella maggior parte dei casi. Questo cambiamento implica che compito della nuova organizzazione del territorio non sia solo la cura o la prevenzione delle patologie, ma anche l'inclusione sociale, la giustizia, l'equità, il rispetto di sé e della dignità, di ogni persona, l'accesso ai diritti di base come l'istruzione, il lavoro, la casa e la partecipazione, in un contesto di ecologia integrale, anche adottando strumenti come il budget di salute.

La Casa della Comunità non deve essere sinonimo di accentramento e, quindi, allontanamento dal territorio, come in alcuni casi è avvenuto con le Case della Salute, ma anzi deve compensare e favorire l'accessibilità alle cure da parte dei cittadini. La Casa della Comunità, quindi, dialoga continuamente con il suo territorio di riferimento, ulteriormente suddiviso in *microaree*, e svolge un'azione di promozione, di supporto culturale e logistico alle attività che vengono progettate e svolte nelle microaree.

Domiciliarità e Cure Intermedie: In ottica PHC, appare come una scelta possibile quella di identificare e responsabilizzare singole strutture per l'erogazione di servizi che necessitano di interventi in rete, localizzati e centrati sulla persona. L'espansione del comparto intermedio di salute rappresenta la risposta adeguata alla mancanza di una rete di servizi che supporti territorio ed ospedale nella gestione integrata dei pazienti cronici complessi e vulnerabili.

4. La cornice formativa e di ricerca

Formazione e ricerca in Cure Primarie: il nodo della formazione riguarda tutte le professioni della salute coinvolte nelle Cure Primarie. In particolare per la Medicina Generale, WONCA Europe definisce nel 2011 la Medicina Generale/Medicina di Famiglia una disciplina accademica e scientifica, con propri contenuti educativi e di ricerca, proprie prove di efficacia, una propria attività clinica e una specialità clinica orientata alle Cure Primarie (WONCA, 2011). Ogni Stato membro in Europa deve quindi riconoscere pienamente la disciplina e la specialità della Medicina di Famiglia [5] e tali indicazioni potrebbero orientare in un'ottica PHC la formazione di tutti i professionisti che lavorano nelle Cure Primarie.

Il percorso partecipativo proposto dalla Campagna PHC ha il valore di far emergere le voci dei territori e di proporre un nuovo immaginario attraverso cui valutare problemi e possibilità, ma non ha la pretesa di essere un documento tecnico.

Inoltre, alcune tematiche rilevanti richiedono di essere ulteriormente approfondite (ad esempio il lavoro in equipe, la digitalizzazione e le nuove tecnologie, il rapporto tra Cure Primarie e Servizi di Emergenza-Urgenza/Pronto Soccorso/Ospedale) e la speranza è che possano essere sviluppate e integrate nei mesi a venire attraverso eventi di discussione del Libro Azzurro nei diversi territori.

Dopo la pubblicazione del Libro Azzurro la Campagna PHC ha deciso di concentrare le energie su uno dei nodi fondamentali rimasti insoluti, ovvero l'inquadramento contrattuale dei professionisti delle Cure Primarie. Solo attraverso la riforma del contratto, infatti, è possibile attuare veramente principi contenuti nel Libro Azzurro e garantire il diritto alla salute secondo il modello di Primary Health Care.

Alice Cicognani e Arianna Welisch, Campagna Italiana Primary Health Care Now or Never.

<https://www.saluteinternazionale.info/2021/10/il-libro-azzurro/?fbclid=IwAR3tdFQys0lwfRo24jKh1tIBIjYXPXnUHRBHj9Cd37NdfdvHl1mtEJ-w4#>

la Repubblica

Mancano medici di base: Italia sotto la media Ue. E con il turnover il problema crescerà

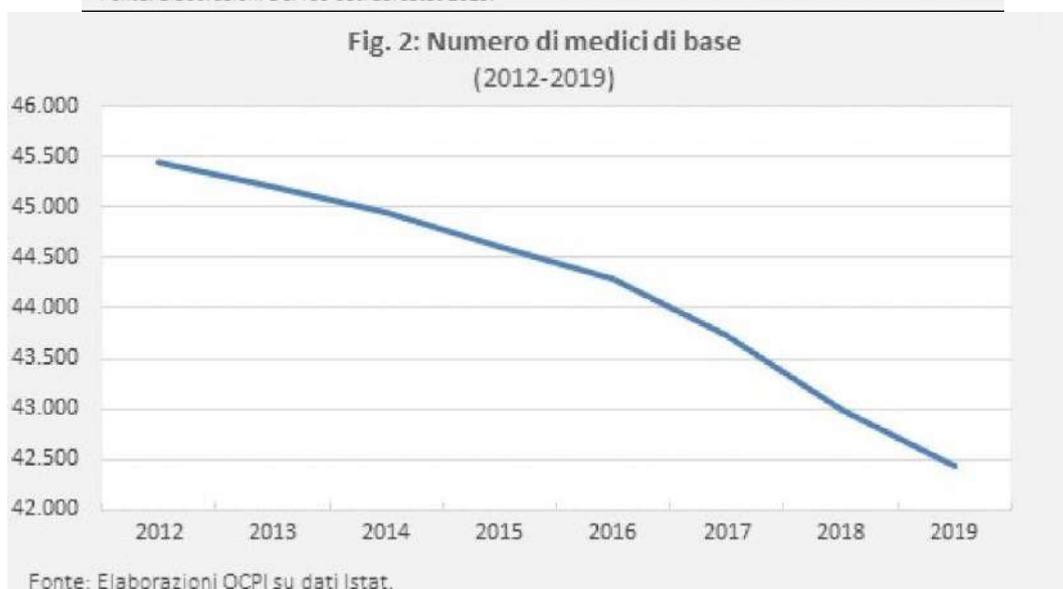
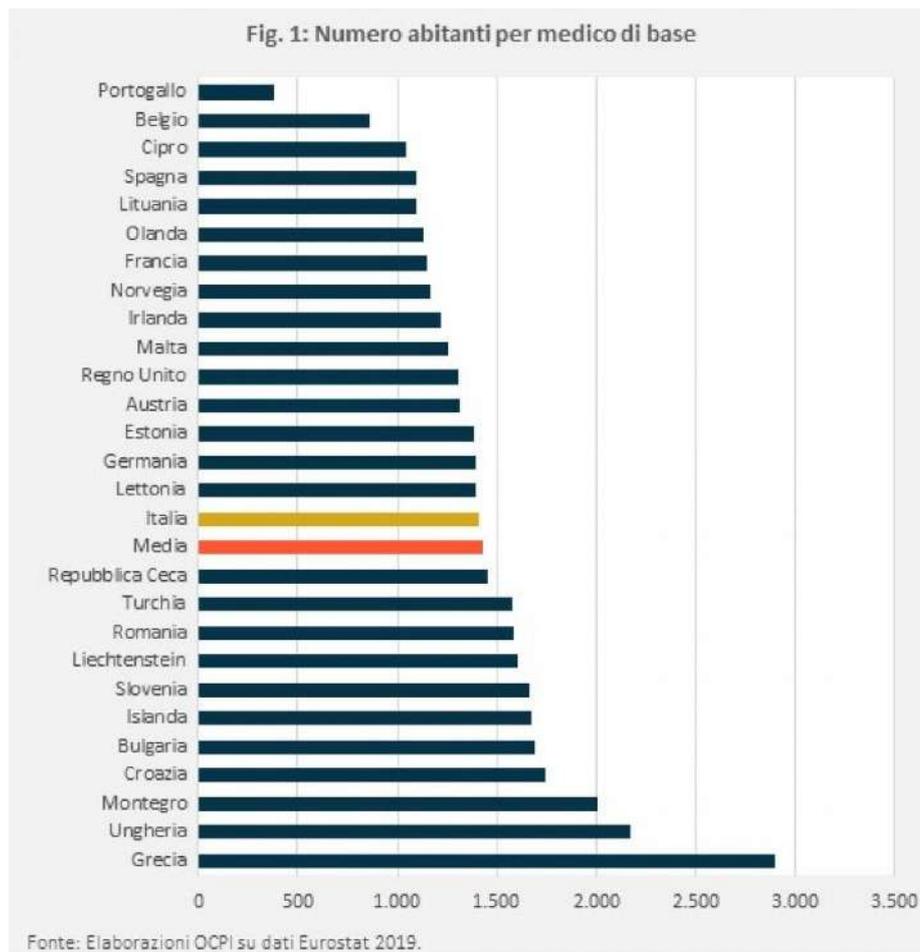
a cura di Osservatorio Conti Pubblici Italiani

Con oltre 1.400 abitanti per medico di base, l'Italia soffre di una carenza di assistenza primaria nel territorio rispetto ai maggiori paesi europei. Inoltre, esistono notevoli differenze tra regioni: in quelle del Nord i medici di base hanno un carico di assistiti più elevato di quelle del Sud. Guardando in avanti, il numero di medici di base che andrà in pensione nei prossimi 7 anni eccede quello in entrata: pur considerando ulteriori 900 borse annuali per la formazione dei medici di medicina generale, dovremmo perdere tra i 9.200 e 12.400 medici di base dal 2022 al 2028. Questa perdita riflette in parte un'inadeguata programmazione dell'offerta di servizi medici, ma la sua principale causa è riconducibile al crollo demografico, problema strutturale del nostro paese

L'autore della nota è Luca Favero

Contesto europeo

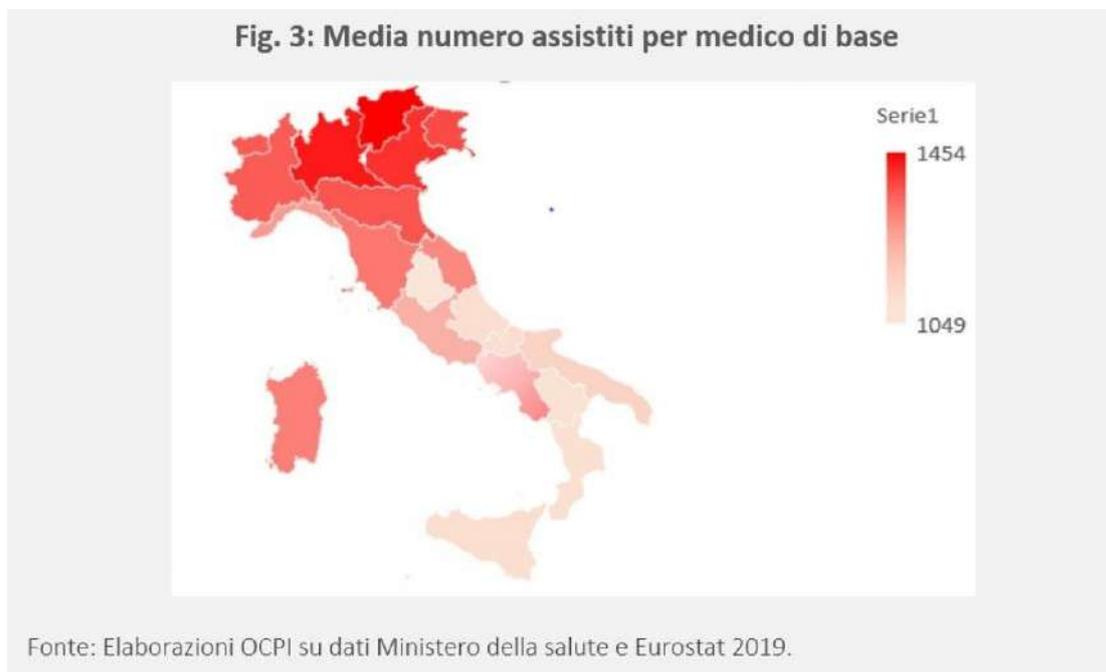
Con 1.408 abitanti per medico di base nel 2019, l'Italia si attesta leggermente al di sotto della media europea (1.430), la quale però è influenzata negativamente da un alto valore di questo indice nei paesi dell'Est Europa. I paesi dell'Europa Occidentale, con cui dovremmo confrontarci, hanno invece valori molto più bassi (Fig. 1). La situazione si è aggravata negli ultimi anni con il numero di medici di base che è passato da circa 45.500 nel 2012 a 42.420 nel 2019 (Fig. 2).



Contesto nazionale

Secondo gli accordi collettivi nazionali, un medico di base può assistere fino a 1.500 pazienti, anche se alcune regioni hanno aumentato notevolmente questo limite.^[2] La media nazionale è di 1.224 ma il valore è più alto al Nord (1.326), rispetto al Centro (1.159) e al Sud (1.102) (Fig.3 e Tav. 1).^[3] In dettaglio, le regioni con il

maggior numero di assistiti per medico di base sono: Trentino-Alto Adige (1.454), Lombardia (1.408) e Veneto (1.365) mentre le ultime sono Calabria (1.055), Basilicata (1.052) e Umbria (1.049).



Il deficit di medici di base al Nord ha portato a richieste di maggior finanziamento per borse di studio per completare il percorso formativo dei medici di base e di anticipare la fine del corso di formazione per la specializzazione in medicina generale. [\[4\]](#)

Tav.1: Numero assistiti per medico di base

Numero di medici di base per range di numero di pazienti assistiti ^[5]							
Regione	Da 1 a 50 pazienti	Da 51 a 500	Da 501 a 1000	Da 1001 a 1500	Oltre 1500	Totale	Media del numero assistiti per medico
Trentino-A. Adige	8	13	45	183	375	624	1.454
Lombardia	14	144	436	1.750	3.747	6.091	1.408
Veneto	16	92	271	1.080	1.664	3.123	1.365
Friuli V.Giulia	1	28	79	433	268	809	1.320
Emilia Romagna	34	128	399	1.157	1.231	2.949	1.302
Valle d'Aosta	1	5	7	41	30	84	1.291
Piemonte	12	129	343	1.319	1.149	2.952	1.289
Toscana	47	175	398	981	1.021	2.622	1.241
Sardegna	14	50	180	547	356	1.147	1.226
Campania	41	235	703	1.652	1.406	4.037	1.225

Marche	16	60	207	444	367	1.094	1.209
Liguria	15	93	204	465	362	1.139	1.179
Lazio	110	420	850	1.709	1.373	4.462	1.138
Puglia	70	375	744	1.515	556	3.260	1.078
Abruzzo	39	130	211	471	227	1.078	1.059
Molise	2	26	69	129	32	258	1.059
Sicilia	83	482	931	1.898	606	4.000	1.059
Calabria	15	156	424	638	263	1.496	1.055
Basilicata	9	46	124	198	98	475	1.052
Umbria	35	69	180	315	129	728	1.049
Nord	101	632	1.784	6.428	8.826	17.771	1.326
Centro	208	724	1.635	3.449	2.890	8.906	1.159
Mezzogiorno	273	1.500	3.386	7.048	3.544	15.751	1.102
Italia	582	2.856	6.805	16.925	15.260	42.428	1.224

Fonte: Elaborazioni OCPI su dati Ministero della Salute 2019.

Squilibrio tra medici in entrata e in uscita

Un insufficiente numero di borse di formazione in medicina generale acuisce il problema della mancanza dei medici di base nell'intero territorio nazionale, con l'eccezione di Molise e Valle d'Aosta che nei prossimi 7 anni registreranno più medici di base in entrata che in uscita. Infatti, tra il 2022 e il 2028 si stima che la differenza tra medici di base in uscita e in entrata sia tra 15.500 e 18.700 unità (Tav. 2). Gran parte dello squilibrio emergerebbe nei prossimi 3 anni con un saldo tra 10.400 e 16.300 unità.^[6]

Va quindi nella direzione giusta l'annunciato finanziamento, con fondi stanziati per la Missione 6 del PNRR, di 900 borse per la formazione dei medici di medicina generale sin da quest'anno per tre anni di fila, da sommarsi ai finanziamenti ordinari.^[7] Tuttavia, tale intervento non sarebbe sufficiente a colmare il divario tra medici di base in uscita e in entrata: la differenza sarebbe tra 7.700 e 13.600 unità dal 2022 al 2024 e tra 9.200 e 12.400 dal 2022 al 2028.

Tav. 2: Stime su uscite ed entrate di medici di base (2022-2028)*

Regioni	MMG in uscita entro 7 anni	MMG in entrata entro 7 anni	MMG in entrata/in uscita	Differenza
Piemonte	1.686	833	49%	853
Valle d'Aosta	52	56	109%	-4
Lombardia	3.925	1.001	26%	2.924
Trentino	161	175	109%	-14

Veneto	1.878	595	32%	1.283
Friuli Venezia Giulia	528	280	53%	248
Liguria	714	280	39%	434
Emilia Romagna	1.844	665	36%	1.179
Toscana	1.723	840	49%	883
Umbria	466	203	44%	263
Marche	715	203	28%	512
Lazio	2.853	707	25%	2.146
Abruzzo	751	161	21%	590
Molise	186	126	68%	60
Campania	2.823	777	28%	2.046
Puglia	2117	700	33%	1.417
Basilicata	328	133	41%	195
Calabria	1.078	203	19%	875
Sicilia	2.755	623	23%	2.132
Sardegna	719	70	10%	649
Italia	27.301	8.631	32%	18.670

Fonte: Elaborazioni OCPI su dati Ministero della salute 2019. *Stime.

Nonostante queste criticità nella programmazione del fabbisogno nazionale di medici di base, la carenza di medici di base deve essere interpretata nel contesto del crollo demografico che ha colpito l'Italia negli ultimi decenni e che purtroppo rende problematico il rimpiazzo di tutti i lavoratori, non solo dei medici, che vanno in pensione.

Fino alla fine degli anni '80, ogni anno raggiungevano l'età lavorativa quasi un milione di persone l'anno. Nel 2022 raggiungeranno i 20 anni i nati nel 2002 che erano soltanto 520 mila. Raggiungeranno i 68 anni (tranne ovviamente chi è deceduto prima di tale età) i nati del 1954, che erano circa 820 mila.

Questo comporta una difficoltà di rimpiazzare non solo i medici, ma ogni altra categoria professionale. Per illustrare questo punto la fig. 4 riporta il potenziale numero di medici di base che inizierebbe a praticare e quella che smetterebbe di farlo ogni anno se la quota di medici di base sul totale dei nuovi lavoratori fosse costante nel tempo (e pari allo 0,14 per cento): il calo persiste dal 1990.

Questo implica un insufficiente ricambio generazionale nella popolazione medica (Fig. 4).^[8]

<https://www.repubblica.it/economia/2021/11/13/news/carenza-di-medici-di-base-in-italia-un-confronto-europeo-e-nazionale-326226212/?ref=RHTP-VS-I270681073-P12-S4-T1>

Medici di base, inchiesta sulla loro lobby di potere

Milena Gabanelli, Mario Gerevini, Simona Ravizza

Il sistema sanitario nazionale è costruito attorno al presidio numero uno: i medici di base. Devono assistere i pazienti il più possibile a casa, e ogni cittadino da lì deve passare per accedere a qualunque prestazione, dalle visite specialistiche alle ricette per i farmaci.

Come abbiamo documentato durante i lunghi mesi dell'epidemia Covid-19, il loro ruolo diventerà sempre più cruciale: tra 10 anni ci saranno quasi 800 mila ultra 80enni in più, ovvero 5,2 milioni (quasi il 9% della popolazione), i malati cronici sono in aumento (23 milioni) e bisogna evitare di riempire inutilmente i Pronto soccorso di codici bianchi e verdi.

Ogni anno sono 16 milioni di accessi (su un totale di 21 milioni), e l'87% non sfocia in un ricovero.

Con la legge di Bilancio del 2020 sono stati stanziati 235 milioni di euro per dotare i dottori di famiglia di ecografi, spirometri ed elettrocardiografi, in modo da poter eseguire finalmente nei loro ambulatori gli esami di primo livello, evitando così ai pazienti penose liste d'attesa. Vuol dire nuovi compiti e competenze.

Di qui la necessità di preparare al meglio chi intraprende la professione di medico di medicina generale.

COME SONO FORMATI?

In tutta Europa, dopo la laurea in Medicina, bisogna fare tre anni di corso tra teoria e pratica in ambulatorio e ospedale. Questo tirocinio è molto diverso da un Paese all'altro: in Baviera è governato dalla Bayerische Landesärztekammer, l'Associazione medica bavarese, e i medici sono pagati come dipendenti a 5 mila euro circa al mese. In Inghilterra i corsi e l'attività pratica sono coordinati dall'Health Education England, l'Agenzia governativa nazionale, e lo stipendio è di 4.166 sterline al mese.

In Italia occorre un «diploma di formazione specifica in medicina generale», che si ottiene attraverso un corso post laurea di tre anni formato da 1.600 ore di teoria e 3.200 di pratica in ospedale e negli ambulatori dei dottori di famiglia. Sono pagati con una borsa di studio (dunque inquadrati come studenti) di 11 mila euro l'anno, cioè 966 euro al mese, soggetti a Irpef, con contributi a carico, ed erogati dal Ministero della Salute. Ben diversa dalla borsa di studio degli specializzandi ospedalieri, che è di 26 mila euro l'anno, contributi inclusi e senza Irpef. Già questo indica a monte la scarsa considerazione per il medico di base.

La formazione

	 DURATA	 STIPENDIO	 GESTIONE
BAVIERA 	3 anni e mezzo (2 in ambulatorio, 18 mesi in ospedale)	5.000€ al mese (dipendenti)	Bayerische Landesärztekammer (Associazione medica bavarese)
INGHILTERRA 	3 anni (1 in ospedale, 2 sul territorio)	4.166 sterline al mese	Health Education England (Agenzia governativa nazionale)
ITALIA 	3 anni (3.200 ore di pratica, 1.600 di teoria)	Borsa di studio: 966€ al mese dal Ministero della Salute	Regioni che finanziano anche i corsi

I sindacati preparano i medici

Il finanziamento è affidato alle Regioni (d.lgs n. 368 del 17 agosto 1999) e ognuna decide come organizzare i corsi: attraverso centri regionali di formazione per le cure primarie (Friuli-Venezia Giulia), enti regionali (Lombardia), fondazioni (Veneto), aziende sanitarie Asl/Usl (Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Piemonte, Sardegna, Valle d'Aosta), laboratori regionali per la formazione sanitaria (Toscana).

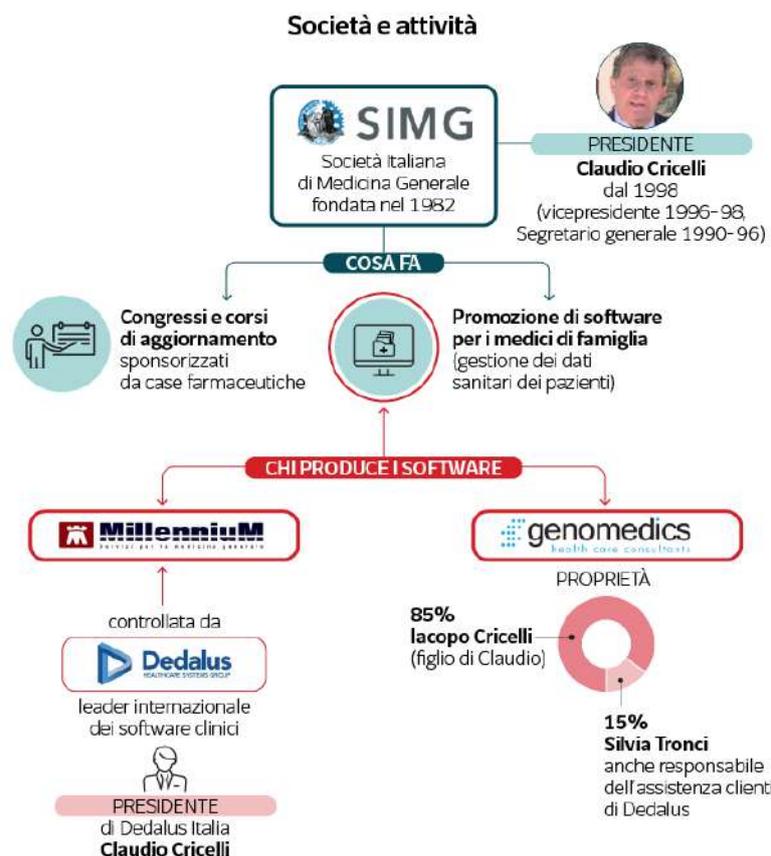
Ciascun corso di formazione ha poi una direzione, un comitato tecnico-scientifico e coordinatori territoriali per le attività teoriche e pratiche. Il criterio nella scelta di chi forma i futuri medici di famiglia dovrebbe essere solo quello della competenza, capacità, esperienza.

Se si va a vedere chi gestisce i corsi, nome per nome, si scopre che nella quasi totalità dei casi sono soggetti con un ruolo di rilievo nei sindacati medici. Caso unico in Europa

La principale corporazione è la *Fimmg* che con 23.800 iscritti rappresenta il 63% dei medici di medicina generale, seconda lo *Snami* con il 19%, ma l'elenco è lungo e sorprendente.

Oltre ai sindacati, i coordinatori dei corsi appartengono in numero significativo anche alla *Società italiana di medicina generale e delle cure primarie (Simg)*, fondata nel 1982 a Firenze per valorizzare il ruolo dei medici di base. Ai suoi vertici c'è da 30 anni ininterrottamente l'ematologo Claudio Cricelli, 71 anni, presidente dal 1998 dopo essere stato vicepresidente dal 1996 al 1998 e segretario generale dal 1990 al 1996. Nel 2017 la Simg viene riconosciuta come società scientifica.

Vicepresidente nazionale è Ovidio Brignoli che è anche coordinatore del corso lombardo e consigliere dell'Ordine dei medici di Brescia. Ma cosa fa di scientifico questa società?



Ruolo pubblico e interesse privato

La Simg organizza congressi e corsi di aggiornamento sponsorizzati dalle case farmaceutiche: nel 2020 riceve 80 mila euro da *Bayer*, 42 mila dalla *Grunenthal* 452 mila dalla *GlaxoSmithKline*, di cui 309 mila titolo di donazione e liberalità.

Nell'aprile 2020 firma con *Sanofi* e *Fimmg* (il sindacato più importante) un protocollo d'intesa per un «innovativo programma di formazione dei medici» di 40 ore, valido per i crediti *Ecm*, quelli che devono essere obbligatoriamente acquisiti durante il triennio. Dopo mille polemiche per conflitto d'interessi le parti hanno fatto un passo indietro.

Però il grosso dell'attività è sulla raccolta e gestione dei dati sanitari dei pazienti. Come società scientifica dal 2013 Cricelli promuove con gran successo presso i medici di famiglia dei software per il governo clinico, con cui vengono raccolti migliaia di dati sanitari dei malati. Sono 17 mila oggi i medici di medicina generale che li utilizzano. Questi software sono messi a punto da due società a lui strettamente collegate.

Una è la *Millennium*, controllata dalla *Dedalus*, leader internazionale dei software clinici, di cui lo stesso Cricelli tra il 2004 e il 2013 è presidente del Cda e oggi è presidente di *Dedalus Italia*. L'altra è la *Genomedics*, già società di software di Cricelli e Brignoli, dal 19 aprile 2011 all'85% di Iacopo Cricelli (figlio di Claudio) e al 15% di Silvia Tronci, contemporaneamente responsabile dell'assistenza clienti di *Dedalus*. A sorvegliare sull'attività dei medici c'è un organismo indipendente: l'Ordine dei Medici.

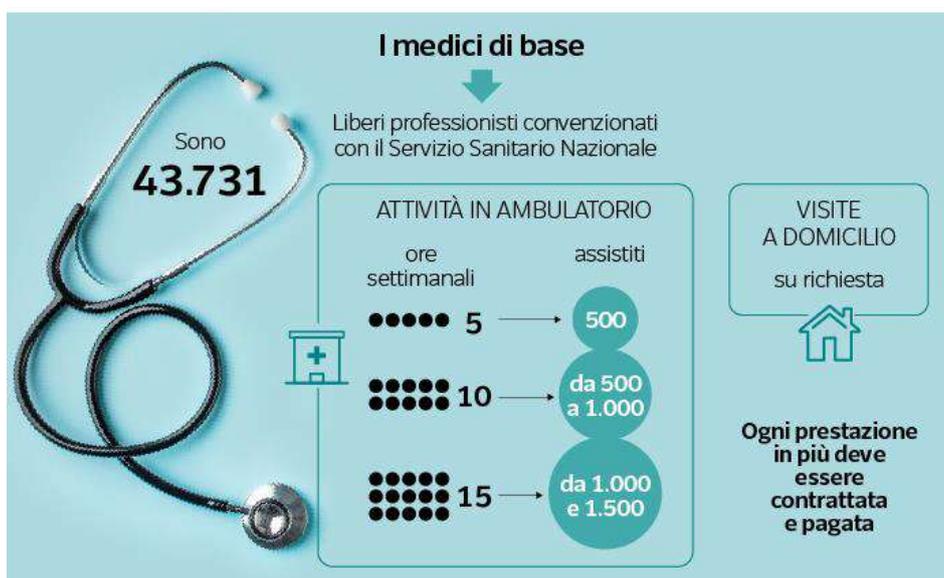
Carlo Roberto Rossi per esempio è sia presidente dell'Ordine dei Medici di Milano che presidente del sindacato Snam Lombardia. E contemporaneamente tiene i corsi di formazione triennale.

Dai corsi ai contratti

Finito il tirocinio i medici di base diventano liberi professionisti, e sono gli stessi sindacati che li hanno formati e hanno raccolto le iscrizioni alla loro associazione sindacale durante il corso, a trattare poi con il governo i contratti collettivi.

L'accordo in vigore prevede che l'ambulatorio debba essere aperto (a seconda del numero di assistiti) dalle 5 ore settimanali (fino a 500 pazienti) alle 15 ore (per 1.500 assistiti).

Ogni prestazione in più deve essere contrattata e retribuita, al contrario di quanto avviene per i medici ospedalieri, perché nei contratti non è mai stato definito nei dettagli quali sono le cure primarie da garantire.



PERCHÉ HANNO UN RUOLO CENTRALE



La popolazione tende a invecchiare



I malati cronici sono in aumento



Il pronto soccorso deve essere svuotato dalle richieste inutili



Necessità di eseguire esami di primo livello

In mezzo ci sono i pazienti, che sanno bene quanto vedono il loro medico di famiglia. Regione Lombardia, che ha pagato pesantemente gli errori della sua politica sanitaria, a luglio scorso decide di cambiare tutto: negli ambulatori di medicina generale rimasti scoperti si fa l'apprendistato retribuito come in Baviera e Inghilterra. Il futuro medico di famiglia mentre fa formazione triennale, tiene aperto anche il suo ambulatorio (ovviamente sotto stretta sorveglianza dei tutor), e alla borsa di studio viene aggiunta una retribuzione di 2.400 euro al mese per 500 pazienti.

Carlo Roberto Rossi e la Fimmg escono con comunicati stampa sdegnati. Il provvedimento al momento è bloccato.

Chi comanda?

Se in Italia i dottori di famiglia in formazione restano studenti mal pagati e quasi completamente in mano ai sindacati, la conseguenza è che la professione di medico di famiglia è destinata a restare una professione di serie B, spesso utilizzata come ripiego da chi non entra nelle Scuole di specialità per diventare cardiologo, cardiocirurgo, ginecologo, ortopedico, ecc.

Le conseguenze per i pazienti



La professione di medico di famiglia rischia di essere declassata come professione di **serie B**



Medici di famiglia **burocratizzati** e **demotivati**



L'offerta di un servizio migliore è resa difficile dai **conflitti d'interesse**

Ormai da anni è una zona grigia dove da una parte ci sono medici di famiglia che fanno solo i compilatori di carte, e dall'altra quelli che cercano di assistere i pazienti al meglio delle loro possibilità, ma vengono danneggiati da un sistema poco trasparente e intriso di conflitti di interesse.

Una lobby di potere che riesce spesso a tenere in scacco la politica in difficoltà a prendere decisioni che sradichino il sistema

Intanto i 7 miliardi di euro del Recovery Fund disponibili per migliorare l'assistenza territoriale rischiano di essere buttati al vento se i medici di famiglia non si convinceranno ad andare a lavorare dentro le 1.288 nuove case della Comunità previste entro il 2026.

<https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/medici-base-famiglia-inchiesta-lobby-potere-sindacati-sanita-salute-corsi-formazione-fimmg-simg-snami-conflitto-interesse-corporazione-dottori-prestazioni-pazienti/866e4bda-1956-11ec-af75-f327f3924e85-va.shtml>

Ecco perché siamo favorevoli alla dipendenza per le Équipe delle Cure primarie

di Campagna PHC 2018 Now or Never



Campagna PHC 2018 Now or Never

20 OTT - Gentile Direttore,

il dibattito sulle necessarie riforme del SSN e delle Cure Primarie, reso evidente dall'epidemia di SARS-CoV-2 è entrato nel vivo coinvolgendo gli operatori del settore con una produzione quotidiana di dichiarazioni e prese di posizione di organizzazioni, enti pubblici e singoli professionisti.

Consapevoli della necessità di ammodernare il SSN perché possa reggere alle sfide del nuovo scenario epidemiologico globalizzato, preso atto della mancanza di una programmazione sanitaria in grado di affrontare i nodi strutturali del sistema e di investimenti in salute insufficienti, come [Campagna PHC 2018 Now or Never](#) abbiamo deciso di partecipare al dibattito pubblico attraverso una riflessione ampia ed articolata.

Per questo motivo, attraverso un processo partecipativo, interdisciplinare ed interprofessionale, abbiamo elaborato una proposta di riforma delle Cure Primarie intitolata "[Libro Azzurro](#)" (in analogia con il processo di riforma delle Cure Primarie Portoghese del 2005), le cui caratteristiche principali sono un posizionamento etico, politico e tecnico, una visione di lungo periodo, tracciando principi, modelli, strategie e strumenti a partire dalla letteratura scientifica, dalle esperienze internazionali, nazionali (sia di associazioni sia di singoli operatori).

L'ultimo punto del Libro Azzurro riguarda la forme contrattuali dei lavoratori delle Cure Primarie (includendo quelle dei Medici di Medicina Generale ma non esclusivamente). Il posizionamento sulla forma di contrattualizzazione che dovrebbe riguardare tutti gli operatori di salute è stato formulato volutamente per ultimo perché vogliamo sottolineare che per discutere dei contratti dapprima bisogna avere ben chiara la riforma complessiva del SSN che si vuole attuare e solo successivamente ripensare le forme contrattuali che devono rispettarne e realizzarne i valori. Per tale motivo devono essere precedentemente e attentamente esplicitate.

Paradossalmente invece il dibattito pubblico attuale è permeato da una fallacia concettuale e argomentativa che inverte l'ordine dei fattori presentando il tema del contratto di un'unica sottocategoria professionale del SSN come condizione fondamentale e necessaria per affermare il diritto alla salute in Italia. In realtà la premessa da cui partire è un'altra: la necessaria revisione della salute e dei sistemi di cura da cui ne discende inevitabilmente "la questione contratti" per tutti gli operatori non solo i MMG.

La nostra proposta di riforma delle Cure Primarie sostiene:

1. La Salute, nella sua accezione ampia di ONE HEALTH é un Diritto Umano Fondamentale, individuando proprio nella riforma delle Cure Primarie in una prospettiva di Primary Health Care (PHC) il cardine per

garantire salute e prosperità a tutti i cittadini. Difendiamo il Servizio Sanitario Nazionale pubblico, universale ed equitativo, pertanto siamo contro la privatizzazione subdola e la terziarizzazione dei servizi ancora di più alla luce della drammatica esperienza pandemica e della risposta insufficiente di molte regioni italiane;

2. Sosteniamo un SSN adeguatamente finanziato e rifornito delle risorse umane, professionali e materiali necessarie a garantire la salute della comunità;

3. La sopravvivenza del SSN è minacciata dalla terziarizzazione del lavoro in salute, dal mantenimento di forme di acquisto delle prestazioni sanitarie che ostacolano una presa in carico globale e duratura dei cittadini, pertanto vanno rigettate;

4. La contrazione dei diritti dei lavoratori e la precarizzazione rappresentano un comprovato determinante negativo per la Salute. Siamo per la tutela dei diritti dei lavoratori, tutti, inclusi quelli del SSN. Siamo contro l'utilizzo di strumenti di precarizzazione ed esternalizzazione del lavoro come strategie di contenimento della spesa sanitaria e perpetuare il sottofinanziamento del SSN;

5. Il contratto dovrebbe essere uno strumento per garantire agli operatori di trovarsi nelle migliori condizioni possibili per esprimere al massimo le proprie specificità umane e professionali, coniugare armoniosamente vita privata e professionale con il fine di garantire la migliore assistenza alla popolazione.

6. Il contratto non è uno strumento di pianificazione e gestione del SSN. Appaiono fuorvianti alcuni elementi del dibattito pubblico attuale in cui la contrattazione delle forme di lavoro dei professionisti viene maldestramente associata all'esigibilità del diritto alla salute della popolazione. Non è la forma contrattuale che salvaguarda il diritto alla salute, ma la salvaguardia dei diritti dei lavoratori e la difesa del Sistema Sanitario Nazionale pubblico quale garante del Diritto Umano Universale alla Salute.

7. Chiediamo il ritorno a forme contrattuali di dipendenza pubbliche per le funzioni core del SSN come quelle relative alla Primary Health Care. Il ritorno a forme contrattuali di dipendenza pubblica deve garantire i diritti previdenziali acquisiti.

8. Lo sviluppo di nuove forme contrattuali di dipendenza pubblica nel SSN è una questione urgente e inderogabile, tali forme devono essere al passo con i tempi e adatte al contesto per garantire:

a. parità di trattamento e orizzontalità tra professioni diverse e l'importanza del lavoro in équipe ed in rete, e lo sviluppo di un rapporto fiduciario per tutti i professionisti del SSN contrastando strutturalmente il "medicocentrismo";

b. progressioni di carriera chiare e adeguate all'interprofessionalità richiesta dalla nuova configurazione dei servizi;

c. una variabilità delle forme contrattuali di dipendenza pubbliche atte a garantire flessibilità nelle forme organizzative del SSN in modo da rendere materialmente possibile la strutturazione dei servizi in accordo con le esigenze delle comunità e le caratteristiche di ogni territorio. Lo scopo generale è la garanzia di uniformità della qualità dei servizi in un'ottica di giustizia ed equità su tutto il territorio nazionale.

9. Il Libro Azzurro affronta estensivamente i nodi cruciali per la riforma del SSN in un'ottica di Comprehensive - PHC, inserendo così la questione contrattuale in un contesto di significati più ampio in cui al centro ci sia sempre la Salute.

Offrire a tutti i cittadini sistemi sanitari di cura e prevenzione, significa anche occuparsi della salute degli operatori che compiono uno dei "servizi" essenziali per la comunità. Prevedere forme contrattuali adeguate genera salute negli operatori e questo sicuramente rappresenta una ricchezza per tutto il sistema sanitario e i cittadini.

Quasi tutte le obiezioni e le preoccupazioni sollevate dal contratto di dipendenza pubblica per i lavoratori del SSN sono contenute nei restanti punti del Libro Azzurro, è impegno della campagna utilizzare gli stimoli provenienti dal dibattito sul contratto per approfondire e migliorare le proposte in esso contenute ribadendo la nostra volontà di confronto e dialogo costruttivo con tutte le istituzioni, organizzazione e singoli cittadini che abbiano a cuore la salvaguardia del SSN.

http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=99211

La questione meridionale

Decine di miliardi del Recovery plan in arrivo al Sud rischiano di dover essere restituite a Bruxelles. Ecco perché.

Carlo Bonini (*coordinamento editoriale e testo*) , **Enrico Del Mercato** , **Conchita Sannino e Isaia Sales**. *Coordinamento multimediale di Laura Pertici. Produzione Gedi Visual*

Il 40 per cento dei 206 miliardi per opere "territorializzabili" del Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (Pnrr) sono destinati al Sud. Il che fa poco più di 80 miliardi. E la domanda, ora, è se il nostro Mezzogiorno queste risorse sarà o meno in grado di impegnarle e spenderle nei tempi tassativi e temporalmente stringenti che l'Unione Europea ha fissato.

Dall'esito dipende il destino del nostro Mezzogiorno, la possibilità di colmare il divario storico con la parte più ricca del Paese. Detta altrimenti, la sfida del Pnrr è la nuova questione meridionale, come abbiamo battezzato la nostra inchiesta.

E la sfida – come raccontiamo in questo viaggio – si gioca intorno alla drammatica arretratezza e insufficienza di professionalità delle pubbliche amministrazioni del Sud, delle sue burocrazie a far fronte agli adempimenti che le procedure europee del Pnrr impongono quale condizione per impegnare i fondi del Recovery che, altrimenti, dovranno essere restituiti a Bruxelles.

Un banco di prova su cui avevano messo in guardia già i vertici di Svimez, prima ancora dell'insediamento del governo Draghi. "Il dibattito sulla quota del Pnrr da destinare al Sud vale pochissimo se non si affronta il nodo più profondo: la burocrazia. Che è mediamente impreparata per affrontare la sfida", come fotografa lucidamente l'economista Luca Bianchi, direttore dell'Associazione per lo Sviluppo del Mezzogiorno. E che, ad oggi, ha bisogno, da subito, di un'iniezione di almeno 5 mila nuove figure professionali.

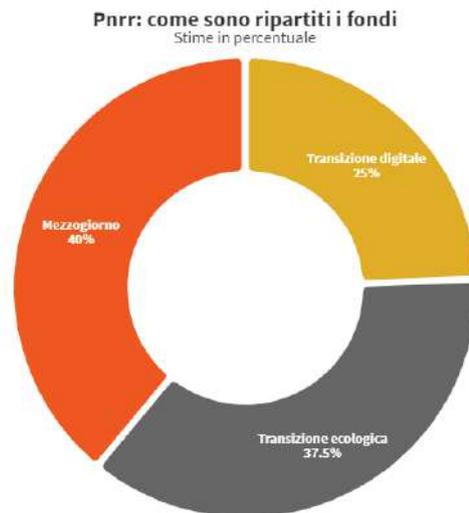
Il sindaco tuttofare

Il 40 per cento dei 206 miliardi per opere "territorializzabili" del Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (Pnrr) sono destinati al Sud. Il che fa poco più di 80 miliardi.

E la domanda, ora, è se il nostro Mezzogiorno queste risorse sarà o meno in grado di impegnarle e spenderle nei tempi tassativi e temporalmente stringenti che l'Unione Europea ha fissato. Dall'esito dipende il destino del nostro Mezzogiorno, la possibilità di colmare il divario storico con la parte più ricca del Paese.

Detta altrimenti, la sfida del Pnrr è la nuova questione meridionale, come abbiamo battezzato la nostra inchiesta. E la sfida – come raccontiamo in questo viaggio – si gioca intorno alla drammatica arretratezza e insufficienza di professionalità delle pubbliche amministrazioni del Sud, delle sue burocrazie a far fronte agli adempimenti che le procedure europee del Pnrr impongono quale condizione per impegnare i fondi del Recovery che, altrimenti, dovranno essere restituiti a Bruxelles.

Un banco di prova su cui avevano messo in guardia già i vertici di Svimez, prima ancora dell'insediamento del governo Draghi. "Il dibattito sulla quota del Pnrr da destinare al Sud vale pochissimo se non si affronta il nodo più profondo: la burocrazia. Che è mediamente impreparata per affrontare la sfida", come fotografa lucidamente l'economista Luca Bianchi, direttore dell'Associazione per lo Sviluppo del Mezzogiorno. E che, ad oggi, ha bisogno, da subito, di un'iniezione di almeno 5 mila nuove figure professionali.



L'incubo del flop, il caso Sicilia

Gli 82 miliardi destinati come quota al Sud sembrano infatti un miraggio a guardarli dagli uffici desolati di tantissimi Municipi del Sud. Sono tante le voragini: per numero, profili e qualità dei dipendenti pubblici. Dai centri ormai spopolati alle complesse metropoli.

Da Mezzojuso in Sicilia o Seminara in Calabria, fino a Lecce, Palermo o a Napoli. Piante organiche falcidiate dai tagli ma anche responsabilità locali nella scelta delle assunzioni. Palazzi ai quali l'ultimo taglio, targato Quota 100, sta assestando il colpo di grazia.

Un paesaggio di inadeguatezza e crepe che ora dà voce alla Grande paura del Meridione italiano: fallire l'irripetibile occasione di quel 40 per cento del Pnrr, miliardo più, miliardo meno, a seconda di come si distribuiscono le risorse, tra le 6 missioni di cui si compone il Piano.

L'imbarazzante vicenda della bocciatura, in Sicilia, di 31 progetti su 31, tutti sull'irrigazione e tutti cassati nel merito dal Ministero dell'Agricoltura, ne è solo la prima rappresentazione.

Né basta, a compensare lo smacco, l'approvazione seguita a breve distanza di 23 interventi per la Riqualificazione urbana e la riapertura della "pratica" dopo l'attivazione dei canali diplomatici.

Secondo l'assessore all'Economia di Palazzo d'Orléans, Gaetano Armao, servirebbero ora "dai 300 ai 500 tecnici in Regione Sicilia", mentre il presidente regionale dell'Anci, il sindaco di Palermo Leoluca Orlando, stima addirittura un fabbisogno di 15mila dipendenti nei Comuni.

"Negli enti locali - osserva Orlando - quota 100 ha facilitato l'uscita dal servizio. A Palermo avevamo 28 avvocati, adesso ne abbiamo 8. C'è un solo dirigente tecnico e per assumerne altri 11 abbiamo bandito un concorso che durerà altri quattro anni".

È proprio questo il nodo. Palermo, che con 670mila abitanti è la quinta città più popolosa d'Italia, costringe l'unico dirigente tecnico in servizio, il 47enne Dario Di Gangi, a turni massacranti: *"Il 13 ottobre - racconta l'interessato - un'ampia zona della città si è allagata. Io avevo finito alle 19,30: alle 20 mi hanno chiamato e sono dovuto tornare in ufficio per avviare le operazioni di protezione civile. Ho lavorato fino alle 4 e l'indomani dalle 8 alle 20. Poi, di sera, sono arrivate le istruzioni per il Green pass, che diventava obbligatorio dal giorno dopo: così mi sono dovuto rimettere a lavorare per definire le regole. Il problema è che così il rischio di errore è enorme".*

Soprattutto adesso, appunto con il Pnrr: *"Con il Recovery plan - sbuffa Di Gangi - sarà difficilissimo. Abbiamo un parco progetti enorme, ma se ci si dedica a quello bisogna tralasciare altro. Ogni volta che mi concentro su qualcosa per qualche ora, quando torno in ufficio trovo centinaia di mail, disposizioni, proposte di delibera".*

Sos assunzioni

"Abbiamo una macchina comunale disastrosa", ha scosso la testa Gaetano Manfredi, il primo giorno in cui è entrato al Comune di Napoli. Il neo-sindaco della capitale del sud sapeva di trovare conferma ai suoi più amari timori.

E ora spiega a *Repubblica*: "Dirigenti ridotto all'osso, una percentuale di laureati bassa rispetto al centro e nord Italia. Ma soprattutto: abbiamo bisogno di tecnici e professionisti esperti di progettazione e rendicontazione. E senza queste risorse rischiamo di partire con gravi svantaggi e seri rischi verso l'occasione del Pnrr".

Lo staff di Manfredi aveva già compiuto una approfondita ricerca, durante la campagna elettorale, scoprendo gli stessi vuoti che ora spingono centinaia di amministratori in tutto il Mezzogiorno ad accorati appelli.

Dopo la costruzione della governance e le semplificazioni amministrative, il "Decreto Reclutamento della Pa" si poneva come il terzo pilastro per l'attuazione del Piano.

Ma la realtà restituisce le proporzioni reali degli investimenti: se 500 unità di personale non dirigenziale, elevabili a 800, sono assorbite dal livello centrale per governance e rendicontazione finanziaria, e circa 350 sono destinate al digitale, la parte del leone la fanno i quasi 22mila nuovi assunti per la giustizia.

E gli enti locali?

Esaurite da mesi le speranze di risolvere i nodi con il concorso dei 2800 dipendenti (ne sono stati reclutati poco più di 800, in tutta Italia: e i professionisti più preparati quasi sempre hanno detto no a un contratto a tempo, nel pubblico), il governo, con Brunetta e Carfagna, cerca di correre ai ripari con iniezioni temporanee di tecnici e funzionari.

Dal Ministero della Pubblica amministrazione è già da mesi in corso il bando per la task-force di 1000 tecnici, da assumere con contratti di collaborazione.

Che andranno soprattutto in soccorso dei piccoli comuni. Manfredi, da Napoli, ha già fatto sapere che invece di 20, gliene servirebbero "almeno 70-80". Anche dal Ministero per il Sud è appena stato lanciato il bando per 2022 funzionari. Basteranno?

"Noi pensiamo che occorrono nei Comuni del Sud almeno 5 mila assunzioni straordinarie di giovani tecnici qualificati soprattutto nell'area della rendicontazione, del digitale e della competenza legale – sottolinea Carlo Marino, sindaco appena riconfermato a Caserta e presidente di Anci Campania - Un numero che può bastare a patto che vada in porto il piano di 60 mila assunzioni fino al 2024 previsto dalla legge di Bilancio. Senza assunzioni nei Comuni la territorializzazione dei fondi Pnrr rischia di andare gambe all'aria. È impensabile che la Campania possa spendere 7,364 miliardi già assegnati senza un ruolo attivo degli enti locali. Al Governo diciamo: non basta far ripartire le imprese, devono ripartire anche i Comuni".

Ad Aversa, comune dell'emergenza ambientale Terra dei fuochi, tra Napoli e Caserta, il sindaco Alfonso Golia sfoglia i suoi appunti dietro la scrivania: "Siamo al collasso. Un solo dipendente per tutta l'area Urbanistica: e avremo altri 40 pensionamenti tra 2021 e 2022. Rischiamo di non poter progettare nonostante i 2 milioni stanziati dalla Regione Campania per supportare i Comuni. Anche il famoso concorso dei 2800, al di là delle buone intenzioni di Brunetta, è stato una beffa".

Golia mostra una mail: "Ho scritto all'Anci, lo avevo già fatto con l'ex ministra Dadone. Serve un intervento coraggioso e radicale. Altrimenti, dovremo decretare che la sussidiarietà sancita dalla Costituzione è solo una chimera".

Il Sud contro il Sud

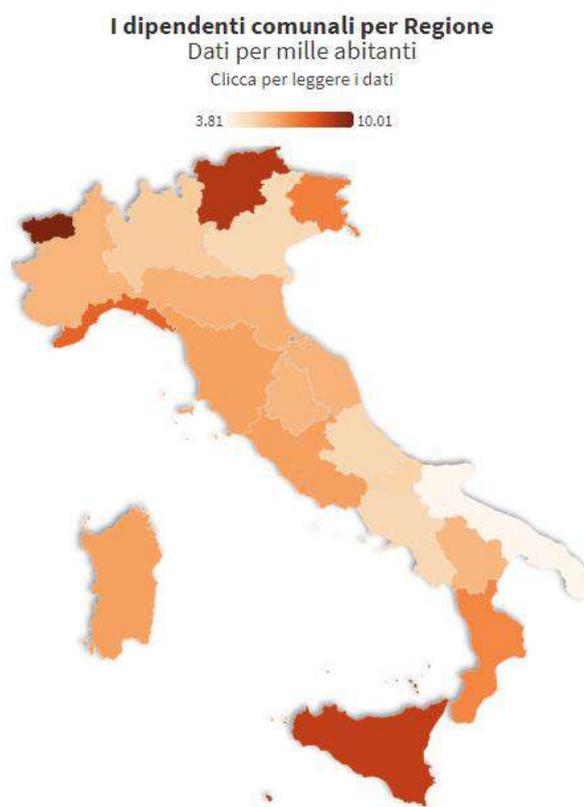
L'altro possibile esito, oltre al fallimento, non sarebbe comunque auspicabile: assistere a distribuzioni squilibrate nell'ambito dello stesso Mezzogiorno.

Tra Regioni più strutturate, come Campania e Puglia, che sanno come aderire alle misure disponibili, e altre più disastrose come Calabria e Lucania. La competizione interna è già un concreto scenario.

La Puglia, per suoi meriti, fa già da "asso pigliatutto" e batte tutte le altre regioni con l'ok a tutti i 21 progetti di rigenerazione urbana e di edilizia residenziale pubblica: aggiudicandosi 400 milioni di euro.

Eppure, anche ad affacciarsi su Bari, il gap esiste ed è forte rispetto alle regioni del Nord. Ma svela anche impensabili contraddizioni.

Stando a un'elaborazione dell'Ifel (Istituto per la finanza e l'economia locale, fondazione dell'Anci), messa a punto a febbraio di quest'anno, la Puglia ha 14.795 dipendenti comunali, cioè un rapporto di 3,7 dipendenti comunali per mille abitanti, contro i 5,9 dell'Emilia, i 6,3 della Toscana, i 9 non solo della Valle d'Aosta, ma anche della Sicilia (proprio la regione che deve risalire la china, dopo quelle proposte mal fatte e cestinate).



A riprova del fatto che, in ogni caso, non si tratta solo di gap numerici, ma molto spesso qualitativi. Il che non esclude che, in tante aree, siano i pochissimi e validi capi di singoli uffici a supplire alle mancate assunzioni che pesano da anni.

Come ti confida allargando le braccia Lorenzo Balduccelli, primo cittadino di Massa Lubrense, 15mila abitanti della "terra delle sirene" in Campania: *"Sul Pnrr non sappiamo letteralmente da dove cominciare. Vuole sapere chi porta avanti nel mio Comune le migliaia di pratiche e istanze di settori cruciali come l'Urbanistica, i Lavori Pubblici, il Condonio, la Manutenzione e l'Ambiente? Tre laureati, basta". In che senso? "*

Per tutti questi settori ho soltanto due ingegneri e un architetto. Ed è già molto difficile assicurare l'ordinario: ci riusciamo grazie allo spirito di sacrificio di alcuni".

Trecento chilometri più a sud, al Comune di Bari attualmente lavorano 1.800 dipendenti nell'amministrazione, ma la pianta organica ne prevede circa 2.800.

E a confermare l'allarme nelle ultime ore è anche il sindaco di Lecce, Carlo Salvemini: *"Abbiamo 373 dipendenti, rispetto ai 722 della soglia minima: 350 unità in meno. Queste sperequazioni ostacolano il percorso dei territori".*

Sono le prove generali di Sud contro sud?

"Il pericolo, conferma il direttore generale dell'associazione dei primi cittadini in Sicilia, Mario Emanuele Alvano - è che proprio Puglia e Campania, più attrezzate di noi in termini di organico, ci facciano concorrenza, visto che è previsto un vincolo del 40 per cento per il Mezzogiorno, ma non una quota per singola regione".

Il colmo. Quella pioggia di miliardi concepita dall'Europa proprio come risposta al divario più grave dell'Italia, ne aggiungerebbe un altro alla lista.

Calabria

Alessia Candido

Rispetto ai desiderata sono poca cosa, ma almeno sulla carta la Calabria è riuscita a costruire dei progetti che con i fondi del Pnrr sono finanziabili. Nulla di scontato, se è vero che la prima bozza di linee guida della programmazione europea presentata nel marzo scorso dalla Regione era stata scopiazzata dai piani di Friuli-Venezia Giulia e Lombardia.

Questa volta però sembra che la Calabria sia riuscita a fare le cose a modo. Sul fronte della gestione delle risorse idriche, vengono finanziati 20 interventi per circa 260 milioni, poco più della metà dei 36 interventi per 440 milioni richiesti e destinati non solo a riparare reti colabrodo, ma anche a realizzarle dove di fatto non esistono. Nella patria del "rustico non finito", tipico stile architettonico fatto di facciate non intonacate e pilastri al vento, sette degli interventi finanziati hanno a che fare con la rigenerazione urbana.

Come si sia arrivati a definirli neanche l'opposizione che fino a qualche settimana fa sedeva in Consiglio regionale sa dirlo. Alle elezioni del 3 e 4 ottobre scorso ci si è arrivati prima del tempo per l'improvvisa morte della governatrice eletta, ma causa Covid per un anno l'attività della Regione si è limitata agli atti indifferibili e urgenti. La progettazione per il Pnrr evidentemente non rientrava fra quelle che per la Giunta meritasse discussione in Consiglio.

Adesso comunque i soldi ci sono. Ma toccherà spenderli. E sul punto la Calabria non vanta gran curriculum. Di recente, l'Ue ha congelato l'erogazione di fondi per progetti già attuati per marchiani errori nella rendicontazione.

Campania

Concita Sannino

Oltre 140 milioni di euro.

Per strade, scuole, parchi, e riqualificazioni che si attendevano da decenni in tutta la Campania. In alcune aree, opere promesse quarant'anni fa, subito dopo il terremoto del 1980, e mai arrivate.

Sono 9 i primi progetti approvati in Campania per il Pnrr.

Ma a questi fondi si aggiungerà l'opera-regina.

L'investimento di 100 milioni che riguarderà un monumento simbolo, l'impianto di una settecentesca e vasta opera pubblica, il primo storico esempio di welfare.

Si tratta del cosiddetto Real Albergo dei Poveri che sorge nel centro di Napoli, a qualche centinaio di metri dalla Stazione Centrale.

Il governo, dopo la presentazione dei progetti da parte del vicesindaco di Napoli Carmine Piscopo, e su impulso dei ministri Mara Carfagna e Dario Franceschini, ha inserito infatti Palazzo Fuga nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, con un finanziamento previsto di 100 milioni e una ricaduta stimata sull'occupazione di 200 posti di lavoro.

In particolare la Ministra per il Sud e la Coesione sociale ha promosso, lo scorso luglio, d'intesa con il titolare della Cultura, un'ampia consultazione pubblica, cui hanno partecipato società civile e mondo imprenditoriale, per riscrivere il destino della struttura che vive da troppo tempo in stato pressoché totale di abbandono. *"Cento idee per l'Albergo dei Poveri"*, era il titolo della call aperta a tanti operatori.

Sono diventate più del doppio, quelle: suddivise tra progetti di sede museale – brilla anche l'idea di farne la futura sede della Biblioteca nazionale - ed altri di finalità più sociale o assistenziale, seppur non separata dalla sua spiccata vocazione culturale.

Ristrutturazione prevista – assicura Carfagna - entro il 2026, dopo trent'anni di tentativi inefficaci.

Palazzo Fuga prende il nome dall'architetto Ferdinando Fuga, al quale nel 1749 re Carlo III di Borbone affidò la costruzione del *"Real Albergo dei Poveri"*, destinato ad accogliere ed educare gli indigenti. Nel ventesimo secolo, divenne anche sede di un degradato carcere minorile, che il popolo chiamava 'o Serraglio.

È un Palazzo che si estende per 103.000 metri quadri: si tratta del più grande palazzo monumentale di Napoli, ma è anche uno degli edifici più grandi d'Europa.

Ed un suo quasi "gemello", il Reina Sofia, sorge a Madrid.

La facciata è lunga 350 metri e dietro di essa si contano più di 430 stanze distribuite su quattro livelli, la più alta delle quali misura 8 metri (l'ex dormitorio).

L'intervento del Pnrr, come si legge nella scheda tecnica preparata dal ministero, "*si pone l'obiettivo principale di innescare una generale riqualificazione e rigenerazione dello spazio urbano connesso, da piazza Carlo III e via Foria, realizzando una passeggiata con ampliamento delle zone pedonali, fino alla zona museale oltre piazza Cavour*".

Con l'intento di restituire all'infrastruttura la sua dimensione storica e culturale, il progetto prevede un'articolazione funzionale incentrata sul patrimonio storico-artistico, su donne e occupazione, e anche su giovani e lavoro.

Puglia

Antonello Cassano

Ammontano a circa 5 miliardi di euro i fondi che la Puglia si sarebbe assicurata dal Pnrr. Questo almeno in via teorica e prima che tutti i bandi vengano realizzati. Di questi 5 miliardi per esempio, secondo stime Ance 3,9 sono destinati all'edilizia.

Si tratta di fondi già territorializzati. Ma al momento non ci sono progetti esecutivi direttamente legati a questi finanziamenti.

Dove ci sono già progetti pronti per trasformarsi in cantieri è sul fronte della rigenerazione urbana. In questo caso la Puglia ha fatto il pieno.

Su un totale di 2,8 miliardi di euro messi a disposizione dal ministero delle Infrastrutture attraverso un bando, la Puglia ne riceverà 400 milioni.

Si tratta della regione che ha il più alto numero di progetti approvati (21).

Fra questi anche il cosiddetto "*nodo verde*", progetto firmato dall'archistar Massimiliano Fuksas da 100 milioni di euro per coprire con un parco 2,2 chilometri di fasci di binari che dividono la città di Bari in due.

Male invece la prestazione pugliese nel bando per il potenziamento delle infrastrutture idriche messo a punto dal ministero dell'Agricoltura: sui 149 progetti nazionali ammessi al finanziamento, solo uno è pugliese e vale 2,1 milioni di euro, pari allo 0,1 per cento dei fondi destinati al Sud (va detto che i fondi totali a disposizione ammontavano a oltre 1,6 miliardi di euro). Il bando però non è ancora chiuso e c'è ancora la possibilità di accogliere nuovi progetti pugliesi.

In teoria la regione è destinataria di altri fondi provenienti dal Pnrr.

Nei giorni scorsi infatti l'assessorato regionale al Lavoro ha annunciato che in Puglia arriveranno 69 milioni di euro nell'ambito del Programma nazionale per la garanzia di occupabilità dei lavoratori.

Ma alla cifra totale di 5 miliardi per il momento destinati alla Puglia si arriva se si aggiungono anche i 631 milioni di euro che passano dalla misura 6 del Pnrr.

Soldi che serviranno per ammodernare vecchi ospedali, realizzarne di nuovi e soprattutto potenziare l'assistenza territoriale.

Nel complesso solo la Regione Puglia ha presentato nei mesi scorsi una griglia di 167 progetti del valore totale di 17,9 miliardi di euro da finanziare con il Pnrr.

Non si tratta di progetti già inseriti nel Piano, ma di proposte che a dovranno via via trovare posto nei vari bandi che verranno messi a punto.

Sicilia

Claudio Reale

Fallita la prima occasione, la Sicilia si è rifatta con la seconda. Al pronti-via del Piano nazionale di ripresa e resilienza l'isola è finita sulla ribalta della cronaca nazionale per la bocciatura di 31 progetti su 31 per

l'irrigazione in agricoltura: a compensare quello smacco, però, è arrivato pochi giorni dopo il via libera a 23 interventi per la Riqualificazione urbana, in più consistente dei quali – un cantiere da poco meno di 100 milioni per il recupero della parte sud-orientale di Messina – è addirittura finito in cima alla graduatoria delle opere considerate prioritarie dal ministero delle Infrastrutture.

Nel dibattito politico siciliano, però, pesa ancora la *défaillance* sulle opere per l'irrigazione.

I consorzi di bonifica siciliani avevano presentato 61 progetti: 29, però, sono stati incasellati nel canale di finanziamento sbagliato, uno aveva un errore formale e gli altri 31 sono stati bocciati nel merito dal ministero dell'Agricoltura.

Così, pochi giorni fa la Regione, che sulle prime aveva attaccato il ministro Stefano Patuanelli contestando i criteri, ha avviato i canali diplomatici: alla fine l'assessore regionale all'Agricoltura Toni Scilla ha ottenuto la riapertura dell'istruttoria su una parte degli interventi.

“Otto progetti – ha detto dopo il vertice con Patuanelli – possono essere recuperati. In questo modo otterremo 120 milioni”.

Il via libera definitivo, però, deve ancora arrivare: nel frattempo di certo ci sono solo i circa 400 milioni per la Riqualificazione urbana, un capitolo che comprende opere in tutte le principali città dell'isola.

I progetti della svolta

È in gioco il futuro di intere comunità. Il cui destino - cioè la qualità di strade, scuole, trasporti, sanità e sviluppo, dipende da questa occasione di svolta.

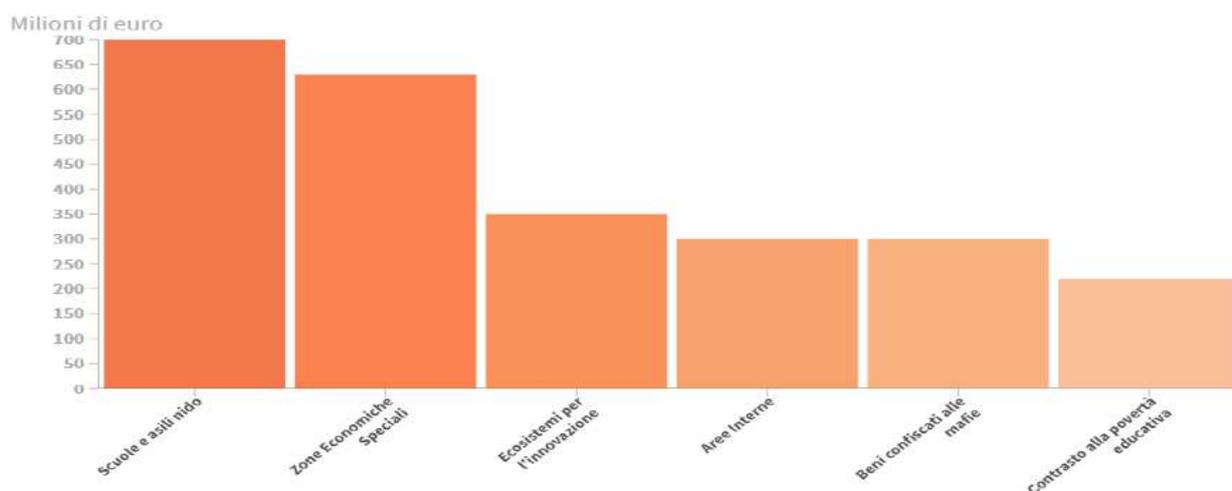
Che contempla opportunità importanti. Basta citare solo alcuni dei bandi, a misura di Mezzogiorno, che potrebbero cambiare il volto di molte aree depresse.

Si parte dai 700 milioni di euro per asili nido e scuole materne (solo una fetta dei complessivi 2,7 miliardi che andranno al Mezzogiorno su questa sola voce) per andare ai 630 milioni per la realizzazione delle Zes (le Zone economiche speciali), con connettività tra strade e porti, per i quali ultimi sono previsti in tutto 1 miliardo e 200 milioni.

Si va dai 300 milioni per le 72 aree interne, a rischio spopolamento, ai 350 milioni per i cosiddetti Eco-sistemi dell'Innovazione, sul modello dell'Academy Apple di San Giovanni a Teduccio, realtà modello sorta alla periferia est di Napoli.

O ancora: dai 300 milioni per il riutilizzo dei beni confiscati alla mafia, un fronte su cui lo Stato ha perso in questi anni troppe occasioni, ai 220 milioni per il contrasto alle povertà educative.

I piani di investimento nel Mezzogiorno

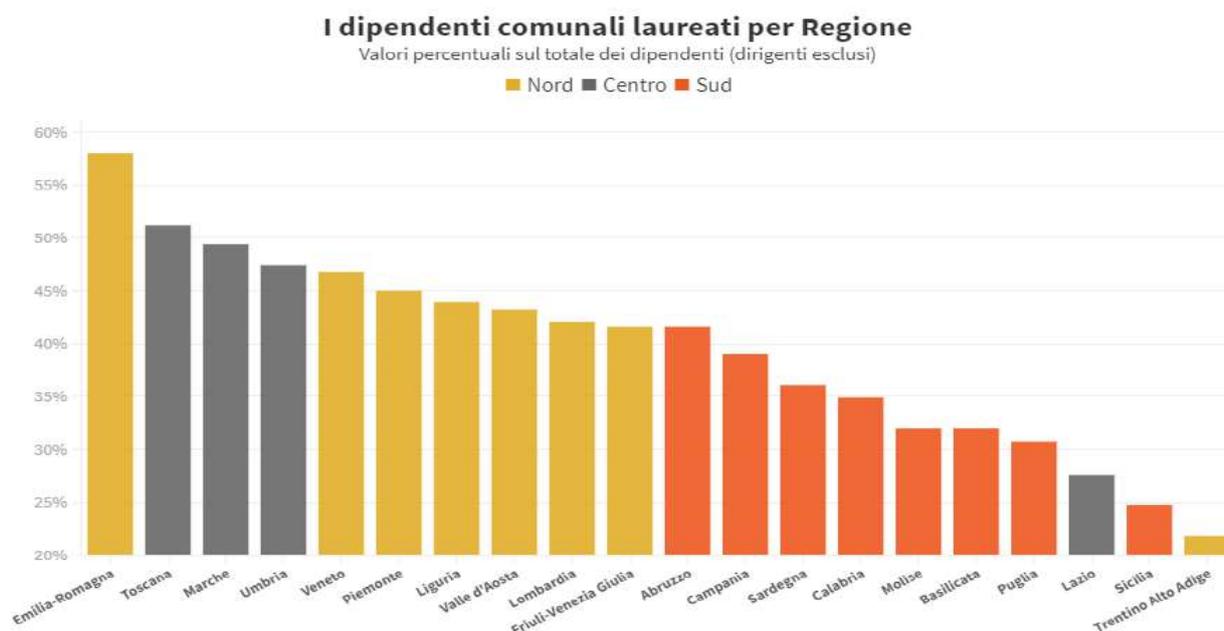


Molte speranze, appese a esili fili. Oppure umiliate da criteri che danneggiano il Sud. Come quello che, sul bando degli asili nido, prevedeva la clausola del co-finanziamento anziché il principio che chi ne era totalmente sprovvisto, o quasi, dovesse avere più punteggio o venir prima di chi poteva contare su più strutture.

Un elemento che ha finito per privilegiare le regioni più ricche di servizi socio-educativi.

A danno di intere aree del Meridione. Sebbene dagli uffici tecnici del Ministero guidato dalla Carfagna si faccia notare che su quel bando di 700 milioni per gli asili (dedicati ai bimbi dai 3 mesi ai 3 anni) "è stato assegnato ai Comuni del Mezzogiorno anche più del 40 per cento dei fondi. Segno che, in questo caso, la gran parte degli enti locali si era preparata e aveva pianificato le sue richieste". Resta un dato.

"Per la prima volta nella storia del Mezzogiorno repubblicano", sottolinea ancora Bianchi di Svimez, "ci sono tanti soldi e toppa paura di perderli. Adesso occorre risolvere per tempo. Io vedo una sola strada: provare a organizzare dei Centri di competenze territoriali, grazie alle Università. Da coprire, come in analoghi casi, con le quote del Pnrr destinate all'assistenza tecnica. Altrimenti non se ne esce. Basti dire che se nel Nord Italia la quota di personale laureato negli enti locali arriva alla media del 25 per cento, al Sud scende fino al 10 per cento. Come avviene a Palermo. E questo non può non avere conseguenze".



Lo "straniero" arrivato dal Veneto

Eppure, c'è un punto geografico preciso in cui sembrano guardarsi negli occhi, per beffa del caso, o virtuosa coincidenza, il Nord più smart e il Mezzogiorno più arretrato.

È Seminara, in dote lo splendido scorcio di Cala Janculla sulla costa Viola, 2500 abitanti in provincia di Reggio Calabria: dove il sindaco, insediatosi solo dieci giorni fa, è Giovanni Piccolo, 31 anni, laurea in Legge, due master e soprattutto un incarico da funzionario in Veneto, nel settore "Fondi europei e rendicontazione".

A 1200 chilometri di distanza, appunto, negli uffici guidati da Zaia.

Piccolo ha deciso di tornare nel suo paese d'origine. E ha scoperto, ad esempio, che "sui 25 compagni di classe che eravamo alle medie, 20 sono emigrati". Cogliere la chance del Pnrr, da queste parti, significa partire per la luna. O quasi.

"La legge non mi chiede di scegliere e quindi continuerò a lavorare per la presidenza della Regione Veneto, in gran parte in *smart working* grazie a una profonda formazione che abbiamo seguito.

E intanto proverò a risollevarle le sorti del mio comune. Le carenze? Incredibili.

Non ho neanche un segretario comunale, dirigenti quasi zero. Poi sono entrato nell'ufficio Bilancio: ho scoperto che ho un solo dipendente di categoria A, cioè con la terza media, raccapricciante.

La colpa, tuttavia, è anche della politica locale, e dei Comuni che non si sono mai posti il problema della formazione. Ma non possiamo perderci d'animo. E ho appena chiesto aiuto alla task-force messa a

disposizione dal Ministero della Pa: almeno un funzionario a tempo, proprio per i progetti sui fondi del Recovery".

Non va meglio a Palmi, dove il primo cittadino Giuseppe Ranucci, scuote la testa: "Eravamo 350 dipendenti fino a una decina di anni fa, ora siamo a 70. C'è una totale inadeguatezza anche in termini di qualità.

Nel settore Ambiente e Urbanistica abbiamo solo 3 persone, con due funzionari e un amministrativo, per centinaia di pratiche sulle più svariate attività. Aspettiamo questi investimenti come la terra promessa.

Ma è come se non avessimo gambe per correre". Come non comprendere lo scetticismo.

"Il Pnrr prevede poli di interventi sulla Sanità di prossimità, di cui abbiamo un bisogno profondo, aggiunge Ranucci. Eppure da oltre 14 anni, qui nella Piana di Gioia Tauro, aspettiamo l'ospedale: costo 150 milioni, per il quale ci sono voluti 13 pareri e non c'è stata neanche la prima pietra".

Accade nella Regione che paga 300 milioni l'anno per l'emigrazione sanitaria dei suoi abitanti.

Da un palazzo affacciato sul verde e la costa di Pollica, in Cilento, il primo cittadino Pisani non fa che raccogliere disagi e preoccupazione di tanti suoi colleghi.

"Tante e diverse piattaforme digitali con cui interagire per i progetti Pnrr, troppe. E sono 12 o 14 i pareri per ogni processo.

Il personale è rimasto troppo indietro", riflette quel sindaco-commercialista subentrato al coraggioso Vassallo, uno che alla rinascita del suo pezzo di Sud ha sacrificato la vita.

"Se non corriamo ai ripari subito, aggiunge Pisani, saremo costretti tra qualche anno a raccontarci della grande opportunità persa, alla scomparsa dei grandi valori culturali, storici, ambientali conservati dai piccoli comuni che ancora presidiano le aree di margine.

La sfida ci si pone di fronte come il gigante Golia (burocrazia e modernità) davanti al piccolo Davide.

Credo che stavolta il coraggio, il sacrificio e l'abnegazione non saranno sufficienti".

Tasse più alte al Sud

Isaia Sales

Diverse riforme e molteplici crisi finanziarie hanno cambiato radicalmente alcune condizioni degli enti locali, in particolare di quelli del Sud d'Italia.

Capovolgendo un dato che si era ritenuto imm modificabile, che cioè fossero le amministrazioni meridionali a detenere il maggior numero di impiegati pubblici rispetto alla popolazione e ad esercitare una pressione fiscale più blanda.

E invece la situazione si è radicalmente modificata negli ultimi 30 anni: i comuni, le province e le regioni meridionali sono oggi caratterizzati dalla maggiore penuria di dipendenti pubblici e con una tassazione dei servizi tra le più alte in Italia. Eppure continuano a prevalere luoghi comuni e pregiudizi lontanissimi dalla realtà.

Se guardiamo i dati relativi alle prime 10 città italiane con la più alta pressione fiscale, se ne registrano ben 6 meridionali, mentre non se ne trova una classificata tra le prime venti per qualità della vita!

E se consideriamo il rapporto tra numero di abitanti e numero di dipendenti pubblici locali, si riscontra che tra le regioni a statuto speciale sono le tre del Nord (Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia) ad averne di più rispetto a Sicilia e a Sardegna, che in Liguria se ne contano di più che in Calabria, nel Lazio più che in Campania, in Lombardia e Veneto più che in Puglia.

Secondo uno studio della Banca d'Italia, nel decennio 2008/2018 i dipendenti pubblici locali sono diminuiti del 27% nel Sud, del 20% nel Centro e del 18% nel Nord.

E a causa del blocco del turnover, nel Sud il personale con oltre i 60 anni rappresenta ormai il 35% del totale.

Se poi scorriamo la classifica dell'Irap, l'imposta regionale che grava sulle imprese, scopriamo che le regioni che hanno le aliquote più alte sono la Calabria, la Campania, il Molise, il Lazio, la Puglia e l'Abruzzo.

Dal 1995 al 2015, le imposte locali sono aumentate più del 300% in Italia, passando da un gettito di 30 miliardi ai 103 degli ultimi anni; i maggiori aumenti sono a carico degli enti locali meridionali che partivano da tassazioni più basse o addirittura inesistenti.

Fino all'inizio degli anni ottanta del Novecento le risorse necessarie agli enti locali per mantenere il personale e garantire i servizi erano assicurate dallo Stato che aveva centralizzato ogni forma di tassazione dei cittadini. Questa scelta puntava a tenere sotto controllo gli spaventosi indebitamenti a cui ricorrevano i comuni per garantirsi il finanziamento di molti dei loro servizi e soprattutto l'eccesso di personale rispetto alle entrate. Successivamente si è deciso di cambiare impostazione prevedendo un sistema misto di finanziamento con all'incirca il 40% derivante da risorse statali e il resto tra tasse locali (acqua, spazzatura, ecc.), tariffe per servizi offerti (asili, assistenza agli anziani) e canoni per fitti di proprietà pubbliche.

Ma neanche questo sistema ha retto costringendo molti comuni per anni a sovrastimare le entrate e a sottostimare le uscite. Poi sono state varate le numerose strette di finanza pubblica in rapporto sia alla scelta di entrare da subito nella moneta unica europea (anni 1996/2001) sia in ragione della crisi finanziaria ed economica che ha investito l'economia mondiale (2007/2011).

In Italia ne hanno fatto le spese soprattutto i comuni.

E quelli meridionali ancora di più perché rispetto a quelli settentrionali si sono dovuti inventare personale, uffici, procedure per la tassazione locale che oggettivamente era stata assente fino all'inizio degli anni novanta o esposta ad un'altissima evasione.

Poi un colpo decisivo è stato dato dal risanamento dei debiti della sanità, che ha imposto alla maggior parte delle regioni meridionali costosissimi piani di rientro, stabilendo un rapporto all'inverso tra maggiori tasse e migliore qualità delle cure sanitarie.

Paradosso inaccettabile di questa situazione è l'altissima migrazione per curarsi nelle strutture del Centro-Nord.

In verità il funzionamento degli enti locali corrisponde fin dall'indomani dell'Unità d'Italia a due esigenze diverse. Nel Centro-Nord, con lo svilupparsi di una vivace economia di mercato, gli enti locali si sono specializzati nella produzione di servizi a supporto del lavoro privato.

Il comune centro-settentrionale supportava lo sviluppo economico, lo corroborava, lo influenzava ma non si sostituiva ad esso; provava solo a garantire la migliore organizzazione della vita collettiva fuori dalla fabbrica e dagli uffici.

Al Sud, invece, la minore vivacità del mercato (e l'arretratezza dell'apparato industriale e produttivo) caricava i municipi di un maggior ruolo di tenuta economica per le famiglie, spesso anche a discapito del ruolo sociale e civile. Il comune meridionale si assumeva il compito non di garantire i servizi ma di sostituire con le attività amministrative ciò che il mercato non assicurava. Insomma, nel Centro-

Nord il comune integrava il mercato privato, nel Sud lo sostituiva, e l'obiettivo di "far girare" l'economia era più importante che produrre servizi per la collettività amministrata.

Questa diversa modalità di funzionamento e di percezione dei cittadini si è arrestata all'inizio degli anni novanta, sia grazie alla nuova legge sull'elezione diretta dei sindaci sia dalla crescita anche nel Sud di una pubblica opinione non più disponibile ad accettare il degrado pubblico in cambio del ruolo svolto dall'economia amministrativa a sostegno dei redditi. Ma questa nuova consapevolezza si è dovuta scontrare, appunto, con la crisi verticale delle finanze locali.

In conclusione. Mentre si sta per avviare la progettazione e la spesa concreta del Recovery Plan, ci troviamo a registrare due paradossi: a) le tasse più alte ci sono laddove funzionano peggio i servizi pubblici; b) la mancanza di impiegati pubblici e di tecnici specializzati si fa sentire maggiormente nei luoghi dove si dovrebbe spendere almeno il 40% delle risorse, cioè in quei territori che hanno meno servizi pubblici e minori possibilità di progettarli per assenza di personale.

Come fare fronte a questa inedita situazione?

Per quanto riguarda la mancanza di personale qualificato, in attesa di sbloccare molte procedure avviate per le nuove assunzioni, si potrebbe fare ricorso nell'immediato alle competenze accumulate nelle università meridionali; per quanto riguarda il rapporto inverso tra tasse e qualità dei servizi, c'è un solo modo per intervenire: garantendo centralmente un equilibrio territoriale senza basarsi sulla capacità dei comuni di presentare progetti.

I diritti fondamentali non possono essere legati alla capacità di un singolo comune di farli rispettare con i propri mezzi. Infine, resta sospesa la domanda: perché le regioni debbono avere tante risorse e i comuni no?

https://www.repubblica.it/cronaca/2021/10/25/news/fondi_pnrr_al_sud_campania_puglia_calabria_e_sicilia_piani_e_spese_possibilita_e_occasioni_perdute-323683913/?ref=RHTP-BH-I322793271-P2-S2-T1

Clima, ambiente e salute.



Un'analisi trasversale dei fattori meteorologici e della trasmissione di SARS-CoV-2 in 409 città in 26 paesi

Francesco Sera , Ben Armstrong , Sam Abbott , Sophie Meakin , Kathleen O'Reilly , Rosa von Borries , Rochelle Schneider , Dominic Royé , Masahiro Hashizume , Matilde Pasquale , Aurelio Tobia , Ana Maria Vicedo-Cabrera , Rete di ricerca collaborativa MCC , Gruppo di lavoro CMMID COVID-19 , Antonio Gasparrini & Rachel Lowe

Comunicazioni sulla natura volume 12 ,
Numero articolo: 5968 (2021)

Astratto

Esistono prove contrastanti sull'influenza del tempo sulla trasmissione di COVID-19.

Il nostro obiettivo è stimare le firme dipendenti dalle condizioni meteorologiche nella fase iniziale della pandemia, controllando al contempo i fattori socioeconomici e gli interventi non farmaceutici.

Identifichiamo una modesta associazione non lineare tra la temperatura media e il numero effettivo di riproduzione (R_e) in 409 città in 26 paesi, con una diminuzione di 0,087 (IC 95%: 0,025; 0,148) per un aumento di 10 °C.

Gli interventi precoci hanno un effetto maggiore su R_e con una diminuzione di 0,285 (95% CI 0,223; 0,347) per un aumento dal 5° al 95° percentile dell'indice di risposta del governo.

La variazione del numero effettivo di riproduzione spiegata dagli interventi del governo è 6 volte maggiore rispetto alla temperatura media.

Troviamo poche prove che le condizioni meteorologiche abbiano influenzato le prime fasi delle epidemie locali e concludiamo che il comportamento della popolazione e gli interventi del governo sono fattori più importanti di trasmissione.

Introduzione

La sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2 (SARS-cov-2) si è rapidamente diffusa in tutto il mondo, attraversando diverse condizioni climatiche e ambientali.

La trasmissione locale sostenuta si è verificata nella maggior parte dei paesi, portando a sfide politiche, sociali ed economiche ea devastanti perdite di vite umane.

Fin dalla prima fase della pandemia, si è ipotizzato che le condizioni meteorologiche potessero modulare i modelli di trasmissione di SARS-cov-2. Il dibattito è stato guidato dall'analogia con le infezioni virali respiratorie endemiche stagionali esistenti, come l'influenza e altri coronavirus umani, che tendono a raggiungere il picco nei mesi invernali più secchi e freddi nei climi temperati 1.

Tuttavia, i meccanismi specifici alla base di questa stagionalità, in termini di immunità e suscettibilità dell'ospite, stabilità virale o comportamento umano sensibile alle condizioni meteorologiche, sono poco conosciuti 2. I modelli di trasmissione dinamica hanno dimostrato che è improbabile che le variabili meteorologiche, come la temperatura e l'umidità, siano state un fattore di rischio di trasmissione dominante nelle prime fasi della pandemia di COVID-19, data l'elevata suscettibilità della popolazione 3: 4.

Poiché SARS-cov-2 è un nuovo virus per l'uomo, con <1 anno di dati disponibili al momento della scrittura, è difficile accertare il potenziale di trasmissione modulata dal clima.

Diversi studi hanno tentato tali analisi. Tuttavia, molti di questi studi avevano carenze metodologiche ed i risultati sono stati a volte contrastanti 5: 6.

I risultati dello studio per la temperatura hanno portato a un'associazione positiva 7·8 , negativa 9·10 , non lineare 11·12 o non significativa 13·14 con la variabile di risposta COVID-19. Ad esempio, la maggior parte degli studi non ha controllato i fattori chiave di modulazione, come restrizioni governative variabili, indicatori socioeconomici, densità di popolazione o struttura per età 15·16·17 .

In questo studio, superiamo i problemi metodologici degli approcci precedenti utilizzando un approccio di modellazione ecologica in due fasi per esaminare l'impatto delle variabili meteorologiche sulla trasmissione di SARS-cov-2 confrontando le città situate in tutto il mondo, tenendo conto della confusione di fattori non farmaceutici intervenienti (NPI) e covariate a livello di città.

Lo studio si basa su un ampio set di dati, raccolto dal Multi-Country Multi-City MCC Collaborative Research Network (<https://mccstudy.lshtm.ac.uk/>), costituito da serie temporali di casi COVID-19 giornalieri registrati tra le 11 gennaio e 28 aprile 2020 in 409 località (città o piccole regioni) in 26 paesi.

Nella prima fase, abbiamo stimato il numero effettivo di riproduzione (R_e), in ogni città, in una finestra temporale specifica per la città all'inizio dell'epidemia.

Utilizziamo un approccio basato sull'equazione di rinnovo che stima le infezioni latenti e quindi mappa queste infezioni alle notifiche osservate tramite un periodo di incubazione, un ritardo del rapporto e un modello di osservazione binomiale negativo con effetto giorno della settimana 18 .

Concentrarsi sulla fase iniziale della pandemia ci consente di ridurre al minimo i possibili pregiudizi derivanti da fattori che incidono su R_e (in particolare interventi non farmaceutici (NPI)), che si sono sviluppati con il progredire della pandemia.

Questi includono il cambiamento dei metodi e delle strategie di accertamento, l'implementazione di forti NPI (ad esempio divieti di viaggio, chiusura delle scuole e blocco), la comparsa di nuove varianti e, infine, campagne di vaccinazione.

Inoltre, nella prima fase definiamo le nostre variabili di esposizione come valori medi delle variabili meteorologiche (tra cui temperatura media giornaliera, umidità relativa e assoluta, radiazione solare, velocità del vento e precipitazioni), per ogni città, nella finestra temporale della prima fase, utilizzando il Centro europeo per le previsioni meteorologiche a medio termine di quinta generazione ERA5 rianalisi atmosferica del clima globale 19 .

In una seconda fase 'trasversale', stimiamo l'associazione di R_e .

A livello di città, calcolato per la finestra specifica della città (consentendo errori standard), con ciascuna variabile meteorologica, controllando per confusione per popolazione totale, densità di popolazione, prodotto interno lordo (PIL) pro capite, percentuale di popolazione > 65 anni, livelli di inquinamento (es. Particolato, $PM_{2.5}$) e l'indice di risposta del governo Oxford COVID-19 Government Response Tracker (oxcgrt) ritardato all'endpoint della finestra temporale selezionata (ritardo di 10 giorni), consentendo la struttura a due livelli (città e paesi) di i dati utilizzando un modello di meta-regressione multilivello 20(vedi 'Metodi' per maggiori dettagli).

Riteniamo che i dati utilizzati e l'analisi eseguita in questo studio migliorino gli approcci precedenti. In particolare, la fine scala spaziale dei dati a livello di città e il disegno metodologico, che tiene conto della confusione tra NPI e covariate a livello di città, ci consente di quantificare con precisione la relazione tra le variabili meteorologiche e R_e .

Discussione

Abbiamo combinato set di dati sulla trasmissione di COVID-19 con dati meteorologici, demografici, socioeconomici e di intervento per 409 città in 26 paesi in tutto il mondo per stimare l'associazione tra fattori meteorologici e R_e nella fase iniziale della pandemia di COVID-19.

Abbiamo trovato prove di una modesta associazione non monotona di temperatura media esterna e AH con la fase iniziale R_e , dopo aver controllato potenziali fattori di confondimento, inclusi gli NPI.

La temperatura spiega il 2,4% e AH il 2,0% della variazione di R_e , rispetto al 13,8% spiegato dall'indice di risposta del governo OxCGRT nell'analisi corretta. Le associazioni di temperatura e AH con R_e non erano indipendenti; l'elevata correlazione tra loro precludeva il controllo dell'uno per l'altro.

Nel complesso, c'erano poche prove di qualsiasi cambiamento nella R_e di COVID-19 associato a RH e nessuna evidenza di precipitazioni e velocità del vento.

Le associazioni tra temperatura, umidità e trasmissione di SARS-CoV-2 potrebbero essere spiegate da tre meccanismi.

Fig. 1: Numero effettivo di riproduzione e temperatura media nella finestra di osservazione per 409 città.

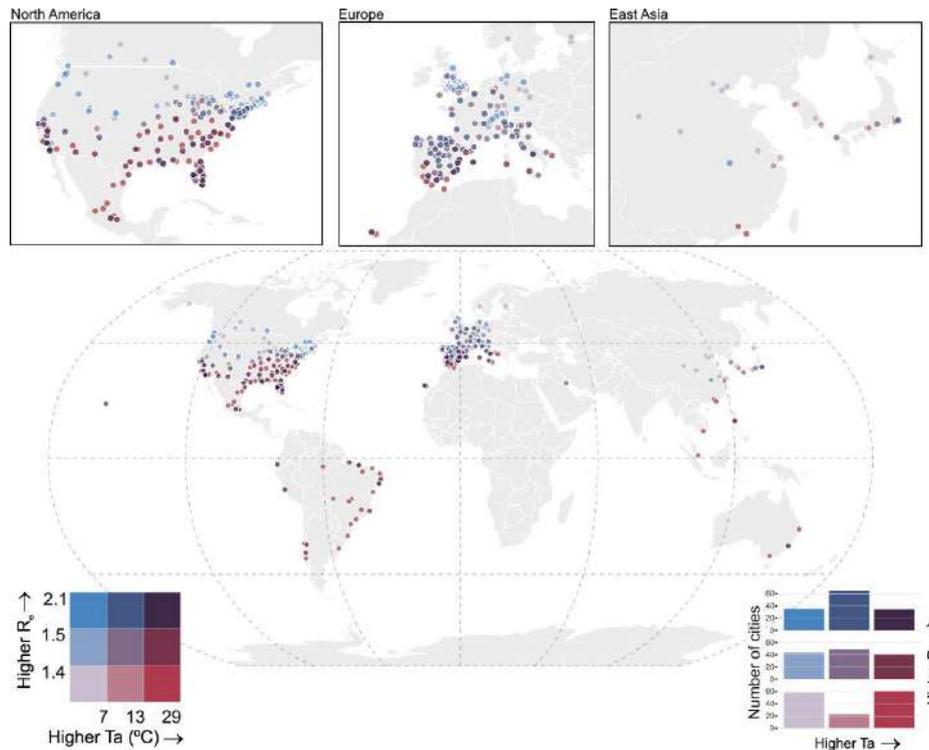


Grafico bivariato del numero effettivo di riproduzione (R_e) e della temperatura media (T_a) (°C) nella finestra di osservazione per ciascuna delle 409 città di studio. I cerchi viola scuro rappresentano le città con R_e alto e T_a alto, mentre i cerchi viola chiaro mostrano le aree con R_e basso e T_a basso. I cerchi rossi rappresentano le città con R_e basso e T_a alto e i cerchi blu rappresentano le aree con R_e alto e T_a basso. Il grafico a barre (in basso a destra) rappresenta il numero di città in ciascuna categoria definita nella legenda bivariata (in basso a sinistra).

Innanzitutto, come altri virus con un involucro lipidico, SARS-CoV-2 è risultato sensibile alla temperatura, all'umidità e alla radiazione solare in condizioni di laboratorio [21](#)·[22](#)·[23](#)·[24](#)·[25](#), il che influisce sulla sua capacità di sopravvivere su superfici e negli aerosol.

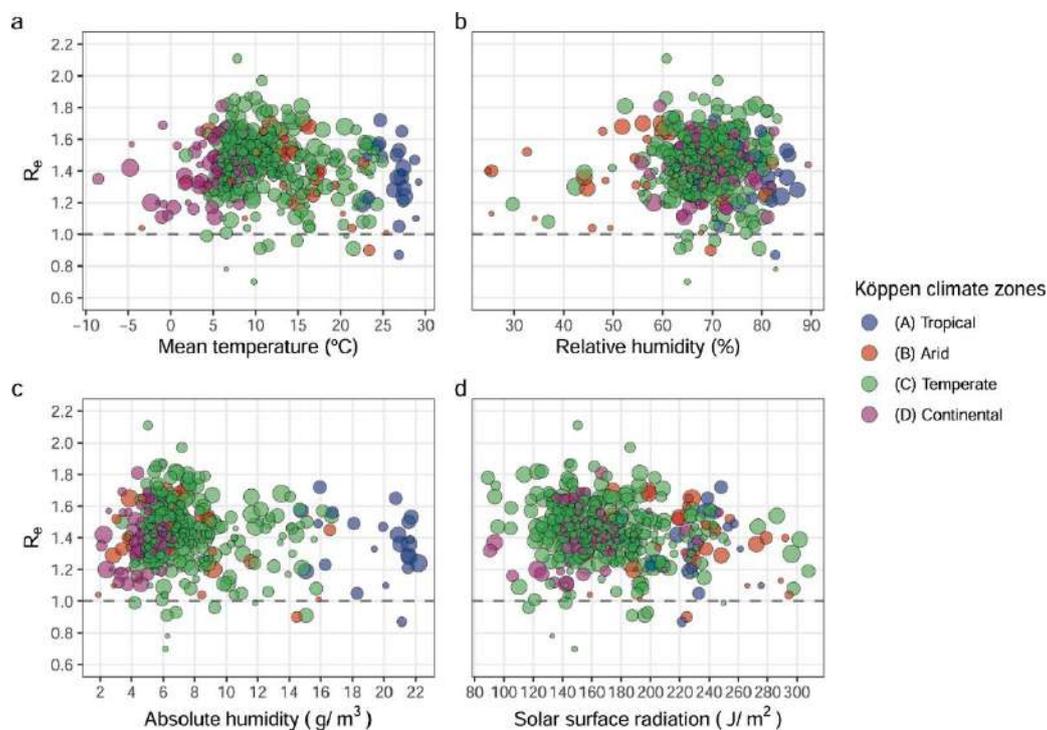
Il comportamento delle goccioline negli aerosol cambia con i diversi livelli di temperatura e umidità. La bassa umidità relativa favorisce l'accumulo di particelle di aerosol (poiché l'evaporazione lascia dietro di sé nuclei di goccioline galleggianti) aumentando la probabilità di essere inalate [26](#)·[27](#).

In secondo luogo, è stato dimostrato che i meccanismi di risposta immunitaria innata e adattativa sono modulati dai cambiamenti stagionali.

Livelli più bassi di vitamina D, mediati dalla ridotta esposizione alle radiazioni ultraviolette B durante l'inverno, potrebbero portare a un'alterazione delle difese immunitarie innate antivirali [28](#)·[29](#)·[30](#).

Respirare aria secca può compromettere la clearance mucociliare, riducendo la capacità delle cellule delle ciglia di secernere muco e rimuovere le particelle virali (risposta immunitaria innata) [27](#), [31](#).
 Geni interferone-stimolata, di solito induce uno stato antivirale come parte della risposta immunitaria innata sono stati trovati per essere compromessa a bassa umidità relativa [32](#).
 È stato dimostrato che le alte temperature ostacolano il CD8⁺ specifico del virus Risposte delle cellule T e produzione di anticorpi (sistema immunitario adattativo) [33](#). In terzo luogo, la mobilità umana, i modelli di contatto e il tempo trascorso al chiuso sono influenzati dalle condizioni meteorologiche [34](#).
 Condizioni molto calde e molto fredde possono portare a trascorrere più tempo in spazi chiusi, il che potrebbe aumentare la probabilità di trasmissione di SARS-CoV-2.
 I risultati di questo studio sono solo in parte coerenti con i risultati di altri studi globali che utilizzano approcci statistici per studiare gli effetti meteorologici sulla trasmissione di COVID-19.

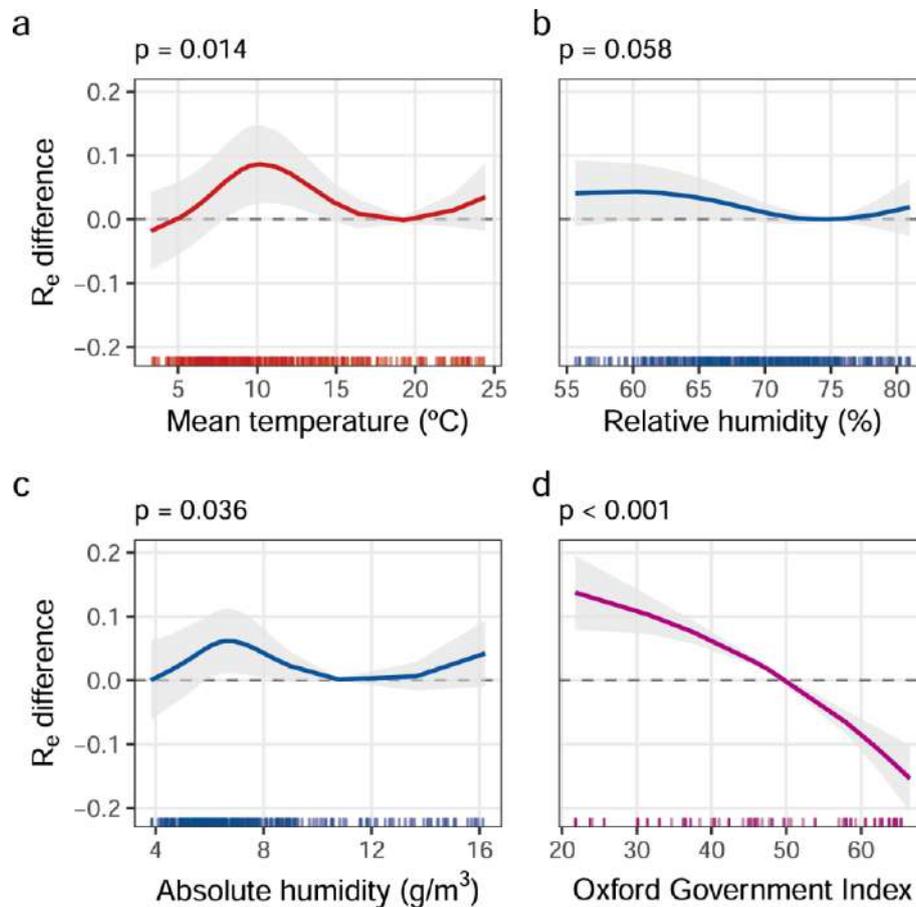
Fig. 2: Numero effettivo di riproduzione vs variabili meteorologiche chiave per zona climatica.



a Temperatura media (°C), **b** umidità relativa (%), **c** umidità assoluta (g/m³) e **d** radiazione solare superficiale (J/m²) vs numero di riproduzione effettiva (R_e) per zona climatica (409 città). L'area dei cerchi è proporzionale alla precisione (inversa della varianza) delle stime R_e .

Meyer et al. [9](#) hanno scoperto che la temperatura media aveva un'associazione negativa modesta con l'incidenza di COVID-19 per temperature superiori a -15 °C sulla base di un set di dati di 100 paesi, dopo aver controllato per la capacità di sorveglianza, il tempo dal primo caso segnalato, la densità di popolazione e l'età media della popolazione, mentre RH aveva un'associazione negativa non significativa con l'incidenza del caso. Juni et al. [13](#) che copre 144 aree geopolitiche ha mostrato che le misure di temperatura e umidità non erano significativamente associate alla crescita dell'epidemia, mentre sono state trovate associazioni significative per restrizioni di raduni di massa, chiusure scolastiche e misure di distanziamento sociale, che sono coerenti con le nostre scoperte di un impatto più forte del governo OxCGRT Indice di risposta rispetto alle condizioni climatiche.

Fig. 3: Associazioni tra variabili meteorologiche, interventi non farmaceutici e numero effettivo di riproduzione.



Associazioni non lineari tra (**a**) temperatura media (°C), (**b**) umidità relativa (%), (**c**) umidità assoluta (g/m^3) e (**d**) OxCGRT Government Response Index e differenza R_e prevista. Le curve e i loro intervalli di confidenza al 95% mostrano la differenza prevista in R_e rispetto a un valore di riferimento fissato al valore al fondo della curva per le variabili meteorologiche (**a** – **c**), o per l'indice di risposta del governo OxCGRT = 50 (**d**). Test di Wald su due lati pi valori e le curve aggiustate con intervalli di confidenza al 95% sono stati ottenuti da modelli multilivello di meta-regressione multivariata aggiustati per popolazione (scala logaritmica), densità di popolazione (scala logaritmica), PIL (scala logaritmica), % popolazione >65 anni di età, $\text{PM}_{2.5}$ ($\mu\text{g/m}^3$, scala logaritmica) e OxCGRT Government Response Index, con città annidate all'interno dei paesi. La distribuzione marginale lungo l'asse x rappresenta i dati osservati per quella covariata.

Wu et al. [35](#) che incorporano dati provenienti da 166 paesi hanno scoperto che un aumento di 1 °C della temperatura e dell'umidità relativa era associato a una diminuzione del 3% e dello 0,85% nei nuovi casi giornalieri, rispettivamente, dopo aver controllato la velocità del vento, l'età media della popolazione, l'indice di salute globale, lo sviluppo umano Indice e densità di popolazione.

È interessante notare che le associazioni non lineari tra la temperatura media giornaliera e il numero di riproduzione istantanea (R_t) negli Stati Uniti d'America sono stati trovati in uno studio condotto da Rubin et al. [12](#) con R_t decrescente al minimo all'aumentare della temperatura fino a 11 °C, in aumento tra 11 e 20 °C per poi nuovamente scendere a temperature >20 °C.

La forma dell'associazione può essere influenzata dall'effetto indiretto del clima nel variare la probabilità di interazioni sociali, ad esempio a temperature più elevate le persone possono radunarsi nelle città pubbliche, come spiagge e festival [12](#), mentre le temperature più fredde potrebbero limitare le attività sociali, come eventi sportivi [34](#).

Runkle et al. [11](#) concluso da diverse associazioni longitudinali in quattro città che l'umidità specifica nell'intervallo di 6-9 g/kg (cioè intervallo AH di 7,6-11,4 g/m³) era un predittore significativo del tasso di crescita di COVID-19, in linea con il nostro risultati.

Risultati poco chiari e incoerenti relativi a temperatura e umidità possono essere dovuti a sfide metodologiche e limitazioni dei dati.

Sfide metodologiche simili sono state evidenziate durante la valutazione dell'associazione tra inquinamento atmosferico ed epidemie di COVID-19 [36](#) [37](#).

La novità del virus, con meno di un ciclo annuale completo di dati disponibili nella maggior parte dei luoghi, rende difficile districare un segnale stagionale o tendenze interannuali da fattori meteorologici utilizzando modelli di serie temporali [38](#).

Inoltre, diversi interventi (ad es. restrizioni di raduni di massa, viaggi internazionali e chiusure scolastiche) adottati dai paesi in momenti diversi dopo l'insorgenza di epidemie locali potenzialmente confondono l'associazione tra variabili meteorologiche e diffusione del COVID-19.

Queste sfide ci hanno portato a considerare un approccio ecologico in cui abbiamo confrontato la curva dell'epidemia all'inizio dell'epidemia, riducendo al minimo l'effetto confondente degli NPI.

Nonostante ciò, abbiamo trovato una forte associazione dell'OxCGRT Government Response Index con R_e , confermando l'importanza degli interventi attuati nelle prime fasi dell'epidemia nel controllo delle dinamiche COVID-19 [39](#).

Confrontare le curve dell'epidemia in fase iniziale in diversi paesi è impegnativo dato che i paesi hanno definizioni di caso diverse e i primi dati COVID-19 hanno catturato solo una piccola parte dei casi, principalmente pazienti ospedalizzati o individui con sintomi gravi.

L'elevata percentuale stimata di casi asintomatici compromette l'uso del conteggio dei casi COVID-19 per stimare le dinamiche di trasmissione [40](#).

Abbiamo utilizzato una variabile di risposta stimata, ovvero il numero effettivo di riproduzione, calcolata tenendo conto dei ritardi di segnalazione e di altre fonti di incertezza.

La durata di 20 giorni è stata scelta come compromesso tra la necessità di giorni sufficienti per una stima R_e più precisa, mentre, allo stesso tempo, limitare la finestra per fornire condizioni meteorologiche più costanti, accertamento del caso e R_e stime all'interno della finestra.

Una finestra più ampia distorcerebbe le stime in modi che non possono essere prontamente adeguati. Il nostro approccio di meta-analisi tiene conto dell'incertezza nelle stime di R_e , che a sua volta riduce il livello di certezza nei risultati. Inoltre, 20 giorni sono ~ 4 generazioni di infezioni, che, nella maggior parte degli scenari di segnalazione, sono sufficienti per essere sicuri delle stime del livello di trasmissione.

Assumiamo che all'interno della finestra temporale di 20 giorni, la definizione del caso sia costante all'interno di una città o un paese e che R_e non sia influenzato dalle differenze nella definizione del caso tra i paesi.

Un chiaro punto di forza di questo studio è l'uso di un ampio set di dati di 409 città, che rappresentano il 44,8% di tutti i casi cumulativi di COVID-19 registrati entro il 31 maggio 2020 nel Coronavirus Resource Center della John Hopkins University.

La nostra analisi copre tutte le principali zone climatiche in tutto il mondo, che vanno dalle impostazioni climatiche temperate, continentali a quelle tropicali e secche.

Un altro punto di forza è il nostro approccio metodologico e statistico flessibile.

Abbiamo utilizzato modelli meta-analitici multilivello che tengono conto dell'incertezza della variabile di risposta, ovvero il numero effettivo di riproduzione.

Il modello ha consentito la possibile non linearità delle esposizioni e abbiamo corretto per una selezione di fattori socioeconomici e demografici chiave, oltre a utilizzare un effetto casuale per tenere conto delle differenze a livello di paese e città.

Abbiamo scelto le covariate in base al loro potenziale impatto sulla trasmissione virale che potrebbe confondere l'associazione esaminata tra le dinamiche meteorologiche e COVID-19.

In effetti, la densità della popolazione porta a tassi di contatto più elevati, aumentando potenzialmente la probabilità di trasmissione⁴¹.

La struttura per età di una popolazione è rilevante dato che gli anziani sono risultati più suscettibili alle infezioni e più probabilità di manifestare sintomi clinici di COVID-19 rispetto ai gruppi di età più giovani, aumentando la probabilità di cercare cure mediche e di sottoporsi a test⁴².

Inoltre, le differenze nei modelli di contatto tra i diversi gruppi di età possono influenzare ulteriormente il numero di COVID-19 casi in ogni gruppo di età⁴².

Gli indicatori socioeconomici, come il PIL pro capite, sono importanti da considerare poiché le popolazioni più svantaggiate potrebbero essere a maggior rischio di infezione a causa di potenziali condizioni di sovraffollamento degli alloggi, incapacità di lavorare da casa o accesso limitato alle cure mediche⁴³.

Inoltre, tra i fattori di qualità dell'aria, un'associazione positiva tra PM_{2,5} e COVID-19 incidenza e la mortalità è stata riportata^{44, 45}.

Abbiamo studiato le incertezze del modello con diverse analisi di sensibilità, ad esempio escludendo le città con $R < 1$, escludendo la Cina e il Brasile, le città dell'emisfero meridionale, le città con una latitudine inferiore a 45° e le città con un indice di risposta del governo OxCGRT superiore a 60.

Precedenti studi hanno confrontato città all'interno di un paese o considerate grandi unità geografiche^{13, 35, 46}, che potrebbe portare a un intervallo di esposizione limitato con una ridotta variabilità di temperatura e umidità segnalata durante le stagioni invernali o errori di misurazione elevati per le variabili meteorologiche definite su grandi unità geografiche.

Abbiamo preso in considerazione piccole unità di area/città distribuite tra 26 paesi in tutto il mondo, consentendo un buon intervallo di esposizione e riducendo al minimo l'errore di misurazione delle esposizioni.

Il nostro studio presenta diversi limiti importanti oltre a quelli già discussi. Le città dell'emisfero settentrionale erano sovrarappresentate rispetto alle città dell'emisfero meridionale, il che indica che i risultati potrebbero essere più rappresentativi per le città del nord del mondo.

I nostri risultati devono essere inseriti nel contesto delle complesse incertezze che circondano le caratteristiche del nuovo virus, come una conoscenza incompleta sui possibili meccanismi sottostanti tra le condizioni meteorologiche e il virus stesso, il ruolo dell'immunità dell'ospite e la potenziale influenza del comportamento umano sensibile alle condizioni meteorologiche, come l'affollamento indoor⁴⁷.

Tuttavia, è stato scoperto che l'AH ha dimostrato la più forte correlazione indoor-outdoor, indicando che le misure dell'AH all'aperto potrebbero riflettere le condizioni interne^{48, 49}.

Le limitazioni dei dati riguardanti il nuovo virus, tra cui la diversa accuratezza dei numeri dei casi COVID-19, la disponibilità limitata dei dati tra le città e i vincoli temporali di un ciclo stagionale incompleto di SARS-CoV-2 contribuiscono ai limiti di questa analisi.

Nonostante queste limitazioni, le associazioni del tempo con R_e in questo studio suggeriscono che è probabile che tali effetti siano piccoli rispetto ad altri fattori di trasmissione.

Gli NPI hanno avuto un impatto maggiore sulla variazione nella trasmissione tra le città rispetto alle variabili meteorologiche. Non abbiamo riscontrato condizioni meteorologiche in cui la trasmissione sia ostacolata se non vengono prese le precauzioni (distanziamento sociale, uso delle mascherine, ecc.).

Questi risultati supportano l'affermazione che, ad oggi, gli interventi COVID-19 sono critici indipendentemente dalle condizioni meteorologiche.

<https://www.nature.com/articles/s41467-021-25914-8#Fig3>

Ambiente, salute e approccio OneHealth: una sfida per il sistema sanitario e per le società scientifiche mediche

A.Di Ciaula, P.Lauriola, M.G.Petronio, R.Romizi

I concetti di OneHealth, Global Health e Planetary Health, pur con diverse sfaccettature, condividono l'evidenza della necessità di uno sforzo congiunto di più discipline professionali che operano a livello locale, nazionale e globale per il raggiungimento di una salute ottimale delle persone, degli animali e dell'ambiente



18 OTT - L'interazione tra COVID-19, malattie non-comunicabili, iniquità socio-economiche, inquinamento ambientale e modificazioni climatiche richiede, nell'ottica di un approccio sindemico, uno sforzo senza precedenti sia per risolvere la crisi attuale che per prevenirne altre.

La sfida non può che essere quella di puntare al mantenimento dello stato di salute (e non alla mera gestione delle patologie) per il più lungo periodo possibile, grazie a pratiche di prevenzione primaria che coinvolgano tutti i settori della società (dalla mobilità, all'agricoltura, alle fonti energetiche etc.) e che prevedano una riorganizzazione dei servizi pubblici nel senso della interdisciplinarietà a partire dal settore sanitario.

Questo obiettivo deve essere considerato come prioritario su qualunque altro, seguendo il principio OMS "Health in allpolicies".

Occorre che il contesto di complessità e dinamicità alla base dell'amplificazione dei rischi e dei danni venga affrontato nel modo più appropriato, mettendo in campo competenze diverse che possano socializzare le specifiche conoscenze, collaborare alla valutazione di tutti i rischi e proporre soluzioni condivise.

Tutto questo deve fondarsi su una adeguata comprensione delle relazioni tra fenomeni biologici ed ambientali, che devono essere affrontate in modo rigoroso, scientificamente appropriato, rapido ed efficiente dal punto di vista sanitario, economico, sociale ed anche psicologico (vedi linee guida *Subsidiary Body On Scientific, Technical And Technological Advice* -SBSTTA-).^{[1],[2]}

L'integrazione a livello globale e locale. Alcuni principi^[3]

I concetti di OneHealth, *Global Health* e *Planetary Health*, pur con diverse sfaccettature, condividono l'evidenza della necessità di uno sforzo congiunto di più discipline professionali che operano a livello locale, nazionale e globale per il raggiungimento di una salute ottimale delle persone, degli animali e dell'ambiente.^[4]

Nello studio di una malattia emergente ed di una zoonosi, come l'Ebola o lo stesso SARS-CoV-2, ci si può limitare a studiare le vie di trasmissione della malattia tra individui e attuare misure volte alla riduzione dei contagi, riducendo il contatto tra soggetti infetti e soggetti sensibili. A livello più macroscopico, tuttavia, la portata e la gravità dei focolai di queste patologie emergenti, possono essere correlati alla deforestazione, alle abitudini alimentari, che sono collegate a loro volta a credenze e pratiche culturali, pressioni economiche e scelte politiche. D'altronde, soluzioni semplicistiche come l'abbattimento della fauna selvatica per scongiurare il rischio di malattie si sono dimostrate non solo inefficaci ma artefici di conseguenze per la popolazione locale. In tal senso, occorre sviluppare nuovi metodi per la convivenza umana con gli animali. Ad un livello organizzativo superiore, occorre poi considerare l'organizzazione nazionale della sanità pubblica

e dei sistemi economici che influiscono su istruzione, accesso all'assistenza sanitaria, disponibilità alimentari e tendenze socio-demografiche, inclusa l'urbanizzazione e la mobilità, nazionale, domestica ed internazionale. Tutti questi fattori, a loro volta, hanno implicazioni sui sistemi agricoli e le infrastrutture, che incidono a loro volta sull'ambiente e sugli animali, di allevamento e selvatici.

Occorre quindi tenere in considerazione questi cambiamenti, non solo a livello internazionale e nazionale, ma anche a livello regionale e locale: la biodiversità, il clima e l'effetto sui serbatoi del virus, ma anche gli effetti della globalizzazione alla base del trasporto del virus a grandi distanze.

Tutto questo all'interno delle diverse transizioni in atto nella nostra società (epidemiologica, demografica, democratica, energetica, etc.) che impongono di valutare i sistemi politici, economici e sociali che regolano tali effetti".^[5] [6] [7]

Il piano nazionale della prevenzione 2020-2025^[8]

Anche il "Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025", adottato con Intesa Stato-Regioni del 6 agosto 2020, ribadisce l'approccio *OneHealth* che considera la necessità di una visione organica e armonica delle relazioni tra ambiente-animale-ecosistemi umani per affrontare efficacemente i rischi potenziali, o già esistenti, per la salute. Secondo questa ottica il PNP 2020-2025 si pone come strumento anche per il raggiungimento degli obiettivi dell'Agenda 2030 adottata dall'ONU per lo sviluppo sostenibile del pianeta, che definisce un approccio combinato agli aspetti economici, sociali e ambientali che impattano sul benessere delle persone e sullo sviluppo delle società.

Il Piano, inoltre, tiene conto della drammatica esperienza della pandemia da COVID-19, sottolineando l'indispensabilità di una programmazione basata sempre più su integrazione, coordinamento e rete tra le diverse istituzioni, strutture e attività presenti nel territorio, per assicurare flessibilità, efficacia e tempestività di risposta sia a situazioni di emergenza, sia ai bisogni di salute della popolazione.

Il ruolo di ISDE Italia e delle società scientifiche

La International Society of Doctors for Environment (ISDE) e la sua espressione a livello nazionale, l'Associazione Medici per l'ambiente (ISDE Italia), sono da decenni impegnate sul fronte delle relazioni tra ambiente e salute. Tale impegno si estrinseca, sul piano sociale, con azioni di advocacy nei confronti di cittadini e istituzioni, finalizzate alla trasposizione delle evidenze scientifiche sul piano pratico. Questo consente di affrontare in maniera adeguata, efficace ed efficiente numerose criticità ambientali e sanitarie con azioni combinate di istituzioni e società civile.

Ulteriori impegni prevedono attività formative post-laurea sulle relazioni tra ambiente e salute e lo sviluppo di collaborazioni con medicina di base, ricercatori e professionisti operativi in altri ambiti. Da segnalare, tra le altre, l'esperienza della Rete Italiana dei Medici Sentinella per l'Ambiente. Lungo questa linea è stato avviato, in collaborazione con diverse società scientifiche, un percorso definito "Verso un'ecologia della salute" volto ad individuare, diffondere e mettere in atto buone pratiche professionali capaci di contrastare le cause del degrado ambientale, eliminare gli sprechi, contenere i consumi, favorire il riciclo dei dispositivi medici e del materiale sanitario e ridurre l'impronta ecologica delle attività correlate alla ricerca, alla prevenzione primaria, alla diagnosi e alla cura.

Sul piano scientifico, infine, ISDE è impegnata da anni nella produzione e divulgazione di lavori scientifici a livello nazionale (ad es. *position paper* su specifici temi ambientali e sanitari, organizzazione convegni specialistici, pubblicazioni su riviste nazionali, formazione post-laurea) ed internazionale (pubblicazioni scientifiche su riviste internazionali, interazione con organizzazioni internazionali, collaborazioni con OMS e UN).

Gli obiettivi e le finalità di ISDE sono dunque in piena sintonia con il PNRR 2021-26 e in particolare con quelli riportati nella missione 6.

Ma la cosa che ha caratterizzato e distinto l'Associazione medici per l'ambiente rispetto alle società scientifiche "specialistiche" o mono disciplinari è che, pur essendo una società medica, ha favorito il coinvolgimento di professionisti di diverse discipline (oltre a medici, biologi ed epidemiologi, anche

ingegneri, architetti, avvocati, urbanisti, fisici, chimici) che hanno aderito all'Associazione o hanno stabilmente collaborato con essa, nella convinzione -come già abbiamo detto- che gli obiettivi di salute -sia di prevenzione che di gestione delle malattie- si possono conseguire solo coinvolgendo tutti i settori sociali. In quest'ottica sono state organizzate iniziative seminariali e formative ma anche gruppi di lavoro transdisciplinari stabili che hanno svolto un lungo lavoro di approfondimento di temi quali l'*urbanhealth*, l'inquinamento atmosferico o il benessere del bambino.

Tuttavia la presenza di figure non mediche nell'Associazione ha costituito fino a questo momento una penalizzazione per l'Associazione ai fini di riconoscimento come Società Scientifica da parte del Ministero. Vogliamo quindi spezzare una lancia in favore di un'apertura da parte del Ministero a Società Scientifiche multidisciplinari.

E' l'attuale organizzazione del sistema sanitario pronta a raccogliere queste sfide o continueremo ancora per anni a mantenere una rigida suddivisione per discipline (nella prevenzione la sanità pubblica separata da quella veterinaria o dalla medicina del lavoro, negli ospedali una rigida separazione per "reparti" etc.)? Potrebbero essere proprio le società scientifiche a rompere questa rigida separazione ed avviare un'integrazione per obiettivi di salute?

Raccogliere questa sfida significa mettere in campo tutte le forze e tutte le esperienze migliori che la società possa offrire, con spirito collaborativo e con la consapevolezza di agire utilizzando le evidenze scientifiche come unica guida e puntando verso obiettivi comuni, soprattutto in termini di prevenzione primaria e di superamento di squilibri e iniquità.

http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=99157

la Repubblica

Riscaldamento globale, la differenza fra un aumento di 1,5 e 2 °C? Ecco gli effetti in cifre sul Pianeta

Passando da 1,5 a 2 °C cresce significativamente il rischio di eventi estremi, cui sarebbe esposta la metà della popolazione globale. A 2 °C molti ghiacci sarebbero sciolti le barriere coralline quasi scomparse. Con danni per alimentazione e salute

Viola Rita

Si parla tanto di 1,5-2 °C ed è lo scarto che ora spaventa perché rappresenta l'andamento del riscaldamento globale con tutte le sue conseguenze drammatiche. A portare in primo piano l'[aumento delle temperature](#) in questa misura è stato l'[Accordo di Parigi](#) del 2015, primo pilastro fondamentale contro la crisi climatica, che ha stabilito la soglia limite rispetto ai livelli preindustriali al di sotto della quale la situazione diventerebbe irreversibile. Ma perché proprio **tra 1,5 °C e 2 °C**? E quanta differenza fa un mezzo grado in più o in meno? Oggi alcuni esperti forniscono degli esempi pratici per capire **perché questi 0,5 °C sono così essenziali**.

Cosa cambia fra 1,5° e 2 °C

L'Accordo di Parigi, il primo trattato internazionale che fornisce una veste legale all'obiettivo di limitare il riscaldamento globale, indica questi due numeri. I 2 °C segnalati nel patto non sono un livello da raggiungere, ma anzi bisogna tenersi "ben al di sotto", con un'indicazione preferenziale - per stare meglio tutti - di fermarsi al massimo a 1,5 °C.

Dunque non ci sono equivoci: attualmente l'**obiettivo del mondo** è piuttosto stringente ed è quello di **restare entro gli 1,5 °C**, come appena [confermato anche dalla Cop26 in corso a Glasgow](#). Oggi, **nel 2021, siamo già circa a 1,1 °C in più** e se non agiamo subito potremmo toccare gli **1,5 °C – il punto da non superare – fra soli 9 anni, nel 2030**. 1,5, dunque, è e sarà il numero chiave del Pianeta e nostro.

Più eventi estremi

Una [ricerca](#) della società internazionale McKinsey & Company, presentata alla Cop26, ad esempio, indica che **andando oltre +1,5 °C, metà della popolazione globale sarà esposta a eventi estremi** come ondate di calore, siccità, inondazioni o carenza d'acqua, mentre **oggi sono a rischio il 43% delle persone**. Nelle aree colpite, secondo lo studio, sarebbe impossibile lavorare all'esterno per un quarto delle ore lavorative in un anno.

Da piogge a caldo eccessivi, fino a siccità protratta, le differenze fra un clima che non subisce alcuna influenza dalle attività umane, un clima con 1,5 °C in più e con 2 °C in più sono significative. Durante la Cop26 alcuni esperti le hanno appena quantificate attraverso esempi pratici, [riportati](#) dall'agenzia Reuters. Ad ogni piccola crescita della temperatura corrisponde un effetto tangibile, come sottolinea la climatologa **Sonia Seneviratne** del Politecnico federale di Zurigo.

Si parla tanto di 1,5-2 °C ed è lo scarto che ora spaventa perché rappresenta l'andamento del riscaldamento globale con tutte le sue conseguenze drammatiche. A portare in primo piano l'[aumento delle temperature](#) in questa misura è stato l'[Accordo di Parigi](#) del 2015, primo pilastro fondamentale contro la crisi climatica, che ha stabilito la soglia limite rispetto ai livelli preindustriali al di sotto della quale la situazione diventerebbe irreversibile. Ma perché proprio **tra 1,5 °C e 2 °C**? E quanta differenza fa un mezzo grado in più o in meno? Oggi alcuni esperti forniscono degli esempi pratici per capire **perché questi 0,5 °C sono così essenziali**.

Cosa cambia fra 1,5° e 2 °C

L'Accordo di Parigi, il primo trattato internazionale che fornisce una veste legale all'obiettivo di limitare il riscaldamento globale, indica questi due numeri. I 2 °C segnalati nel patto non sono un livello da raggiungere, ma anzi bisogna tenersi “ben al di sotto”, con un'indicazione preferenziale - per stare meglio tutti - di fermarsi al massimo a 1,5 °C.

Dunque non ci sono equivoci: attualmente l'**obiettivo del mondo** è piuttosto stringente ed è quello di **restare entro gli 1,5 °C**, come appena [confermato anche dalla Cop26 in corso a Glasgow](#). Oggi, **nel 2021, siamo già circa a 1,1 °C in più** e se non agiamo subito potremmo toccare gli **1,5 °C – il punto da non superare – fra soli 9 anni, nel 2030**. 1,5, dunque, è e sarà il numero chiave del Pianeta e nostro.

Dal mare (con i suoi coralli) alla salute

Il problema non riguarda solo la terraferma. Come spiega **Michael Mann**, climatologo alla Pennsylvania State University, con **1,5 °C in più** possiamo ancora con buona probabilità impedire il **collasso di un'ampia parte della calotta di ghiaccio della Groenlandia e dell'Antartide occidentale**.

Mentre **oltrepassando i 2 °C** queste si potrebbero sciogliere e il **livello del mare potrebbe salire di 10 metri**, anche se non sappiamo in quanto tempo. Inoltre, se con **+1,5 °C il 70% delle barriere coralline** andrebbero perse (che non è poco), **con +2 °C la percentuale salirebbe a più del 99%**, una perdita completa.

E sappiamo che i coralli sono essenziali per la sopravvivenza degli ecosistemi locali e per il sostentamento delle popolazioni che basano buona parte della loro **alimentazione sui prodotti del mare**.

https://www.repubblica.it/green-and-blue/dossier/cop26/2021/11/11/news/riscaldamento_globale_che_differenza_c_e_fra_un_aumento_di_1_5_c_e_di_2_c_-325864115/?ref=RHVS-VS-I271182744-P4-S2-T1



Utilizzo dei dati demografici ufficiali comunali per la stima della mortalità nelle città colpite da forte inquinamento ambientale: risultati del primo studio su tutti i quartieri di Taranto dal 2011 al 2020

Valerio Gennaro^aStefano Cervellera^bCarlo Cusatelli^cAlessandro Miani^{de}Francesco Pesce^fGianluigi De Gennaro^gAlessandro Distante^hLuigi Vimercati^hLoreto Gesualdo^fPrisco Piscitelli^{di}

Mette in risalto

- I dati sulla mortalità comunale vengono utilizzati per la prima volta a fini epidemiologici nelle città che soffrono di forte pressione ambientale.
- La città di Taranto è stata scelta come caso studio ed è la prima volta che i dati di mortalità comunale a livello di quartiere vengono utilizzati a fini epidemiologici.
- I nostri dati hanno evidenziato un aumento della mortalità per tutte le cause in alcuni quartieri della città di Taranto vicini all'acciaiera e caratterizzati anche da un elevato degrado socioeconomico.

Astratto

Sfondo

Nelle città che soffrono di forte pressione ambientale o inquinamento, è estremamente importante accedere rapidamente ai dati demografici municipali che possono essere utilizzati come indicatori dello stato di salute della popolazione.

Tra questi, i tassi di mortalità rappresentano i dati più attendibili in quanto ufficialmente conservati e disponibili al comune con un elevato livello di dettaglio, consentendo così un confronto epidemiologico tra diversi quartieri della città nel corso di diversi anni.

Il nostro studio mirava a convalidare e proporre come approccio universalmente applicabile l'uso dei dati demografici municipali come strumento di prima linea per valutare rapidamente la salute della popolazione e guidare le politiche sanitarie o la pianificazione urbanan nelle città caratterizzate da una forte pressione ambientale.

Il caso studio di Taranto è stato scelto per la presenza del più grande stabilimento siderurgico europeo dagli anni '60, con un pesante onere per l'ambiente e la salute della popolazione.

Metodi

Abbiamo condotto uno studio ecologico sui dati generali di mortalità per tutte le cause, specifici per genere, fasce di età e disaggregati a livello sub-comunale (maggiore granularità dei dati) nei quartieri dal 2011 al 2020 utilizzando i dati demografici ufficiali relativi a tutte le persone che vivono a Taranto disponibile presso l'Anagrafe Generale del Comune.

È stata effettuata un'analisi preliminare di confronto tra i dati disponibili presso il Comune e quelli forniti dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) che ha confermato l'alto livello di attendibilità della fonte comunale dei dati. Per le analisi comparative abbiamo utilizzato la demografia regionale e la mortalità dell'ISTAT.

I tassi di mortalità indiretti standardizzati per età (SMR; IC 90% e 95%), specifici per genere e quartieri, sono stati calcolati con riferimento alla città di Taranto e alla Regione Puglia;

Risultati

La città di Taranto mostra diseguaglianze rilevanti in termini di mortalità tra i quartieri settentrionali, più prossimi alla zona industriale (Paolo VI, Tamburi e Città Vecchia-Borgo), con un eccesso di mortalità evidenziato nell'arco di 10 anni descritto da SMR sempre superiore a quello dell'intero Puglia, con punte superiori al 50% tra il 2015 e il 2017 sia nelle donne che negli uomini. I significativi eccessi di mortalità sono aumentati dal 2011 al 2020 e si sono progressivamente estesi in diversi quartieri della città di Taranto. Rispetto alla regione Puglia, nei 3 quartieri nord della città (Paolo VI, Tamburi e Città Vecchia-Borgo) si sono registrati dal 2011 al 2019 1020 morti in eccesso sia maschili che femminili (con significatività statistica), con un picco di eccesso di mortalità del 68% nel 2019 per gli uomini residenti nel distretto Paolo VI.

Conclusione

L'uso di dati ufficiali sulla mortalità consente una valutazione tempestiva, affidabile e gratuita della salute della popolazione nelle città pesantemente colpite dall'inquinamento ambientale come Taranto.

<https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.112007>



"Aspetta e vedi che succede: una tecnica che non funziona!"

Il presidente di Eurac Research, **Roland Psenner**, sulle lezioni dalla pandemia in vista della prossima emergenza globale: il cambiamento climatico.

Secondo lei, qual è la lezione più importante che ci ha dato la pandemia?

Roland Psenner:

In primo luogo, che qualsiasi conoscenza è solo provvisoria. Chiunque segua la ricerca sul virus vede emergere costantemente nuove ipotesi, a volte confutate rapidamente. Alcune caratteristiche del virus sono note, ma quale effetto abbiano sul nostro corpo è ancora oggetto di pure speculazioni (una domanda interessante attualmente in discussione, per esempio, è se l'RNA virale possa essere incorporato nel genoma umano). Il che mi dimostra ancora una volta quanto poco sappiamo su SARS-CoV-2.

In secondo luogo, ho dovuto concludere, ancora una volta, che siamo troppo lenti ad apprendere, infinitamente laboriosi e a volte persino riluttanti. Inoltre siamo troppo lenti a mettere in pratica le conoscenze appena acquisite; siamo in ritardo rispetto alla curva, o, come dice la regina di cuori di Alice nel paese delle meraviglie: "Devi correre più veloce che puoi per rimanere nello stesso posto".

In terzo luogo, a posteriori, devo concludere che l'Occidente (Europa, USA, ecc.) ha fallito, cosa che nessuno riassume in modo più chiaro dell'autore francese Tomas Pueyo. Dalla sua analisi della prima ora, più di un anno fa, mi è stato chiaro che avremmo dovuto testare, tracciare e isolare fino a quando un vaccino efficace non fosse stato disponibile. Esattamente quello che molti paesi asiatici (Taiwan, Corea del Sud, ecc.) hanno fatto con successo. Ora come ora sono più che mai convinto che la libertà individuale deve essere limitata per un periodo di tempo specifico, ben definito e ben giustificato, per preservare la libertà di tutti.

In quarto luogo, sono arrivato a capire che le zoonosi (cioè le malattie trasmesse agli esseri umani da altri animali) sono in gran parte il risultato della crisi climatica e della messa a repentaglio della biodiversità. La crisi più grande di cui mi occupo da 30 anni già si manifesta in questi eventi rapidi, come una pandemia. Purtroppo, stiamo gestendo malamente la crisi climatica, proprio come abbiamo fatto con la pandemia: siamo troppo lenti, troppo incoerenti.

Ci aspettano tempi bui?

Psenner: Non mi arrendo e continuo a sperare che impareremo la lezione: non possiamo solo aspettare e vedere cosa succede. Non funziona.

Cosa vede personalmente di diverso oggi rispetto a un anno e mezzo fa?

Psenner: Nel gennaio 2020, come molte altre persone, ero dell'opinione che la Covid-19, come la SARS o la MERS, sarebbe stata limitata a pochi paesi asiatici. Con i primi casi in Europa, mi è stato chiaro che in Eurac Research dovevamo agire rapidamente perché avevano la responsabilità delle oltre 500 persone che lavorano per noi e delle loro famiglie. A un anno di distanza valuto ancora nello stesso modo la nostra reazione: appropriata all'estensione della pandemia e alla velocità di diffusione del virus. Se non suonasse così banale direi che non abbiamo azzeccato tutto, ma abbiamo azzeccato quasi tutto, e questo perché ci siamo basati su prove scientifiche e abbiamo potuto contare su collaboratori e collaboratrici eccellenti.

Pensa che questa esperienza renderà la scienza più importante a lungo termine?

Psenner: In linea di principio, sì, ma... Abbiamo visto che la scienza è uno dei pochi settori della società che funziona anche nella crisi, e per certi aspetti anche meglio di prima. E abbiamo visto che la ricerca produce soluzioni con una velocità senza precedenti – anche se c'è chi dimentica che lo sviluppo di nuovi vaccini si basa su decenni di ricerca di base sostenuta da fondi pubblici. Ciò che ha reso difficile la comunicazione è stata la frammentarietà dei risultati; questo ha senz'altro sopraffatto molte persone. Nel complesso penso che questa esperienza abbia convinto alcune voci più scettiche del valore della scienza; difficilmente riusciremo a convertire, perché è questo il verbo giusto da usare, i saccenti, chi si oppone in modo convinto e chi crede nei miti della cospirazione.

D'altra parte, i risultati della ricerca, specialmente quando devono essere raggiunti così rapidamente, sono spesso solo provvisori, sono continuamente contraddetti da nuove scoperte... Vede il pericolo che questo alimenti un'incertezza che potrebbe favorire l'attecchire di teorie cospirative in certe parti della società?

Psenner: Quello che oggi è considerato lo standard scientifico domani potrebbe essere già superato. È normale che scienziate e scienziati discutano tra loro e si trovino anche in disaccordo, specie quando si muovono in ambiti nuovi. Le discussioni servono per far progredire la ricerca; in questo caso però è vero che sono avvenute direttamente sotto i riflettori dei media, di fronte all'opinione pubblica e questo ha provocato insicurezza – con la politica in estrema difficoltà perché doveva trarre delle direttive severe da posizioni contrastanti. Per quanto riguarda i miti della cospirazione, oggi ho una opinione un po' diversa rispetto a quella che avevo nel tumulto dei primi confronti. Penso che il movimento dei cosiddetti Querdenker, cioè coloro che si oppongono alle pur fondate misure anti-Covid, sia mosso non solo da un senso di insicurezza e dal bisogno di verità eterne, ma anche perché si sente minacciato nella sua esistenza e – come Tomas Pueyo ha spiegato recentemente – molte ordinanze si sono rivelate poco utili se non addirittura inefficaci. Anche il fatto che ogni paese, addirittura ogni provincia abbia imposto misure diverse ha contribuito a creare incertezza, rabbia e riluttanza. Farei anche un passo in più e ammetterei che, quando confronto le cifre dell'Europa o degli Stati Uniti con quelle di alcuni paesi asiatici, ho dei dubbi sulla capacità delle nostre democrazie di proteggere la vita umana.

Qui si parla del diritto alla salute. Bilanciarlo con il diritto alla libertà individuale, alla giustizia sociale e all'integrità economica, non è questo il dilemma – ma anche la forza della democrazia?

Psenner: Questa affermazione, formulata in modo generico, è discutibile poiché, per esempio, la Nuova Zelanda (o l'Uruguay, purtroppo solo nella fase iniziale) hanno messo in sicurezza sia la popolazione, sia il sistema sociale sia l'economia; l'Ungheria, per esempio, ha perso tre volte più persone a causa della pandemia rispetto alla vicina Austria. Penso che servirà del tempo e una analisi accurata per valutare quale combinazione di misure abbia funzionato meglio. Che anche nelle "vere" democrazie le differenze tra ricchi e poveri siano aumentate in modo massiccio non si può negare, ed è a questo che si riferiva la mia critica.

Cosa significa questo per chi fa ricerca? Deve esserci più consapevolezza delle insidie che possono nascondersi dietro alla tentazione – seppure per "aiutare" – di pubblicare velocemente dei risultati che in circostanze normali avrebbero richiesto molto più tempo?

Psenner: Questo è un fenomeno ben noto nella ricerca: pubblicare rapidamente, a condizione di essere il primo o la prima a proporre una nuova scoperta. Bisogna accelerare il processo di peer review, ma non lo si può eliminare. Le pre-stampe, le procedure di revisione aperte, la conservazione dei dati originali in archivi accessibili, ecc. possono non solo accelerare la pubblicazione ma anche migliorarne la qualità. Il dilemma "aperto o con brevetto" è un altro tema, perché abbiamo bisogno di una filiera di piccole, medie e grandi aziende che producano prodotti necessari all'umanità a partire dalla conoscenza scientifica. Dato che in Alto Adige siamo attivi solo da meno di una generazione, sia nel campo della ricerca di base (Eurac Research, Unibz) che nella produzione (NOI Techpark, aziende), vedo l'esperienza della pandemia come un campanello d'allarme che ci segnala che in questi settori dobbiamo investire di più.

Quali conclusioni trae come presidente di un istituto di ricerca?

Psenner: Risposta rapida e basata sui fatti, comunicazione chiara delle misure, vie non convenzionali, con una attenzione particolare per i dipendenti e le dipendenti più deboli e vulnerabili. Questi erano i prerequisiti per uscire ragionevolmente indenni dalla pandemia in Eurac Research.

<https://www.eurac.edu/it/magazine/aspettare-non-funziona-intervista-roland-psenner-eurac-research-pandemia-clima>



COP26 SPECIAL REPORT ON
CLIMATE CHANGE AND HEALTH

THE HEALTH ARGUMENT FOR CLIMATE ACTION



Sintesi

Le 10 raccomandazioni dello Speciale COP26

Rapporto sui cambiamenti climatici e la salute propongono una serie di azioni prioritarie dalla salute globale comunità ai governi e ai decisori politici, invitandoli ad agire con urgenza sul attuale crisi climatica e sanitaria. Le raccomandazioni sono state sviluppate in consultazione con oltre 150 organizzazioni e 400 esperti e professionisti della salute.

Loro sono destinato a informare i governi e altri portatori di interessi in vista della 26a Conferenza del Parti (COP26) del quadro delle Nazioni Unite Convenzione sui cambiamenti climatici (UNFCCC) e al evidenziare varie opportunità per i governi dare priorità alla salute e all'equità a livello internazionale movimento per il clima e sviluppo sostenibile ordine del giorno.

Ogni raccomandazione arriva

con una selezione di risorse e casi di studio per aiutare a ispirare e guidare i responsabili delle politiche e i professionisti nell'attuazione delle soluzioni proposte.

I prossimi anni presentano una finestra cruciale per governi per integrare salute e clima politiche nei loro pacchetti di recupero COVID-19 (raccomandazione 1) e clima internazionale impegni (raccomandazione 2). Mentre a breve termine le risposte alla pandemia determineranno in gran parte il ritmo e direzione degli obiettivi in materia di salute e clima, ambiziosi impegni nazionali in materia di clima saranno essere fondamentale per sostenere una sana ripresa nel medio-lungo termine.

Per raggiungere gli obiettivi del Accordo di Parigi, salute ed equità devono essere posto al centro delle Nazioni Unite negoziati sul clima in corso.

I benefici per la salute delle azioni per il clima (raccomandazione 3) sono ben documentati e offrono forti argomenti per un cambiamento trasformativo - e questo è vero in molte aree prioritarie per azione: adattamento e resilienza (raccomandazione 4), la transizione energetica (raccomandazione 5), trasporti puliti

e mobilità attiva (raccomandazione 6), natura (raccomandazione 7), cibo sistemi (raccomandazione 8) e finanza (raccomandazione 9).

Il settore sanitario e la salute sono una comunità affidabile e influente, ma spesso trascurato - attore climatico che può consentire cambiamento trasformatore per proteggere le persone e pianeta (raccomandazione 10).

1

Impegnati per una sana ripresa.

Impegnati per un recupero sano, verde e giusto da COVID-19.

2

La nostra salute non è negoziabile.

Metti la salute e la giustizia sociale al centro dei colloqui sul clima delle Nazioni Unite.

3

Sfrutta i benefici per la salute di azione per il clima.

Dare priorità a quegli interventi climatici con i maggiori vantaggi sanitari, sociali ed economici.

4

Costruisci la resilienza della salute ai rischi del clima.

Costruisci resiliente al clima e rispettoso dell'ambiente sistemi e strutture sanitarie sostenibili, e sostenere l'adattamento alla salute e la resilienza tra i settori.

5

Creare sistemi energetici che proteggano e migliorare il clima e la salute.

Guida una transizione giusta e inclusiva verso energia rinnovabile per salvare vite dall'aria inquinamento, in particolare dalla combustione del carbone.

Porre fine alla povertà energetica nelle famiglie e nella salute strutture di cura.

6

Reimmagina gli ambienti urbani, trasporti e mobilità.

Promuovere un design urbano sano e sostenibile e sistemi di trasporto, con un migliore uso del suolo, accesso allo spazio pubblico verde e blu, e priorità per pedoni, biciclette e trasporti pubblici.

7

Proteggere e ripristinare la natura come la fondamento della nostra salute.

Proteggere e ripristinare i sistemi naturali, le basi per una vita sana, cibo sostenibile sistemi e mezzi di sussistenza.

8

Promuovere prodotti sani, sostenibili e sistemi alimentari resilienti.

Promuovere cibo sostenibile e resiliente produzione e diete più convenienti e nutrienti che forniscono risultati sia sul clima che sulla salute.

9

Finanziare una vita più sana, più equa e futuro più verde per salvare vite.

Transizione verso un'economia del benessere.

10

Ascolta la comunità sanitaria e prescrivere un'azione urgente per il clima.

Mobilizzare e sostenere la comunità sanitaria su azione per il clima.

Find more case studies on the [WHO website](#).

Nursing

Infermieri e il Covid19



Infermieri e il Covid19

Come primo numero della Covid Review ASQUAS ho scelto degli articoli che ricordassero la dichiarazione d'intenti condivisa con il lancio della sezione Nursing di questa rassegna sulle notizie e le pubblicazioni scientifiche inerenti la -ormai- sindemia Covid e le sue ripercussioni sulla sfera assistenziale.

In questi due anni di pandemia il Covid ha tolto tanto alle persone, ai pazienti, ai professionisti e ai sistemi sanitari.

Gli effetti diretti, ma anche collaterali, che l'emergenza sanitaria ha provocato saranno oggetto di studio ancora lungo; è pertanto doveroso cogliere ogni opportunità che questa situazione offre per migliorare le condizioni di lavoro dei professionisti, la qualità e la sicurezza delle cure erogate al paziente e le strategie per ottimizzare l'utilizzo delle risorse.

Nel 2019 l'OMS aveva inserito il burnout nell'ICD11, annoverato tra i fenomeni occupazionali, ponendo quindi il benessere del professionista tra le priorità cui porre attenzione, considerate le relazioni con gli outcome dei pazienti.

Gli studi che hanno esplorato il vissuto dei professionisti, in termini di burnout, di distress psico-fisico e di resilienza sono innumerevoli, e spesso riportati nei numeri precedenti di questa raccolta.

Nel primo articolo sotto riportato si possono vedere i risultati di una revisione di letteratura condotta dall'International Council of Nursing che sottolineano la mancanza di una raccolta dati continuativa e programmata di questi aspetti, che non permette pertanto un monitoraggio attivo dei fenomeni.

Anche il secondo articolo scelto si focalizza sul benessere dei professionisti; si tratta infatti di una meta-analisi sui fattori determinanti lo stress post-traumatico legato alla pandemia.

Il terzo e il quarto articolo sono stati scelti per l'attualità del loro topic: la riorganizzazione dei modelli di staffing infermieristico.

Se da una parte vediamo i risultati di uno studio che è andato ad esplorare come il Covid19 abbia impattato sui modelli assistenziali, dall'altro abbiamo una programmazione fatta alla luce delle modifiche dettate dalla pandemia nell'ottica di rendere sempre più efficienti i sistemi.

L'ultimo articolo, ma non per importanza, si parla del centro pulsante della disciplina infermieristica, la relazione con il paziente e come questa sia stata sacrificata enormemente a causa delle restrizioni messe in atto in seguito all'avvento della pandemia.



COVID-19 e la necessità globale di conoscenza sulla salute degli infermieri

Alba Llop-Gironés, Azucena Santillan-Garcia, Lucinda Cash-Gibson, Joan Benach, Adelaida Zabalegui

Publicato per la prima volta: 6 ottobre 2021

<https://doi.org/10.1111/inr.12722>

Estratto

Scopo

Per sottolineare che gli infermieri devono essere completamente protetti per svolgere il loro ruolo vitale, in particolare durante le pandemie, tuttavia la mancanza di una raccolta standardizzata e sistematica di dati disaggregati di alta qualità sulla salute degli infermieri inibisce la nostra capacità di valutarlo all'interno e tra i paesi.

Sfondo

Gli infermieri sono il più grande gruppo di forza lavoro nel settore sanitario, ma solo 59 paesi in tutto il mondo riferiscono sulle infezioni infermieristiche COVID-19 e sui relativi decessi e la raccolta standardizzata e sistematica di dati sanitari disaggregati non è ancora in atto.

Fonti di evidenza

Medline, International Council of Nurses, World Health Organization, Centers of Disease Control and Prevention e le esperienze degli autori.

Discussione

La registrazione e le definizioni incoerenti degli infermieri, le condizioni di lavoro precarie e informali, i dati trasparenti e affidabili limitati, la mancanza di test di massa e problemi strutturali e pregiudizi di lunga data hanno influenzato l'assistenza infermieristica per troppo tempo.

Conclusioni

Questi problemi si riflettono nella capacità limitata di molti sistemi nazionali di informazione sulla salute pubblica di raccogliere, monitorare e riferire sulla salute del più grande gruppo di operatori sanitari.

La volontà politica, la responsabilità e la trasparenza dei dati pubblici a diversi livelli sono essenziali per proteggere adeguatamente gli infermieri sul lavoro.

Implicazioni per la pratica infermieristica e la politica infermieristica e sanitaria

Basandosi sullo slancio attuale nel campo infermieristico, è necessaria un'azione politica immediata per rafforzare le politiche infermieristiche e ostetriche esistenti, gli standard e la capacità normativa, nonché i servizi sanitari pubblici esistenti e i sistemi di informazione e sorveglianza.

La generazione di conoscenze aggiornate e specifiche del contesto è necessaria per informare e monitorare le decisioni politiche relative alla protezione degli infermieri e al miglioramento delle loro condizioni di lavoro, nonché per rafforzare la responsabilità per queste aree a vari livelli.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/inr.12722>



JOURNAL OF
NURSING SCHOLARSHIP

Edited By: Susan Gennaro

Impact factor: 3.176

2020 Journal Citation Reports (Clarivate Analytics): 10/124 (Nursing)

Online ISSN: 1547-5069

Prevalenza globale e fattori di rischio associati del disturbo da stress post-traumatico durante la pandemia di COVID-19: una meta-analisi

Ninik Yunitri, Hsin Chu, Xiao Linda Kang, Hsiu-Ju Jen, Li-Chung Pien, Hsiu-Ting Tsai, Abdu Rahim Kami, Kuei-Ru Chou

Pubblicato per la prima volta: 12 novembre 2021

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104136>

Astratto

Sfondo: La pandemia di COVID-19 ha avuto un impatto negativo sul benessere psicologico degli individui e della società.

Precedenti studi condotti su epidemie di coronavirus, tra cui la sindrome respiratoria acuta grave e la sindrome respiratoria mediorientale, hanno scoperto che il disturbo da stress post-traumatico (PTSD), la depressione e l'ansia erano i problemi di salute mentale più comuni e le conseguenze a lungo termine di questi focolai.

Attualmente mancano informazioni complete e integrate sulla prevalenza globale del disturbo da stress post-traumatico a causa della pandemia di COVID-19.

Obiettivo: Nella presente meta-analisi, abbiamo esaminato la prevalenza globale e i fattori di rischio associati di PTSD nei pazienti/sopravvissuti di COVID-19, negli operatori sanitari e nella popolazione in generale.

Design: Meta-analisi.

Fonte di dati: Cochrane, CINAHL, Embase, MEDLINE, PubMed, Scopus, Web of Science e ricerca manuale fino a giugno 2021.

Metodi: Abbiamo incluso studi che valutavano la prevalenza del disturbo da stress post-traumatico durante la pandemia di COVID-19 nei pazienti/sopravvissuti, negli operatori sanitari e nella popolazione in generale. I dati sono stati analizzati utilizzando la trasformazione logit con il modello a effetti casuali. La valutazione del rischio di bias è stata condotta utilizzando Hoy e colleghi.

Risultati: Sono stati coinvolti un totale di 63 studi (n=124.952) provenienti da 24 paesi diversi. La stima complessiva aggregata della prevalenza di PTSD è stata del 17,52% (IC 95% da 13,89 a 21,86), senza evidenza di bias di pubblicazione (t=-0,22, valore p=0,83). Questo studio ha rilevato un'elevata prevalenza di PTSD tra i pazienti con COVID-19 (15,45%; 95% CI da 10,59 a 21,99), operatori sanitari (17,23%; 95% CI da 11,78 a 24,50) e la popolazione in generale (17,34%; 95% IC da 12,21 a 24,03).

Le analisi dei sottogruppi hanno mostrato che coloro che lavorano in unità COVID-19 (30,98%; 95% CI, da 16,85 a 49,86), infermieri (28,22%; 95% CI, da 15,83 a 45,10), coloro che vivono nei paesi europei (25,05 %; 95% CI 19,14-32,06) e gli studi che hanno utilizzato la scala PTSD amministrata dal clinico per il DSM-5 (30,18%, 95% CI 25,78-34,98) hanno dimostrato di avere la più alta prevalenza di PTSD rispetto ad altri sottogruppi.

Le analisi di meta-regressione hanno rivelato che gli anziani (oltre i 65 anni) avevano una prevalenza di PTSD inferiore (-1,75, 95% CI da -3,16 a -0,34) rispetto alla popolazione adulta.

Conclusione e implicazioni: Una sostanziale prevalenza di PTSD è stata riscontrata nei pazienti con COVID-19, negli operatori sanitari e nella popolazione in generale.

L'analisi dei moderatori ha rivelato che età, unità di lavoro, professione sanitaria, continente e strumenti di valutazione sono moderatori significativi.

I servizi di salute mentale sono necessari per tutti, in particolare gli adulti sotto i 65 anni, coloro che lavorano nelle unità COVID-19, gli infermieri e le persone nel continente europeo.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748921002819>



In che modo il COVID-19 ha influenzato i modelli di personale in terapia intensiva: uno studio qualitativo che esamina modelli alternativi di personale (SEISMIC)

Ruth Endacott, Susie Pearce, Pamela Rae, Annette Richardson, Suzanne Bench, Natalie Pattison, the SEISMIC Study Team

Publicato per la prima volta: 15 novembre 2021

<https://doi.org/10.1111/jan.15081>

Astratto

Obiettivi: Comprendere in che modo il COVID-19 ha influenzato il personale infermieristico nelle unità di terapia intensiva (ICU) in Inghilterra e identificare i fattori che hanno influenzato e sono stati influenzati dai modelli di personale pandemico.

Design: Studio qualitativo esplorativo.

Metodi: Interviste online semi-strutturate condotte da luglio a settembre 2020 con i leader regionali di terapia intensiva, compresi i responsabili delle politiche (n = 4) e i direttori/infermiere capo (n = 10) attraverso le reti di terapia intensiva in Inghilterra.

Risultati: I sei temi che emergono dall'analisi del quadro illustrano come la cultura pre-pandemia dell'ICU abbia influenzato i modelli di personale in terapia intensiva durante la pandemia.

I cambiamenti nel personale hanno avuto un impatto sulla forza lavoro e sull'assistenza fornita, mentre era necessario imparare e adattarsi a una situazione in rapido cambiamento.

La variazione tra e tra le reti ha reso necessaria la variazione delle risposte. Il risultato schiacciante è stato che la pandemia ha messo in discussione i principi centrali del personale infermieristico in terapia intensiva.

Conclusioni: I modelli di personale infermieristico pandemico hanno portato a modifiche al mix di competenze e al numero di personale in terapia intensiva.

Fattori come l'impatto del personale infermieristico sulle pratiche di cura e sulla forza lavoro devono essere presi in considerazione quando si sviluppano e si testano futuri modelli di personale infermieristico per le unità di terapia intensiva.

La misura in cui le unità di terapia intensiva torneranno ai precedenti modelli di personale non è ancora nota, ma sembra esserci un appetito per il cambiamento.

Impatto: In comune con molti paesi, il personale infermieristico nelle unità di terapia intensiva inglese è stato adattato per soddisfare le esigenze di aumento durante la pandemia di COVID-19.

I risultati evidenziano la sfida che il COVID-19 ha presentato alle linee guida pre-pandemia del personale infermieristico in terapia intensiva, l'impatto sul benessere dei pazienti e del personale e la potenziale eredità per i futuri modelli di personale. I risultati dello studio hanno implicazioni per i dirigenti infermieristici, i ricercatori e i responsabili politici delle unità di terapia intensiva: i modelli di personale infermieristico devono essere adattabili al contesto di cura locale e la ricerca futura dovrebbe indagare l'impatto dei diversi modelli sui pazienti, sul personale e sugli esiti del servizio sanitario.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.15081>

L'importanza e l'impatto dell'impegno del leader infermieristico con i centri di forza lavoro infermieristica statali: lezioni dalla pandemia di COVID-19

Garrett K.Chan, K.T. Waxman, Margarita Baggett, Debra Bakerjian, Mary Dickow, Karen A. Grimley, Anna J.Kiger

Publicato per la prima volta: novembre 2021

<https://doi.org/10.1016/j.mnl.2021.08.014>

Astratto

La pandemia di COVID-19 ha causato morbilità e mortalità senza precedenti in tutto il mondo.

Le agenzie sanitarie, i dipartimenti di sanità pubblica e le istituzioni accademiche hanno subito una diffusa interruzione delle normali operazioni.

Questi eventi hanno avuto un impatto negativo sulla forza lavoro infermieristica. I leader infermieristici in California si sono radunati per identificare e rimediare agli effetti del COVID-19 sulla forza lavoro infermieristica.

Questo articolo descrive la strategia e gli interventi.

I leader infermieristici dovrebbero investire risorse nei centri di forza lavoro statali per garantire la salute e la fornitura di una forte forza lavoro infermieristica.

Punti chiave

- La strategia della forza lavoro infermieristica in California si concentra su 6 aree chiave: pipeline K-12, istruzione prerequisita, istruzione prelicensing, riqualificazione della forza lavoro, mantenimento e benessere e migrazione della forza lavoro.
- Per effettuare cambiamenti significativi durante la pandemia di COVID-19, i leader infermieristici di agenzie cliniche, università, organizzazioni infermieristiche professionali, sanità pubblica e agenzie per la forza lavoro hanno identificato problemi chiave in tutto lo stato in aree chiave selezionate per supportare la forza lavoro infermieristica.



<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1541461221001877>

Global Qualitative Nursing Research

Restrizioni ai visitatori, cure palliative e agenzia epistemica: uno studio qualitativo sulla pratica relazionale degli infermieri durante la pandemia di coronavirus

Kim McMillan, David K Wright, Christine J McPherson, Kristina Ma, Vasiliki Bitzas

Publicato per la prima volta: 3 novembre 2021

DOI: 10.1177/23333936211051702.

Astratto

Gli sforzi per frenare la diffusione del COVID-19 hanno portato a politiche restrittive per i visitatori nel settore sanitario, che interrompono la connessione sociale tra i pazienti e le loro famiglie alla fine della vita. Abbiamo intervistato 17 infermieri canadesi che forniscono cure palliative, per sollecitare le loro descrizioni e risposte ai problemi etici vissuti a causa delle circostanze legate al COVID-19.

La nostra analisi è stata induttiva e basata sulle nozioni di azione morale degli infermieri, sui valori delle cure palliative e sulla nostra pratica clinica nelle cure di fine vita.

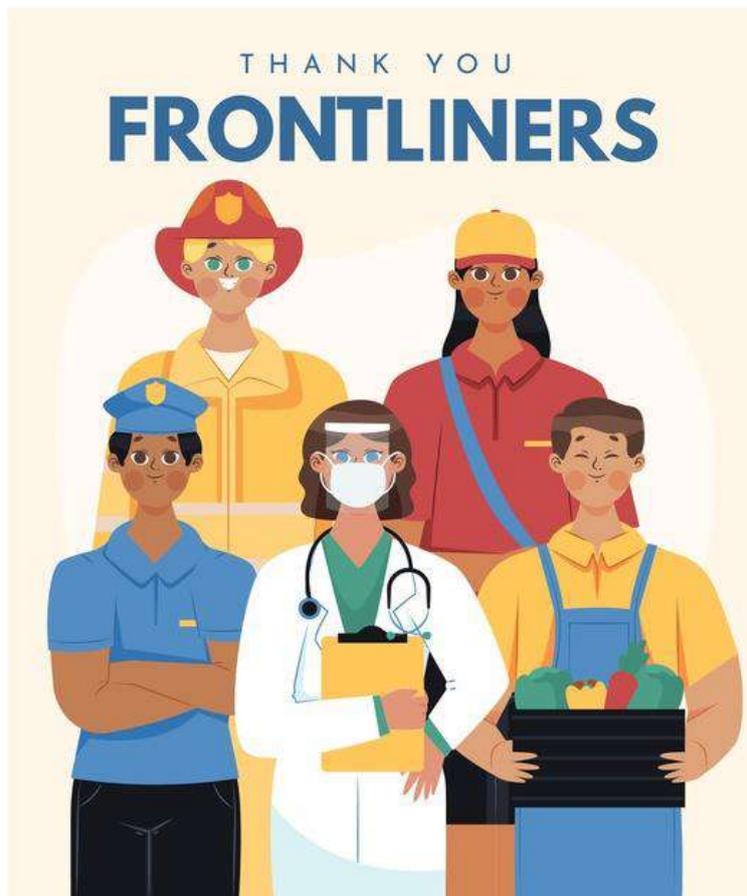
I nostri risultati rivelano che mentre i partecipanti hanno apprezzato la necessità di misure pandemiche, hanno trovato che le politiche generali che separano i pazienti e le famiglie sono antitetiche alla loro filosofia delle cure palliative.

Nel navigare in questa tensione, gli infermieri hanno attinto ai valori fondamentali della loro pratica, impegnandosi in ragionamenti e azioni etiche per integrare sicurezza e umanità nel loro lavoro.

Questi risultati sottolineano l'agenzia epistemica degli infermieri ed evidenziano i limiti di una logica puramente biomedica per guidare l'etica infermieristica della risposta alla pandemia.

https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/23333936211051702?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org&rft_dat=cr_pub++0pubmed&

Covid19 e il sociale



Necessità insoddisfatta di terapie COVID-19 in contesti comunitari

Le malattie infettive della lancetta

Publicato: 14 ottobre 2021

DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00633-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00633-2)

C'è stata un'ampia copertura nei media dei risultati intermedi di Merck e Ridgeback del loro studio di fase 3 sull'antivirale molnupiravir. Secondo un [comunicato stampa](#) di Merck il 1° ottobre, molnupiravir ha ridotto il rischio di ospedalizzazione o morte di circa il 50% rispetto al placebo nei pazienti non ospedalizzati con COVID-19 da lieve a moderato e almeno un fattore di rischio per la progressione della malattia.

Nonostante non siano ancora stati sottoposti a revisione paritaria, questi dati hanno suscitato eccitazione, in parte a causa della via di somministrazione orale di molnupiravir, il che significa che il farmaco potrebbe essere facilmente assunto a casa e ampiamente utilizzato in contesti con infrastrutture sanitarie inadeguate.

Da notare che Merck ha annunciato che prevede di implementare un approccio di tariffazione a livelli basato sui criteri di reddito della Banca mondiale, sebbene ciò che ciò significhi in pratica,

A causa dell'urgente necessità di cure per i pazienti ricoverati in condizioni critiche di COVID-19, la ricerca sui farmaci da utilizzare in ambito ambulatoriale è comprensibilmente rimasta indietro.

Inoltre, l'esistenza di vaccini SARS-CoV-2 altamente efficaci contro il ricovero ospedaliero e la morte potrebbe avere un impatto sul senso di urgenza di questi farmaci.

Tuttavia, l'iniquità globale nell'accesso ai vaccini significa che esiste una seria necessità insoddisfatta di interventi farmaceutici per limitare l'infezione da SARS-CoV-2 o la progressione di COVID-19.

Ci sono anche casi in cui gli individui non sviluppano risposte immunitarie adeguate e durature ai vaccini. Parlando al *COVID-19: progressi e sfide rimanenti* conferenza a Parigi, Francia, il 30 settembre, Florence Ader (Inserm) ha descritto come l'esito dell'infezione da SARS-CoV-2 e la gravità della malattia sembrano essere correlati alla carica virale e per quanto tempo rimane elevata.

In genere, la carica virale raggiunge il picco nella prima settimana, subito dopo l'insorgenza dei sintomi, e successivamente diminuisce; gli anticorpi sono in genere rilevabili dopo 2 settimane.

In alcuni gruppi a rischio (compresi gli immunocompromessi), la carica virale rimane elevata più a lungo a causa dello sviluppo ritardato o inadeguato degli anticorpi, con conseguente aumento del rischio di progressione verso malattie gravi o morte.

Secondo Ader, queste persone trarrebbero beneficio da un farmaco che accelera la clearance antivirale.

Oltre al molnupiravir, un altro farmaco che potrebbe giovare alle persone con una carica virale elevata prolungata è il remdesivir; dopo i [risultati deludenti](#) nei pazienti ospedalizzati, potenzialmente a causa del farmaco somministrato troppo tardi nella malattia per fare la differenza, il remdesivir ha mostrato risultati promettenti per l'uso in ambito ambulatoriale.

Nello studio PINETREE, i cui risultati sono stati presentati in una sessione di late-breaker all'IDWeek 2021, remdesivir ha ridotto il rischio di ospedalizzazione dell'87% e di visite mediche correlate a COVID-19 o morte per tutte le cause entro il giorno 28 dell'81%, rispetto al placebo in pazienti ambulatoriali ad alto rischio di malattia grave.

Nonostante i promettenti risultati preliminari per questi due antivirali, ci sono avvertimenti. Remdesivir viene somministrato per via endovenosa, il che potrebbe precluderne l'uso diffuso in contesti comunitari.

Dal comunicato stampa del 1° ottobre, due aziende farmaceutiche in India hanno chiesto il permesso di porre fine agli studi in fase avanzata di molnupiravir in pazienti con COVID-19 moderato a causa della mancanza di efficacia.

Ci possono essere molte spiegazioni per risultati diversi derivanti da studi simili - nel caso di molnupiravir, potrebbe essere dovuto a differenze nel disegno dello studio - ma non lo sapremo con certezza fino alla pubblicazione dei risultati dello studio sottoposto a revisione paritaria.

I risultati dall'India potrebbero suggerire che molnupiravir ha efficacia solo nelle primissime fasi della malattia, il che limita la sua utilità a causa di ritardi nei test e nella ricerca di assistenza sanitaria.

Anche gli anticorpi monoclonali (mAb) vengono testati in ambito ambulatoriale, con alcuni risultati promettenti.

Ad esempio, AstraZeneca ha richiesto l'autorizzazione all'uso di emergenza dai regolatori statunitensi per AZD7442, un cocktail di due mAb a lunga durata d'azione, dopo che è stato dimostrato che riduce il rischio di qualsiasi sintomo COVID-19 del 77% in uno studio di fase 3.

AZD7442 viene somministrato per via intramuscolare, il che potrebbe renderlo più attraente rispetto ad altri mAb oggetto di indagine, che in genere richiedono la somministrazione endovenosa.

Tuttavia, l'alto costo degli mAbs sarà un ostacolo al loro uso diffuso.

Dato che sembra probabile che SARS-CoV-2 diventerà endemico, la ricerca dovrebbe concentrarsi sull'identificazione di farmaci sicuri, economici e accessibili a livello globale per il trattamento e la prevenzione di COVID-19 nella comunità.

[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(21\)00633-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00633-2/fulltext)

THE LANCET

Il percorso verso l'equità globale nella cura della salute mentale nel contesto del COVID-19

Lola Kola, Brandon A Kohrt, Bibhav Acharya, Byyamah B Mutamba, Christian Kieling, Manasi Kumar et al.

Pubblicato: 07 ottobre 2021

DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02233-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02233-9)

Il tema della Giornata mondiale della salute mentale 2021 è "La salute mentale in un mondo diseguale", evidenziando l'accesso disuguale alle cure per la salute mentale in tutto il mondo.

Questa situazione è stata ulteriormente aggravata dalle risposte governative e pubbliche alla pandemia di COVID-19.

La risposta di molti paesi ad alto reddito (HIC) e istituzioni alla pandemia è stata l'opposto dell'equità, esemplificata dall'accesso iniquo ai vaccini COVID-19 e dall'aumento delle disuguaglianze nella ricchezza.

Una considerazione cruciale in questo contesto è lo squilibrio nei fattori sociali ed economici che determinano l'insorgenza e gli esiti della salute mentale tra comunità e paesi.

Guardando attraverso una lente di equità, alcuni individui e popolazioni hanno bisogno di maggiore, non uguale, intensità di promozione della salute mentale, prevenzione e sforzi di trattamento a causa della costellazione di avversità, emarginazione sociale e peso della cattiva salute che sperimentano.

La crescente disuguaglianza nei sistemi di salute e ricchezza ha profonde implicazioni per una visione della salute mentale per tutti.

Sebbene le disuguaglianze di salute mentale preesistenti siano esacerbate dalla pandemia di COVID-19 in molti contesti, i dati necessari per denunciare l'ineguaglianza negli impatti di COVID-19 sull'assistenza sanitaria mentale sono distribuiti in modo iniquo, con scarsi dati disponibili dalle popolazioni di rifugiati e paesi a basso reddito.

Come gruppo di clinici, ricercatori, educatori e persone con esperienze vissute di malattia mentale, chiediamo servizi che rispondano alle diverse circostanze degli individui e delle comunità piuttosto che un sistema che offra la stessa o uguale assistenza per tutti.

Proponiamo che la salute mentale in risposta a COVID-19 debba essere inquadrata intorno all'equità, in particolare in relazione ai diritti umani e alla copertura sanitaria universale (UHC).

Gli sforzi futuri per raggiungere l'equità nella salute mentale dovrebbero riguardare i domini mostrati nel [pannello](#) e comprendono quattro azioni chiave.

In primo luogo, gli investimenti finanziari necessitano di un focus equo sulle aree con la maggiore esposizione ai fattori di rischio della malattia mentale e il minor accesso ai servizi di salute mentale.

Il movimento delle Nazioni Unite per l'UHC, che integra gli obiettivi di sviluppo sostenibile, cattura questa attenzione con la sua richiesta di un'equa distribuzione degli operatori sanitari piuttosto che un approccio unico all'assistenza sanitaria.

Purtroppo, siamo lontani dall'equità globale negli investimenti finanziari per i servizi di salute mentale.

Rispetto ad altre condizioni di salute nei paesi a basso e medio reddito (LMIC), i disturbi mentali ricevono la minor quantità di finanziamenti filantropici e rappresentano solo lo 0,5% dell'assistenza sanitaria allo sviluppo totale.

Questa carenza di risorse per l'assistenza alla salute mentale negli LMIC è stata aggravata dalla pandemia di COVID-19, come esemplificato dal ritiro dei finanziamenti da parte di alcuni HIC per i programmi sanitari negli LMIC.

Di conseguenza, sono aumentate le lacune terapeutiche per l'assistenza alla salute mentale nei luoghi in cui è più necessaria, che si prevede peggioreranno durante il COVID-19, anche se le esigenze di questi servizi aumentano.

Domande per guidare strategie globali efficaci per l'equità nella cura della salute mentale nella pandemia di COVID-19 e oltre

Coinvolgimento di persone con esperienza vissuta

In che modo le persone con esperienze vissute di condizioni di salute mentale possono essere sostenute e mobilitate in modo sostenibile per avere un posto al tavolo nel determinare come le scarse risorse di salute mentale dovrebbero essere impiegate per massimizzare i diritti e il recupero?

Raccolta dati in ambito sanitario

Come possiamo raccogliere e integrare i dati sui cambiamenti nei determinanti sociali della salute in modo che i sistemi sanitari possano rispondere in modo preferenziale a quelli con il più alto rischio e bisogno?

Servizi

Come implementiamo servizi che rispondano in modo flessibile all'intensità dei bisogni di una popolazione tra quelle più gravemente colpite dalle risposte e dalle politiche discriminatorie di COVID-19?

Fornitori di cure

In che modo i fornitori di servizi di salute mentale, inclusi specialisti e non specialisti, possono essere sfruttati in proporzione a quelle popolazioni che hanno maggiore bisogno di servizi?

Innovazioni

Come concepiamo servizi innovativi, accessibili e a misura di giovane per i giovani e le loro famiglie per facilitare il percorso per ottenere aiuto quando necessario in contesti con crescente povertà, alloggi instabili e accesso limitato alla tecnologia, in parte derivanti dalle (in) azioni del governo legati al COVID-19?

Politica

Come incorporiamo esplicitamente gli obiettivi di equità nelle attività di politica sanitaria globale e nei programmi intersettoriali di risposta a COVID-19, per creare un allineamento con l'espansione della definizione di salute mentale per essere più inclusiva del benessere mentale come caratteristica essenziale dello sviluppo?

Efficacia dei costi

Quali saranno i costi e i benefici di un approccio basato sull'equità ai servizi di salute mentale in risposta al COVID-19 e come li misuriamo per incorporare il beneficio sociale e l'imperativo morale di rispondere in modo preferenziale ai gruppi più vulnerabili?

In secondo luogo, le crescenti disuguaglianze sociali ed economiche devono essere affrontate come minacce globali per la salute mentale, dato che i determinanti sociali sono fattori chiave della salute mentale e degli scarsi risultati nelle persone con condizioni di salute mentale.

Le strategie dovrebbero riconoscere l'impatto ad ampio raggio di COVID-19 sulla salute mentale individuale e incorporare investimenti in tutti i settori che hanno un impatto diretto sulla salute mentale, come l'istruzione, l'occupazione e la protezione dei diritti umani.

Ad esempio, le politiche contro la discriminazione rappresentano una strategia multisettoriale che può produrre miglioramenti economici e sanitari attraverso l'alloggio, l'istruzione, l'occupazione, la partecipazione civica e un'assistenza sanitaria mentale reattiva.

Tali strategie sono coerenti con un inquadramento sindemico.

Le popolazioni che sperimentano la migrazione forzata esemplificano i gruppi che dovrebbero ricevere maggiori investimenti e supporto per la salute mentale.

In terzo luogo, i responsabili politici e i professionisti devono dare la priorità alle persone con malattie mentali che potrebbero subire gravi conseguenze per tutta la vita se non sono adeguatamente supportate durante la risposta al COVID-19.

Ciò include le conseguenze di un accesso iniquo alle azioni preventive e al trattamento del COVID-19 per le persone con condizioni di salute mentale, che, se combinate con un'esposizione differenziale agli impatti economici, potrebbero peggiorare il loro rischio preesistente di mortalità prematura.

Gli sforzi globali si sono in gran parte concentrati sull'equalizzazione dell'accesso all'assistenza alla salute mentale attraverso l'erogazione condivisa di interventi di salute mentale a bassa intensità integrati in contesti sanitari primari e generali e piattaforme comunitarie.

Sebbene questo approccio sia più equo dei servizi di salute mentale inaccessibili, centralizzati e dominati dalle istituzioni, un sottogruppo di persone con gravi malattie mentali ha bisogni complessi che non possono essere soddisfatti dai soli non specialisti, comprese le donne perinatali con psicosi e le persone con comorbidità con abuso di sostanze, storie forensi o malattie refrattarie.

In quarto luogo, i progressi nelle strategie di promozione, prevenzione e intervento dovrebbero concentrarsi su contesti con poche risorse.

È improbabile che nuovi interventi che possono essere implementati solo negli HIC producano una riduzione globale dell'onere della malattia mentale.

Dato il divario digitale tra HIC e LMIC e all'interno di tutti i paesi, la crescente attenzione alle soluzioni tecnologiche nella cura della salute mentale durante la pandemia di COVID-19 rischia di ampliare le disparità nell'assistenza sanitaria in contesti senza accesso.

Sebbene ci siano esempi di iniziative di salute digitale in tutto il mondo durante la pandemia di COVID-19 che riducono piuttosto che rafforzare la salute mentale, come i programmi per l'individuazione e il trattamento della depressione, dell'ansia e della malattia mentale di bambini e adolescenti negli LMIC, la dipendenza dalla consegna a distanza e dalla tecnologia digitale è più probabile che svantaggi coloro che vivono in povertà, le famiglie con alloggi instabili e le persone con scarsa alfabetizzazione tecnologica.

Trasversalmente a queste quattro azioni c'è la necessità di opporsi allo stigma che porta quelle persone con esperienze vissute di condizioni di salute mentale con i maggiori bisogni di cure che hanno meno probabilità di riceverle.

Le voci delle persone con esperienze vissute di problemi di salute mentale dovrebbero essere al centro della determinazione delle impostazioni e delle strategie per dare priorità all'equità durante la risposta al COVID-19 e nel recupero post-pandemia.

La ripresa dalla pandemia ci richiederà di calibrare una diversa struttura di valori e credenze che richiederà un approccio dell'intera società e dell'intera persona al benessere umano, piuttosto che strategie che limitano la salute e la ricchezza a quegli individui e società che già averli.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02233-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02233-9/fulltext)

THE LANCET

Depressione e disturbi d'ansia durante la pandemia di COVID-19: note e incognite

Maxime Taquet, Emily A Holmes e Paul J Harrison

Pubblicato: 08 ottobre 2021

DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02221-](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02221-)

La pandemia di COVID-19 ha messo a dura prova la salute mentale delle persone.

Tuttavia, la portata globale di questo impatto rimane in gran parte sconosciuta.

Sfruttando i migliori dati disponibili provenienti da sondaggi in tutto il mondo con misurazioni di ansia e depressione sia prima che durante la pandemia e analizzando questi dati utilizzando il modello Global Burden of Disease Study (GBD), i Collaboratori sui disturbi mentali COVID-19 fornire informazioni globali sul peso della depressione e dei disturbi d'ansia durante la pandemia fino ad oggi.

Gli autori hanno stimato un aumento significativo della prevalenza di entrambi i disturbi depressivi maggiori (con un aumento stimato di 53,2 milioni [intervallo di incertezza del 95% 44,8–62,9] in tutto il mondo, ovvero un 27,6% [25,1 –30,3]) e disturbi d'ansia (76,2 milioni [64,3–90,6] di casi aggiuntivi, ovvero un aumento del 25,6% [23,2–28,0]) da prima della pandemia.

È stata osservata una maggiore prevalenza sia per i maschi che per le femmine nel corso della vita.

Questi risultati sono tanto più preoccupanti perché i disturbi depressivi e d'ansia erano già le principali cause di disabilità in tutto il mondo.

Lo studio ha punti di forza unici. In primo luogo, utilizzando il modello GBD, traduce stime approssimative da indagini eterogenee in numeri di casi aggiuntivi e anni di vita adeguati alla disabilità.

Ciò rende i risultati più tangibili per i responsabili politici, gli accademici, gli enti di beneficenza e il pubblico in generale. In secondo luogo, lo studio sfrutta i dati sugli indicatori di impatto di COVID-19 (cioè mobilità umana, tassi di infezione da SARS-CoV-2 e mortalità eccessiva).

I collaboratori sui disturbi mentali COVID-19 hanno stimato questi indicatori per tutti i paesi e territori e li hanno utilizzati per informare l'estrapolazione dei cambiamenti nella prevalenza nei paesi senza dati di indagine disponibili.

Inoltre, gli autori hanno valutato la generalizzabilità delle loro stime per i paesi senza sondaggi disponibili utilizzando un approccio di convalida incrociata leave-one-country-out,

Lo studio presenta anche alcuni limiti chiave, in gran parte derivanti dai dati disponibili piuttosto che dall'approccio utilizzato per analizzarli.

Primo, misurazioni dirette sui cambiamenti nella prevalenza dei disturbi depressivi e d'ansia non sono disponibili in vaste regioni del mondo (ad esempio, in Sud America e in Africa).

Per queste regioni, il modello GBD deve estrapolare stime da altre regioni (es. USA o Europa), che sono molto diverse su molti livelli (economico, demografico, politico e culturale).

Questa estrapolazione potrebbe essere inaffidabile, come mostrato nei risultati della convalida incrociata.

Ad esempio, il modello GBD prevede un aumento sostanziale della prevalenza del disturbo depressivo maggiore in Danimarca e quasi nessun cambiamento in Cina, mentre nei sondaggi si osserva il contrario (appendice dell'articolo [p 24]). Secondo, la maggior parte dei dati disponibili si basa su scale di autovalutazione (p. es., Patient Health Questionnaire-9 o General Anxiety Disorder-7 [GAD-7]), che misurano i sintomi piuttosto che le diagnosi effettive.

Sebbene sia i sintomi che le diagnosi siano importanti, la differenza tra loro è rilevante nel contesto della pandemia.

Una diagnosi di disturbo d'ansia secondo la decima Classificazione internazionale delle malattie e dei problemi di salute correlati richiede che gli individui riconoscano il loro disagio emotivo come eccessivo o irragionevole. GAD-7 non coglie questo aspetto.

Per un individuo ad alto rischio di complicazioni da COVID-19 sentirsi costantemente nervoso e impaurito non sarebbe irragionevole (quindi, non soddisfare i requisiti per un disturbo d'ansia), ma produrrebbe un punteggio GAD-7 elevato.

Finalmente, lo studio non è in grado di identificare cosa stia causando l'aumento del carico del disturbo depressivo maggiore e dell'ansia. In particolare, i contributi relativi alla prevalenza della depressione e dei disturbi d'ansia delle conseguenze dirette della malattia COVID-19, alcune misure utilizzate per frenare la propagazione del virus (ad es. blocchi), e altri correlati della pandemia (ad esempio, l'austerità economica) rimangono sfuggenti.

Sintetizzando i migliori dati disponibili, questo studio non solo rivela ciò che sappiamo, ma anche, in modo cruciale, espone ciò che ancora non sappiamo.

Queste incognite note hanno implicazioni per l'interpretazione dei risultati.

La scarsità di misurazioni dirette nella maggior parte dei paesi implica che i risultati non sono in grado di fornire informazioni su paesi specifici che sono stati più colpiti di altri.

I programmi di aiuto volti a migliorare la salute mentale della popolazione sono chiaramente ampiamente necessari e questo studio non è in grado di suggerire paesi specifici da prendere di mira per primi.

Sarà necessaria la misurazione delle diagnosi cliniche per pianificare l'erogazione dei servizi, accertare il peso della pandemia in termini di disturbi mentali e prevedere le conseguenze sociali ed economiche.

Fondamentale, identificare i meccanismi causali, e in particolare i meccanismi modificabili,

I risultati di questo studio dovrebbero incentivare urgentemente una maggiore ricerca per determinare la distribuzione geografica più completa della depressione e dei disturbi d'ansia, la prevalenza dei disturbi depressivi e d'ansia e i meccanismi alla base per migliorare la salute mentale nel contesto della pandemia di COVID-19 a livello globale.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02221-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02221-2/fulltext)

Morire di lavoro. Prima parte

Giuseppe Leocata

Per tutelare la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro è necessario ricostruire una cultura collettiva e condivisa, che oggi è decisamente in crisi.

Scrivere delle morti sul lavoro nel nostro Paese non è semplice e non è sufficiente fermarsi al mero elenco dei dati forniti dall’Inail, reperibili sul sito dell’Istituto e che possono risultare di difficile lettura e comprensione, in relazione alle modalità di accadimento dei singoli eventi, ai periodi in cui essi sono avvenuti, alla situazione sociale ed economica nelle diverse regioni.

Le logiche di chi ha elaborato le statistiche possono differire da quelle di chi le legge e la comprensione può dipendere anche dall’uso che si vuole fare dei numeri.

Questi eventi non devono essere considerati perennemente una ‘emergenza’ (dopo un po’ dimenticata) ma ‘fatti quotidiani’^[1,2], bisogna cercare di leggere fra le righe della realtà e riprendere il vecchio detto degli anni ’80: “Pensare globalmente e agire localmente per cambiare il mondo”.

Negli anni ’70, Medicina Democratica (movimento oggi molto rimaneggiato e rinchiuso in sè stesso) aveva definito metodologie di intervento in fabbrica sui temi della salute, della sicurezza e dell’ambiente, fondate sui seguenti principi: partecipazione diretta delle lavoratrici e dei lavoratori alle indagini in fabbrica e della popolazione auto-organizzata nel territorio; affermazione della soggettività operaia nella sua accezione più ampia e pregnante sia sul piano culturale che sindacale e tecnico-scientifico; rifiuto della monetizzazione dei rischi e della nocività nei luoghi di lavoro così come nel territorio; rifiuto della delega da parte del gruppo operaio di lavorazione omogeneo della propria salute ai tecnici; non accettazione della cosiddetta neutralità della scienza e della tecnica e della oggettività dei cicli produttivi che da esse derivano; informazione e formazione permanente, attraverso il corretto rapporto fra gruppo operaio omogeneo e tecnici sugli innumerevoli temi della salute, della sicurezza, dell’ambiente salubre e dei diritti umani.

La ‘memoria storica’ di quelle conquiste non è stata tramandata ai giovani lavoratori, ai giovani sindacalisti e ai giovani tecnici e medici del lavoro da parte degli operatori della prevenzione più anziani (quelli che allora facevano i ‘rivoluzionari’) e in alcune realtà si ha una sensazione che rimanda al mito di Cronos, che ebbe da Rhea molti figli e che per paura che uno di questi lo avrebbe spodestato – non potendo ucciderli poichè divinità immortali – appena nati li ingoiava.

Cronos, il Tempo, che divora tutte le cose che egli stesso ha creato... ^[3].

Nell’ambito della igiene e sicurezza del lavoro, oggi ci si deve muovere tra norme complesse, frutto del ‘bizantinismo’ dei nostri giuslavoristi, e che però non è opportuno modificare in un periodo ‘politicamente caotico e debole’ come l’attuale, una delegificazione sarebbe disastrosa.

Non sono sufficienti soltanto le leggi (carte) per tutelare la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro; è necessario ricostruire una cultura collettiva e condivisa, che oggi è decisamente in crisi; la mera imposizione è una tecnica imperfetta (vedi oggi le rivolte contro il vaccino e il green pass).

In questi mesi, tanti hanno parlato di infortuni mortali.

Il Ministro del lavoro ha annunciato interventi nella logistica, sull’organico degli ispettori, nell’edilizia, nell’estensione della copertura assicurativa a categorie di lavoratori dipendenti e autonomi oggi esclusi^[4].

Il presidente dell’Inail ha dichiarato: “Le norme ci sono e vanno rispettate.

È necessario un impegno forte e deciso di tutti per realizzare un vero e proprio ‘patto per la sicurezza’ tra istituzioni e parti sociali.

Coinvolgere gli attori del sistema nazionale di prevenzione, rafforzare i controlli, promuovere una maggiore sensibilizzazione di lavoratori e imprese, potenziare la formazione e l’informazione per costruire una cultura della sicurezza, a partire dalla scuola, dare sostegno economico alle aziende”[4].

I leader sindacali hanno aggiunto che “l’Italia è uno dei pochissimi paesi dell’Unione europea privo di una strategia nazionale per la salute e la sicurezza sul lavoro”[4].

Il leader della CGIL, in modo riduttivo, ha rilanciato la richiesta di una ‘patente a punti’ per le imprese, con un punteggio che calerebbe in caso di violazioni e incidenti fino a far scattare l’esclusione dalle gare o il blocco delle attività[5].

Ci si è dimenticati del periodo delle lotte in fabbrica e in piazza e ci si rifugia nel virtuale. La diocesi di Prato, a seguito dell’infortunio mortale di Luana D’Orazio, ha parlato di ‘destrutturazione del lavoro dettata dalla crisi, continua riduzione dei costi, de-professionalizzazione, mala-formazione, individualizzazione’[6].

L’agenzia creata dal Jobs Act per accorpate le funzioni di vigilanza di Ministero del lavoro, Inps e Inail ha il suo obiettivo ancora soltanto sulla carta per carenza di risorse umane e informatiche, tra cui la mancanza di una banca dati condivisa[5] realtà diverse tra loro che dovrebbero pensare a interessi comuni e condivisi in termini di pensiero e azione.

Soprattutto nelle piccole e medie imprese, “le normative in materia di sicurezza vengono viste come un onere e un costo da ridurre, non un investimento” [5] e “si corre troppo e sempre; per anticipare altri produttori, per garantirsi margini” (Mirko Zacchei, Femca Cisl Firenze e Prato)[6].

Teniamo, inoltre, anche conto di quanto avviene fuori da ogni controllo nelle aziende agricole del sud che sfruttano e schiavizzano i migranti. Gran parte degli infortuni gravi, poi, sono dovuti a mancata valutazione del rischio e a mancata formazione.

Esiste un falso mercato della formazione con soggetti che danno certificazioni senza fare davvero i corsi[5] e società che vendono corsi spesso teorici e in una logica di massimo profitto. In questo contesto, inoltre, le associazioni di categoria talvolta non supportano i loro iscritti in tal senso.

Nelle ASL, a cui spettano i controlli su salute e sicurezza[5], possiamo constatare che il personale è diminuito del 50% in 10 anni, esse fanno capo a Regioni e Province autonome e ognuna risponde a un certo orientamento politico; non sono in rete tra loro e non hanno una banca dati comune con Inps e Inail.

Non vi è una strategia nazionale e unitaria sui compiti e le attività dei Servizi di vigilanza delle ASL, che sono diventati una realtà residuale e vanno avanti con progetti locali e particolari, senza una visione di insieme della realtà e una reale programmazione.

In diverse situazioni i responsabili dei Servizi hanno scelto degli ‘yes men’, anche bravi professionalmente ma con poche capacità dialettiche, senza memoria storica e senza una visione globale, necessarie per svolgere i delicati compiti nell’ambito degli organi di vigilanza.

Diversi responsabili di Servizio, poi, da pensionati hanno intrapreso la strada ‘imprenditoriale’ delle visite mediche periodiche... In diverse realtà agiscono medici e tecnici che – pur ufficiali di polizia giudiziaria – fanno i consulenti per delle imprese; ruoli non compatibili istituzionalmente.

Si incontrano, inoltre, giovani medici che scelgono la specialità in Medicina del lavoro come ripiego e che finiscono a fare i ‘manovali dei visitifici’ per società private e/o pubbliche o che non hanno motivazioni adeguate a svolgere i delicati ruoli degli Organi di vigilanza delle ASL.

Negli anni ‘80 in molte regioni italiane si era realizzato un modello di intervento organico in materia di igiene e sicurezza del lavoro, sull’onda della presa di coscienza dell’importanza della salute nei luoghi di lavoro da parte degli operai e del sindacato che erano riusciti a portare sul loro terreno i medici e i tecnici dei Servizi di medicina del lavoro inseriti nel contesto della Sanità pubblica.

Quella realtà (Servizi di medicina del lavoro delle Aziende sanitarie locali, Unità operative ospedaliere di medicina del lavoro e Centri universitari di Medicina del lavoro) era il punto di riferimento per lavoratori, imprese produttive e di servizi, sindacati e associazioni imprenditoriali, medici del lavoro aziendali e tecnici della sicurezza sempre in ambito aziendale[3,7].

Va ripreso un ragionamento e va attuato al più presto un percorso operativo sul 'macrosistema' per ritornare al governo della 'Politica' sull'economia e sulla logica delle banche e delle assicurazioni multinazionali che operano pure nel settore della salute e della sicurezza sul lavoro e che utilizzano la statistica e l'epidemiologia per attuare scelte con ferrea logica matematica e sempre più mirate a ciò che è più opportuno ('redditizio') in termini di 'investimenti monetari' e non ricorrendo a valutazioni mirate al sociale.

La vita e la salute di un lavoratore, di ogni lavoratore, non può essere ostaggio della fatalità e neppure della nostra stessa imperfezione di esseri umani.

Il criterio primario nell'organizzazione di ogni fabbrica, di ogni attività economica, dev'essere la sicurezza dei lavoratori. Molto, molto prima dell'efficienza e della redditività [8,9].

<https://www.saluteinternazionale.info/2021/10/morire-di-lavoro-prima-parte/>



Morire di lavoro. Seconda parte

Giuseppe Leocata

Per chi si occupa a vario titolo di salute dei lavoratori è giunta l'ora di uscire dai propri orticelli e dal coltivare interessi autoreferenziali o di parrocchia e basati su logiche mercantili.

Oggi si registra sempre di più la debolezza dei diversi nodi della rete della prevenzione, della salute e della sicurezza sul lavoro e all'assottigliamento delle relative maglie nell'ambito della Sanità: i Lavoratori – italiani, migranti, riders, ecc. (i quali oggi più di ieri hanno la priorità di conservare a qualunque costo il posto di lavoro e il salario, 'prioritari' rispetto alla loro salute globale nei luoghi di lavoro – si pensi soltanto ad esempio alle divergenze sulla lettura del disastro per la salute dei lavoratori e degli abitanti del quartiere Tamburi a causa dell'ILVA di Taranto), il Sindacato (in forti difficoltà e che non riesce più ad incidere nel mondo della sicurezza e dell'igiene del lavoro come negli anni passati, pensiamo ad esempio al silenzio in merito alle fabbriche di morte – armi, mine, ecc.), le Imprese virtuose (le quali andrebbero valorizzate), le Unità Operative Ospedaliere di Medicina del Lavoro (sempre più ridotte e 'non in linea' con la 'mission' delle aziende ospedaliere: 'curare i malati'), le Cliniche Universitarie (con risorse sempre di più ridotte e che sembra abbiano perso il contatto reale con la realtà concreta del lavoro e con le persone – lavoratori, operatori, servizi territoriali e istituzioni). In modo nostalgico ma realista ricordo il "modello di strutturazione territoriale integrata dei Servizi di Medicina Preventiva del Lavoro", promosso – fra gli altri – da Antonio Fanuzzi della Regione Lombardia[1].

I medici competenti sono spesso costretti a operare come meri esecutori di norme giuridiche stabilite da altri e non come figure umane e professionali di riferimento per il lavoratore (questi possono avere maggiori e regolari contatti con questa figura piuttosto che con il proprio medico curante); la loro medicina del lavoro dovrebbe seguire un suo percorso globale e in autonomia, non subordinato a figure tecniche (medici competenti sottoposti a Responsabili Servizi Protezione e Prevenzione o a Risk Manager) né imbrigliato in gare al ribasso per la sorveglianza sanitaria e va inserita in un 'sistema sociale più organico' rispettoso della

loro professionalità, a tutela dei lavoratori e delle imprese, in relazione alle norme e al buon senso. In un sistema sanitario di imperante privatizzazione, risulta difficile pensare a delle vie di uscita per risalire la china e per garantire a tutti una sanità equa e la tutela della salute per tutti, anche nella medicina del lavoro.

La Politica non c'è e non sembra essere questa l'ottica del Governo, che ha ben altro da inseguire al momento e non sembra neanche nei pensieri delle figure che operano nel settore.

Nell'ambito istituzionale e nelle diverse associazioni interessate è giunta l'ora di uscire dai propri orticelli e dal coltivare interessi più o meno 'autoreferenziali' o di 'parrocchia' e basati su 'logiche mercantili'.

La Società Nazionale Operatori Prevenzione (SNOP), quella che raccoglieva gli operatori dei Servizi di vigilanza – medici e tecnici della prevenzione – è da tempo in sordina; l'Associazione Nazionale Medici d'Azienda organizza attività di un certo interesse operativo per i medici competenti, la Società Italiana di Medicina del Lavoro (SIML) è sempre più concentrata sulle figure universitarie e sembra insidiata dalla Società italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SItI), forse per riappropriarsi della medicina del lavoro, coprendo postazioni importanti di medico competente con medici igienisti (del resto era già ben previsto da art.1 bis del D.L.402 2001!). Un passo importante potrebbe essere quello di revocare l'autonomia delle Regioni sulla Sanità (modificare il famoso Titolo V della Costituzione) e ricentralizzare anche l'Igiene e la sicurezza sul lavoro, mettendo ad un unico tavolo centrale e con articolazioni periferiche: INAIL, Direzione Generale del Lavoro, Ministero della Salute.

Questi si dovrebbero confrontare, dopo avere definito le linee culturali e politiche della tematica, con le associazioni imprenditoriali, sindacali, dei medici del lavoro e delle figure tecniche della prevenzione, per condividere la linea e per eventuali adeguamenti.

Questo percorso potrebbe essere cruciale per evitare inutili sovrapposizioni di interventi e di azioni (soltanto ad esempio dal punto di vista ispettivo e dei corsi di formazione da affrontare in modo unitario e congiunto). Ai sindacati spetta nuovamente il compito di ricostruire una nuova cultura del lavoro in una società 4.0 e di occuparsi anche realmente della tutela e della formazione dei lavoratori in materia sindacale e di Igiene e sicurezza del lavoro.

Le Università devono tornare a confrontarsi in modo reale e paritetico con il territorio e fare ricerca non su 'campioni' ma sulla 'salute vera' dei lavoratori (quella della soggettività) con lo strumento di una scienza condivisa e devono fare condurre gli specializzandi nelle aziende per fare loro conoscere il mondo del lavoro, e non solo come visitare i lavoratori o effettuare degli accertamenti strumentali e di laboratorio[2].

Nell'ultimo congresso della Società Italiana di Medicina del Lavoro (Parma – settembre 2021) è stato dichiarato che 13 milioni di italiani sono seguiti da medici competenti aziendali, questo numero è inferiore soltanto a quello delle persone seguite dai medici di medicina generale; soltanto che il numero di questi ultimi è 10 volte superiore a quello dei medici del lavoro e non c'è una rete di rapporti tra medici del lavoro, medici di medicina generale, medici ospedalieri, medici del territorio e medici universitari.

Si è persa la definizione dei livelli di intervento, forse sarebbe corretto tornare al modello sopra descritto: primo, secondo e terzo livello e ognuno agisca nel suo ambito e faccia bene il proprio lavoro, il medico competente sia più una figura gestionale (consulente globale) e non 'manovale del visitificio', l'igiene e la sicurezza del lavoro e la prevenzione sono ben altro, i medici delle Unità Operative Ospedaliere di Medicina del Lavoro con professionisti di altre discipline come supporto potrebbero fornire il supporto ai medici competenti e gli universitari fare ricerca e non garantire la sopravvivenza delle strutture con attività di mero 'visitificio' molto remunerative ma non preventive né di ricerca!

Le imprese, dal canto loro, ormai cercano pacchetti di protocolli sanitari preconfezionati standard e al prezzo più basso (è questa la medicina del lavoro che vogliamo sopravvivere e che insegniamo ai giovani medici del lavoro?); quella di efficienti Unità Operative Ospedaliere di Medicina del Lavoro pubbliche potrebbe essere una soluzione alternativa, se ben costruite e con a capo persone lungimiranti e formate non al mero comando (potere fine a se stesso) ma con una visione di sistema realmente indirizzata alla efficacia ed efficienza di interventi mirati e più possibile semplificati.

Non si può pensare oggi, in un clima politico e sociale fragile, a medici competenti con un rapporto di convenzione con il sistema pubblico, come i medici di medicina generale, né a inserirli facilmente in strutture territoriali come le costituenti 'Case della Salute' della Lombardia.

Non è, inoltre, realistico pensare ad un nuovo percorso culturale per il medico competente; è stata avanzata l'ipotesi di un master universitario sulla valutazione dei rischi, senza prender in considerazione la possibilità di utilizzo più funzionale e culturalmente corretto di quanto già esiste, si vogliono forse creare altri corsi, altre sedi e dare incarichi ad altri docenti...

Mi azzarderei a dire che la clinica specialistica è la fine della medicina del lavoro, quella che dovrebbe tutelare la salute dei lavoratori; lasciamo agli specialisti la gestione delle discipline specialistiche e torniamo a fare i medici del lavoro, agendo 'oltre la norma' e liberando il tempo del medico competente dalle visite, direi: no alla medicalizzazione ad ogni costo, no alla tecnicizzazione e no alla digitalizzazione della salute e della sicurezza sul lavoro, non credo al potere taumaturgico del 'dottor internet'!

Cerchiamo di riflettere seriamente e ad operare per ricostruire la Medicina delle '4 P' (Predittiva Preventiva Personalizzata Partecipativa).

Chiudo con una affermazione di Ken Loach, che in relazione al suo film "[I, Daniel Blake](#)" di Ken Loach, ci ha trasmesso sia una riflessione spietata su un mondo sempre più cinico, distratto e inutile, sia una fiducia assoluta negli esseri umani: "Dov'è la speranza?"

Penso che sia nella rabbia, in una rabbia costruttiva che potrebbe trasformarsi in un movimento... *Un altro mondo è possibile e necessario*".

<https://www.saluteinternazionale.info/2021/10/morire-di-lavoro-seconda-parte/>

Il “dopo” Covid 19: vision, impatti economici e sociali



Le disuguaglianze crescono, a partire da quelle in salute, fermiamo il regionalismo differenziato

Roberto Polillo e Mara Tognetti

Mentre esprimiamo un giudizio positivo sull'entità delle risorse messe a recentemente disposizioni per il rilancio del SSN (20 miliardi in conto capitale con Il PNRR e 2 miliardi di incremento del fondo sanitario nazionale per il periodo 2022-2024) esprimiamo altrettanto forte perplessità sulla ricomparsa nell'agenda del governo della proposta di autonomia differenziata regionale

22 OTT – Introduzione

Il tema delle disuguaglianze oltre ad essere una questione di equità è innanzitutto un tema centrale per ripensare i servizi sanitari e in generale gli interventi per la salute.

Una necessità che si impone perché le disuguaglianze hanno registrato, a partire dagli ultimi decenni un incremento significativo per un concatenarsi nel tempo di fattori diversi: l'impatto economico indotto dalla grande crisi del 2008; le politiche restrittive di stampo neo-liberista che a questa hanno fatto seguito; la frammentarietà della capacità di risposta del nostro SSN verso bisogni sanitari crescenti; la diversa efficacia dei 21 sistemi sanitari regionali (SSR) che hanno compromesso l'unitarietà delle politiche della salute.

A questo si è aggiunto l'impatto determinato dalla pandemia Covid 19, le cui caratteristiche, per richiamare un concetto di **Richard Horton** sulla rivista *The Lancet* (Horton R. Offline: *Covid-19 is not a pandemic*. Lancet 2020; 396: 874) sono quelle della "sindemia": una condizione in cui l'infezione e i suoi possibili esiti non sono una variabile indipendente ma, al contrario, sono strettamente collegati a situazioni cliniche preesistenti con cui interagiscono in funzione di fattori co-esistenti più ampi di natura sociale politica ed economica.

Anche con la sindemia dunque studiare le disuguaglianze sociali nella salute significa comprendere come il sociale s'inscrive, s'incorpora nella malattia dell'individuo e della società.

Alcune cifre della disuguaglianza

In periodo di pandemia le disuguaglianze sociali sono esplose come ci ricorda la Banca d'Italia. Secondo l'OMS la pandemia ha portato in povertà estrema tra 119 e 124 milioni di persone. Così come sono stati erosi i risparmi accumulati precedentemente, secondo la Commissione Europea, specialmente per le fasce di età fino a 21 anni (-21%) mentre per le persone fra i 30-49 anni è stato del -14%. Chi non aveva risparmi accumulati in molti casi ha allungato la fila ai centri di distribuzione dei pacchi viveri, dei banchi alimentari. Una frattura fra generazioni scavata già dalla richiamata crisi finanziaria del 2008, e ora pesantemente aggravata con la pandemia.

I determinanti di salute

Vi sono dunque fattori sociali alla base delle iniquità, delle disuguaglianze a partire dagli stili di vita, il ruolo della comunità e delle reti sociali a cui un individuo appartiene, le condizioni di vita e di lavoro, la stratificazione sociale, i fattori strutturali. Fattori strutturali che sono particolarmente importanti in quanto contribuiscono a definire la posizione sociale degli individui, così come lo sono le condizioni di contesto sociale, economiche e politiche in cui sono compresi anche i sistemi sanitari.

Le differenze in ambito regionali

Le disuguaglianze di salute, come abbiamo già evidenziato, sono determinate da fattori individuali (istruzione, reddito, ecc.), da fattori istituzionali e organizzativi dei sistemi sanitari. Particolarmente importante è proprio il ruolo che possono e debbono assumere i SSR in questo ambito.

In tempo di COVID i SSR hanno dimostrato una scarsa resilienza, in non pochi casi sono stati inadeguati, con sostanziali differenze nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi da parte dei cittadini. Pensiamo alle diverse performance dei 21 SSR: la differente prevalenza dei contagi nei diversi contesti regionali, la diversa letalità grezza, il differente tasso di mortalità grezza.

Esiti differenti per le differenti scelte organizzative (servizi territoriali contro servizi ospedalieri, ecc.). Modalità e attenzioni difformi per l'esecuzione dei tamponi per individuare i soggetti contagiati. Ora modalità ben lungi da una programmazione condivisa della somministrazione dei vaccini.

I differenti SSR hanno anche determinato una difforme esposizione del personale sanitario al Covid 19, i molti incidenti da lavoro per Covid 19 che hanno riguardato in modo specifico i medici, le figure sanitarie e le figure sociosanitarie. Di più le donne degli uomini. In alcune Regioni la maggior istituzionalizzazione dei malati da Covid 19 ha determinato un forte incremento del rischio da lavoro per il personale sanitario.

Dimensione sociale e produzione di diseguglianze nella pandemia da Covid 19

Rispetto al tradizionale manifestarsi delle diseguglianze di salute, in cui sono i fattori di nocività accumulati nel corso dell'intera esistenza, a determinare gli esiti di salute delle classi svantaggiate (riduzione dell'attesa di vita, e della vita senza disabilità) la pandemia da Covid 19 ha dimostrato come anche un evento acuto riproduca identici gradienti differenziali.

Numerosi studi epidemiologici hanno chiaramente evidenziato come, aldilà della dimensione "biologica" (le modalità con le quali avviene la trasmissione del contagio e le condizioni che ne favoriscono la diffusione), esista nella pandemia da Sars Cov 2 una ancora più importante dimensione "sociale".

In tale contesto secondo un'impostazione sociologica ormai classica è possibile identificare, procedendo dal generale al particolare, tre diversi livelli di significatività analitica: (macro, meso e micro) attraverso i quali fare emergere con tutta chiarezza le implicazioni socio-sanitarie di un fenomeno biologico.

Il livello macro del sistema mondo

A livello *macro* o di *sistema-mondo* un ruolo di rilievo gioca la stratificazione dei diversi paesi per reddito e grado di protezione sociale in dipendenza dal ruolo da essi svolto nella divisione sociale del lavoro globale.

A questo si aggiunge poi la diffusa connettività che caratterizza la nostra era globalizzata, in cui ogni evento anche se in ambito "locale" (il salto di specie nel mercato umido di Wuhan, il caso zero del primo malato di Codogno o l'emergere della variante inglese del virus) acquista immediatamente una dimensione "globale" diffondendosi oltre i confini dei singoli stati; con effetti tuttavia diversi tra i diversi paesi che continuano a mantenere il gradiente di cui sopra.

Coesiste inoltre, come condizione *ex-post*, una pari diseguale distribuzione dei mezzi atti al controllo e al contrasto della pandemia (dall'ossigeno di cui era totalmente sfornito il Brasile ai vaccini di cui è privo l'intero continente africano) che si riflette in un drammatico incremento della morbilità e mortalità generale.

Il livello meso della stratificazione sociale

A livello *meso*, Covid 19 mostra un gradiente socio-economico ben definito colpendo più duramente, in ogni nazione e in ogni luogo della nazione, le classi socialmente svantaggiate; un fenomeno isomorfo che si mostra identico nei paesi ad alto reddito come l'America e nei paesi più poveri come quelli dell'America latina o del continente africano.

In uno studio del gennaio 2021 sulla prestigiosa rivista *Jama*, **Tim Liao** studiando l'incidenza cumulativa da Covid-19 e i tassi di mortalità per i primi 200 giorni della pandemia negli Stati Uniti, ha esaminato l'associazione tra incidenza dell'infezione e mortalità da un lato e fattori strutturali di composizione razziale/etnica e disparità di reddito dall'altro. (*F. Liao, PhD; Fernando De Maio, PhD Association of Social and*

Economic Inequality With Coronavirus Disease 2019 Incidence and Mortality Across US Counties JAMA Network Open. 2021;4(1): e2034578. doi:10.1001 /jamanetworkopen.2020.34578).

L'analisi condotta a livello di ogni singola contea americana (3.142 nei 50 stati) ha confermato in modo chiaro non solo l'associazione tra composizione razziale/etnica e incidenza e mortalità da Covid-19 (a svantaggio della popolazione ispanica o nera) ma anche il ruolo, indipendente dai precedenti, giocato dalle disparità nel reddito.

Lo stesso differenziale tra afroamericani ispanici e bianchi, si ritrova anche per quanto riguarda i diversi tassi di vaccinazione tra i diversi gruppi sociali con un netto svantaggio a carico dei primi rispetto agli altri (*L. Balasuriya et Covid 19 Vaccine acceptance and access among black and latinx communities Jama network open 2021:400*).

La riproducibilità sociale del fenomeno emerge anche da uno studio di **Gonzalo Mena** et al sulla rivista "Science" condotta in Cile, un paese collocato in modo totalmente diverso dagli USA nella divisione sociale del lavoro e ricchezza (*Mena et al., Socioeconomic status determines COVID-19 incidence and related mortality in Santiago, Chile, Science 372, 934 (2021) 28 May 2021*).

Anche qui analizzando i dati della città di Santiago del Cile, emerge con altrettanta chiarezza come esista un chiaro rapporto tra mortalità e condizione socio-economica della popolazione. Grandi differenze, emergono infatti raffrontando i quartieri ad alto reddito rispetto a quelli in condizioni di deprivazione con un rapporto direttamente proporzionale al differenziale tra i diversi ambiti territoriali.

Complementare a questo, anche se in una dimensione di nuclei familiari sono gli esiti dell'affollamento abitativo che caratterizza i quartieri poveri delle grandi città dove il Covid ha fatto strage (il Bronx per citarne uno) per l'alto livello di promiscuità da cui deriva l'impossibilità di mantenere il distanziamento sociale indispensabile per circoscrivere i cluster di infezione.

Il livello micro della fragilità degli individui a rischio

A livello *micro* Covid 19 colpisce gli individui con maggiori fragilità incrementando il livello di disabilità preesistente; l'infezione nei soggetti con presenza di concomitanti patologie (cardiopatie o diabete mellito) o con carenti livelli di istruzione ha un andamento più grave, riduce la qualità della vita già compromessa e si accompagna spesso a esiti infausti (*Andrew Briggs & Anna Vassa , Count the cost of disability caused by COVID-19, Nature Vol 593, 27 May 2021*).

Il dato è emerso con estrema chiarezza nel nostro paese dove il monitoraggio continuo dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha dimostrato un gradiente netto tra mortalità e concomitanza tra patologie croniche non trasmissibili e tassi di mortalità.

È questo il campo in cui le disuguaglianze di salute accumulate nell'intero corso della vita hanno modo di dispiegare i loro effetti compromettendo quella capacità di affrontare eventi acuti o traumatici e di darsi nuove regole (normatività) che **Canguilhem** identifica con lo stesso concetto di salute.

Ripensare i servizi sanitari

In un Viewpoint sulla rivista *The Lancet* del 2 settembre 2021 dal titolo "Seizing the moment of rethink health system", **Koyo Nimaco e Margaret Kruk** richiamano il concetto del "momento cosmopolita" elaborato da **Ulrich** nel Beck libro "Critical theory of world risk society: a cosmopolitan vision" (Constellations 2009, 16: 3-22) in cui si sottolinea come un "nuovo apprezzamento del rischio sanitario può indurre una nuova apertura morale e politica tesa a migliorare le sorti dell'umanità".

Il Covid 19 è in questo senso un'occasione da non perdere per ripensare i servizi sanitari dei paesi a basso medio-reddito, come sostengono gli autori ma anche quello dei paesi ad alto reddito come gli USA, il Regno

Unito e il nostro dove il Covid 19 ha dimostrato la fragilità di sistemi di protezione drammaticamente defianziati per assurde politiche di tagli lineari.

Emblematico il caso del nostro Paese dove al più alto tasso di mortalità complessivo (132.000 casi a ottobre 2021) ha corrisposto la più pesante contrazione del PIL (-9%) dimostrando così in modo inconfutabile come tra economia e stato sociale ci sia un rapporto di complementarità e non di trade-off.

Ripensare il sistema sanitario secondo le linee tracciate dai due autori citati significa agire a quattro diversi livelli che non mostrano sostanziali differenze tra paesi ad alto e basso reddito. Nell'uno e nell'altro caso migliorare il principale sistema di protezione significa rivedere il ruolo e le funzioni di: operatori, setting di cura e modalità organizzative, management e nuove modalità di finanziamento degli erogatori e implementazione e gestione dei dati sanitari per renderli accessibili ai fini delle cure e trasparenti.

Le azioni da intraprendere nel nostro paese

Il Covid 19 ha mostrato la estrema fragilità raggiunta del nostro sistema sanitario in cui a una mancata risposta della medicina di iniziativa (le cure primarie) ha anche corrisposto una grave carenza della gestione dei percorsi di gestione delle infezioni negli ospedali. Drammaticamente esemplare in tal senso la vicenda dell'ospedale di Alzano in provincia di Bergamo dove il contagio si è rapidamente diffuso per la mancanza di indicazioni chiare da parte del management sanitario.

È dunque necessario in modo sistematico, svelare e discutere in ogni luogo l'esistenza, le cause e la consistenza delle disuguaglianze di salute.

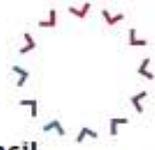
Rendere pubblici e comprensibili i dati a disposizione sulle disuguaglianze di salute. Ricordiamo che siamo di fronte alla più grande ingiustizia sociale. Mettere al centro degli interventi, delle azioni la dimensione sociale per comprendere gli esiti di salute. Sviluppare e implementare politiche di riduzione delle disuguaglianze di salute avendo sempre presente il peso del reddito, dell'istruzione, dell'occupazione, del genere e dell'etnia. Una logica intersezionale.

Avviare una profonda e complessa riorganizzazione dei SSR. Puntare su sistemi sanitari più equi e meno differenziati che diano a tutti le stesse opportunità di salute capaci di salvaguardare i bisogni, le specificità, le aspettative e le aspirazioni dei singoli e quindi la salute di tutti.

E in tale prospettiva mentre esprimiamo un giudizio positivo sull'entità delle risorse messe a recentemente disposizioni per il rilancio del SSN (20 miliardi in conto capitale con Il PNRR e 2 miliardi di incremento del fondo sanitario nazionale per il periodo 2022-2024) esprimiamo altrettanto forte perplessità sulla ricomparsa nell'agenda del governo della proposta di autonomia differenziata regionale.

Andare avanti con quel provvedimento, che renderebbe ancora più differenti i diversi territori del paese significherebbe infatti accentuare quelle disuguaglianze che sono cresciute con le crisi finanziarie degli anni 2000 e che l'epidemia COVID ha reso ancora più profonde e intollerabili.

http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=99314



The WHO Council
on the Economics of
Health for All

Financing Health for All: Increase, transform and redirect

COUNCIL BRIEF NO. 2
26 OCTOBER 2021



Il mondo è stato capovolto dalla pandemia di coronavirus 2019 (COVID-19). Ciò ha fornito un forte campanello d'allarme sul grave sottofinanziamento dei sistemi sanitari in tutto il mondo. Ha messo a nudo le disuguaglianze e le limitazioni nelle capacità dei paesi a tutti i livelli di sviluppo di prevenire gravi crisi sanitarie o di rispondervi. Ma non deve essere così.

Il nuovo Consiglio dell'OMS sull'economia della salute per tutti riconosce che la salute e l'economia sono profondamente intrecciate. In effetti, lo sviluppo economico potrebbe migliorare la salute e il benessere. Facendo leva sulla sua piattaforma, il Consiglio chiede ora, più che mai, la necessità di obiettivi chiari e ambiziosi per catalizzare e concentrare gli investimenti e le azioni e dare priorità al finanziamento della salute come investimento a lungo termine e non come costo a breve termine.

Il Consiglio ha scritto questo breve per concentrarsi su come finanziare Health for All. Ci sono due dimensioni chiave: più finanziamenti e finanziamenti migliori. Passando a un nuovo paradigma in cui la salute è un investimento, i governi possono superare i limiti fiscali interni e trasformare il rapporto tra settore pubblico e privato, verso obiettivi comuni. In altre parole, aumentare i finanziamenti non è sufficiente: la qualità dei finanziamenti è fondamentale per fornire Health for All. Questa missione può essere raggiunta progettando politiche per raggiungere la Salute per Tutti ora riallineando i finanziamenti da tutti i settori e le fonti attraverso condizionalità che alimentano guadagni simbiotici nell'interesse pubblico.

Il Consiglio sottolinea tre percorsi d'azione

- 1) Creazione di spazio fiscale
- 2) Direzione degli investimenti
- 3) Governance della finanza pubblica e privata.

Per ciascuno, questo brief propone azioni specifiche per i governi e le organizzazioni multilaterali. Queste azioni dovrebbero rafforzare i sistemi sanitari per garantire l'accesso a prodotti e servizi salvavita e migliorativi; e per migliorare le solide condizioni socioeconomiche in tutti i settori che riconoscono i co-benefici di Salute per tutti da un approccio a tutto governo.

La crisi del COVID-19 ha aperto una finestra per un reindirizzamento radicale. Il Consiglio ritiene che sia fondamentale perseguire un nuovo paradigma che elimini le politiche e i presupposti macroeconomici che ci allontanano da Health for All e, invece, trovare finanziamenti che raggiungano la missione di Health for All. Per realizzare tali obiettivi, dobbiamo invertire - ed espandere - la nostra prospettiva su salute e sviluppo economico: dal perseguire la salute per l'economia, al ridisegnare l'economia per la salute.

Il Consiglio dell'OMS sull'economia della salute per tutti è composto da un gruppo internazionale di esperti indipendenti. Il documento non rappresenta le decisioni o le politiche dell'OMS. Le designazioni qui utilizzate non implicano l'espressione di alcuna opinione da parte dei suoi autori sullo stato giuridico di qualsiasi paese, territorio, città di area o delle sue autorità, o sulla delimitazione delle sue frontiere o confini. La menzione di società specifiche o di prodotti di determinati produttori non implica che siano approvati o raccomandati dagli autori rispetto ad altri di natura simile che non sono menzionati. Tutte le ragionevoli precauzioni sono state prese dagli autori per verificare le informazioni contenute in questo documento che viene pubblicato senza garanzie di alcun tipo, espresse o implicite. La responsabilità dell'interpretazione e dell'uso del materiale è del lettore.

**Per leggere il documento integrale andare su: www.who.org
<https://www.who.int/groups/who-council-on-the-economics-of-health-for-all>**

La congiuntura internazionale

n.9 – ottobre 2021

- Pil tendenziale III trimestre: Area euro +3,7%, USA +4,9%
- Export dell'America Latina e dell'Europa centro-orientale in calo
- L'inflazione nell'Area euro supera il 4%, negli Stati Uniti rimane oltre il 5%
- Tassi di policy: Brasile +150pb, Russia +75pb, Turchia -200pb
- Fiducia dei consumatori: stabile in AE, in calo negli Stati Uniti

Commercio mondiale	pag.2
Pil e produzione industriale	pag.3
Disoccupazione, inflazione e materie prime	pag.5
Tassi di interesse e di cambio	pag.6
Gli indici di fiducia	pag.8

Commercio mondiale

Nel mese di agosto l'indice del volume del commercio mondiale ha registrato una crescita su base annua dell'8,2%, in rallentamento rispetto al mese precedente (+9,4%).

Sia l'export delle economie avanzate che quello dei Paesi emergenti sono risultati in espansione.

Nello specifico, l'indice dell'export delle economie avanzate è aumentato del 6,6% annuo, in rallentamento rispetto al +9,5% del mese precedente. Anche l'indice relativo ai paesi emergenti è risultato in espansione, +6,3% su base annua, in crescita rispetto al +6,0% del mese precedente.

Riguardo alle esportazioni dei paesi avanzati, ad agosto si registra un'espansione su base annua sia per l'Area euro, +6,3%, in rallentamento rispetto al +8,6% del mese precedente, sia per gli Stati Uniti, +7,8%, in calo rispetto al +9,5% del mese precedente, che per il Giappone, +13,9%, in rallentamento rispetto al +24,8% del mese precedente.

Analizzando l'export dei Paesi emergenti, si rileva ad agosto un buon ritmo di crescita per l'export dell'Asia, +8,9% (+8,6% il mese precedente) e una crescita moderata per quello dell'Africa e Medio Oriente, +2,3% (+5,3% il mese precedente). Al contrario, si registra una riduzione per l'export dell'America Latina, -2,5% (-0,8% il mese precedente) ed un moderato calo per l'export dell'Europa centro orientale, -4,2% (-1,7% il mese precedente). Tra le economie dell'Asia si evidenzia la crescita dell'export cinese, +8,6% (+9,2% il mese precedente).

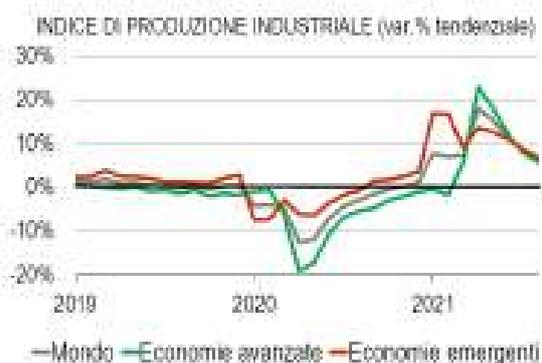
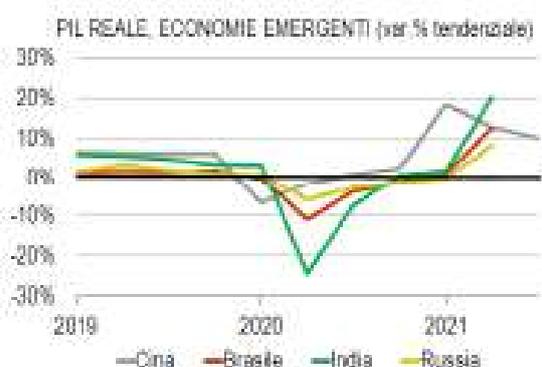
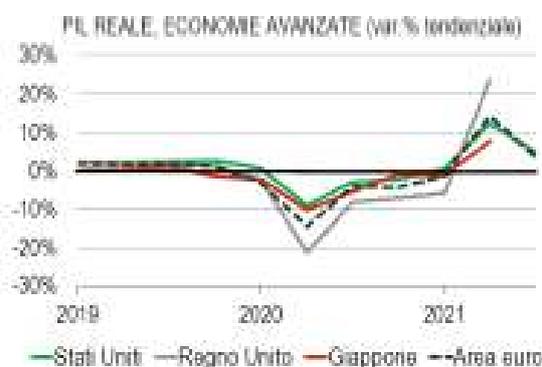


Pil e produzione industriale

Il dato preliminare del Pil dell'Eurozona del III trimestre 2021 mostra un'espansione annua del +3,7%, in calo rispetto al +14,2% del trimestre precedente. Più rapida la crescita degli Stati Uniti che mostrano una variazione del Pil del +4,9% annuo, in peggioramento rispetto al +12,2% del trimestre precedente. Nel II trimestre, invece, il Pil del Giappone ha registrato un'espansione annua del 7,7%, in miglioramento rispetto al -1,3% del trimestre precedente. Infine, spicca il Regno Unito in cui si è registrata un'espansione del 23,6% annuo, in miglioramento rispetto al -5,8% del trimestre precedente. Ovviamente tutti i dati sono condizionati dall'andamento del Pil nel corso della pandemia.

I dati tendenziali riferiti al III trimestre del 2021 mostrano un rallentamento dell'espansione del Pil in Cina (+9,8% vs +12,7% del II trimestre 2021). Nel II trimestre si registra una forte crescita in India (+20,1% vs +1,6% del I trimestre 2021) e un'espansione più moderata in Brasile (+12,4% vs +1,0% del I trimestre 2021) e in Russia (+8,1% vs -0,1% nel I trimestre).

Ad agosto la produzione industriale globale mostra un'ulteriore crescita pari al +8,3% su base annua, ma in rallentamento rispetto al +8,3% del mese precedente. Sia nelle economie avanzate che nei Paesi emergenti si registra un'elevata espansione della produzione, ma in rallentamento. Le prime segnano un'espansione annua del 5,6% (+7,9% nel mese precedente), per i secondi la crescita è stata del 7,0% (+8,6% nel mese precedente).



Ad agosto, anche se in rallentamento, continua ad espandersi la produzione industriale sia negli Stati Uniti, che nell'Area euro e in Giappone. Negli USA si osserva un aumento del 6,6% (+8,9% nel mese precedente), nell'Area euro del 4,4% (+7,4% nel mese precedente), mentre in Giappone l'aumento è stato del 5,9% (+13,1% nel mese precedente).



I dati della produzione industriale dei Paesi europei mostrano generalizzate espansioni su base annua ad agosto, ma in rallentamento. Si registra, quindi, una lieve espansione in Italia, pari all'1,6% annuo, (+8,1% nel mese precedente), in Spagna la variazione è stata del +3,3% (+6,6% nel mese precedente), in Francia del +4,3% (+3,8% nel mese precedente), mentre in Germania l'aumento è stato dell'1,9% annuo (+6,4% nel mese precedente).



Disoccupazione, inflazione e materie prime

Il tasso di disoccupazione a settembre è diminuito di 4 decimi negli Stati Uniti, 4,8% (5,2% nel mese precedente). Ad agosto il tasso di disoccupazione è diminuito nell'Area euro di 1 decimo (7,6% vs 7,6% del mese precedente) mentre è rimasto stabile in Giappone (2,8% vs 2,8% del mese precedente). Il dato degli Stati Uniti si mantiene inferiore di oltre 2 punti rispetto a quello dell'Area euro. Tutti i tassi risultano inferiori rispetto a quelli di 12 mesi prima.

Ad ottobre, l'inflazione è aumentata di 7 decimi nell'Area euro, +4,1% (+3,4% nel mese precedente). A settembre, invece, l'inflazione è aumentata di 1 decimo negli Stati Uniti, salendo al +6,4% (+6,3% nel mese precedente), di 6 decimi in Giappone, +0,2% (-0,4% nel mese precedente), mentre è diminuita di 1 decimo in Cina, +0,5% (+0,6% nel mese precedente).

Per quanto riguarda i prezzi del petrolio, ad ottobre le quotazioni sono aumentate rispetto al mese precedente e i dati di fine mese mostrano sia il Brent che il WTI posizionarsi tra 82 e 84 dollari al barile. Lo spread tra le due tipologie è diminuito (1-2 dollari), con il Brent più costoso.



Tassi di interesse e di cambio

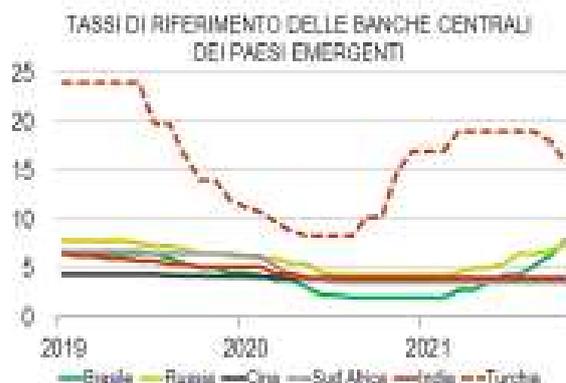
A settembre lo spread tra i tassi a breve termine degli Stati Uniti e dell'Area euro è rimasto stabile. Sia i tassi europei che quelli statunitensi sono rimasti stazionari. I primi permangono in territorio negativo, -0,56%, mentre i secondi segnano lo 0,12%. Lo spread a settembre è stato pari a 67 punti base.

In riduzione lo spread tra i tassi a lungo termine decennali statunitensi ed europei. A settembre il tasso dell'Area euro è aumentato di 14b salendo allo 0,20%, mentre il rendimento del decennale statunitense è aumentato di 4 punti base (1,87%). Lo spread è stato pari a 167pb, in riduzione di 10pb rispetto al mese precedente.

A settembre, nei Paesi dell'Area euro si sono registrati generalizzati aumenti dei tassi decennali. Il tasso decennale tedesco è aumentato di 18pb, mentre l'aumento più intenso è stato registrato dal decennale greco (+21pb). I tassi decennali spaziano dal -0,36% del titolo tedesco al +0,80% del titolo greco. Lo spread più elevato è quello greco (116 punti base, +3pb) e a seguire si trovano lo spread italiano (114pb, +3pb) e quello spagnolo (88pb, -6pb).



Esaminando la politica monetaria dei Paesi emergenti ad ottobre si rileva un incremento dei tassi in Brasile (+150pb) e Russia (+75pb), mentre un taglio di 200pb in Turchia. Nel dettaglio, i tassi di policy sono pari al 3,50% in Sud Africa, al 3,85% in Cina, al 4,00% in India, al 7,50% in Russia, al 7,75% in Brasile e al 18,00% in Turchia.



Riguardo ai tassi di cambio effettivi reali, a settembre Renminbi, Sterlina e Rublo hanno registrato un apprezzamento su base annua. Rispetto a dodici mesi prima il Renminbi si è apprezzato del 2,4%, la Sterlina del 6,0% e il Rublo del 7,4%. Al contrario, lo Yen si è deprezzato del 9,2%, l'euro del 2,2% ed il Dollaro dello 0,6%. Analizzando la variazione mensile, a settembre si sono apprezzati l'euro, il Renminbi ed il Rublo, mentre si sono deprezzati la Sterlina e lo Yen. Nello stesso periodo, il Dollaro è rimasto stabile.

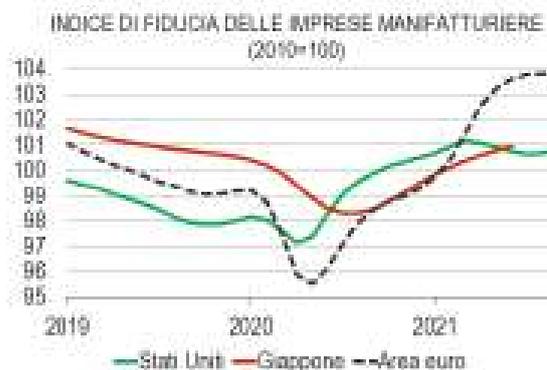
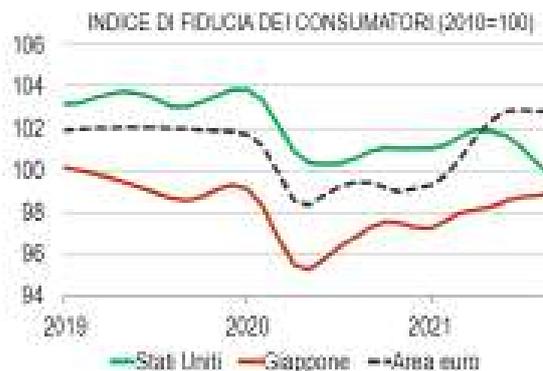


Gli indici di fiducia

A settembre, l'indice di fiducia dei consumatori è rimasto stabile nell'Area euro, è diminuito di 6 decimi negli Stati Uniti, mentre è aumentato di 1 decimo in Giappone. Gli indicatori sono pari a 102,8 nell'Area euro, 99,7 negli Stati Uniti e 98,9 in Giappone. Rispetto a 12 mesi prima risulta in calo solo l'indice relativo agli Stati Uniti.

La fiducia delle imprese manifatturiere a settembre è rimasta stabile nell'Area euro, mentre è aumentata di 1 decimo negli Stati Uniti. L'indice del Giappone è fermo a giugno. Gli indicatori sono pari a 103,8 nell'Area euro, 100,8 negli Stati Uniti e 101,0 in Giappone. Rispetto a 12 mesi prima risultano in crescita tutti gli indicatori.

Infine, ad ottobre l'indice Markit composite è aumentato sia negli Stati Uniti che nel Regno Unito e in Giappone. A settembre, invece, l'indice dell'Area euro ha registrato una riduzione. L'ultima rilevazione mostra, quindi, una diminuzione di 2,8 punti nell'Area euro (56,1 a settembre), mentre si rileva un aumento di 2,3 punti negli Stati Uniti (57,3 ad ottobre), di 1,9 punti nel Regno Unito (56,8 ad ottobre) e di 2,8 punti in Giappone (50,7 ad ottobre).



La congiuntura italiana

n.9 – ottobre 2021

- In calo ad agosto su base annua la produzione industriale
- Cresce il potere d'acquisto delle famiglie italiane
- Tasso di disoccupazione fermo al 9,3%
- Prezzi alla produzione in forte aumento, +11,6% annuo
- Dopo 14 mesi, primo calo della fiducia delle imprese

Pil e produzione	pag.2
Commercio estero	pag.3
Famiglie	pag.4
Imprese	pag.5
Clima di fiducia	pag.6

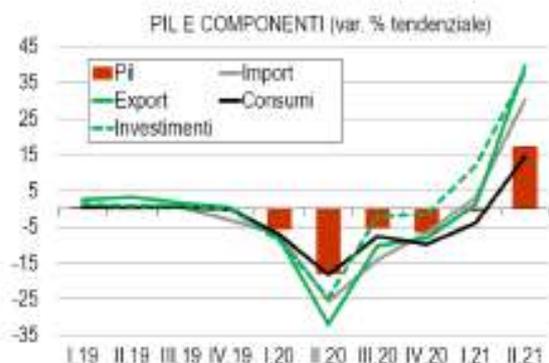
Pil e produzione

Nel secondo trimestre del 2021 il Pil ha registrato una variazione tendenziale positiva, +17,2% (in forte recupero rispetto al trimestre precedente, -0,8%). Per quel che riguarda le componenti del Pil, nello stesso periodo, le importazioni sono aumentate del 30,1% annuo (+3,0% nel trimestre precedente), le esportazioni del 39,4% (+1,2% nel trimestre precedente) e i consumi sono aumentati del 14,4% (-3,9% nel trimestre precedente). Si amplia la variazione annua degli investimenti, +37,9% (+11,9% nel trimestre precedente).

Ad agosto, si registra una nuova espansione su base annua della produzione industriale e del fatturato, dato in parte condizionato dal lockdown dello scorso anno. La media mobile trimestrale della produzione ha mostrato una variazione positiva, 0,0%, in rallentamento rispetto al mese precedente (+13,7%); anche il fatturato segna una variazione positiva, 19,7%, ma in rallentamento (+28,1% nel mese precedente).

In lieve contrazione il ciclo della produzione industriale. Ad agosto è stata osservata una riduzione dello 0,1% su base annua, in peggioramento rispetto al +7,2% del mese precedente. Le oscillazioni sono ancora influenzate dalla situazione registrata nel corso del 2020. Stabile il dato perequato (media mobile a 3 mesi), con una variazione annua pari a +8,6% (+8,6% nel mese precedente).

Nel mese di agosto il 63% dei settori produttivi è risultato in espansione su base annua, dato in riduzione rispetto al mese precedente. L'indice di diffusione, ottenuto analizzando 23 settori produttivi e ponderandoli in base alla rilevanza in termini di valore aggiunto, si è ridotto di 31 punti stabile rispetto al mese precedente. Il dato è di 31 punti superiore rispetto allo stesso mese del 2020.



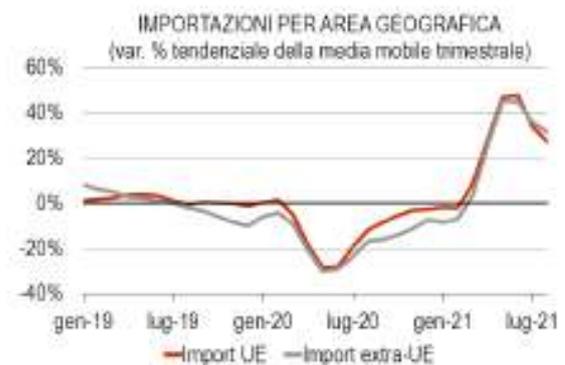
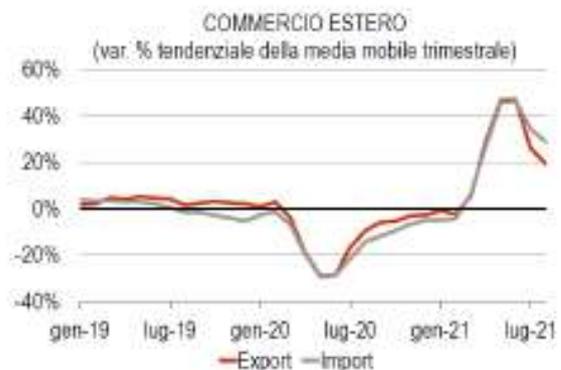
Commercio estero

I dati di agosto 2021 registrano un'ulteriore crescita annua sia dell'export che dell'import. La variazione annua della media mobile trimestrale è stata pari a +19,4% per le esportazioni e +28,9% per le importazioni. Rispetto al mese precedente, sia l'export che l'import mostrano una decelerazione: la variazione dell'export è peggiorata di 0,8 punti, mentre quella dell'import di 5,7 punti.

Questi andamenti aggregati sono scomposti analizzando la relazione dell'economia italiana con le nazioni dell'Unione Europea e con il resto del mondo. Per quel che riguarda le importazioni, ad agosto rallenta sia l'espansione dell'import dai Paesi UE sia dai Paesi extra UE: per i primi si è registrata una variazione annua della media mobile trimestrale pari a +27,1% (+33,7% il mese precedente), mentre per i secondi una variazione del +31,3% (+35,7% il mese precedente).

Nel mese di agosto, rallenta sia l'espansione dell'export verso i Paesi UE che quella verso i Paesi extra UE. Per i primi si è registrata una variazione annua del +19,0% (+25,4% nel mese precedente), mentre per i secondi del +19,1% (+27,0% nel mese precedente).

Import ed export hanno ampiamente beneficiato dell'allentamento delle restrizioni, in Italia così come all'estero. Il commercio mondiale ha ripreso a crescere e ci si può aspettare, nei prossimi trimestri, un contributo positivo delle esportazioni nette alla crescita italiana.



Famiglie

Nel secondo trimestre del 2021, la spesa per consumi finali delle famiglie ha registrato un'espansione annua del 16,4%, in netto miglioramento rispetto al trimestre precedente (-3,8%). Nello stesso periodo, il reddito lordo disponibile ha segnato +5,9% annuo, in miglioramento di 5,3 punti percentuali rispetto al trimestre precedente. Anche il potere d'acquisto ha registrato una buona espansione, +5,2%, contro il +0,0% del trimestre precedente.

Ad agosto il tasso di disoccupazione è rimasto stabile al 9,3%. Aumenta di 1 decimo il tasso di disoccupazione femminile (10,7%), mentre resta stabile quello maschile (8,3%). Nel corso dello stesso mese, anche il tasso di disoccupazione giovanile è rimasto stabile, attestandosi al 27,7%.

Ad agosto gli occupati totali sono diminuiti rispetto al mese precedente di 80 mila unità, attestandosi a 22,783 milioni. Nello stesso mese il numero dei disoccupati è diminuito di 4 mila unità attestandosi a 2,327 milioni. Nel corso degli ultimi 12 mesi gli occupati sono aumentati di 102 mila unità, mentre i disoccupati sono diminuiti di 180 mila unità.

A settembre l'inflazione si attesta al +2,5%, in crescita rispetto al +2,0% del mese precedente. La variazione dei prezzi energetici si conferma marcata e aumenta di altri 2 decimi arrivando a +9,8% (+9,0% nel mese precedente).



Imprese

Il settore produttivo ha mostrato un netto miglioramento nel secondo trimestre 2021, dato, tuttavia, condizionato dalla forte riduzione del 2020. Si rafforzano sia la variazione annua del valore aggiunto sia quella degli investimenti fissi lordi. Per la prima è stata registrata una crescita del 32,4%, in netto miglioramento rispetto al trimestre precedente (+0,8%), mentre per gli investimenti si è registrata un'espansione del 37,9% (+11,9% il trimestre precedente).

Ad agosto rallenta l'espansione del fatturato totale, a seguito della decelerazione delle componenti interna ed estera. La variazione annua del fatturato totale e delle componenti domestica ed estera è stata rispettivamente pari a +19,7%, +19,0%, +20,9%. Nel mese precedente le variazioni erano state rispettivamente pari a +28,1%, +28,0% e +28,2%.

L'indice del valore delle vendite del commercio al dettaglio ha mostrato ad agosto una variazione positiva su base annua della media mobile trimestrale, +5,5% (+9,2% nel mese precedente). Nel dettaglio, la grande distribuzione organizzata (GDO) ha mostrato una variazione pari a +3,3%, in peggioramento rispetto al mese precedente (+5,0%), mentre la piccola distribuzione (PD) una variazione del +7,1%, in rallentamento rispetto al mese precedente (+12,9%).

Ad agosto i prezzi alla produzione hanno mostrato una dinamica di crescita ancor più marcata, +11,0% contro il +11,2% del mese precedente. Un anno prima i prezzi alla produzione mostravano un calo del 3,0% su base annua.



Clima di fiducia

Ad agosto cresce ulteriormente la fiducia delle famiglie, mentre mostra una prima inversione quella delle imprese. L'indicatore delle imprese ha segnato 113,7 (114,1 il mese precedente), mentre quello delle famiglie 117,5 (116,0 il mese precedente)¹. Sia il valore delle imprese che quello delle famiglie è migliore rispetto a 12 mesi prima.

Approfondendo la percezione delle imprese, a settembre i giudizi sugli ordinativi totali hanno mostrato un lieve miglioramento rispetto al mese precedente, confermando valori superiori a 12 mesi prima². Rispetto al mese precedente, i giudizi sugli ordinativi nazionali sono rimasti stabili, mentre in lieve calo quelli esteri.

A settembre le attese delle imprese sulla situazione economica, sulla produzione e sugli ordini hanno mostrato una lieve riduzione³. I valori si mantengono superiori a 12 mesi prima.

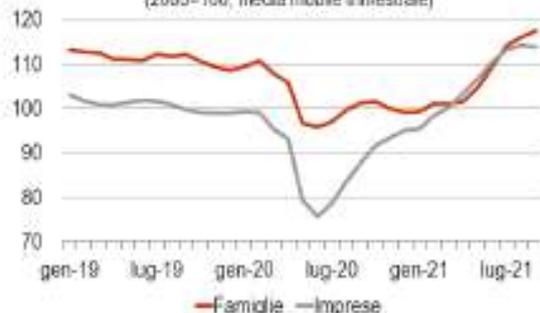
Infine, la media mobile trimestrale dell'indicatore Markit Composite segnala un lieve calo a settembre, giungendo a 58,1 punti. Disaggregando per settori, l'indicatore del settore manifatturiero si è attestato a 59,2 punti, stazionario rispetto al mese precedente (59,2); risulta invece in crescita l'indicatore dei servizi (67,2 a settembre vs 67,0 il mese precedente).

¹ Si ricorda che l'Istat non ha pubblicato i dati del mese di aprile 2020.

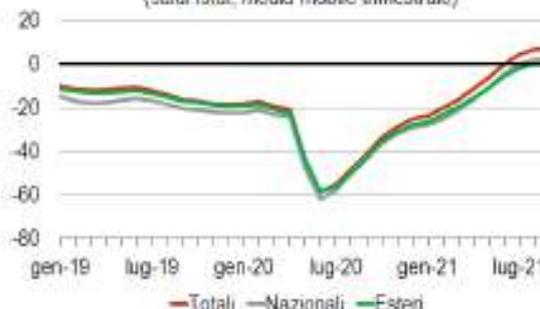
² Vedi nota 1.

³ Vedi nota 1.

INDICE FIDUCIA IMPRESE MANIFATTURIERE E CONSUMATORI
(2005=100, media mobile trimestrale)



GIUDIZI SUGLI ORDINATIVI INDUSTRIALI
(saldi Istat, media mobile trimestrale)



ATTESE SU ORDINI, PRODUZIONE E TENDENZA ECONOMICA
(saldi Istat, media mobile trimestrale)



INDICI MARKIT ITALIA

