Associazione Italiana per la
Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

ASIQUAS Review

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

"Per una sanità pubblica ... anche dopo la pandemia"

n. 39 del 1.08.2026



cura di Giorgio Banchieri, Luigi Bertinato, Antonio Giulio de Belvis, Maurizio Dal Maso, Nicoletta Dasso, Emanuele De Simone, Lidia Goldoni, Francesco Medici, Franco Pesaresi, Maria Piane, Mario Ronchetti, Angelo Rossi Mori, Andrea Vannucci

Review realizzata in collaborazione con:

Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche
Sapienza Università di Roma

Storia della Newsletter.

Nata come "*Covid19 Review*" nel 2019-2021, per iniziativa di Giorgio Banchieri e Andrea Vannucci, poi diventata *"ASIQUAS Covid 19 Review*" fino al 2023, poi diventa definitivamente *"ASIQUAS Review*" con determina del CDN ASIQUAS nel 2023.

Nota redazionale.

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

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

Per le Istituzioni:

WH0/OMS, UE Centri di Prevenzione; OCDE, ONU, Protezione Civile, ISTAT, INAIL, Ministero Salute, ISS, AGENAS, CNR, Regioni, ARS, ASL, AO, AOP, IRCCS, Centri Studi e ricerche nazionali e internazionali e altri;

Per i dati:

WH0/OMS, UE Centri di Prevenzione; OCDE, ONU, Protezione Civile, ISTAT, INAIL, Ministero Salute, ISS, AGENAS, CNR, Regioni, ARS, ASL, AO, AOP, IRCCS, Centri Studi e ricerche nazionali e internazionali e altri;

Criteri di selezione:

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

Processata con "Claude AI":

Da gennaio 2026 con il numero 34 la "Review" viene processata con la versione "*Claude AI*" per fornire una sintesi sistematica dei contenuti degli articoli, una lettura veloce e offrendo il rinvio tramite il link di riferimento al testo integrale dell'articolo o del documento/report riportato.

Dal numero 34 di ASIQUAS Review i testi selezionati dai curatori vengono elaborati da *Claude* AI (Anthropic) a cura di Angelo Rossi Mori.

I curatori

Giorgio Banchieri

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

Luigi Bertinato

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

organizzazione dei servizi sanitari di base: UOC Integrazione ospedale-territorio, UOC Disabilità e UOC Rapporti socio-sanitari internazionali. Dal 1998 al 2010 è stato Direttore dell'Ufficio per i rapporti internazionali della Regione Veneto, dove ha gestito, per conto della Commissione Salute delle Regioni, anche tutte le emergenze sanitarie internazionali: Guerra Libano 2006, Medevac Iraq 2003, Tzunami 2004, Kossovo (1999-2008), Beslan 2004, Terremoto Ban 2003, Angola epidemia di febbre di Marburg 2004. Ha lavorato per l'Organizzazione Mondiale della Sanità in Africa (Zimbabwe)dal 1988 al 1990 in Primary Health Care, per l'UNESCO come consulente nel campo dell'educazione preventiva a Parigi nel 1994 e per la UE nel gruppo di esperti dell'UE sugli Investimenti in salute a Bruxelles nel 2009.
È attualmente membro delle seguenti società scientifiche: SITI, SIMEDI, SIMIT, ANMDO. Laureato a Padova in medicina e chirurgia e specializzato a Verona in Medicina Interna.

Antonio Giulio de Belvis

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

Maurizio Dal Maso

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

Emanuele Di Simone

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

Nicoletta Dasso

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

Francesco Medici.

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

Franco Pesaresi

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

Blog: https://francopesaresi.blogspot.com/.

Maria Piane

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

Mario Ronchetti

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

Angelo Rossi Mori

È un ricercatore associato presso l'Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali del Consiglio Nazionale delle Ricerche (IRPPS-CNR). A livello nazionale, ha collaborato con Ministeri e Regioni sull'innovazione in sanità (telemedicina, FSE). In ambito internazionale, ha collaborato con Ministeri e Agenzie pubbliche di diversi Paesi, accademici, organizzazioni professionali e di pazienti, multinazionali e PMI per la stesura di standard semantici per l'informatica sanitaria (HL7, ISO, CEN, SNOMED, LOINC). Negli ultimi 30 anni ha partecipato a numerosi progetti europei su: interoperabilità semantica, cartella clinica elettronica (EHRS), strategie per l'introduzione bilanciata e pervasiva della salute in rete nei Paesi tecnologicamente avanzati, processi di change management. Recentemente, nell' European Innovation Partnership in Active and Healthy Ageing, ha coordinato il gruppo di lavoro Organizational Models – Replicating and tutoring Integrated Care for chronic diseases.

Andrea Vannucci

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

Contatti.
giorgio.banchieri@gmail.com; lbertinatol@who.int, Antonio.DeBelvis@unicatt.it; maurizio.dalmaso@gmail.com; emanueledisimone@gmail.com; nicolettadasso@gmail.com; fam.medici@mac.com; franco.pesaresi@gmail.com; fam.medici@mail.it; maria.piane@uniroma1.it ; mario.ronchetti@gmail.com; andrea.gg.vannucci@icluod.com; arossimori@gmail.com

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

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

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

- **"ASIQUAS Covid 19 Review" 2021-22, nu9eri 1-30**
- **"ASIQUAS Review", numeri pregressi 1-38**

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

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

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

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

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

- **Monografia 1 "One Health"**
- **Monografia 2 "Sanità pubblica e privata"**
- **Monografia 3 "Il personale del SSN: un capitale da preservare e valorizzare"**
- **Monografia 4 "Società liquida e sostenibilità del welfare"**
- **Monografia 5 "La Comunità come alternativa alla solitudine e per supportare la salute"**

ASIQUAS Review n. 39

Nota metodologica

Da gennaio 2026 con il numero 34 la "Review" viene elaborata tramite un sistema di intelligenza artificiale. È un esperimento per rendere più snella e consultabile la pubblicazione: il sistema legge gli articoli selezionati e produce le sintesi, poi riviste dai curatori. Le sintesi non sono state verificate e possono essere imprecise o errate. Il link al testo integrale serve da stimolo per consultare la fonte originale e non sostituisce la lettura completa.

Come leggere le schede

Ogni scheda riporta l'identificativo di sezione (per esempio CSS03), la fonte, il titolo e gli autori; il bollino rosso segnala i contributi giudicati più rilevanti per la sanità e il welfare italiani. Seguono una riga con data, tipo, località e modalità di accesso, la riga delle parole chiave, il collegamento cliccabile alla fonte e i punti di sintesi. Ogni sezione si apre con una panoramica che ne indica i fili conduttori e le schede principali. L'indice per parole chiave in coda al documento rimanda, con collegamenti interni, alle schede che usano ciascun termine.

Sezioni e schede

Art (Articoli scritti da soci ASIQUAS): 11; CSS (Comunità, solitudini e salute): 15; SAN (Scenari della sanità): 18; SSN (Scenari del SSN): 12; SST (Sostenibilità della sanità): 17; OHE (One Health e clima): 3; PAN (Pandemie in essere e in arrivo): 10; OSP (L'ospedale che cambia): 5; TER (Medicina territoriale): 10; LTC (Sanità, sociale e Long Term Care): 4; ECN (Economia e sanità): 4.

Sommario

Sezione Art — Articoli scritti da soci ASIQUAS 8
Sezione CSS — Comunità, solitudini e salute 14
Sezione SAN — Scenari della sanità 22
Sezione SSN — Scenari del SSN 32
Sezione SST — Sostenibilità della sanità 39
Sezione OHE — One Health e clima 48
Sezione PAN — Pandemie in essere e in arrivo 50
Sezione OSP — L'ospedale che cambia 54
Sezione TER — Medicina territoriale 57
Sezione LTC — Sanità, sociale e Long Term Care 63
Sezione ECN — Economia e sanità 65
Indice per parole chiave 69
1. Comunità, solitudini e salute [CSS] 69
2. Scenari della sanità [SAN] 69
3. Scenari del SSN [SSN] 70
4. Sostenibilità della sanità [SST] 71
5. One Health e clima [OHE] 71
6. Pandemie in essere e in arrivo [PAN] 72
7. L'ospedale che cambia [OSP] 72
8. Medicina territoriale [TER] 73
9. Nursing [NUR] 74
10. Sanità, sociale e Long Term Care [LTC] 74
11. Digitalizzazione [DIG] 75
12. Economia e sanità [ECN] 76
13. Diseguaglianze e Sanità USA [USA] 76
14. PNRR e implementazione [PNR] 76
15. Focus di attualità [ATT] 76
16. Persone e attori (trasversale) 77
17. Luoghi e ambiti territoriali (trasversale) 77

Sezione Art — Articoli scritti da soci ASIQUAS

Gli articoli dei soci di luglio ruotano attorno a due fili conduttori: l'attuazione del DM 77 nei territori e la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti.

Sul primo versante Banchieri (Art03) intreccia stratificazione del rischio e mappatura degli asset di comunità: il preconsuntivo di maggio 2026 conta 781 Case della Comunità contro le 3.010 previste nel 2021. Maffei (Art04, Art11) denuncia il "fai da te" della Regione Marche, con 511 posti letto di Ospedale di Comunità pari a 37 per 100.000 abitanti contro lo standard di 20, e vede nel populismo sanitario il rischio che il DM 77 faccia la fine del DM 70; in Art01 invita a maneggiare con cautela le classifiche regionali.

Il secondo filo è di Pesaresi: la ricognizione degli strumenti di valutazione multidimensionale (Art05), con tutte le Regioni tranne una che usano schede proprie in attesa dello strumento nazionale; il quadro europeo sull'assistenza medica nelle strutture residenziali (Art07), con il modello olandese dell'Elderly Care Physician; e il Quaderno del Patto per la non autosufficienza firmato con Gori, Ranci e Ruggeri (Art08), che documenta il fallimento della sperimentazione della prestazione universale: meno di 5.000 domande a fronte di 24.510 posti finanziabili. Banchieri completa il quadro con la longevità (Art06), dove gli over 65 sono il 25,1% della popolazione, il valore più alto dell'Unione europea (Art09 tratta le dinamiche dei redditi); Pesaresi traduce la guida OMS sui piani caldo-salute (Art10) e Banchieri e Vannucci (Art02) portano la complessità nelle cure palliative. Le schede con bollino rosso (Art03, Art05, Art06, Art07, Art08, Art10) sono le letture prioritarie.

Art01 — Quotidiano sanità — La valutazione delle performance regionali: maneggiare con cautela [Maffei]

Data: 2 luglio 2026 | *Tipo: analisi* | *Località: Italia; Regione Marche* | *Lingua: IT* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: performance, indicatori, programmazione regionale, DM 70, DM 77, liste di attesa, mobilità sanitaria, IFeC, CREA Sanità, Marche

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/la-valutazione-delle-performance-regionali-maneggiare-con-cautela/

- Nel rapporto annuale 2026 del CREA le Marche risultano al quinto posto in Italia con un indice di performance di 0,53, dopo Veneto, Trento, Toscana e Friuli Venezia Giulia, mentre l'anno precedente lo stesso indice era 0,33, con un aumento del 60% in un anno.
- L'autore, direttore sanitario d'azienda nelle Marche fino al pensionamento del 2016, giudica poco plausibile questo miglioramento perché le politiche regionali sono rimaste le stesse; le sue analisi critiche hanno riguardato la Giunta di centrosinistra fino al 2020 e le due Giunte successive di centrodestra.
- Sul versante ospedaliero le Marche presentano alta mobilità passiva, tempi di attesa lunghi per la chirurgia oncologica e nei pronto soccorso, una rete oncologica commissariata e un programma di edilizia sanitaria di oltre un miliardo di euro senza un piano regolatore degli ospedali approvato.
- Sul territorio l'articolo segnala il sottodimensionamento di salute mentale, neuropsichiatria infantile, consultori, servizi per le demenze, residenzialità per anziani, assistenza domiciliare e cure palliative, oltre ai ritardi nell'introduzione dell'infermiere di famiglia e di comunità, del fascicolo sanitario elettronico e della telemedicina.
- Il confronto con l'Emilia-Romagna, che riceve i flussi di mobilità in uscita dalle Marche e ha introdotto in anticipo le Case della Salute e i Centri di Assistenza Urgenza per i codici minori, è giudicato tutto a sfavore delle Marche.
- Le classifiche di sintesi delle sanità regionali sono considerate poco utili e a rischio di uso propagandistico; l'autore propone di misurare le performance di settore con pochi indicatori di peso, come il numero di infermieri di famiglia effettivamente incaricati della presa in carico delle persone stratificate per rischio.

Art02 — Quotidiano sanità — Determinismo, complessità, cure palliative e fine vita [Banchieri, Vannucci]

Data: 3 luglio 2026 | *Tipo: analisi (lettera al direttore)* | *Località: Italia* | *Lingua: IT* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: cure palliative, fine vita, sistemi complessi, cronicità, multimorbidità, équipe multiprofessionale, presa in carico, medicina narrativa, machine learning

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/determinismo-complessita-cure-palliative-e-fine-vita/

- Gli autori partono dal demone di Laplace e dal caos deterministico: come teorizzato da Edgar Morin, nei sistemi complessi (ecosistemi, climi, cervelli) leggi perfettamente definite producono traiettorie imprevedibili per la sensibilità alle condizioni iniziali.
- L'effetto farfalla di Edward Lorenz, formulato negli anni Sessanta, i fenomeni emergenti e l'irriducibilità computazionale di Wolfram mostrano che il determinismo ontologico non garantisce la prevedibilità né la comprensibilità riduzionista dei sistemi viventi.
- La medicina moderna è nata su un impianto deterministico (modello di Koch, trial randomizzato, farmacologia classica), ma con l'invecchiamento crescono le malattie croniche complesse, come diabete di tipo 2, scompenso cardiaco e disturbi cognitivi, che resistono al paradigma causa-effetto lineare.
- La medicina dei sistemi, sviluppata in Italia dall'Istituto dei Sistemi Complessi del CNR e dal Politecnico di Torino, considera il paziente un sistema adattivo; i nuovi paradigmi comprendono la network medicine di Barabási, la medicina narrativa e il machine learning.
- Le cure palliative, garantite in Italia dalla legge 38/2010, sono il caso paradigmatico del passaggio da cure a care: la prognosi si comporta come un sistema caotico (i modelli PaP score e PPI danno probabilità, non certezze) e il dolore totale di Cicely Saunders è un fenomeno emergente.
- Accettare la complessità significa rivalutazione continua del piano di cura, tolleranza dell'incertezza come competenza clinica, lavoro d'équipe come intelligenza collettiva e uso dei PREMS come dato clinico, gestendo la tensione con un sistema sanitario che ragiona per protocolli, DRG e indicatori.

⚫ Art03 — Quotidiano sanità — Stratificazione del rischio di popolazione e mappatura degli asset delle comunità [Banchieri]

Data: 14 luglio 2026 | *Tipo: analisi (lettera al direttore)* | *Località: Italia* | *Lingua: IT* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: stratificazione del rischio, case della comunità, ospedali di comunità, COT, Missione 6 Salute, prescrizione sociale, asset-based approach, comunità proattiva, population health, integrazione sociosanitaria, FSE

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/stratificazione-del-rischio-di-popolazione-e-mappatura-degli-asset-delle-comunita/

- La Missione 6 del PNRR stanzia circa 15,6 miliardi di euro per riorganizzare la sanità territoriale attraverso medicina di prossimità, di iniziativa e di popolazione, con tre presidi chiave: Case della Comunità, Ospedali di Comunità da 20 posti letto e Centrali Operative Territoriali.
- Secondo il preconsuntivo a maggio 2026 su dati Ragioneria dello Stato, Corte dei Conti e ReGiS, le Case di Comunità sono scese dalle 3.010 del 2021 alle 781 del 2026 (45,53% del target 2025), gli Ospedali di Comunità da 650 a 163 (26,67%), mentre le COT sono 625 (95,12%).
- I modelli di stratificazione, come l'algoritmo predittivo PrIS, suddividono la popolazione in sei livelli di rischio, dalla persona in salute alla fase terminale, mentre nelle Case della Comunità previste dal DM 77/2022 l'assistenza si organizza su tre livelli con PAI, telemonitoraggio, IFeC e ADI.
- La profilazione si basa sull'incrocio dei flussi del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (farmaceutica, schede di dimissione ospedaliera con codifica ICD-9-CM, esenzioni ticket, specialistica ambulatoriale), da cui derivano i Clinical Risk Groups e l'indice di Charlson, con trattamento in deroga al consenso ai sensi dell'articolo 9 del GDPR.
- La mappatura degli asset di comunità, secondo il metodo Asset-Based Community Development, classifica le risorse in quattro macro-aree (individuali, istituzionali, fisiche e relazionali) e procede per fasi cicliche: coinvolgimento dei connettori, raccolta dati con workshop e interviste, restituzione con mappe condivise.
- Tra gli strumenti citati figurano l'algoritmo riskER adottato in Emilia-Romagna, la Mappa interattiva delle strutture PNRR Salute di AGENAS e la piattaforma ReGiS, oltre alle esperienze di Lombardia e Veneto con i CReG e gli ACG.
- Le proposte operative comprendono una cartella sociale e sanitaria unificata, il FSE 2.0 esteso a fragilità e dati sociali, un Osservatorio nazionale integrato, l'interoperabilità fra INPS, Comuni, ASL e Regioni, i Punti Unici di Accesso e una valutazione multidimensionale condivisa come la scheda SVAMA.
- Il quadro normativo richiamato va dalla legge 328/2000 al DM 77/2022 e allo Spazio europeo dei dati sanitari (EHDS); l'autore rinvia alle Raccomandazioni su comunità proattive e prescrizione sociale presentate il 22 aprile 2026 all'Università Sapienza dal Network Comunità, solitudini e salute.

Art04 — Quotidiano sanità — La programmazione delle Case e degli Ospedali di Comunità: evitiamo il "fai da te" delle Regioni [Maffei]

Data: 8 luglio 2026 | Tipo: analisi (lettera al direttore) | Località: Italia; Regione Marche | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: case della comunità, ospedali di comunità, DM 77, PNRR, programmazione regionale, posti letto, COT, pronto soccorso, Marche

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/la-programmazione-delle-case-e-degli-ospedali-di-comunita-evitiamo-il-fai-da-te-delle-regioni/

- Per una popolazione di 1,5 milioni di abitanti la Regione Marche ha previsto 36 Case della Comunità hub, con bacini fra 40.000 e 50.000 abitanti, e 11 spoke, cui l'ultimo atto regionale aggiunge un elenco di 39 località da inserire nella nuova geografia dei servizi territoriali.
- L'analisi di Franco Pesaresi citata dall'autore rileva squilibri distributivi: in alcuni distretti ogni Casa della Comunità serve in media 62.217 abitanti, in altri 29.270, e in un'Azienda Sanitaria Territoriale sono previste 5 Case spoke mentre in un'altra una sola, senza motivazione negli atti.
- Per gli Ospedali di Comunità la Regione prevede 511 posti letto, pari a 37 per 100.000 abitanti contro lo standard nazionale di 20, con differenze fra 18 e 58,3 posti per 100.000 abitanti fra le Aziende e fra 15,5 e 93,3 fra i distretti.
- Gli Ospedali di Comunità marchigiani devono riservare almeno il 20% dei posti letto ai pronto soccorso e almeno il 30% ai reparti per acuti, con accesso diretto senza Centrale Operativa Territoriale né Unità di Valutazione Integrata e ammissione accettata dall'infermiere in assenza del medico.
- La delibera regionale riprende dal DM 77 la frase sulle località da inserire nella progettazione, ma omette la parte successiva del decreto che chiede una selezione delle infrastrutture esistenti da valorizzare, riorientare con altre vocazioni o dismettere.
- I fondi per il personale dei servizi territoriali oltre il tetto di spesa, previsti dalle leggi 234/2021 e 213/2023, possono essere usati in qualunque Casa o Ospedale di Comunità senza priorità; l'autore giudica eccessivo questo livello di autonomia regionale e chiede un monitoraggio degli aspetti programmatori.

Art05 — Welforum.it — La valutazione multidimensionale degli anziani in Italia [Pesaresi]

Data: 12 febbraio 2026 | Tipo: analisi | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: valutazione multidimensionale, non autosufficienza, riforma anziani, anziani, UVM, OECD, programmazione regionale, dipendenza funzionale, caregiver, SVAMA

https://www.academia.edu/167642153/La_valutazione_multidimensionale_degli_anziani_in_Italia

- La valutazione multidimensionale è richiamata dalla legge 234/2021, che affida alle unità di valutazione multidimensionale l'analisi integrata dei bisogni clinici, funzionali e sociali, dalla legge 33/2023 con il decreto legislativo 29/2024 e dal Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022-2024.
- Lo strumento nazionale previsto dalla legge 33/2023 è stato rinviato dal decreto Milleproroghe del dicembre 2025 a settembre 2026 e la sua eventuale sperimentazione non potrà avviarsi prima del 1° gennaio 2027.
- In assenza dello strumento nazionale tutte le Regioni, con una sola eccezione, adottano strumenti propri, con differenze anche all'interno della stessa Regione; i dati provengono da un questionario OCSE del 2024 inviato alle Regioni, cui una Provincia autonoma non ha risposto.
- Lo strumento più diffuso è la SVAMA, seguita dalla SVAMDI, entrambe basate sulla classificazione ICF; gli altri strumenti (InterRAI-HC, BINAH, PAP, ValGraf, UVG, RUG III, AGED, VITA) sono presenti al massimo in due Regioni, oltre all'indice di Barthel in Abruzzo ed Emilia-Romagna e al SOSIA nelle RSA lombarde.
- Gli strumenti indagano in misura variabile quattro dimensioni (sociale, economica e abitativa; funzionale e cognitiva; salute fisica e mentale; benessere e socialità); la scheda AGED della Liguria e la RUG III delle Marche non rilevano adeguatamente la dimensione sociale perché nate per i setting residenziali.
- BINAH, RUG III e AGED non coprono in modo dettagliato le ADL; ValGraf, RUG III e PAP sono i più completi sul piano sanitario e ValGraf raccoglie anche depressione, ansia, deliri e disturbi del sonno, mentre SVAMA, AGED e VITA non esplorano la salute mentale.

- Quasi tutti gli strumenti, tranne BINAH e UVG, raccolgono informazioni su integrazione sociale e benessere emotivo, e interRAI-HC, ValGraf e PAP valutano anche il carico assistenziale del caregiver principale.
- L'autore conclude che l'eterogeneità regionale può generare disuguaglianze nell'accesso ai servizi e che il futuro strumento nazionale dovrà avere un approccio olistico, coprire i diversi setting assistenziali e classificare la non autosufficienza su più livelli per graduare il fabbisogno assistenziale.

⚫ Art06 — Quotidiano sanità — Longevità e impatto su sanità e welfare [Banchieri]

Data: 17 luglio 2026 | Tipo: analisi (lettera al direttore) | Località: Italia; confronto con Unione europea | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: longevità, invecchiamento, demografia, denatalità, ISTAT, spesa LTC, prescrizione sociale, comunità proattiva, solitudine, LEPS, finanziamento welfare

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/longevita-e-impatto-su-sanita-e-welfare/

- L'Italia ha una speranza di vita che sfiora gli 84 anni (81,5 per gli uomini e 85,6 per le donne) e circa 23.500 centenari; gli over 65 sono il 25,1% della popolazione, il valore più alto dell'Unione europea, davanti al Portogallo (24,3% secondo Eurostat 2025).
- Il Rapporto Longevità del CENSIS 2026 segnala che il 36,6% degli anziani ha bisogno di aiuto quotidiano e che un over 85 su due vive solo; l'incidenza degli over 65 va dal 24,4% del Sud e Isole al 25,7% del Centro.
- Dal censimento del 1951, quando gli over 65 erano 4,3 milioni (8,9%), si è passati a 10,5 milioni nel 2001 (18,4%) e a 14,8 milioni oggi; gli over 80 sono 4,6 milioni (7,8%), gli over 90 sono 911.769 e i centenari 24.710 contro i 519 del 1951.
- Fra il 1951 e il 2025 le persone fino a 17 anni sono diminuite del 38,8% e quelle con almeno 65 anni sono aumentate del 248,6%; l'indice di dipendenza degli anziani è salito dal 13,4% al 39,8% su una popolazione di quasi 59 milioni al 1° gennaio 2026.
- Sul piano economico l'articolo cita la perdita di 5 milioni di persone in età lavorativa entro il 2040, la carenza di 2 milioni di lavoratori stimata da Confindustria, un tasso di risparmio lordo del 10,6% e una ricchezza finanziaria privata di oltre 6.000 miliardi di euro concentrata negli anziani.
- Le Raccomandazioni del Network Comunità, Solitudini e Salute definiscono la solitudine un determinante di salute e chiedono la coincidenza fra Distretti sociosanitari e Ambiti Territoriali Sociali, Microaree di 4.000-10.000 abitanti, una nomenclatura condivisa per la prescrizione sociale e costi di riferimento approvati in Conferenza Stato-Regioni.
- Le policy proposte comprendono l'inserimento di solitudine e isolamento nella programmazione sanitaria tramite DPCM e una Strategia nazionale, l'inclusione degli interventi di salute di comunità nei LEA e nei LEPS con copertura dai Fondi FNA e FSE, e una quota vincolata dei Fondi Sanitari Regionali per la prescrizione sociale.
- L'autore propone inoltre linee guida nazionali sulla prescrizione sociale con ISS, AGENAS, Ordini professionali e Terzo Settore, e un Osservatorio nazionale su solitudine, isolamento sociale e salute di comunità con dati accessibili a Università e Istituti di ricerca.

⚫ Art07 — I Luoghi della Cura — L'assistenza medica nelle strutture residenziali per anziani europee. Modelli, differenze e opzioni di policy: spunti per l'Italia [Pesaresi]

Data: 13 luglio 2026 (n. 3-2026) | Tipo: analisi | Località: Europa (Inghilterra, Germania, Paesi Bassi, Norvegia, Polonia, Spagna, Svezia) / Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: RSA, LTC, non autosufficienza, European Observatory, benchmark internazionale, MMG, cure primarie, case della comunità, DM 77, anziani, medico di struttura

https://www.luoghicura.it/servizi/residenzialita/2026/07/lassistenza-medica-nelle-strutture-residenziali-per-anziani-europee-modelli-differenze-e-opzioni-di-policy-spunti-per-litalia/

- L'articolo sintetizza il rapporto 2026 dell'European Observatory on Health Systems and Policies (Münchenberg, Rajan, Rechel) per OMS Europa, che confronta l'accesso ai servizi sanitari degli ospiti delle strutture residenziali in sette Paesi: Inghilterra, Germania, Paesi Bassi, Norvegia, Polonia, Spagna e Svezia.
- La proprietà delle strutture varia: in Germania prevalgono i gestori non profit (53%, con 42% for-profit e 5% pubblici), nei Paesi Bassi il non profit copre circa il 92%, in Norvegia, Polonia e Svezia prevale il pubblico e in Spagna e Inghilterra il privato a scopo di lucro.

- Nella maggior parte dei Paesi l'assistenza è affidata a medici di medicina generale esterni; in Germania una singola struttura è seguita in media da nove medici diversi, pagati a prestazione con tetto di rimborso, con una frammentazione che ostacola il coordinamento clinico.
- L'eccezione sono i Paesi Bassi con l'Elderly Care Physician, medico con formazione specialistica triennale dipendente della struttura, uno a tempo pieno ogni circa 100 residenti: il modello riduce ricoveri evitabili e domanda specialistica, ma è sostenibile solo nelle strutture di maggiori dimensioni.
- I professionisti ausiliari (fisioterapisti, logopedisti, psicologi) sono dipendenti quasi ovunque in Olanda, mentre in Germania solo un terzo delle strutture li assume stabilmente e il residente paga il 10% del costo più un contributo fisso per ricetta; gli specialisti intervengono quasi ovunque in consulenza.
- Il gatekeeping del medico di base è forte in Inghilterra e Olanda, mentre in Germania i residenti accedono direttamente agli specialisti; una funzione di coordinamento chiara, a prescindere da chi la eserciti, è associata a una migliore continuità assistenziale.
- In Italia le strutture residenziali sono di competenza regionale, con requisiti di personale sanitario diversi e senza un modello nazionale di assistenza medica; il modello prevalente è il MMG esterno o un medico di struttura convenzionato part-time, con copertura oraria limitata.
- Per l'Italia l'autore indica il modello ECP come orizzonte di medio periodo e, nel breve, convenzioni strutturate con studi di medicina generale associata o con le Case della Comunità del DM 77/2022, standard minimi regionali per le professioni ausiliarie e indicatori pubblici di qualità confrontabili fra Regioni.

⚫ Art08 — Patto per un nuovo welfare per la non autosufficienza — L'indennità di accompagnamento e la prestazione universale. Una riforma interrotta, un percorso da ricostruire [Gori, Pesaresi, Ranci, Ruggeri]

Data: 2026 (Quaderno n. 3/2026) | Tipo: quaderno | Località: Italia; confronto con Inghilterra, Francia, Germania, Austria e Spagna | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: non autosufficienza, prestazione universale, indennità di accompagnamento, riforma anziani, LTC, SNAA, ISEE, assistente familiare, spesa LTC, Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza

https://www.pattononautosufficienza.it/wp-content/uploads/2026/06/Quaderno-n.3-2026-PU-Def.pdf

L'indennità di accompagnamento oggi

- L'indennità di accompagnamento, istituita con la legge 18/1980 ed estesa agli anziani nel 1988, è un trasferimento di 542 euro mensili nel 2025, senza prova dei mezzi, percepito nel 2023 dall'11,3% degli over 65, pari a 1,412 milioni di persone.
- La misura assorbe il 43% dei 24,9 miliardi di euro di spesa pubblica per l'assistenza agli anziani ed è l'unico intervento di diretta responsabilità statale, il che ne fa la leva più semplice per una riforma nazionale della non autosufficienza.
- Il dibattito scientifico riconosce tre criticità: l'assenza di uno strumento standardizzato di valutazione per le commissioni ASL, l'importo unico per tutti (mentre Austria, Germania e Francia graduano su 7, 5 e 4 livelli) e la mancanza di affiancamento professionale al beneficiario.

La riforma interrotta: dalla legge 33/2023 alla sperimentazione

- La legge delega 33/2023 accoglie la proposta del Patto e prevede la trasformazione dell'indennità in prestazione universale, con accesso fondato solo sul bisogno, importo graduato secondo il fabbisogno assistenziale, scelta fra denaro e servizi con maggiorazione per i servizi e tutela dei diritti acquisiti.
- Il decreto 29/2024 non riforma l'indennità ma le affianca, in via sperimentale per il 2025 e il 2026, un assegno di assistenza di 850 euro mensili riservato a chi ha almeno 80 anni, bisogno gravissimo, ISEE sociosanitario fino a 6.000 euro e vive al domicilio.
- Con 250 milioni di euro per ciascun anno la sperimentazione poteva raggiungere al massimo 24.510 anziani, pari all'1,7% dei percettori dell'indennità; a settembre 2025 le domande erano meno di 5.000 e gli ammessi circa 2.000, un esito che gli autori definiscono un fallimento.
- Il decreto ministeriale 200/2024 definisce il bisogno assistenziale gravissimo con un questionario autocompilato di sei domande e soglia di 8 punti che, secondo gli autori, misura la situazione familiare e i servizi ricevuti anziché il bisogno personale, in contrasto con il decreto 29/2024.

- L'impianto del decreto 29/2024 è giudicato incostituzionale per eccesso di delega nel parere del prof. Celotto ed è stato criticato dalle commissioni parlamentari di Senato e Camera e dalla Conferenza delle Regioni, che ha negato l'intesa.

La proposta del Patto e i costi a regime

- Il Patto propone, in coerenza con la legge 33/2023, una prestazione universale per tutti i non autosufficienti over 65, senza requisiti economici, in quattro fasce di gravità con importi da 542 a 700 euro per l'opzione denaro e da 750 a 1.500 per l'opzione servizi.
- L'opzione servizi sarebbe sostenuta da un importo superiore a quello monetario e da attività di informazione, affiancamento e progettazione personalizzata fornite da Comuni e ASL, mentre chi cumula l'indennità con i contributi locali (51.000 utenti nel 2020) potrebbe scegliere la soluzione più conveniente.
- Sul breve periodo il Patto chiede di modificare i criteri di accesso alla sperimentazione prima della scadenza di fine 2026 e di raccogliere dati strutturati; a regime propone un'attuazione graduale in quattro o cinque anni, con spesa netta aggiuntiva di circa 433 milioni per ciascun anno.
- A regime la spesa lorda stimata è di 12,217 miliardi per 1.474.108 beneficiari, ma i risparmi da emersione di circa 260.000 assistenti familiari (746 milioni) e da spesa locale (400 milioni) portano il costo netto aggiuntivo a 2.006 milioni annui rispetto ai 9.068 dell'indennità.

Art09 — Quotidiano sanità — Dinamiche dei redditi e loro impatto sulla salute [Banchieri]

Data: 24 luglio 2026 | Tipo: analisi (lettera al direttore) | Località: Italia; contesto globale e Unione europea | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: disuguaglianze, povertà, rinuncia alle cure, determinanti sociali, welfare aziendale, IRPEF, prescrizione sociale, infermiere di famiglia, EURISPES, ceto medio

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/dinamiche-dei-redditi-e-loro-impatto-sulla-salute/

- Secondo il Rapporto Italia 2026 di Eurispes il 62,1% degli italiani arriva a fine mese con difficoltà, il 33,1% usa i risparmi per le spese correnti e il 47,8% prevede un peggioramento dell'economia nei prossimi dodici mesi, oltre dieci punti in più rispetto alla rilevazione precedente.
- Il 10% più ricco delle famiglie italiane detiene il 59,9% della ricchezza nazionale e la metà più povera il 7,4%; nel decennio 2014-2024 la ricchezza netta delle famiglie è diminuita del 5,5% e il potere d'acquisto del ceto medio è sceso di circa il 7,5% dal 2021.
- Le spese mediche mettono in difficoltà il 25,5% delle famiglie, dopo affitto (45,6%), utenze (28,7%) e mutuo (27,2%); il 34,6% rinvia i controlli medici periodici, il 32,1% le cure odontoiatriche e il 21,6% si è indebitato per affrontare cure mediche.
- Uno studio di Oxford e Leiden pubblicato su Nature Communications Sustainability stima che il 10% dei consumatori più ricchi del mondo causi danni ambientali fra 1.700 e 5.700 miliardi di dollari l'anno, per il 47-56% da perdita di biodiversità; nell'UE il 40-45% della popolazione rientra in questa fascia.
- La spesa per lo stato sociale italiano supera i 660 miliardi di euro annui; oltre il 50% dei contribuenti dichiara redditi fino a 20.000 euro e circa il 5% supera i 55.000 euro, mentre l'uso dei fringe benefit del welfare aziendale è più che triplicato negli ultimi anni.
- Le proposte comprendono lo screening della solitudine con scale validate (UCLA, De Jong Gierveld) nelle Case della Comunità e nelle farmacie, il consolidamento dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, i Punti Unici di Accesso, tavoli sanità-sociale-Terzo Settore secondo il D.Lgs. 117/2017 e una valutazione multidimensionale modulare nelle UVM distrettuali.

⚫ Art10 — Blog di Franco Pesaresi — Difendersi dal caldo si può: le azioni concrete per proteggere la salute, in Italia e nelle nostre città [Pesaresi]

Data: 25 luglio 2026 | Tipo: analisi | Località: Italia; Europa (guida OMS Europa) | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: mortalità da calore, cambiamento climatico, OMS, prevenzione, anziani, sorveglianza, Ministero della Salute, salute urbana, piano caldo, salute e lavoro, verde urbano

https://francopesaresi.blogspot.com/2026/07/difendersi-dal-caldo-si-puo-le-azioni.html

- L'articolo, secondo di una serie sul caldo estremo, traduce per il contesto italiano la seconda edizione della guida OMS Europa Heat-health action plans (2026), il cui obiettivo dichiarato è "zero morti da caldo" attraverso piani d'azione nazionali, regionali e locali.

- Il piano caldo-salute si articola in otto pilastri: governance, sistema di allerta, identificazione delle popolazioni a rischio, comunicazione, resilienza del sistema sanitario, riduzione dell'esposizione, sorveglianza e valutazione; nei Paesi Bassi nel 2025 oltre 90 Comuni avevano già un piano locale.
- L'Italia dispone dal 2005 di un Piano nazionale di prevenzione degli effetti del caldo; nell'estate 2024 il 57% delle città incluse ha identificato le persone a rischio tramite segnalazioni dei servizi e il 43% con registri standardizzati, e nel 2025 il Ministero ha istituito una Cabina di regia.
- La piattaforma Worklimate di INAIL e CNR fornisce mappe giornaliere del rischio; con l'ordinanza del Molise del 19 giugno 2026 sono 18 le Regioni con divieto di lavoro all'aperto dalle 12:30 alle 16 nei giorni a rischio alto, mentre Trento ricorre alla CIGO.
- Il Protocollo caldo nazionale del 2 luglio 2025, firmato da Ministero del Lavoro, imprese e sindacati, prevede una cassa integrazione climatica fuori dal tetto delle 52 settimane e il monitoraggio dell'indice WBGT, ma esclude ancora rider non dipendenti, precari e lavoratori autonomi.
- Uno studio del CMCC stima che il fotovoltaico domestico potrebbe compensare quasi la metà dell'aumento dei consumi per raffrescamento al 2050 e ridurre del 68% i prelievi dalla rete nei giorni di picco, ma Roma, Napoli e Palermo hanno i tassi di installazione più bassi.
- Il sistema italiano di sorveglianza, coordinato dal Ministero della Salute con il Dipartimento di epidemiologia del Servizio sanitario regionale del Lazio, definisce soglie di allerta città per città sull'associazione fra temperatura apparente e mortalità ed è citato dalla guida OMS come buona pratica.
- Il 19 luglio 2022, con 40°C a Londra, il Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust perse 371 sistemi informatici clinici per il guasto di due data center, con una spesa di circa 1,4 milioni di sterline; l'autore chiede una legge nazionale che renda le tutele permanenti e uniformi.

Art11 — Quotidiano sanità — Il populismo rischia di far fare anche al DM 77 una brutta fine [Maffei]

Data: 31 luglio 2026 | Tipo: analisi (lettera al direttore) | Località: Italia; Regione Marche | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: DM 77, DM 70, case della comunità, ospedali di comunità, PNRR, programmazione regionale, edilizia ospedaliera, governance sanitaria, cronicità, populismo sanitario, Marche

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/il-populismo-rischia-di-far-fare-anche-al-dm-77-una-brutta-fine/

- Partendo dalla definizione di populismo dell'Accademia della Crusca, l'autore definisce populista la politica sanitaria in cui il consenso consente di fare ciò che si vuole anche contro le norme, con il rischio, in tempi di bipolarismo regionale, di scelte popolari ma sbagliate.
- La Regione Marche, con 1,5 milioni di abitanti e un finanziamento sanitario di poco meno di 3,5 miliardi di euro, non ha più aggiornato posti letto e classificazione degli ospedali dopo la ricognizione del 2018 e ha programmato edilizia ospedaliera per oltre un miliardo senza riordino della rete.
- La rete marchigiana presenta almeno 3 o 4 ospedali con DEA in più rispetto agli standard del DM 70, interventi edilizi costosi su un ospedale di area disagiata per attività chirurgiche complesse e il riconoscimento dello status di area disagiata a un ospedale privo dei requisiti.
- Sul DM 77 la Regione ha previsto Case della Comunità e posti letto di Ospedali di Comunità in eccesso rispetto agli standard, con squilibri territoriali, Ospedali di Comunità trasformati in dipendenze degli ospedali per acuti e dei pronto soccorso, e Punti Salute infermieristici a operatività prestazionale.
- Secondo l'autore la mancata applicazione dei decreti produce consenso finché non si rende conto dei risultati, con la complicità dei media locali; il livello centrale mantiene la funzione di indirizzo ma allenta il controllo sulle Regioni governate dalla stessa area politica.
- Nel dibattito sulle scatole vuote del PNRR, accanto a sottofinanziamento, carenza di personale e regolazione del ruolo del medico di medicina generale, l'autore indica il populismo sanitario come fattore che snatura il DM 77 come già il DM 70 del 2015.

Sezione CSS — Comunità, solitudini e salute

Le Case della Comunità, il lavoro in équipe e la solitudine come determinante di salute sono i tre fili delle quindici schede di luglio. Sul primo Mandorino (CSS01) parte dal monitoraggio AGENAS al 31 dicembre 2025: 66 Case pienamente operative su 1.715 previste, il 3,9%, e oltre il 62% delle strutture

senza alcun servizio attivo, da cui otto "tensioni" e la richiesta di responsabilità reali per le Regioni inerti. Le lettere di Mancin e Viotto (CSS03) e di Belleri (CSS09) contestano il debito orario di sei ore settimanali dei medici di famiglia, la Fp Cgil (CSS06) stima in 20 mila gli infermieri aggiuntivi necessari e Sistema Salute (CSS08) documenta le esperienze che hanno anticipato il DM 77.

Il secondo filo è la pubblicazione, il 28 luglio, delle Linee di indirizzo AGENAS sulle équipe multiprofessionali (CSS11, con la notizia in CSS10): équipe di base di quattro figure, doppia leadership, PAI come strumento della presa in carico e oltre 760 contributi in consultazione, cui Agnetti (CSS13) replica dal punto di vista dei sistemi complessi. Il terzo filo unisce l'auto mutuo aiuto nella Casa della Comunità Eroi a Roma (CSS07) ai dati OMS ripresi per la Giornata dell'amicizia (CSS12, CSS14): circa 870 mila decessi l'anno associati all'isolamento cronico, un impatto paragonabile a 15 sigarette al giorno. Completano il quadro i Livelli essenziali di comunità di Jorio (CSS02) e Fantozzi (CSS04), il Coordinamento CODISS sulle disuguaglianze di salute presentato da Bucciardini (CSS05) e i 1.296 interventi dell'Unità mobile romana sulla povertà sanitaria (CSS15). Le schede con bollino rosso sono CSS01, CSS05 e CSS11.

● CSS01 — Quotidiano sanità — Abbiamo un sogno, anche oggi. Trasformare le Case della Comunità in… Case della Comunità [Mandorino]

Data: 3 luglio 2026 | *Tipo: lettera al direttore* | *Località: Italia* | *Lingua: IT* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: case della comunità, DM 77, PNRR, divario territoriale, integrazione sociosanitaria, PUA, partecipazione, terzo settore, coprogettazione, aree interne, audit civico

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/abbiamo-un-sogno-anche-oggi-trasformare-le-case-della-comunita-in-case-della-comunita/

- La segretaria generale di Cittadinanzattiva parte dall'assenza quasi totale di segnalazioni dei cittadini sulle Case della Comunità nell'ultimo Rapporto PIT, letta come segno che queste strutture restano invisibili alla gran parte della popolazione.
- Il monitoraggio AGENAS al 31 dicembre 2025 conta 66 Case della Comunità pienamente operative su 1.715 previste, pari al 3,9%, mentre oltre il 62% delle strutture non ha ancora attivato alcun servizio.
- Delle 781 strutture con almeno un servizio attivo, 150 sono in Lombardia, 143 in Emilia-Romagna, 96 nel Lazio, 79 in Toscana e 64 in Veneto, contro zero in Basilicata e numeri minimi in Abruzzo, Calabria e Molise.
- La prima delle otto "tensioni" elencate riguarda la responsabilità politica: il DM 77/2022 è definito una riforma orfana, e al Governo si chiede una catena di responsabilità con obiettivi misurabili e conseguenze reali per le Regioni inerti.
- Sul divario geografico la lettera richiama la Corte dei Conti, secondo cui le difficoltà maggiori si concentrano nei Comuni più fragili, e propone meccanismi di perequazione e "Piani di recupero" vincolanti concordati tra Stato e Regioni e resi pubblici.
- La Casa della Comunità è descritta come punto-rete che dialoga con COT, ospedali, assistenza domiciliare, telemedicina, farmacie e medici di medicina generale, con infermieri, psicologi e assistenti sociali, e va progettata a partire dalle aree interne e montane.
- Sull'integrazione sociosanitaria il testo segnala il "barbonismo domestico" e le persone hard to reach, per le quali la casa non può essere il primo luogo di cura, e osserva che il Punto Unico di Accesso resta un auspicio, con banche dati ancora separate.
- Le ultime tensioni riguardano l'esclusione dei cittadini dalla progettazione, il terzo settore trattato come fornitore anziché partner di co-programmazione, il co-design degli spazi e il passaggio da un monitoraggio che conta le "scatole" a uno di esito, con l'audit civico di Cittadinanzattiva.

CSS02 — Quotidiano sanità — Dai Lea e dai Leps ai Lec: i Livelli essenziali di comunità [Jorio]

Data: 8 luglio 2026 | *Tipo: analisi* | *Località: Italia* | *Lingua: IT* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: LEA, LEPS, comunità, capitale sociale, coesione sociale, welfare di comunità, terzo settore, economia sociale, sussidiarietà, livelli essenziali di comunità

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/dai-lea-e-dai-leps-ai-lec-i-livelli-essenziali-di-comunit/

- L'autore ricorda che per oltre quarant'anni il welfare italiano si è costruito attorno ai livelli essenziali delle prestazioni, prima i LEA per la tutela della salute e poi i LEPS per l'assistenza sociale, che descrivono le prestazioni dovute ma non il contesto relazionale in cui esse diventano efficaci.

- Propone i Livelli essenziali di comunità (LEC) non come nuova categoria giuridica accanto a LEA e LEPS, ma come paradigma scientifico per misurare la capacità dei territori di produrre inclusione, solidarietà, partecipazione e coesione sociale.
- I LEC rappresenterebbero il patrimonio relazionale di un territorio: reti associative, volontariato organizzato, cooperative e imprese sociali, fondazioni, esperienze mutualistiche, scuole aperte, università, parrocchie e associazioni culturali, sportive e civiche, oltre alla capacità delle istituzioni di coordinarle.
- Secondo l'articolo una comunità povera di relazioni, pur con servizi formalmente efficienti, genera maggiore domanda sanitaria e assistenziale, trasformando problemi sociali in patologie e fragilità individuali.
- La sussidiarietà orizzontale dell'articolo 118, quarto comma, della Costituzione diventa in questa lettura il criterio ordinatore di una comunità che produce direttamente benessere, secondo la prospettiva dell'economia sociale e del Piano nazionale per l'economia sociale.
- Se i LEA misurano ciò che il Servizio sanitario deve garantire e i LEPS ciò che il sistema sociale deve assicurare, i LEC misurerebbero ciò che una comunità genera con il proprio capitale sociale, leggendo il welfare come infrastruttura relazionale della Repubblica.

CSS03 — Quotidiano sanità — Dalle Case di Comunità alla vera presa in carico: cosa manca alla riforma [Mancin, Viotto]

Data: 10 luglio 2026 | Tipo: lettera al direttore | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: case della comunità, DM 77, MMG, ruolo unico assistenza primaria, convenzione riformata, dipendenza selettiva, équipe multiprofessionale, interoperabilità, FSE, Scuola specializzazione medicina generale

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/dalle-case-di-comunita-alla-vera-presa-in-carico-cosa-manca-alla-riforma/

- Due medici di medicina generale di Cavarzere (Venezia) e Roma sostengono che le Case di Comunità finanziate dal PNRR e previste dal DM 77 hanno privilegiato la costruzione o ristrutturazione di edifici, riproponendo un modello simile al poliambulatorio con servizi frammentati.
- Il nodo centrale è la presenza a ore dei medici di famiglia nelle Case di Comunità, per un massimo di sei ore settimanali: un tempo giudicato insufficiente per costruire un'équipe, che trasforma il convenzionato in una figura ibrida senza le tutele del dipendente.
- Le autrici propongono un doppio canale volontario: chi sceglie la Casa di Comunità vi lavora a tempo pieno, anche in convenzione, remunerato a quota oraria per 38 ore come gli specialisti ambulatoriali, mentre gli altri restano negli studi in forme aggregate.
- La dipendenza non è un'eresia, ricordano, perché l'articolo 25 della legge 833/1978 prevede già che l'assistenza medico-generica e pediatrica sia prestata da personale "dipendente o convenzionato" del Servizio sanitario nazionale.
- Sul fronte digitale i sistemi regionali non dialogano fra loro e i medici usano gestionali diversi, mentre a Valencia e Lisbona, visitate dalle autrici, un software unico territorio-ospedale è il cuore del sistema.
- Il decreto Schillaci prevedeva la trasformazione del corso di medicina generale in specialità, poi accantonata, sebbene una specialità in medicina di comunità e cure primarie esista da circa vent'anni in diverse università; a quattro anni dal DM 77 manca la volontà politica di completare la riforma.

CSS04 — Quotidiano sanità — La infrastruttura costituzionale del welfare: la funzione dei Livelli Essenziali di Comunità [Fantozzi]

Data: 13 luglio 2026 | Tipo: lettera al direttore | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: LEA, LEPS, integrazione sociosanitaria, presa in carico, non autosufficienza, distretti, coesione sociale, diritti sociali, livelli essenziali di comunità, enti locali

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/la-infrastruttura-costituzionale-del-welfare-la-funzione-dei-livelli-essenziali-di-comunita/

- La dirigente generale del Dipartimento Welfare della Regione Calabria colloca i Livelli Essenziali di Comunità (LEC) nella frattura fra il Servizio sanitario nazionale, regionalizzato e affidato alle aziende sanitarie, e il sistema comunale dei servizi sociali, che opera con risorse limitate.

- Mentre i LEA garantiscono il nucleo del diritto alla salute e i LEP l'uniformità delle prestazioni civili e sociali, resta irrisolta la domanda su chi assicuri un percorso unitario di presa in carico per l'anziano non autosufficiente, il disabile, il cronico o il minore in difficoltà.
- Il Comune è indicato come punto di sintesi del welfare integrato, perché organizza i servizi sociali fra le sue funzioni fondamentali e il Sindaco resta l'autorità sanitaria locale per prevenzione, salute collettiva e gestione delle emergenze.
- I LEC dovrebbero individuare il luogo istituzionale in cui sanità territoriale, servizi sociali, scuola, terzo settore, volontariato, protezione civile e reti familiari convergono in un unico progetto assistenziale modellato sulla persona.
- L'attuazione può partire senza una legge statale, tramite programmi sperimentali regionali organizzati per aree funzionali di bisogno (non autosufficienza, disabilità, salute mentale, cronicità, dipendenze, povertà, infanzia, domiciliarità) anziché per ambiti sociali e distretti, con assetti diversi fra Calabria, Lombardia, Molise e città metropolitane.
- Gli effetti dell'integrazione andrebbero misurati con indicatori verificabili: riduzione delle ospedalizzazioni evitabili, incremento della domiciliarità, minore istituzionalizzazione delle persone fragili, qualità della vita e coesione sociale.

⚫ CSS05 — Quotidiano sanità — Dalla teoria di Michael Marmot alla realtà dei territori: perché curare le disuguaglianze sociali è la prima vera medicina [Bucciardini]

Data: 17 luglio 2026 | Tipo: lettera al direttore | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: determinanti sociali, equità in salute, disuguaglianze, ISS, salute urbana, salute globale, comunità, enti locali, Marmot Cities, Health in All Policies

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/dalla-teoria-di-michael-marmot-alla-realta-dei-territori-perche-curare-le-disuguaglianze-sociali-e-la-prima-vera-medicina/

- La direttrice del Centro Nazionale per la Salute Globale dell'ISS presenta il CODISS, Coordinamento Nazionale delle Disuguaglianze Sociali di Salute dei Territori, che ha già raccolto l'adesione di oltre 30 realtà fra aziende sanitarie, amministrazioni locali, università, società scientifiche e terzo settore.
- Il Coordinamento nasce dalle evidenze secondo cui le differenze di salute affondano in istruzione, lavoro, reddito, qualità dell'abitare, ambiente, mobilità e reti sociali, i determinanti sociali definiti da Michael Marmot "cause delle cause".
- La visione richiama la Dichiarazione di Alma-Ata, l'approccio Health in All Policies, la strategia europea Health 2020, l'Agenda 2030 delle Nazioni Unite e la Geneva Charter for Well-being del 2021.
- Un precedente operativo è la Joint Action Health Equity Europe (JAHEE), coordinata dall'ISS con numerosi Paesi europei, che ha rafforzato la governance dell'equità, il monitoraggio delle disuguaglianze e la sostenibilità degli interventi.
- Il modello di riferimento sono le Marmot Cities britanniche, dove amministrazioni, servizi sanitari, scuole, università, terzo settore e imprese orientano l'intera azione di governo locale verso l'equità, secondo gli otto principi del Marmot Review.
- CODISS intende accompagnare le amministrazioni nella costruzione di Piani locali per l'equità della salute, agendo nei Comuni dove si progettano spazi urbani, servizi educativi e sociali, mobilità sostenibile, inclusione e abitare.
- Un elemento distintivo è la valutazione: fin dall'inizio sono previsti il monitoraggio delle disuguaglianze, l'analisi del contesto locale e la misurazione dell'impatto, per verificare se le politiche raggiungono i più vulnerabili e riducono il gradiente sociale di salute.

CSS06 — Quotidiano sanità — Case e Ospedali di comunità, Fp Cgil: "Servono 20 mila infermieri in più". E chiede un piano straordinario di investimenti [Redazione Quotidiano sanità]

Data: 17 luglio 2026 | Tipo: notizia | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: infermieri, carenza infermieri, case della comunità, ospedali di comunità, PNRR, attrattività professione, contratto comparto, competenze avanzate

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/case-e-ospedali-di-comunita-fp-cgil-servono-20-mila-infermieri-in-piu-e-chiede-un-piano-straordinario-di-investimenti/

- La Fp Cgil stima in 20 mila gli infermieri aggiuntivi necessari per far funzionare le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità previsti dal PNRR e chiede un piano straordinario di assunzioni e di investimenti.
- Michele Vannini, segretario nazionale, e Alfonso Guerriero, coordinatore nazionale Infermieri, chiedono di programmare il fabbisogno tenendo conto dei circa 17 mila infermieri che ogni anno lasciano il servizio per pensionamento.
- Fra le cause della carenza il sindacato indica il calo delle iscrizioni ai corsi di laurea, l'abbandono della professione, la scarsa valorizzazione, retribuzioni non adeguate, carichi di lavoro eccessivi e limitate opportunità di crescita.
- Le richieste comprendono retribuzioni più alte, riconoscimento delle competenze avanzate, percorsi di carriera strutturati e un rapido rinnovo del Contratto collettivo nazionale, con incrementi capaci di recuperare il potere d'acquisto perso con l'inflazione.

CSS07 — Reti solidali — Solitudine e isolamento, alla Casa della Comunità Eroi a Roma l'antidoto è l'auto mutuo aiuto [Patete]

Data: 9 luglio 2026 | Tipo: reportage | Località: Italia (Roma) | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: solitudine, isolamento sociale, case della comunità, volontariato, relazioni sociali, disconnessione sociale, OMS, auto mutuo aiuto

https://www.retisolidali.it/solitudine-isolamento-auto-mutuo-aiuto-casa-della-comunita-eroi-roma

- Dalla fine di maggio un gruppo si riunisce ogni due settimane nella Casa della Comunità Eroi di via Fra' Albenzio 10 a Roma, vicino a Prati, per un ciclo di dieci incontri di auto mutuo aiuto sul superamento di solitudine e isolamento, organizzato da Avo Roma su richiesta della struttura.
- L'articolo richiama il rapporto OMS "Dalla solitudine alla connessione sociale", secondo cui fra il 2014 e il 2023 la solitudine ha colpito quasi una persona su sei, con circa 871 mila decessi l'anno e un isolamento degli anziani fra il 25% e il 34%.
- Pierpaola Parrella, vicepresidente di Avo Roma, presente nello Sportello del volontariato (SAV) aperto nel 2017 quando la struttura era una Casa della Salute, racconta che la richiesta è nata dai responsabili della Casa della Comunità, che notavano una diffusa mancanza di legami.
- Il gruppo è condotto dallo psicoterapeuta Alessandro Bazzoni con Marco Pietrini, con una metodologia appresa negli anni Novanta in Trentino da Fabio Folgheraiter: i gruppi di auto mutuo aiuto, nati negli Stati Uniti nel 1935 con gli Alcolisti Anonimi, sono arrivati in Italia a Trento nel 1995.

CSS08 — Sistema salute — Esperienze preparatorie e percorsi di avvio delle Case della Comunità [Bigliardi e altri]

Data: 1 febbraio 2025 (pagina di presentazione del numero ottobre-dicembre 2024 della rivista) | Tipo: numero monografico | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Abbonamento (pagina di presentazione e indice aperti; alcuni capitoli accessibili online)

Parole chiave: case della comunità, DM 77, cure primarie, partecipazione, attivazione comunitaria, infermiere di famiglia, terzo settore, volontariato, comunità che cura, case della salute

https://www.aprirenetwork.it/book/numero-monografico-esperienze-preparatorie-e-percorsi-di-avvio-delle-case-della-comunita/

- La pagina di APRIRE network presenta il numero monografico del volume 68, n. 4 (ottobre-dicembre 2024) della rivista Sistema Salute, curato da Marco Ingrosso e Fulvio Lonati, acquistabile come singola monografia o in abbonamento, con alcuni capitoli accessibili online.
- Lo scopo dichiarato è duplice: documentare esperienze italiane che hanno anticipato gli orientamenti del DM 77/2022 e presentare percorsi di avvio e transizione che coinvolgono professionisti, enti del terzo settore e, in alcuni casi, cittadini, giovani e utenti dei servizi.
- La prima parte raccoglie Case della Salute andate oltre il poliambulatorio, Medicine di Gruppo Integrate con sede unificata, segreteria clinica e infermiere, l'ambulatorio comune fra MMG e psicologi e l'Infermiere di Famiglia e Comunità nei territori fragili.
- Fra i tredici contributi figurano il progetto Paracadute sul Serio, il Distretto di Ponente dell'AUSL di Piacenza, la Medicina di Gruppo Integrata di Cavarzere e Cona, La Rosa di Terricciola, Le Piagge di Gavino Maciocco e la metrica di salute per il PNRR di Giuseppe Costa.

- La seconda parte è dedicata al territorio parmense: il Patto Sociale per Parma, le iniziative del Centro Servizi per il Volontariato e del Servizio Sociale, le sinergie per la salute mentale e il percorso di accompagnamento dalle Case della Salute alle Case della Comunità.

CSS09 — Quotidiano sanità — Case di Comunità, il debito orario non risolverà la crisi dell'assistenza primaria [Belleri]

Data: 27 luglio 2026 | Tipo: lettera al direttore | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: case della comunità, cure primarie, MMG, debito organizzativo minimo, cronicità, PDTA, AFT, pronto soccorso, accessi impropri, hub e spoke, aree interne

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/case-di-comunita-il-debito-orario-non-risolvera-la-crisi-dellassistenza-primaria/

- Un ex medico di medicina generale di Brescia esamina gli effetti del debito orario di sei ore in Casa di Comunità per i medici dell'assistenza primaria, introdotto con una modifica ad hoc dell'ACN vigente, rispetto alle due funzioni attese: cronicità e bisogni non differibili.
- Per la cronicità servono continuità relazionale e integrazione informativa tramite un software condiviso; con il turn-over orario di decine di medici senza sistema informativo l'autore prevede disfunzionalità organizzativa, prescrizioni ridondanti e discontinuità assistenziale.
- Propone un doppio binario con accessi su appuntamento e uso intensivo del canale elettronico (prescrizioni dematerializzate, referti, televisita, teleconsulti, PDTA condivisi con l'AFT secondo la riforma Balduzzi e il Chronic Care Model), con la Casa di Comunità come day-service periodico.
- Sulla funzione di mini pronto soccorso ricorda che gli accessi impropri al PS sono un quarto del totale mentre i codici bianchi e verdi toccano i due terzi, e che due terzi dei bianchi e tre quarti dei verdi ricevono accertamenti e visite specialistiche improponibili in Casa di Comunità.
- Se l'accesso passasse dal filtro del numero 116117, la struttura sarebbe percepita come protetta da barriere burocratiche; le Case di Comunità Hub sono inoltre collocate nei comuni medi e grandi, lontane dai piccoli centri e dalle aree interne in spopolamento.
- La conclusione è che le Case di Comunità rischiano di essere un ibrido fra i poliambulatori ex Inam e i consultori familiari, che la gestione del mini-PS è incompatibile con quella della cronicità e che il fattore limitante resta il capitale professionale disponibile.

CSS10 — Quotidiano sanità — Case della Comunità. Dai medici agli infermieri fino agli specialisti: stop ai professionisti 'solitari' ma un'unica squadra per il paziente. Da Agenas il testo finale delle linee guida per il lavoro in équipe [Redazione Quotidiano sanità]

Data: 28 luglio 2026 | Tipo: notizia | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: case della comunità, équipe multiprofessionale, AGENAS, DM 77, cure primarie, presa in carico, infermiere di famiglia, leadership, integrazione sociosanitaria

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/case-della-comunit-dai-medici-agli-infermieri-fino-agli-specialisti-stop-ai-professionisti-solitari-ma-un-unica-squadra-per-il-paziente-da-agenas-il-testo-finale-delle-linee-guida-per-il-lavoro-in-qui/

- Quotidiano sanità dà conto della pubblicazione, il 28 luglio 2026, della versione definitiva delle Linee di indirizzo tecniche AGENAS "Le équipe multiprofessionali e multidisciplinari nelle Case della Comunità", dopo la prima versione di aprile sottoposta a consultazione pubblica.
- Le Linee traducono in indicazioni operative uno dei requisiti del DM 77/2022, non hanno carattere cogente e rientrano nel supporto di AGENAS alle Regioni, cui resta il compito di adattarle ai contesti locali.
- L'équipe di base è formata da medico di assistenza primaria o pediatra, infermiere, assistente sociale e supporto amministrativo; l'équipe allargata a geometria variabile include specialisti, medici di comunità, infermieri di famiglia, riabilitazione, farmacisti, psicologi, cure domiciliari e palliative, ostetriche e dietisti.
- Il modello prevede una doppia leadership, verticale del Distretto e del responsabile organizzativo e orizzontale dell'équipe con un facilitatore, e un lavoro "in parallelo" e "intrecciato" anziché "in serie"; alla consultazione sono arrivati oltre 760 contributi.
- Il direttore generale Angelo Tanese inquadra le Linee in una strategia in cui Case della Comunità, investimenti del PNRR, governo delle liste di attesa e rafforzamento del territorio sono parti di un unico percorso; la FNOPO apprezza la valorizzazione dell'ostetrica.

- Per il documento integrale delle Linee di indirizzo AGENAS si rimanda alla scheda CSS11 di questa sezione.

⚫ CSS11 — AGENAS — Le équipe multiprofessionali e multidisciplinari nelle Case della Comunità. Linee di indirizzo tecniche [AGENAS]

Data: luglio 2026 | *Tipo: linee di indirizzo* | *Località: Italia* | *Lingua: IT* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: case della comunità, équipe multiprofessionale, DM 77, cure primarie, PAI, PUA, infermiere di famiglia, presa in carico, integrazione sociosanitaria, AGENAS, care manager

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/07/multidisciplinari_nelle_case.pdf

Il quadro normativo e il mandato del documento

- Il Quaderno di Monitor 2026 raccoglie linee di indirizzo tecniche, prive di valore cogente, elaborate da un gruppo di lavoro di dodici autori con quattro revisori e sottoposte a consultazione pubblica con oltre 760 contributi, rivolte a Regioni, aziende sanitarie, professionisti ed enti locali.
- Il DM 77/2022 include fra i requisiti obbligatori delle Case della Comunità hub e spoke i servizi di cure primarie erogati da équipe multiprofessionali, e AGENAS assume questo vincolo come punto di partenza per un modello italiano di team working nell'assistenza primaria.
- La letteratura richiamata, fra cui la ricognizione del College of Family Physicians of Canada del 2022 su 28 best practice e la rassegna OECD del 2020, indica che quasi la metà dei Paesi OECD adotta cure primarie basate sui team, con esiti dipendenti dal contesto.
- Nonostante il DM 77/2022 e i dieci atti regionali e provinciali censiti fra il 2016 e il 2025, l'applicazione organizzativa del lavoro di équipe resta episodica ed esperienziale, con un'evoluzione professionale degli operatori giudicata ancora iniziale.

Composizione, leadership e processi dell'équipe

- L'équipe di base è composta da quattro figure (medico del ruolo unico di assistenza primaria o pediatra di libera scelta, infermiere, assistente sociale, supporto amministrativo), mentre un'équipe allargata a geometria variabile attiva specialisti, MCCP, IFoC, palliativisti, farmacista, psicologo e ostetrica secondo i bisogni.
- La leadership è duplice: quella verticale della Casa della Comunità, esercitata dal direttore di distretto tramite un responsabile organizzativo, e quella orizzontale della singola équipe, distribuita per competenze, con un case manager per i casi complessi, preferibilmente infermieristico o sociale per cronici e fragili.
- I processi operativi si articolano in quattro momenti (identificazione del bisogno, lettura multiprofessionale, risposta, conclusione e follow up) e in quattro target assistenziali, tre definiti dagli indirizzi della Conferenza delle Regioni del 9 settembre 2025 e uno derivante dalla normativa su non autosufficienti e disabili.
- Per i bisogni complessi la lettura è affidata al PUA, previsto dalla legge 234/2021, con componente sanitaria e sociale e scale validate; per fragili e non autosufficienti si attiva l'UVM, che redige o aggiorna il PAI con eventuale potenziamento dell'ADI e riconciliazione terapeutica con il farmacista.

Strumenti, relazioni e monitoraggio

- Il Progetto Assistenziale Individuale, redatto dall'équipe di base con le integrazioni specialistiche, è lo strumento della presa in carico integrata, affiancato da PPDTA, agende condivise, cartella sociosanitaria con codifiche standardizzate (ICPC, ICF, ICNP, NANDA) e riunioni periodiche.
- La collaborazione interprofessionale non deriva dalla sola compresenza: il documento richiede tempi protetti, ruoli formali, co-locazione e sistemi informativi interoperabili, come previsto dall'art. 29, comma 9, dell'ACN 2022-2024, oltre a formazione, supporto al benessere degli operatori e una no-blame culture.
- Il monitoraggio va condotto a livello macro, meso e micro con uno schema in quattro dimensioni (risorse, processi, attività, esiti); il documento presenta il sistema di 37 indicatori qualitativi sperimentato dal progetto Arcturus a Milano su 161 casi complessi.
- Le tre esperienze in appendice comprendono il CAU della CdC Reggio Emilia Ovest, attivo h24 da dicembre 2023, le Unità Sperimentali Integrate dell'AUSL Romagna con micro-équipe di MMG, IFoC e segretario clinico, e la CdC Le Piagge in Toscana con équipe fissa e riunioni quindicinali.

CSS12 — Quotidiano sanità — La solitudine pesa sulla salute. "È associata a 870mila decessi l'anno nel mondo" [Redazione Quotidiano sanità]

Data: 30 luglio 2026 | Tipo: notizia | Località: OMS / Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: solitudine, isolamento sociale, disconnessione sociale, relazioni sociali, OMS, ISS, prescrizione sociale, social prescribing

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/la-solitudine-pesa-sulla-salute-e-associata-a-870mila-decessi-lanno-nel-mondo/

- In occasione della Giornata mondiale dell'Amicizia del 30 luglio l'ISS ricorda che, secondo un report OMS del 2025, l'isolamento sociale cronico è associato a circa 870 mila decessi l'anno nel mondo, circa 100 ogni ora, con un impatto paragonabile a 15 sigarette al giorno.
- Una rete di legami solidi favorisce il benessere psicologico, migliora la salute fisica e può aumentare fino al 50% le probabilità di vivere più a lungo, secondo le evidenze richiamate dall'Istituto.
- Ilaria Lega, ricercatrice del Cnapps dell'ISS, riferisce che una persona su sei nel mondo si sente sola, una su cinque fra i giovani e quasi una su quattro nei Paesi a basso reddito; per i giovani contano le modalità d'uso dei social, non i social in sé.
- Fra le risposte l'articolo cita il Ministero della Solitudine istituito nel Regno Unito e la prescrizione sociale che si diffonde anche in Italia, con cui i medici indirizzano i pazienti verso gruppi di cammino, cori, laboratori e volontariato.

CSS13 — Quotidiano sanità — Le équipe nelle Case della Comunità: tra modello teorico e realtà dei sistemi complessi [Agnetti]

Data: 30 luglio 2026 | Tipo: lettera al direttore | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: case della comunità, équipe multiprofessionale, AGENAS, cure primarie, MMG, AFT, leadership, sistemi complessi

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/le-equipe-nelle-case-della-comunita-tra-modello-teorico-e-realta-dei-sistemi-complessi/

- Bruno Agnetti, del Centro Studi Programmazione Sanitaria di Comunità Solidale Parma ODV, commenta le Linee AGENAS sulle équipe pubblicate il 28 luglio 2026: un documento accurato e ricco di riferimenti internazionali, ma distante dalla realtà operativa dei territori.
- Il termine "produzione", ricorrente nel testo AGENAS, ridurrebbe l'attività medica a un processo lineare input-output; nei sistemi complessi gli esiti sono fenomeni emergenti che si generano dalle interazioni, e il medico di famiglia è "eletto" leader dal processo fiduciario.
- Il documento non esplora come un'équipe nasca e si consolidi: nei SerDP, dove il lavoro di équipe è radicato da decenni, fiducia reciproca e responsabilità condivise sono l'infrastruttura reale, una cultura che non si istituisce per decreto.
- Le Linee non usano mai l'espressione "sistemi complessi" e l'unico testo in bibliografia sulla complessità è The Flow System (Turner e altri, 2022), mentre l'Italia ha esperienze radicate come SerDP, cure palliative territoriali, Case della Salute e assistenza domiciliare integrata.
- La riforma del Titolo V resta un collo di bottiglia strutturale, perché la qualità delle équipe dipenderà dai sistemi regionali; l'autore suggerisce di partire dalla leadership collaudata dei referenti di AFT per far nascere i team.

CSS14 — Il Sole 24 Ore — La solitudine fa male come 15 sigarette al giorno: così una rete di relazioni rende più longevi [Redazione Salute de Il Sole 24 Ore]

Data: 30 luglio 2026 | Tipo: notizia | Località: OMS / Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: solitudine, isolamento sociale, relazioni sociali, OMS, ISS, prescrizione sociale, solitudine anziani, longevità

https://www.ilsole24ore.com/art/la-solitudine-fa-male-come-15-sigarette-giorno-cosi-rete-relazioni-rende-piu-longevi-AJgkG7Z

- Il quotidiano riprende per la Giornata mondiale dell'amicizia del 30 luglio i dati dell'ISS: una rete di relazioni solide può aumentare fino al 50% le probabilità di vivere più a lungo, mentre l'isolamento cronico è associato a circa 870.000 decessi l'anno, 100 ogni ora.

- Il report OMS del 2025 paragona l'impatto della solitudine sulla salute a quello di 15 sigarette al giorno; secondo Ilaria Lega, ricercatrice del Cnapps dell'ISS, una persona su sei nel mondo si sente sola, una su cinque fra i giovani e quasi una su quattro nei Paesi a basso reddito.
- Per i giovani i social media sono ambivalenti: usati come spazio di confronto e partecipazione rafforzano i legami, mentre un uso passivo o segnato da interazioni ostili accentua l'isolamento; gli anziani traggono i maggiori benefici dalle relazioni.
- L'articolo cita il ministero della Solitudine del Regno Unito e la prescrizione sociale, in diffusione anche in Italia, con cui i medici indirizzano i pazienti verso gruppi di cammino, cori, laboratori o iniziative di volontariato.

CSS15 — Quotidiano sanità — Povertà sanitaria. Quasi 1.300 interventi dell'Unità Mobile nel primo semestre 2026: un assistito su tre è italiano [Redazione Quotidiano sanità]

Data: 31 luglio 2026 | Tipo: notizia | Località: Italia (Roma) | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: povertà, disuguaglianze, accesso cure, rinuncia alle cure, mortalità da calore, povertà sanitaria, senza fissa dimora, medicina di prossimità

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/poverta-sanitaria-quasi-1-300-interventi-dellunita-mobile-nel-primo-semestre-2026-un-assistito-su-tre-e-italiano/

- L'Unità mobile "Salute e inclusione", ambulatorio di prossimità della Fondazione Quotidiano Sanità con Fimmg Roma, ha effettuato 1.296 interventi gratuiti nel primo semestre 2026 in 65 uscite, contro i 1.262 dello stesso periodo del 2025 (+2,7%).
- Fra le 52 nazionalità raggiunte gli italiani sono il primo gruppo con 417 interventi, in crescita del 7,2% rispetto ai 389 del 2025, seguiti da Romania (98), Marocco (66), Perù (61), Filippine (45) e Tanzania (43).
- L'85,4% degli interventi ha riguardato uomini (1.107), contro 154 donne e 35 persone transgender, con un'età media di 50,4 anni; 1.266 prestazioni sono state visite mediche con prescrizione farmacologica.
- L'area della stazione Ostiense resta il principale punto di intervento con 1.052 prestazioni in 47 uscite (+46,1% sul 2025), mentre a piazza Santi Apostoli sono stati realizzati 244 interventi in 18 uscite.
- Alessandro Falcione, medico Fimmg Lazio e coordinatore del progetto, segnala l'aumento di ipotensione, disidratazione, vertigini e lipotimie legate alle ondate di calore fra chi vive in strada, e la presidente Cristiana Mormile definisce la povertà sanitaria una realtà strutturale della città.

Sezione SAN — Scenari della sanità

Monitoraggio dei LEA 2024, crisi del capitale umano e peso della sanità nell'economia attraversano le diciotto schede di luglio. Il Nuovo Sistema di Garanzia (SAN06, con la lettura giornalistica in SAN05) promuove diciotto Regioni e Province autonome in tutte le aree e lascia fuori Calabria, Sicilia e Bolzano, con il Veneto a 288 punti su 300 e la Calabria ultima a 189; Cicchetti (SAN10) chiede chi spende meglio, mentre AGENAS (SAN03) ricorda che dopo quasi vent'anni mancano regole condivise per uscire dai piani di rientro. Il Rapporto SDGs dell'ISTAT (SAN02) fissa la speranza di vita in buona salute a 59,1 anni e la copertura antinfluenzale degli over 65 al 52,5%.

Sul personale la lectio GIMBE (SAN08) conta oltre 90 mila medici fuori dal SSN e un rapporto domande-posti in infermieristica sceso da 1,6 a 0,9, EURISPES (SAN15) propone per gli infermieri un modello convenzionale fra dipendenza e libera professione, e il contratto del comparto 2025-2027 (SAN17), firmato il 29 luglio per 592.638 dipendenti, porta aumenti medi di 240 euro agli infermieri e un primo Titolo sull'intelligenza artificiale. Le liste di attesa hanno due letture: l'indagine FNOMCeO (SAN04), con 6 pazienti su 10 che rinviano le cure, e il primo Bollettino AGENAS (SAN09), con 1,6 milioni di prestazioni in più nei tempi di garanzia. Sul piano macro l'OCSE (SAN14) vede l'Italia arretrare all'8,4% del PIL contro una media del 9,4% e il Dossier natalità (SAN16) segnala il minimo storico di 355 mila nascite. Le schede con bollino rosso sono SAN02, SAN05, SAN06, SAN08, SAN09, SAN14, SAN15, SAN16 e SAN17.

SAN01 — Quotidiano sanità — Veri o falsi problemi? [Polillo, Tognetti]

Data: 6 luglio 2026 | Tipo: lettera al direttore | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: cure primarie, MMG, medicina generale, convenzione riformata, dipendenza selettiva, distretti, PDTA, Scuola specializzazione medicina generale, privatizzazione, budget distrettuale

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/veri-o-falsi-problemi/

- La lettera di Polillo e Tognetti del 6 luglio 2026 risponde all'intervento di Pier Luigi Bartoletti pubblicato su Quotidiano sanità il 2 luglio, concentrandosi sulle proposte relative all'ambito medico unico, alla continuità di percorso e alla valorizzazione della professione.
- Gli autori giudicano irrealizzabile un ambito unico in cui MMG e specialisti operino in condizioni di parità, perché i due gruppi hanno contratti diversi e titoli professionali non equivalenti, e ritengono che il regime convenzionale riproposto dalla FIMMG non garantisca più un rapporto fiduciario reale.
- Secondo la lettera il medico che opera nel distretto come dipendente può mantenere i propri pazienti, mentre oggi nessuno sceglie davvero il proprio MMG, per la scarsità dei professionisti e per il sovraccarico oltre il massimale che riguarda la maggioranza di quelli in servizio.
- Gli autori respingono il budget unico proposto da Bartoletti, ricordando che all'inizio della riforma sanitaria le esigenze dell'ospedale lasciavano poco alle attività distrettuali, e chiedono un budget distrettuale congruo, codeciso con gli enti locali e orientato a obiettivi di salute definiti nel PAT, con reti cliniche e PDTA condivisi.
- La lettera chiede una specialità universitaria per la medicina generale, con un periodo consistente di servizio ospedaliero prima dell'accesso al ruolo come nel Regno Unito, e critica la soluzione governativa del mantenimento in servizio degli attuali MMG fino a 73 anni, definita peggiore del problema.
- Sulla crescente privatizzazione gli autori indicano cause diverse: i tagli al budget della sanità, gli interessi del complesso sanitario privato, il corporativismo dei professionisti e la debolezza storica degli enti locali e delle organizzazioni dei pazienti, in un sistema divenuto fra i più privatizzati d'Europa.

⚫ SAN02 — Quotidiano sanità — Rapporto SDGs 2026. La salute tiene ma restano i divari: più anni in buona salute e mortalità prevenibile in calo. Ma pesano rinuncia alle cure, vaccini, divari territoriali e il taglio dei posti letto [Redazione Quotidiano sanità]

Data: 8 luglio 2026 | Tipo: articolo di stampa | Località: Italia; Unione europea | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: ISTAT, indicatori demografici, aspettativa di vita, rinuncia alle cure, vaccinazioni, stili di vita, posti letto, divario territoriale, Agenda 2030, SDGs

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/rapporto-sdgs-2026-la-salute-tiene-ma-restano-i-divari-piu-anni-in-buona-salute-e-mortalita-prevenibile-in-calo-ma-pesano-rinuncia-alle-cure-vaccini-divari-territoriali-e-il-taglio-dei-posti-lett/

- L'articolo presenta il Goal 3 del Rapporto SDGs 2026 dell'ISTAT, giunto alla nona edizione, che monitora complessivamente 321 misure statistiche collegate a 148 indicatori del quadro ONU; per la salute le misure diffuse sono 37, riferite a 20 indicatori internazionali.
- La speranza di vita in buona salute alla nascita è stimata nel 2025 a 59,1 anni, in crescita di quasi un anno rispetto al 2024, con un aumento di 1,4 anni per le donne e di 0,4 per gli uomini, che arrivano rispettivamente a 58,0 e a 60,2 anni.
- Nel 2023 la probabilità di morire fra i 30 e i 69 anni per tumori, diabete, malattie cardiovascolari e respiratorie scende all'8,0%, contro il 9,7% del 2013, più alta nel Mezzogiorno e fra gli uomini; la mortalità sotto i 5 anni nel 2025 è di 3,1 per mille nati vivi.
- Fra gli indicatori in miglioramento figurano le nuove infezioni da HIV (4,0 per 100 mila residenti nel 2024), la tubercolosi (4,4 per 100 mila nel 2025) e l'epatite B (0,4 per 100 mila), mentre la copertura antinfluenzale negli over 65 si ferma al 52,5% con forti disparità territoriali.
- Le coperture pediatriche raggiungono il 94,5% per la polio, il 94,8% per il morbillo e il 94,5% per il tetano, mentre sugli stili di vita il fumo riguarda il 20% della popolazione, l'indicatore sull'alcol è al 15,8% e l'eccesso di peso al 44,7%.
- L'1,6% delle persone di 16 anni e più non ha effettuato cure mediche necessarie perché troppo costose, dato in peggioramento nell'ultimo anno, e i posti letto in degenza ordinaria scendono nel 2023 a 29,9 per 10 mila abitanti, con 3,0 in day hospital e 72,2 nei presidi residenziali.
- Il Rapporto conta 4,9 medici, 7,3 infermieri e ostetriche, 0,9 dentisti e 1,6 farmacisti ogni mille abitanti e colloca l'Italia, nell'area "People" dei Goal da 1 a 5, in posizione favorevole sulla salute,

con una distanza dalla migliore performance europea inferiore a quella di Germania, Francia e Spagna.
- Il Rapporto SDGs 2026 dell'ISTAT nella sua versione integrale è schedato nella sezione SSN con la sigla SSN-038, alla quale si rimanda per il quadro completo del Goal 3 e degli altri obiettivi.

SAN03 — Quotidiano sanità — Piani di rientro. Agenas: "Dopo quasi vent'anni mancano ancora regole condivise per l'uscita". La maggior parte delle Regioni resta sotto monitoraggio [Redazione Quotidiano sanità]

Data: 8 luglio 2026 | Tipo: articolo di stampa (audizione parlamentare) | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: piani di rientro, commissariamento, disavanzi, bilanci regionali, AGENAS, LEA, programmazione regionale, programma operativo, Calabria, Molise

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/piani-di-rientro-agenas-dopo-quasi-ventanni-mancano-ancora-regole-condivise-per-luscita-la-maggior-parte-delle-regioni-resta-sotto-monitoraggio/

- In audizione alla Commissione Affari Sociali della Camera, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sull'attuazione dei LEA, Natalia Di Vivo, dirigente dell'Area Monitoraggio LEA e Piani di rientro di AGENAS, ha rilevato che dopo quasi vent'anni mancano regole condivise per la conclusione dei piani di rientro.
- L'ingresso nel piano di rientro scatta quasi automaticamente al superamento del 5% del finanziamento in termini di disavanzo, mentre non esiste alcun criterio oggettivo che stabilisca quando una Regione possa considerare concluso il percorso, tema da affrontare in un confronto fra Regioni e ministeri.
- Il Lazio è impegnato nel Programma operativo 2024-2026, l'Abruzzo e il Molise nei Programmi operativi 2026-2028, mentre Sicilia e Puglia attendono l'approvazione definitiva dei propri Programmi operativi 2026-2028; la Campania ha concluso il piano di rientro nella seduta del 27 marzo 2026.
- Il Molise è oggi l'unica Regione formalmente commissariata, mentre per la Calabria il Consiglio dei ministri ha deliberato l'avvio della procedura di uscita dal commissariamento, che resta tecnicamente in vigore fino al completamento dell'iter amministrativo.
- Dal 2007 la maggior parte delle Regioni entrate in piano di rientro è ancora in piano o con programmi operativi, e l'uscita dal commissariamento comporta di fatto un nuovo Programma operativo triennale approvato dal Consiglio dei ministri su proposta del MEF, di concerto con la Salute.
- Di Vivo ha ricordato che il piano di rientro nasce da un problema economico, ma il monitoraggio deve riguardare anche la riorganizzazione, la razionalizzazione e l'efficientamento del Servizio sanitario regionale per garantire l'erogazione dei LEA.

SAN04 — Il Sole 24 Ore — Fnomceo: 6 pazienti su 10 aspettano o rinviano le cure, ripensare il sistema [Redazione Il Sole 24 Ore]

Data: 9 luglio 2026 | Tipo: articolo di stampa | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: liste di attesa, tempi di attesa, rinuncia alle cure, sanità privata, accesso cure, carenza personale, divario territoriale, FNOMCeO, intramoenia

https://www.ilsole24ore.com/art/liste-d-attesa-6-pazienti-10-aspettano-o-rinviano-cure-altri-pagano-AJUaw6D

- L'indagine dell'Istituto Piepoli per la FNOMCeO, condotta nel giugno 2026 su mille cittadini maggiorenni e presentata a Roma il 9 luglio 2026, rileva che per quasi 7 italiani su 10 i tempi di attesa sono troppo lunghi, con giudizi positivi al 24% nel Sud e nelle Isole.
- Quasi 6 italiani su 10 dichiarano di aver rimandato o rinunciato a cure o controlli a causa dei tempi di attesa, con una quota che nel Sud e nelle Isole raggiunge due cittadini su tre; il tempo medio di attesa dichiarato per una prestazione è di 2,3 mesi.
- Di fronte ad attese lunghe il 54% dei cittadini paga una prestazione privata, in struttura convenzionata o meno, il 21% aspetta nel SSN, il 9% ricorre all'intramoenia, il 7% rinuncia, il 6% utilizza il pronto soccorso e il 3% si reca in un'altra Regione.
- Il 41% degli intervistati indica di aver ottenuto la prestazione tramite una struttura privata a pagamento, il 32% attraverso il SSN nei tempi previsti, il 27% attraverso il SSN con tempi molto lunghi e solo il 9% con la libera professione intramuraria.

- Come prima causa delle liste di attesa il 42% cita la carenza di medici specialisti e di personale sanitario (causa principale per il 23%), seguita dall'organizzazione inefficiente al 26% e dal mancato adeguamento delle risorse e dalla carenza di risorse economiche, entrambe al 23%; solo il 6% indica l'intramoenia.
- Il presidente Filippo Anelli avverte che per molti cittadini il SSN non è più il primo pensiero al nascere di un bisogno di salute e chiede un piano straordinario per i professionisti; al convegno Tajani ha difeso l'accordo sulle case di comunità e l'ENPAM, e Schillaci l'attrattività della professione medica.

⚫ SAN05 — Quotidiano sanità — Lea 2024: il Nord guida e il Sud insegue. Veneto, Emilia-Romagna e Toscana si confermano al top. Calabria, Sicilia e Bolzano in fondo alla classifica [Fassari]

Data: 10 luglio 2026 | *Tipo: articolo di stampa* | *Località: Italia* | *Lingua: IT* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: LEA, Ministero della Salute, performance, prevenzione, divario territoriale, rinuncia alle cure, Nuovo Sistema di Garanzia, indicatore CORE, Veneto, Calabria

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/lea-2024-il-nord-guida-e-il-sud-insegue-veneto-emilia-romagna-e-toscana-si-confermano-al-top-calabria-sicilia-e-bolzano-in-fondo-alla-classifica/

- L'articolo riassume il monitoraggio dei LEA 2024 con gli indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia, concluso il 14 maggio 2026 dal Comitato permanente: ogni Regione riceve un punteggio da 0 a 100 in prevenzione, assistenza distrettuale e ospedaliera, con soglia di 60 punti da raggiungere separatamente in ogni area.
- Diciotto Regioni e Province autonome superano la soglia in tutte le aree; restano fuori dall'intervallo di garanzia la Provincia autonoma di Bolzano con 59 punti nella prevenzione, la Sicilia con 49 nella stessa area e la Calabria con 52 nell'assistenza distrettuale.
- Sommando a fini descrittivi i tre punteggi, il Veneto raggiunge 288 su 300 (96, 95 e 97), seguito da Emilia-Romagna con 282 e Toscana con 280, poi Piemonte con 272, Trento con 271 e Lombardia con 270; la Puglia è la migliore del Sud con 85, 76 e 81 punti.
- Nella prevenzione il miglioramento interessa quasi tutte le Regioni tranne Marche, Campania e Calabria: Trento ottiene il massimo con 98 punti ed Emilia-Romagna 97, mentre Sicilia si ferma a 49, Campania a 61, Marche a 65 e Calabria a 66, con un divario di 49 punti fra Trento e Sicilia.
- Nell'assistenza distrettuale il Veneto guida con 95 punti, Emilia-Romagna e Toscana seguono con 94 e la Campania sale a 80, mentre la Calabria è l'unica insufficiente con 52, seguita da Molise a 62, Valle d'Aosta e Basilicata a 64 e Sardegna a 65.
- L'assistenza ospedaliera è l'unica area in cui tutte le Regioni superano la soglia, pur con una lieve flessione nazionale rispetto al 2023: Veneto 97, Trento 94, Emilia-Romagna 91 e Toscana 90, mentre il Molise si ferma esattamente a 60, la Valle d'Aosta a 63 e Bolzano a 64.
- Nel totale descrittivo la Calabria è ultima con 189 punti, seguita da Molise con 192 e Sicilia con 196, a 99 punti dal Veneto; l'autore osserva che la soglia non coincide con l'esperienza dei cittadini e segnala il nuovo indicatore sulla rinuncia alle prestazioni per motivi organizzativi o economici.
- Il documento ministeriale integrale sul monitoraggio dei LEA 2024 è schedato in questa stessa sezione con la sigla SAN06, alla quale si rimanda per la descrizione del sistema di indicatori e delle serie 2021-2024.

⚫ SAN06 — Ministero della Salute — Monitoraggio dei LEA 2024. Sintesi degli indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia [Ministero della Salute]

Data: 2026 (percorso valutativo concluso il 14 maggio 2026) | *Tipo: rapporto istituzionale* | *Località: Italia* | *Lingua: IT* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: LEA, Ministero della Salute, Nuovo Sistema di Garanzia, indicatore CORE, Comitato LEA, performance, prevenzione, PDTA, equità, rinuncia alle cure, Calabria

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/07/sintesi_core_nsg_2024-per-ug.pdf

- La sintesi ministeriale rende noti gli esiti del monitoraggio dei LEA per il 2024 condotto con il Nuovo Sistema di Garanzia del DM 12 marzo 2019, con percorso valutativo concluso dal Comitato LEA nella riunione del 14 maggio 2026.

- Il NSG comprende 88 indicatori riferiti ai tre macro-livelli di assistenza; il sottoinsieme CORE per il 2024 conta 27 indicatori: 6 per la prevenzione, 10 per l'assistenza distrettuale, 9 per l'ospedaliera, 1 per l'equità e 1 per i PDTA.
- Ogni indicatore CORE viene trasformato in un punteggio da 0 a 100 con soglia di sufficienza a 60, e la garanzia è raggiunta solo se la Regione supera la soglia in ciascun macro-livello, senza compensazioni fra aree, a differenza della precedente griglia LEA.
- Nel 2024 tutte le Regioni e Province autonome superano i 60 punti in tutte e tre le aree, con le sole eccezioni di Calabria (insufficiente nell'area distrettuale), Sicilia e Provincia autonoma di Bolzano (insufficienti nella prevenzione).
- Rispetto al 2023 entrano tre nuovi indicatori: l'indicatore di equità EO01 sulla rinuncia a prestazioni per ragioni organizzative o economiche, un indicatore PDTA sull'aderenza ai beta bloccanti nello scompenso cardiaco e uno sui donatori di organi in morte encefalica.
- La somma dei punteggi regionali dal 2021 al 2024 mostra una crescita definita significativa per la prevenzione e per l'area distrettuale rispetto all'anno precedente, mentre l'area ospedaliera, dove tutte le Regioni raggiungono la garanzia, registra una lieve flessione.
- Nell'area distrettuale il Centro-Sud mantiene in generale punteggi più bassi, con miglioramenti in Valle d'Aosta, Abruzzo, Campania e Puglia, mentre Piemonte, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana restano stabili su punteggi elevati.
- Le valutazioni CORE sono parte del sistema di verifica degli adempimenti che condiziona l'accesso alla quota integrativa prevista dall'articolo 2, comma 68, della Legge 191/2009, e richiedono l'assolvimento del debito informativo nei flussi NSIS.

SAN07 — Salute Internazionale — Gender gap di salute [Lavalle]

Data: 8 luglio 2026 | Tipo: analisi | Località: Italia; salute globale | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: equità in salute, prevenzione, screening, salute materno-infantile, salute mentale, depressione, FSE, medicina di genere, rischio cardiovascolare

https://www.saluteinternazionale.info/2026/07/gender-gap-di-salute/

- L'articolo riprende il rapporto del World Economic Forum e del McKinsey Health Institute del 2026, secondo cui le donne vivono più a lungo ma trascorrono il 25% in più della vita in cattiva salute, con un terzo del divario dovuto a carenze evitabili in screening, diagnosi e trattamento.
- Colmare il divario di salute fra uomini e donne potrebbe generare almeno mille miliardi di dollari di PIL annuo entro il 2040, e il documento EPRS del 2025 stima che ogni dollaro investito sulla salute femminile ne faccia risparmiare da 3 a 6, fino a 15 con i costi sociali.
- Le calcificazioni arteriose mammarie compaiono solo nel 5% dei referti mammografici pur comportando un rischio relativo di eventi cardiovascolari acuti aumentato del 58%; in Italia lo screening ha un'adesione del 65% fra 50 e 69 anni e le malattie cardiovascolari costano 21,3 miliardi di euro l'anno.
- Trasponendo la stima statunitense di 60.000 eventi acuti evitabili in sette anni, l'autrice ipotizza per l'Italia 8.000-10.000 eventi cardiovascolari evitabili con un investimento di circa 500 dollari per donna ogni sette anni e un ritorno da 3 a 5 volte.
- Il diabete gestazionale riguarda il 6-7% delle gravidanze e la pre-eclampsia il 5-8%, con un rischio di ipertensione cronica quadruplicato (HR 4,13) nei 15 anni successivi; solo il 60% delle puerpere riceve un follow-up e l'autrice propone un passaporto ostetrico nel FSE per le 40-50.000 donne italiane interessate ogni anno.
- La depressione perinatale ha una prevalenza italiana stimata dell'11,1%, pari a 45.000-60.000 donne a rischio sui 379.000 parti del 2023; lo studio ISTISAN su 4.884 donne in 8 Regioni ha trovato il 24,5% a rischio, e l'articolo chiede screening universali con strumenti come EPDS e PHQ-9.

⚫ SAN08 — Quotidiano sanità — Allarme capitale umano Ssn. Gimbe: "90mila medici fuori dal pubblico, mancano 5.700 medici di famiglia. Infermieristica disertata" [Redazione Quotidiano sanità]

Data: 10 luglio 2026 | Tipo: articolo di stampa | Località: Italia; OCSE / Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: carenza personale, carenza infermieri, attrattività SSN, fuga dal SSN, gettonisti, MMG, spesa sanitaria, OCSE, GIMBE, capitale umano

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/allarme-capitale-umano-ssn-gimbe-90mila-medici-fuori-dal-pubblico-mancano-5-700-medici-di-famiglia-infermieristica-disertata/

- Nella lectio magistralis tenuta nell'Aula Magna della Sapienza per l'evento #GIMBE30, Nino Cartabellotta ha sostenuto che la domanda cruciale non è più quante risorse investire in sanità ma chi curerà l'Italia domani, mentre la Rettrice Antonella Polimeni ha richiamato il ruolo dell'Università per l'attrattività del SSN.
- Fra il 2012 e il 2024 la quota di spesa sanitaria pubblica destinata al personale dipendente e convenzionato è scesa dal 39,7% al 36,6%; a quota costante il personale avrebbe ricevuto 33,04 miliardi di euro in più in dodici anni, di cui 12,47 miliardi (il 38%) nel solo triennio 2022-2024.
- La Fondazione GIMBE individua le radici della crisi nel decennio 2010-2019, fra sottofinanziamento, blocco delle assunzioni, tetti di spesa e ritardi contrattuali, con un'accelerazione dopo il 2020; nel biennio 2024-2025 i gettonisti hanno assorbito oltre un miliardo di euro.
- Con 5,4 medici per 1.000 abitanti nel 2023 l'Italia è seconda fra i Paesi OCSE (media 3,9), ma oltre 90 mila medici non lavorano nel SSN come dipendenti, convenzionati o specializzandi; al 1° gennaio 2025 mancano oltre 5.700 medici di medicina generale e restano poco attrattive emergenza-urgenza e cure palliative.
- Per gli infermieri l'Italia è al 23° posto su 31 Paesi europei dell'area OCSE con 6,9 per 1.000 abitanti contro una media di 9,5, e nel 2023 la retribuzione media degli infermieri ospedalieri era di 45.434 dollari contro 63.417 della media europea, con una variazione reale negativa dal 2013.
- Il rapporto fra domande e posti nei corsi di laurea in infermieristica è sceso da 1,6 nell'anno accademico 2020-2021 a 0,9 nel 2025-2026, con domande inferiori ai posti disponibili, segnale di una perdita di attrattività che Cartabellotta attribuisce al Paese e non all'Università.
- Il rapporto segnala il rischio di un doppio binario in cui i professionisti usciti dal SSN alimentano il libero mercato, e propone un piano straordinario per il personale con programmazione dei fabbisogni, superamento dei vincoli alle assunzioni, rinnovi contrattuali adeguati, nuovi percorsi di carriera e investimenti nella formazione.

⚫ SAN09 — AGENAS — Primo Bollettino periodico Agenas Liste di Attesa. Nel primo semestre 2026 oltre 1,6 milioni di visite ed esami in più nei tempi di garanzia [AGENAS]

Data: luglio 2026 | *Tipo: bollettino* | *Località: Italia* | *Lingua: IT* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: liste di attesa, tempi di attesa, AGENAS, appropriatezza, IA, classe di priorità, specialistica ambulatoriale, piattaforma nazionale liste di attesa, RAO, Toscana, Piemonte

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/07/21_07_bollettino-liste-di-attesa_agenas_definitivo.pdf

- Il primo Bollettino periodico AGENAS sulle liste di attesa, pubblicato nel luglio 2026 dopo la presentazione della Piattaforma nazionale di monitoraggio, segue mese per mese e Regione per Regione 14 tipologie di prime visite e 22 accertamenti diagnostici.
- Nel primo semestre 2026 il SSN ha erogato 1 milione e 624 mila visite ed esami in più entro i tempi di garanzia rispetto al 2025, con prenotazioni complessive cresciute da 13,3 a 14,9 milioni e prestazioni nei fine settimana da 330 a 357 mila.
- La quota di prime visite erogate nei tempi sale dal 76,4% al 78,5% e quella degli esami diagnostici dall'82,8% all'84,6%; le prestazioni con ritardo grave calano in peso dal 19,3% al 17,2% per le visite e dal 13,3% all'11,6% per gli esami.
- Il miglioramento maggiore riguarda le classi di priorità Urgente e Breve: le prime visite urgenti nei tempi passano dal 77,7% all'81% e gli accertamenti urgenti dal 73,2% al 76,4%, mentre le classi B crescono dal 77,3% all'80,2% e dal 75,9% al 77,6%.
- Fra le singole prestazioni la colonscopia registra il recupero maggiore (dal 60,8% al 69,8%), la visita dermatologica cresce dal 65,5% al 70,2% pur restando fra le più critiche, e solo la risonanza magnetica del tronco encefalico peggiora, dall'83,9% all'81,9%.
- Persistono differenze regionali nel rispetto dei tempi e nell'appropriatezza delle classi di priorità: la quota di prescrizioni in classe P raggiunge l'87,7% in Basilicata, l'84,4% in Campania, il 75,1% in Molise e il 69,7% in Calabria.
- Come buona pratica la Toscana ha ridefinito con delibera di Giunta del marzo 2026 i RAO per la visita dermatologica, dopo aver analizzato con strumenti di intelligenza artificiale circa 350.000 prescrizioni, un terzo delle quali per osservazione di nei non sospetti.

- Il Piemonte applica sul 97% delle agende una funzione di equiparazione delle priorità con rilascio automatico delle fasce riservate 72 o 48 ore prima dell'appuntamento, portando in un triennio le prenotazioni di classe B nei tempi da circa il 50% a oltre il 95%.

SAN10 — Il Sole 24 Ore — Sui livelli essenziali non solo pagelle, ma bisogna capire chi spende meglio [Cicchetti]

Data: 21 luglio 2026 | Tipo: analisi | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: LEA, performance, spesa sanitaria, piani di rientro, governance sanitaria, Ministero della Salute, Nuovo Sistema di Garanzia, ALTEMS, Calabria

https://www.ilsole24ore.com/art/sui-livelli-essenziali-non-solo-pagelle-ma-bisogna-capire-chi-spende-meglio-AJ2ypvQ

- Cicchetti parte dalla fotografia annuale sui LEA diffusa dal Ministero della Salute a fine giugno e cita un'analisi dell'Officina di Health Policy & Management di ALTEMS secondo cui il punteggio NSG regionale degli ultimi cinque anni è fortemente correlato con i principali indicatori ISTAT sulla salute della popolazione.
- L'analisi longitudinale 2020-2024 mostra un SSN che ha migliorato la capacità di garantire i LEA, con un progresso ancora non uniforme fra Regioni e fra prevenzione, territorio e ospedale, e un percorso di convergenza avviato ma lontano dalla conclusione.
- Lo studio ALTEMS incrocia i dati NSG con quelli economico-finanziari di MEF e Ragioneria generale dello Stato per valutare la performance come rapporto fra salute e costi, e trova che tutte le Regioni tranne una hanno migliorato i LEA sostenendo però costi molto diversi.
- La Calabria ha aumentato la spesa di 314 euro per abitante fra il 2020 e il 2024 guadagnando 20 punti LEA (+46%), 16 euro per punto; la Liguria con 305 euro ha guadagnato 17 punti (+25%), 21 euro per punto, e la Lombardia con 258 euro 12,5 punti (+16%).
- Fra le prime otto Regioni quattro sono in piano di rientro da anni, mentre Veneto, Toscana ed Emilia-Romagna, prime nelle pagelle NSG, risultano indietro: il Veneto cresce dell'11,3% con 30 euro per punto, la Toscana del 7% con 36 euro, l'Emilia-Romagna del 3% con 107 euro pro capite.
- L'autore conclude che è tempo di rivedere il modello di governance del SSN con un concetto di convergenza più ampio, che non riduca solo le differenze nell'erogazione dei LEA ma allinei i modelli di gestione alle migliori pratiche, da cercare anche dove non ci si aspetta.

SAN11 — Salute Internazionale — La decrescita, dalla teoria alla pratica [Ubiali]

Data: 20 luglio 2026 | Tipo: analisi | Località: Italia; salute globale | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: salute planetaria, cambiamento climatico, disuguaglianze, decrescita, post-crescita, wellbeing economy, One Health

https://www.saluteinternazionale.info/2026/07/la-decrescita-dalla-teoria-alla-pratica/

- Il contributo di Andrea Ubiali, terzo dopo la cornice teorica del 2023 e il caso studio del 2025, sposta la questione dalla desiderabilità della decrescita alle condizioni che le permettono di superare la dimensione di esperienze locali isolate.
- Il caso del Filonificio Microforno, forno artigianale familiare di Ferrara studiato con interviste qualitative, mostra un'attività che limita volontariamente la produzione in nome della qualità, del senso del lavoro e delle relazioni con clienti e quartiere, caratteristiche che rendono difficile la replicabilità su scala più ampia.
- Le survey sperimentali pubblicate su Lancet Planetary Health nel 2025 indicano che il consenso alla riduzione dei consumi cresce quando è associata a redistribuzione, rafforzamento dei servizi pubblici e riduzione dell'orario di lavoro, e cala quando viene percepita come austerità ecologica.
- Il Global Justice Report del World Inequality Lab del 2026 propone la riduzione dell'orario lavorativo da circa 2.100 a 1.000 ore annue, un fondo globale per la giustizia fino al 38% del PIL mondiale, più spesa per sanità e istruzione e il raddoppio del reddito per l'89% della popolazione.

SAN12 — Quotidiano sanità — La sanità pubblica o il mercato della salute? [Grasselli]

Data: 23 luglio 2026 | Tipo: lettera al direttore | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: sanità pubblica, privatizzazione, universalismo, LEA, contratto medici, gettonisti, attrattività SSN, spesa sanitaria, DFP, esclusività di rapporto

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/la-sanita-pubblica-o-il-mercato-della-salute/

- Nella lettera del 23 luglio 2026 Aldo Grasselli, presidente FVM, osserva che durante la contrattazione nazionale per comparto e dirigenza le condizioni di lavoro nella sanità pubblica sono al limite della rottura del patto storico fra professionisti e SSN, mentre i LEA vengono considerati raggiunti anche al 60% di erogazione.
- L'autore ripercorre l'aziendalizzazione delle USL, il finanziamento a prestazione con i DRG del DM 15 aprile 1994, la riforma del Titolo V del 2001 e il federalismo fiscale del 2011 con i piani di rientro, e ricorda i principi della Legge 833/1978: universalismo, uguaglianza, globalità ed equità.
- Sei punti descrivono la mancata valorizzazione del personale: un decennio di blocco contrattuale, la gabbia del D.Lgs. 165/2001, i gettonisti che guadagnano in una settimana quanto un dipendente in un mese, stipendi che perdono potere d'acquisto mentre nei Paesi OCSE crescono del 35%, formazione mai goduta.
- Secondo il DFP 2026 la spesa sanitaria pubblica crescerà dai circa 141,5 miliardi di euro del 2025 a oltre 159 miliardi nel 2029, ma il rapporto con il PIL resterà stabile attorno al 6,4%, mentre le Regioni restano in ostaggio del MEF e della negoziazione del Fondo sanitario nazionale.
- Grasselli giudica l'abolizione dell'esclusività una valvola di decompressione che sposta la salute da diritto costituzionale a possibilità legata al reddito e chiede una riflessione intersindacale unitaria per un progetto sui temi fondamentali della sanità pubblica.

SAN13 — Quotidiano sanità — Morte Fakir. Le Società Scientifiche: "La morte di un uomo merita rispetto, non semplificazioni" [Redazione Quotidiano sanità]

Data: 27 luglio 2026 | Tipo: articolo di stampa | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: pronto soccorso, integrazione ospedale-territorio, formazione, emergenza-urgenza, sicurezza delle cure, società scientifiche

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/morte-fakir-le-societa-scientifiche-la-morte-di-un-uomo-merita-rispetto-non-semplificazioni/

- Nove società scientifiche dell'emergenza-urgenza e dell'area critica (AIES, ANIARTI, COSMEY, GFT, HEMS, IRC, SIAARTI, SIEMS e SIMEU) hanno diffuso il 27 luglio 2026 un position paper congiunto dopo la morte di Abderrahim Fakir avvenuta durante un intervento delle Forze dell'Ordine.
- Il documento, firmato fra gli altri da Elena Bignami per SIAARTI e Alessandro Riccardi per SIMEU, chiede rispetto per la vittima, per la famiglia e per tutti gli operatori coinvolti, invitando a evitare conclusioni affrettate mentre sono in corso gli accertamenti della magistratura e le verifiche tecnico-sanitarie.
- Secondo le società l'analisi di un evento complesso non deve cercare un colpevole da indicare all'opinione pubblica ma individuare interventi organizzativi, formativi e professionali, e una tragedia non può diventare occasione per sostenere interessi di categoria o modelli organizzativi precostituiti.
- La sfida indicata è una rete dell'emergenza integrata in cui Centrali operative, personale sanitario, volontari del soccorso, Forze dell'Ordine, servizi territoriali e ospedali condividano formazione, protocolli, linguaggi e responsabilità operative.

⬤ SAN14 — Quotidiano sanità — Cinque anni dopo il Covid la spesa sanitaria resta sopra i livelli pre-pandemia in quasi tutta l'Ocse. Italia invece perde terreno e arretra all'8,4% del Pil [Fassari]

Data: 28 luglio 2026 | Tipo: articolo di stampa | Località: OCSE / Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: spesa sanitaria, quota PIL sanità, OCSE, OECD, benchmark internazionale, sistemi sanitari europei, COVID-19, OECD Health Statistics

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/spesa-sanitaria-in-italia-arretra-all84-del-pil-mentre-nei-paesi-ocse-corre-e-sale-al-94/

- Secondo OECD Health Statistics 2026 la spesa sanitaria complessiva, pubblica e privata, dei Paesi OCSE raggiunge nel 2025 in media il 9,4% del PIL contro l'8,8% del 2019, dopo il picco di circa il 9,6% del biennio 2020-2021, il calo del 2022-2023 e la ripresa del 2024 e del 2025.
- L'Italia è uno dei casi più significativi in controtendenza: la spesa sanitaria scende dall'8,7% del PIL del 2019 all'8,4% del 2025, collocandosi sotto i livelli pre-pandemici e sotto la media OCSE, in coerenza con il progressivo rientro della spesa pubblica sanitaria sul PIL.

- Fra le grandi economie europee la Germania passa dall'11,2% all'11,6% del PIL e la Francia dall'11,1% all'11,3%, mentre gli Stati Uniti restano il Paese con la maggiore incidenza, dal 16,7% al 16,9%, pur lontani dal massimo raggiunto durante la pandemia.
- La Spagna cresce leggermente dal 9,1% al 9,2% e il Regno Unito in misura più marcata dal 9,7% al 10,8%, con una dinamica influenzata in particolare dagli anni successivi alla pandemia.
- La crescita è molto sostenuta in alcuni Paesi dell'Europa orientale e dell'Asia: la Corea del Sud passa dal 7,1% all'8,4%, la Polonia dal 6,3% al 7,1%, la Repubblica Ceca dal 7,4% all'8,4% e l'Austria dal 10,5% all'11,2%.
- Oltre all'Italia, anche Danimarca (dal 10,1% al 9,6%), Norvegia (dal 9,6% all'8,9%) e Irlanda (dal 6,7% al 6,3%) presentano nel 2025 un'incidenza della spesa sanitaria sul PIL inferiore a quella del 2019.
- L'articolo conclude che la pandemia ha modificato in modo permanente il livello medio delle risorse destinate alla sanità nell'area OCSE, mentre l'Italia rappresenta una delle principali eccezioni, con un peso della sanità sull'economia tornato sotto il livello del 2019.

⚫ SAN15 — EURISPES — Oltre il lavoro dipendente. Nuovi modelli organizzativi del lavoro nell'area infermieristica [Alizzi, Della Porta]

Data: luglio 2026 | Tipo: analisi | Località: Italia; OCSE / Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: infermieri, carenza infermieri, attrattività professione, FNOPI, IFeC, DM 77, divario territoriale, EURISPES, ENPAPI, libera professione, convenzionamento

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/07/2026_eurispes_studio-professione-infermieristica-.pdf

- Il Rapporto EURISPES del luglio 2026, con metodo documentale e comparativo su fonti FNOPI, ENPAPI, Istat e Ocse, descrive la carenza infermieristica come criticità strutturale del SSN, articolata in carenza quantitativa, disallineamento organizzativo e inefficienze del mercato del lavoro.
- L'Italia dispone di 6,9 infermieri ogni 1.000 abitanti contro una media europea di 8,9, ma gli autori invitano alla prudenza, perché l'elevato numero di professioni sanitarie del sistema italiano potrebbe accentuare la percezione della carenza.
- Nel 2023 la media nazionale è di 69 infermieri attivi ogni 10.000 residenti, con il Lazio a 86,2 e il Trentino-Alto Adige a 85,5, mentre Campania, Calabria e Sicilia si fermano a 52,2, 53,1 e 54; l'età media è di circa 45 anni.
- Lo stipendio medio nazionale di circa 32,4 mila euro resta inferiore alla media Ocse di circa 39,8 mila euro, con valori regionali compresi fra i 37,2 mila euro del Trentino-Alto Adige e i 26,2 mila del Molise.
- I dati ENPAPI contano 23.956 liberi professionisti "puri" e 5.306 professionisti con doppia attività, una forza lavoro reale ma non integrata nella programmazione, mentre gli infermieri con titolo estero in deroga sono quasi 20.000 a fine 2025 secondo le stime richiamate dalla FNOPI.
- L'infermiere di famiglia e comunità, previsto dal DM 77/2022 nello standard di 1 ogni 3.000 abitanti, resta lontano dall'obiettivo: al 25 giugno 2021 erano operativi circa 1.380 IFoC contro i 9.552 previsti, e le stime attuali oscillano fra circa 12.000 e circa 3.000 professionisti.
- Il documento parla di "autonomia senza potere": l'autonomia riconosciuta dalle leggi 42/1999, 251/2000 e 24/2017 non si è tradotta in autonomia esercitata, perché alla crescita delle responsabilità non corrispondono risorse, inquadramenti, tutele e riconoscimento economico.
- La proposta centrale è un modello intermedio fra lavoro subordinato e libera professione, mutuato dal sistema convenzionale dei MMG e dei PLS regolato dall'articolo 8 del D.Lgs. 502/1992, con graduatorie regionali trasparenti, incarichi vacanti pubblicati e tutele per permessi, malattia e maternità.

⚫ SAN16 — Il Sole 24 Ore — Denatalità, il 62% degli italiani rinuncia ai figli per difficoltà economiche e sociali [Gobbi]

Data: 28 luglio 2026 | Tipo: articolo di stampa | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: denatalità, fecondità, demografia, ISTAT, indicatori demografici, aspettativa di vita, caregiver familiare, INPS, assegno unico, generazione sandwich

https://www.ilsole24ore.com/art/denatalita-62percento-italiani-rinuncia-figli-difficolta-economiche-e-sociali-AJzDdqX

- Il "Dossier natalità 2026: volere o potere", della Fondazione per la Natalità con l'ISTAT, presentato a Roma con il patrocinio dell'INPS, rileva che oltre 6 italiani su 10 in età feconda hanno rinunciato ad altri figli per ostacoli economici e sociali, contro un 5,5% senza progetto di genitorialità.
- Nel 2025 le nascite hanno toccato il minimo storico di 355 mila con una fecondità di 1,14 figli per donna; oltre 2,8 milioni di italiani indicano le difficoltà economiche e lavorative come prima causa della rinuncia e, se le intenzioni dichiarate si fossero realizzate, sarebbero nati circa 760 mila bambini.
- Le donne sono le più penalizzate: il 49,9% teme conseguenze negative per la carriera dalla maternità contro il 24% degli uomini, oltre 3 milioni sono inattive per motivi familiari (151 mila gli uomini) e 763 mila persone rinunciano ai figli anche per assistere genitori anziani, la cosiddetta generazione sandwich.
- L'Italia, con un'aspettativa di vita alla nascita di 83,4 anni contro 81,5 della UE e 78,4 degli Stati Uniti nel dato OCSE 2022, registra nel 2025 un saldo naturale negativo di quasi 300 mila persone, differenza fra 652 mila decessi e 355 mila nati.
- Il presidente dell'ISTAT Francesco Maria Chelli ricorda che la fecondità è a 1,18 contro un tasso di sostituzione di 2,1, che nel 2050 il rapporto fra over 65 e under 14 sarà di 300 a 100 e che la Francia, a circa 1,6 figli per donna, è in declino rapido.
- Gigi De Palo, presidente della Fondazione per la Natalità, definisce la natalità una condizione da cui dipendono welfare, economia e coesione, chiede un'alleanza fra Governo, opposizione, imprese, sindacati e Terzo settore e annuncia gli Stati generali della Natalità del 25-26 novembre a Roma.
- La direttrice generale dell'INPS Valeria Vittimberga, richiamando il XXV Rapporto annuale, elenca assegno unico, bonus mamme, decontribuzione, congedi parentali rafforzati, congedo di paternità, bonus nido, bonus nuovi nati, nuovo ISEE, tutele per i figli con disabilità e riconoscimento dei caregiver come politica integrata.
- L'Assegno unico e universale ha erogato circa 19,8 miliardi di euro nel 2025 e 8,3 miliardi nei primi cinque mesi del 2026, raggiungendo circa 6,1 milioni di nuclei e 9,6 milioni di figli, con un tasso di accesso vicino al 95% per i nati del 2025.

⚫ SAN17 — Quotidiano sanità — Comparto Sanità. Firmato il contratto 2025-2027. Aumenti fino a 240 euro per gli infermieri, arriva il capitolo sull'IA e nuove tutele per il personale [Redazione Quotidiano sanità]

Data: 29 luglio 2026 | Tipo: articolo di stampa | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: contratto comparto, infermieri, professioni sanitarie, pronto soccorso, IA, intelligenza artificiale, legge bilancio, ARAN, CCNL, indennità di specificità

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/comparto-sanita-firmato-il-contratto-2025-2027-aumenti-fino-a-240-euro-per-gli-infermieri-arriva-il-capitolo-sullia-e-nuove-tutele-per-il-personale/

- Il 29 luglio 2026 ARAN e tutte le organizzazioni sindacali rappresentative hanno sottoscritto l'ipotesi di rinnovo del CCNL del comparto Sanità 2025-2027, che interessa 592.638 dipendenti del SSN fra personale infermieristico, tecnico-sanitario, della riabilitazione, della prevenzione, amministrativo e di supporto, con risorse a regime per 2,26 miliardi di euro.
- L'incremento medio a regime è di 209 euro lordi al mese, 145 euro da risorse ordinarie e 64 da risorse aggiuntive, pari al 7,76% sul triennio; per il personale infermieristico l'aumento medio raggiunge 240 euro, oltre l'8%, e l'indennità per i servizi di pronto soccorso cresce di 100 euro.
- Gli arretrati decorrono dal 1° gennaio 2025 e, calcolati al 31 ottobre 2026, ammontano in media a 1.226 euro per l'insieme del comparto e a 2.300 euro per il personale infermieristico.
- La Legge di Bilancio destina al comparto risorse ordinarie a regime dal 1° gennaio 2027 per 1 miliardo e 537 milioni di euro, cui si aggiungono 445 milioni per l'indennità di specificità infermieristica, 193 milioni per l'indennità di tutela del malato e 35 milioni per il personale dei pronto soccorso.
- Il presidente ARAN Antonio Naddeo sottolinea il rinnovo entro il periodo di vigenza e il completamento delle intese sui quattro comparti della tornata 2025-2027, dopo Funzioni centrali, Funzioni locali e Istruzione e Ricerca; l'ipotesi passa ora agli organi di controllo ai sensi dell'articolo 47 del D.Lgs. 165/2001.
- Per la prima volta il contratto contiene un Titolo sull'intelligenza artificiale: informativa preventiva ai dipendenti su finalità, dati trattati, accuratezza e cybersicurezza dei sistemi, esclusione di

decisioni prevalentemente automatizzate senza intervento umano e diritto di conoscere i criteri di funzionamento in forma comprensibile.
- Restano non delegabili ai sistemi di IA la responsabilità dirigenziale e quella dei titolari dei poteri decisionali, e i riflessi dell'IA sull'organizzazione dei servizi entrano fra le materie della contrattazione integrativa; l'ordinamento professionale introduce nuovi profili, fra cui quello della cybersicurezza.
- Il testo interviene su relazioni sindacali, progressioni economiche, permessi per malattie gravi, sostegno alla genitorialità, lavoro a distanza e formazione; Nursind firma con riserve sui fondi a pioggia, Nursing Up chiede un fondo perequativo e la FNO TSRM e PSTRP dice no per le disparità fra professionisti.

SAN18 — Quotidiano sanità — Le politiche sanitarie "basate sull'evidenza" [Bartolazzi]

Data: 31 luglio 2026 | Tipo: lettera al direttore | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: spesa sanitaria, quota PIL sanità, rinuncia alle cure, spesa out-of-pocket, mobilità sanitaria, sanità privata, PNE, esiti, governance sanitaria, privato accreditato

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/le-politiche-sanitarie-basate-sullevidenza/

- Prendendo spunto dall'evento GIMBE 30 del 10 luglio 2026 alla Sapienza, con la Rettrice Polimeni ed esponenti politici fra cui Schlein, Fratoianni e Lorenzin, Armando Bartolazzi riprende i dati della relazione di Cartabellotta sulle contraddizioni fra gli esiti delle politiche sanitarie del decennio e l'articolo 32 della Costituzione.
- Nel 2024 la spesa sanitaria pubblica italiana è pari al 6,3% del PIL contro una media UE del 6,9%, con un divario di circa 13 miliardi di euro, mentre cambiamenti demografici, cronicità e nuove terapie molecolari rendono il sistema universalistico sempre meno sostenibile.
- Persistono differenze regionali nell'erogazione dei LEA non sempre imputabili alle risorse, come nel caso della Sardegna, e diverse Regioni del Centro-Sud hanno registrato nel 2023 un saldo negativo della mobilità extraregionale superiore a 100 milioni di euro.
- La spesa out-of-pocket del 2024 è stimata in 41,3 miliardi di euro, circa 9 miliardi in più in dodici anni, e 5,8 milioni di cittadini (9,9%) hanno rinunciato alle cure, 1,7 milioni in più negli ultimi due anni; il Fondo sanitario 2024 è di 134 miliardi.
- L'autore, già sottosegretario alla Salute e assessore uscente della Sardegna, sostiene che il privato accreditato debba essere una risorsa sussidiaria e non concorrente, e che le Regioni debbano definire tipo e numero delle prestazioni acquistate, perché i tetti di spesa si esauriscono senza incidere su LEA e liste di attesa.
- La lettera propone a GIMBE e ad AGENAS un Piano Nazionale Esiti delle Politiche Sanitarie Adottate (PNEPSA) o un osservatorio tematico per valutare l'efficacia delle politiche nazionali e regionali rispetto alla missione del SSN e all'articolo 32 della Costituzione.

Sezione SSN — Scenari del SSN

Le dodici schede sugli scenari del SSN seguono tre direttrici: la misura delle performance regionali, le risorse umane ed economiche e le regole dell'erogazione. Il XIV Rapporto CREA Sanità (SSN02, con la sintesi giornalistica in SSN01) colloca il Veneto al 64% del massimo teorico e la Calabria al 36%, con circa un terzo delle Regioni sotto il 40%, e introduce la percezione dei cittadini, non correlata con l'indice. L'audizione dell'ISTAT alla Camera (SSN07) offre il quadro più denso: spesa sanitaria totale a 190,1 miliardi nel 2025, pari all'8,4% del PIL, medici di medicina generale scesi a 37.173 con il 54,5% di massimalisti, e 5,8 milioni di persone che rinunciano a visite o accertamenti. Il Rapporto SDGs (SSN06) aggiunge la speranza di vita a 83,7 anni e i divari del Mezzogiorno.

Sul personale il Conto annuale della Ragioneria (SSN03) certifica 713.976 dipendenti nel 2024, 60 mila in più rispetto al 2015, e un costo del lavoro salito a 46,7 miliardi, mentre Schillaci (SSN12) chiede 4-5 miliardi aggiuntivi per avvicinare il Fondo sanitario al 6,4% del PIL. Sul fronte regolatorio il nuovo decreto sulle tariffe LEA dopo lo stop del TAR (SSN09) rivede 448 prestazioni specialistiche con un impatto a regime di 210,7 milioni, la Toscana adotta il value-based procurement per i dispositivi medici (SSN11) e la survey di Quotidiano Sanità (SSN05) mostra che per un professionista su due la burocrazia prescrittiva pesa più della scelta della terapia; Agnetti (SSN08) e i piani pandemici (SSN04) chiudono la rassegna. Le schede con bollino rosso sono SSN02, SSN03, SSN06, SSN07 e SSN09.

SSN01 — Quotidiano sanità — La sanità del Veneto si conferma al top. Le Regioni del Sud sempre in fondo alla classifica ma il gap si riduce. Il nuovo report Crea Sanità sulle Performance regionali [Redazione Quotidiano Sanità]

Data: 1 luglio 2026 | *Tipo: analisi* | *Località: Italia* | *Lingua: IT* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: performance, indicatori, esiti, appropriatezza, equità, divario Nord-Sud, non autosufficienza, assistenza domiciliare, CREA Sanità, soddisfazione del cittadino

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/la-sanit-del-veneto-si-conferma-al-top-le-regioni-del-sud-sempre-in-fondo-alla-classifica-ma-il-gap-si-riduce-il-nuovo-report-crea-sanit-sulle-performance-regionali/

- Il XIV Rapporto sulle Performance regionali del CREA Sanità, presentato a Roma il 1° luglio 2026, colloca il Veneto in testa con il 64% del valore massimo teorico, seguito dalla Provincia autonoma di Trento con il 62%, mentre la Calabria chiude la classifica al 36%.
- L'indice medio nazionale sale dal 43,4% del 2019 al 46,1% del 2025, ma circa un terzo delle Regioni (Puglia, Basilicata, Campania, Valle d'Aosta, Sicilia, Molise e Calabria) non supera il 40% della performance massima ottenibile.
- Secondo il panel di 114 stakeholder le dimensioni che pesano di più sono gli esiti (31,2%) e l'appropriatezza (27,5%), seguite da sostenibilità economico-finanziaria (12,7%), dimensione sociale (11,8%), equità (9,9%) e innovazione (6,9%).
- Tutte le Regioni migliorano rispetto al 2019, con incrementi più marcati dove i livelli di partenza erano bassi: la Toscana registra l'aumento maggiore (+0,08), seguita da Calabria (+0,065), Veneto (+0,059) e Provincia autonoma di Trento (+0,057), mentre Lombardia, Liguria, Emilia-Romagna e Piemonte crescono di +0,01.
- L'indagine 2026 sulla percezione dei cittadini rileva quote di miglioramento percepito comprese fra l'8,6% del Trentino-Alto Adige e il 25,9% di Abruzzo e Molise, con valori più alti per l'accesso ai farmaci (30%) e più bassi per l'assistenza domiciliare (14,6%) e la non autosufficienza (16,8%).
- L'executive summary del Rapporto CREA Sanità presentato nell'articolo è già schedato in questo file come SSN02, a cui si rimanda per il quadro completo del metodo, dei risultati regionali e della dinamica 2019-2025.

SSN02 — CREA Sanità — Livelli di tutela della Salute: le Performance Regionali. Executive summary, XIV edizione 2026 [d'Angela, Polistena, Spandonaro]

Data: 2026 | *Tipo: executive summary* | *Località: Italia* | *Lingua: IT* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: performance, indicatori, esiti, appropriatezza, equità, divario Nord-Sud, non autosufficienza, CREA Sanità, Health in All Policies, soddisfazione del cittadino

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/06/executive-summary_2026.pdf

Metodo e quadro generale

- La quattordicesima edizione dello studio CREA Sanità misura le opportunità di tutela della salute nelle Regioni con un indice sintetico articolato in sei dimensioni (appropriatezza, economico-finanziaria, equità, esiti, innovazione e sociale), secondo la prospettiva Health in All Policies.
- I pesi degli indicatori derivano da un Expert Panel multi-stakeholder di 114 esperti in rappresentanza di utenti, istituzioni, management aziendale, professioni sanitarie e industria life sciences, che esprime le proprie preferenze con un esercizio di elicitazione.
- L'edizione 2026 introduce tre analisi nuove: la dinamica della performance nel periodo 2019-2025, la sua correlazione con la soddisfazione dei cittadini e una survey su un campione rappresentativo della popolazione sulla percezione di miglioramento dei servizi.

Risultati regionali 2026

- L'indice di performance varia dal 64% del massimo raggiungibile del Veneto al 36% della Calabria, e circa un terzo delle Regioni non supera la soglia del 40% del risultato massimo teoricamente conseguibile.
- Sopra il 60% si collocano Veneto e Provincia autonoma di Trento; fra il 50% e il 56% Toscana, Friuli Venezia Giulia, Marche e Provincia autonoma di Bolzano; sotto il 40% Puglia, Basilicata, Campania, Valle d'Aosta, Sicilia, Molise e Calabria.
- Nessuna Regione risulta ottimale per gli stakeholder: secondo gli esercizi di elicitazione, anche una Regione con il miglior risultato su tutti gli indicatori non supererebbe un indice vicino all'80% del massimo possibile.

- Le dimensioni esiti e appropriatezza contribuiscono insieme per oltre il 60% alla performance complessiva; rispetto all'edizione precedente gli esiti guadagnano 6,9 punti percentuali e l'appropriatezza 3,2, mentre equità e innovazione perdono 5,3 punti.
- I pesi variano per categoria di stakeholder: gli utenti attribuiscono agli esiti il 39,3% e alla dimensione sociale il 18,9%, mentre le professioni sanitarie assegnano all'appropriatezza il 39,3% e il management alla dimensione economico-finanziaria il 20,2%.

Dinamica 2019-2025 e percezione dei cittadini

- Nel periodo 2019-2025 la media degli indici regionali è salita dal 43,4% al 46,1%, con un miglioramento presente in tutte le ripartizioni geografiche e più marcato nel Centro e nel Mezzogiorno rispetto al Nord.
- Esclusa la Toscana, la correlazione fra entità del miglioramento e livello di partenza è negativa (-0,45): le Regioni con indice iniziale più basso progrediscono di più e le distanze fra gli estremi si riducono lievemente.
- La quota di cittadini che percepisce un miglioramento dei servizi oscilla fra l'8,6% del Trentino-Alto Adige e il 25,9% di Abruzzo e Molise, senza alcuna correlazione con l'indice di performance regionale o con la sua dinamica.
- I progressi sono riconosciuti nei servizi più strutturati, come l'accesso ai farmaci (30,0% a livello nazionale) e la prevenzione (23,5%), e molto meno nell'assistenza domiciliare (14,6%); gli autori indicano l'assistenza territoriale e la non autosufficienza come area prioritaria.

⚫ SSN03 — Quotidiano sanità — Personale Ssn, dopo anni di calo la Sanità torna ad assumere: nel 2024 i dipendenti sono saliti a 714 mila, in aumento di 60 mila rispetto al 2015 [Redazione Quotidiano Sanità]

Data: 2 luglio 2026 | *Tipo: analisi* | *Località: Italia* | *Lingua: IT* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: dotazione di personale, carenza personale, infermieri, contratto comparto, attrattività SSN, divario territoriale, Ragioneria generale dello Stato, retribuzione, costo del lavoro

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/personale-ssn-dopo-anni-di-calo-la-sanita-torna-ad-assumere-nel-2024-i-dipendenti-sono-saliti-a-714-mila-in-aumento-di-60-mila-rispetto-al-2015/

- Secondo il Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato, nel 2024 il personale del comparto Sanità raggiunge 713.976 dipendenti, il 21,1% di tutto il pubblico impiego, contro i 653.477 del 2015: circa 60.500 unità in più, pari al 9,3%.
- Fra il 2015 e il 2017 l'occupazione nel SSN scende dell'1% fino a 647.061 unità, poi risale dal 2018 e accelera con la pandemia: 664.468 dipendenti nel 2020, 681.849 nel 2022, 702.796 nel 2023 e 713.976 nel 2024, anche per effetto del decreto-legge 35/2019.
- Il recupero riguarda soprattutto il personale non dirigente, che passa da 522.921 a 577.446 unità (+10,4%), mentre l'intera dirigenza sanitaria e professionale-tecnica-amministrativa cresce del 4,8%, da 129.458 a 135.684 unità; i dirigenti sanitari sono 130.336 nel 2024.
- Il rapporto fra assunzioni e cessazioni supera il 100% dal 2018, raggiunge il 132,2% nel 2020 con 59.687 assunzioni e 45.139 cessazioni, tocca il picco del 152,8% nel 2023 e resta al 127,5% nel 2024, con 42.230 cessazioni.
- Fra il 2015 e il 2024 gli incrementi maggiori si registrano in Campania (+19,5%), Puglia (+18,1%) ed Emilia-Romagna (+16,3%), mentre Basilicata (-5,4%) e Molise (-5,2%) sono le sole Regioni con saldo negativo; i dipendenti ogni 10 mila abitanti vanno dai 180,6 della Valle d'Aosta agli 89,3 del Lazio.
- Cambia anche il profilo del personale: la componente femminile sale dal 65,7% del 2015 al 69,6% del 2024 e l'età media scende a 48,9 anni dopo il massimo di 50,71 anni toccato nel 2018, con più dipendenti sotto i 39 anni grazie a reclutamento straordinario e stabilizzazioni.
- Nel 2024 la retribuzione media lorda annua è di 33.809 euro per il personale non dirigente, 88.882 euro per i dirigenti sanitari e 86.474 euro per i dirigenti professionali, tecnici e amministrativi; il rapporto fra dirigenti sanitari e comparto sale da 2,43 nel 2015 a 2,63.
- Il costo complessivo del lavoro nel SSN raggiunge nel 2024 il massimo di 46,7 miliardi di euro, con un aumento di circa 7,6 miliardi nel decennio (+19,6%), sostenuto dalla crescita dell'occupazione, dal nuovo sistema assunzionale e dai rinnovi contrattuali, fra cui il contratto 2019-2021 firmato il 2 novembre 2022.

SSN04 — Quotidiano sanità — Piani pandemici regionali. Lo studio dell'Università di Pisa: "Carenti in inclusività e gestione dell'infodemia" [Redazione Quotidiano Sanità]

Data: 2 luglio 2026 | Tipo: analisi | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: piano pandemico, pandemic preparedness, programmazione regionale, Conferenza Stato-Regioni, equità, comunicazione del rischio, infodemia, disinformazione

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/piani-pandemici-regionali-lo-studio-delluniversita-di-pisa-carenti-in-inclusivita-e-gestione-dellinfodemia/

- Uno studio dell'Università di Pisa pubblicato su BMC Public Health, condotto dal gruppo di Caterina Rizzo nell'ambito del progetto CreSP finanziato dal CCM del Ministero della Salute, confronta i piani pandemici regionali del triennio 2021-2023 con la letteratura internazionale sulla comunicazione del rischio.
- La scoping review ha esaminato oltre 10 mila articoli e ne ha inclusi 173 nel confronto diretto con i documenti regionali disponibili, individuando tre punti critici: inclusività ed equità, coinvolgimento dei cittadini e delle comunità, gestione dell'infodemia.
- Le popolazioni vulnerabili con bassa alfabetizzazione, barriere linguistiche o accesso digitale limitato restano a maggior rischio di esclusione dai canali di comunicazione di emergenza, per l'assenza di strategie adattate ai diversi contesti culturali, linguistici e digitali.
- Nei piani analizzati la comunicazione del rischio è concepita come processo istituzionale unidirezionale di tipo top-down, la partecipazione dei cittadini resta marginale e il contrasto della disinformazione compare solo con accenni teorici.
- Fra gli elementi positivi lo studio segnala la transizione verso un modello di comunicazione flessibile e resiliente, con unità dedicate a coordinare i flussi informativi e messaggi differenziati per cittadini e professionisti sanitari.
- Come esempio virtuoso viene indicato il Piano nazionale di comunicazione del rischio pandemico adottato in Conferenza Stato-Regioni; gli autori chiedono di integrare stabilmente infodemia, social listening e coinvolgimento dei cittadini nella preparedness, in collaborazione con organizzazioni di fact-checking e organi di stampa.

SSN05 — Quotidiano sanità — In sanità il tempo non basta più: per un professionista su due la burocrazia pesa più della scelta della terapia. La nuova survey di Qs [Redazione Quotidiano Sanità]

Data: 6 luglio 2026 | Tipo: analisi | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: qualità, appropriatezza, presa in carico, digitalizzazione, burnout, burocrazia, tempo clinico, aderenza terapeutica

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/in-sanita-il-tempo-non-basta-piu-per-un-professionista-su-due-la-burocrazia-pesa-piu-della-scelta-della-terapia-la-nuova-survey-di-qs/

- La Quick Survey di Quotidiano Sanità, realizzata con Homnya su 608 professionisti sanitari, rileva che per il 48% degli intervistati la pressione del tempo si concentra nella compilazione burocratica collegata alla prescrizione, contro il 26% per la valutazione iniziale e il 3% per la scelta della terapia.
- Per il 44% del campione il tempo è insufficiente in almeno un quarto delle visite: il 23% lo indica nel 25-49% delle visite, il 21% nel 50-74% e il 15% in almeno tre visite su quattro, mentre solo il 19% limita il problema a meno del 10% delle visite.
- Le principali fonti di pressione sono le attività amministrative (29% delle risposte) e il numero di pazienti o la gestione dell'agenda (24%), seguite da complessità clinica (14%), strumenti informativi inefficienti (12%), spiegazione al paziente (12%) e coordinamento con altri professionisti (9%).
- Quando il tempo manca, il 28% degli intervistati sacrifica il confronto con il paziente su benefici e rischi della terapia, il 23% l'aggiornamento della documentazione clinica, il 16% l'educazione all'aderenza e il 13% la valutazione delle alternative terapeutiche.
- Le conseguenze più frequenti sono la necessità di visite o contatti successivi per chiarimenti (25%), scelte terapeutiche più conservative (19%), maggiore rischio di non aderenza (18%) e minore personalizzazione della terapia (14%).
- La priorità indicata dal 50% dei professionisti è la riduzione della burocrazia prescrittiva, seguita da strumenti digitali sintetici e integrati (19%), maggiore supporto infermieristico o di team (14%) e agende con slot dedicati ai casi complessi (11%).

⚫ SSN06 — ISTAT — Rapporto SDGs 2026. Informazioni statistiche per l'Agenda 2030 in Italia [ISTAT]

Data: 2026 (dati chiusi al 25 giugno 2026) | Tipo: rapporto istituzionale | Località: Italia; Unione europea | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: SDGs, Agenda 2030, ISTAT, aspettativa di vita, vaccinazioni, stili di vita, disuguaglianze, divario territoriale, Mezzogiorno, UE, PM2.5

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/07/rapporto-sdgs-2026-ebook.pdf

- La nona edizione del Rapporto SDGs dell'ISTAT diffonde 321 misure statistiche collegate a 148 indicatori del quadro delle Nazioni Unite; per il Goal 3 sulla salute le misure sono trentasette, riferite a venti indicatori.
- Nel 2025 la speranza di vita alla nascita raggiunge 83,7 anni (81,7 per gli uomini e 85,7 per le donne), mentre quella in buona salute è di 59,1 anni, con il Nord-est a 60,9 anni e le Isole a 56,1.
- La probabilità di morire fra 30 e 69 anni per tumori, diabete, malattie cardiovascolari e respiratorie scende nel 2023 all'8,0% dal 9,7% del 2013, ma nel Sud arriva al 9,1% contro il 7,0% del Nord-est.
- La mortalità sotto i 5 anni passa da 3,6 a 3,1 per mille nati vivi fra il 2015 e il 2025, con valori più elevati per i maschi (3,4 contro 2,8) e nel Mezzogiorno rispetto al Centro-nord.
- La copertura vaccinale antinfluenzale negli ultrasessantacinquenni, salita al 65,3% nel 2021, scende al 52,5% nel 2025, con un divario che va dal 64,1% dell'Umbria al 33,4% della Provincia autonoma di Bolzano.
- Nel 2025 l'eccesso di peso riguarda il 44,7% della popolazione ed è più diffuso nel Sud (50,0%), mentre il consumo di alcol a rischio scende al 15,8%, con valori più alti nel Nord-est (18,7%), e il fumo si attesta al 20,0%.
- Nell'analisi per target le regioni del Nord hanno il 65,6% dei sotto-obiettivi su livelli pari o superiori alla media nazionale, il Centro il 58,6% e il Mezzogiorno il 41,6%, con la Sicilia al 28,6% e la Campania al 34,3%.
- Nel confronto europeo il Goal 3 è, con il Goal 2, l'ambito in cui l'Italia si posiziona meglio rispetto alla migliore prestazione dell'UE27, ma il Paese resta sfavorito sulle morti premature da PM2,5 (73 per 100 mila abitanti contro 41).

⚫ SSN07 — ISTAT — Indagine conoscitiva sull'attuazione dei livelli essenziali di assistenza e sull'erogazione delle prestazioni sanitarie nelle regioni. Audizione dell'ISTAT [ISTAT (Pannuzi)]

Data: 7 luglio 2026 | Tipo: audizione parlamentare | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: LEA, ISTAT, spesa sanitaria, rinuncia alle cure, MMG, mobilità sanitaria, multimorbidità, divario territoriale, mortalità evitabile, aree interne, Calabria

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/07/leg19.com12.audizioni.memoria.pubblico.ideges.95227.07-07-2026-17-22-15.774.pdf

Spesa e offerta

- Nella memoria depositata il 7 luglio 2026 presso la XII Commissione Affari sociali della Camera, l'ISTAT offre un quadro conoscitivo su spesa, offerta, condizioni di salute e performance del SSN, con attenzione alle differenze regionali.
- Nel 2025 la spesa sanitaria totale raggiunge 190,1 miliardi di euro, pari all'8,4% del Pil: 140,8 miliardi (74,1%) sono a carico del settore pubblico e 42,4 miliardi (22,3%) sono sostenuti direttamente dalle famiglie, con 719 euro pro capite.
- Il finanziamento effettivo del SSN, 136,7 miliardi nel 2024, non appare proporzionale al bisogno potenziale: Calabria e Basilicata ricevono quote inferiori alla media nazionale pur avendo livelli di multicronicità superiori.
- I posti letto ospedalieri ordinari sono scesi da 358.309 nel 1996 a 176.317 nel 2023 e il tasso nazionale di 3 per mille residenti resta sotto lo standard di 3,7 del DM 70/2015, con la Campania a 2,4.

Personale

- I medici di medicina generale sono 37.173 nel 2024, 7.764 in meno rispetto a dieci anni prima (-17,3%), e la quota di massimalisti con oltre 1.500 assistiti ha raggiunto il 54,5%, quasi il doppio del 28,0% del 2014.

- L'invecchiamento delle professioni sanitarie è la criticità più rilevante per la capacità di assistenza: il 42,5% dei medici attivi ha almeno 60 anni, con punte del 55,9% in Calabria, e il 32,7% dei MMG ha fra 65 e 69 anni.
- L'aumento dell'offerta formativa avviato dal 2018 è giudicato finora insufficiente per la mancata assegnazione di borse in specializzazioni come Medicina d'emergenza-urgenza e Anestesia e rianimazione e per i posti non coperti nei corsi di laurea infermieristici.

Domanda insoddisfatta ed esiti

- La rinuncia a visite o accertamenti diagnostici interessa nel 2024 quasi 5 milioni e 800 mila persone, il 9,9% della popolazione contro il 6,4% del 2019, per motivi legati soprattutto alle liste di attesa e ai costi delle prestazioni.
- La mortalità evitabile, pari nel 2023 a 16,0 decessi per 10 mila abitanti e fra le più basse in Europa, passa da 14,0 nel Nord-est a 18,1 nel Mezzogiorno, con la Campania a 20,6 e critica su entrambe le componenti.
- La mobilità ospedaliera extraregionale riguarda nel 2024 l'8,6% dei ricoveri, con la Lombardia al 5,3% e Molise, Basilicata e Calabria rispettivamente al 32,8%, 28,6% e 22,8%; la variabilità fra regioni si è ampliata nel tempo.
- La Calabria compare ai margini negativi di quasi tutte le graduatorie: speranza di vita in buona salute di 52,6 anni, multicronicità standardizzata al 20,1%, fiducia nei medici più bassa (6,5) e soddisfazione per l'assistenza medica in ospedale al 24,7%.
- Nelle Aree interne il minore ricorso alle prestazioni ambulatoriali, i tassi di ospedalizzazione più elevati e la mortalità evitabile più alta indicano una debolezza dell'assistenza territoriale; a Firenze solo il 14,8% della popolazione vive entro 8 minuti da un pronto soccorso.

SSN08 — Quotidiano sanità — Le cosiddette riforme si moltiplicano e si impongono, ma l'innovazione esisteva già [Agnetti]

Data: 13 luglio 2026 | *Tipo: lettera al direttore* | *Località: Italia* | *Lingua: IT* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: medicina generale, MMG, case della comunità, cure primarie, programmazione sanitaria, Titolo V, medicina di gruppo, innovazione organizzativa

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/le-cosiddette-riforme-si-moltiplicano-e-si-impongono-ma-linnovazione-esisteva-gia/

- Bruno Agnetti, del Centro Studi Programmazione Sanitaria di Comunità Solidale Parma ODV, prende spunto dall'articolo di Tullia Mastropietro sul Sole 24 Ore del 12 luglio 2026 sul medico di famiglia nelle Case della Comunità per riflettere sulla medicina generale territoriale.
- Secondo l'autore il Titolo V, nato per valorizzare l'autonomia territoriale, ha costruito una rete di responsabilità, interessi e livelli decisionali che ostacola il passaggio da una sanità organizzata per logiche istituzionali a una progettata sui bisogni delle persone.
- La lettera ricorda che prima delle riforme attuali molti medici di medicina generale avevano già investito in sanità di iniziativa, prossimità e multidisciplinarietà, chiedendo Case della Salute adeguate o costruendo Medicine di Gruppo evolute che anticipavano le Case della Comunità, spesso senza sostegno.
- Richiamando il paradigma bio-psico-sociale e dei sistemi complessi, l'autore sostiene che le riforme durano solo se trasformano le competenze diffuse in patrimonio comune e critica la proliferazione di regole di controllo, citando l'espressione "debito orario" come esempio infelice.

● SSN09 — Quotidiano sanità — Nuove tariffe Lea. Il Governo ci riprova dopo lo stop del Tar: ecco il nuovo decreto su specialistica e protesica. Impatto da 210 milioni di euro [Fassari]

Data: 16 luglio 2026 | *Tipo: analisi* | *Località: Italia* | *Lingua: IT* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: LEA, Ministero della Salute, Conferenza Stato-Regioni, legge bilancio, nomenclatore tariffario, specialistica ambulatoriale, assistenza protesica, TAR

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/nuove-tariffe-lea-il-governo-ci-riprova-dopo-lo-stop-del-tar-ecco-il-nuovo-decreto-su-specialistica-e-protesica-impatto-da-210-milioni-di-euro/

- Il Ministero della Salute ha trasmesso alle Regioni un nuovo schema di decreto che aggiorna le tariffe massime della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica, dopo che il TAR del Lazio, con sentenze fra cui la n. 16399/2025, ha annullato con efficacia differita il decreto del 25 novembre 2024.

- Il TAR ha differito gli effetti dell'annullamento di 365 giorni a partire dal 22 settembre 2025 per evitare vuoti normativi nell'applicazione dei LEA, e il Governo punta a ottenere l'intesa in Conferenza Stato-Regioni entro settembre 2026.
- La legge di Bilancio 2026 ha stanziato 100 milioni di euro per il 2026 e 183 milioni annui dal 2027 per consentire l'adozione del nuovo tariffario, che si aggiungono ai circa 550 milioni previsti dal decreto del 2024.
- Il giudice amministrativo aveva contestato l'istruttoria precedente per l'analisi dei tariffari regionali, l'uso di dati di costo non aggiornati e l'esiguità del campione per alcune prestazioni di laboratorio; il Ministero ha quindi avviato nel gennaio 2026 una consultazione pubblica e una nuova rilevazione dei costi.
- La nuova raccolta, basata su una "distinta base" rivolta alle aziende del SSN e alle strutture private accreditate, ha ottenuto dati da oltre cento strutture in quindici Regioni, per una base informativa più ampia e rappresentativa di quella del 2024.
- L'aggiornamento comporta a regime un incremento di spesa di 210,7 milioni di euro l'anno: 183,1 milioni per la specialistica ambulatoriale al netto dei ticket e 27,6 milioni per l'assistenza protesica; per il solo 2026, con decorrenza 1° settembre, l'onere è stimato in circa 70,3 milioni.
- La revisione interessa 448 prestazioni specialistiche e 222 codici del nomenclatore dell'assistenza protesica, con un aumento medio del 5,8% per le prestazioni riviste e una tariffa media di 26 euro per le prime visite specialistiche, con valori superiori per alcune branche.
- Sono previsti aumenti per diagnostica vascolare, medicina nucleare, ecocolordoppler, endoscopia, elettromiografia e dialisi, con un incremento del 15% per alcune prestazioni di dialisi peritoneale domiciliare e la revisione delle tariffe di numerosi ausili protesici.

SSN10 — Quotidiano sanità — La spesa sanitaria cresce in Europa. Tra pubblica e privata nel 2025 l'Italia ha superato i 190 miliardi, ma restiamo distanti da Germania e Francia [Fassari]

Data: 20 luglio 2026 | *Tipo: analisi* | *Località: Italia; Unione europea* | *Lingua: IT* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: spesa sanitaria, quota PIL sanità, finanziamento SSN, UE, sistemi sanitari europei, benchmark internazionale, Eurostat

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/la-spesa-sanitaria-cresce-in-europa-tra-pubblica-e-privata-nel-2025-litalia-ha-superato-i-190-miliardi-ma-restiamo-distanti-da-germania-e-francia/

- Secondo i dati Eurostat sulla spesa sanitaria corrente, che esclude gli investimenti in infrastrutture e tecnologie, nel 2025 l'Italia ha destinato alla sanità 190,1 miliardi di euro fra pubblico e privato, contro i 186,2 del 2024, i 179,3 del 2023, i 176,8 del 2022 e i 171 del 2021.
- In quattro anni l'incremento italiano supera i 19 miliardi di euro, pari a circa l'11%, in una dinamica comune all'Unione europea, dove la spesa aggregata dei 27 Paesi è passata da 1.599,7 miliardi nel 2021 a 1.721,2 miliardi nel 2023, ultimo dato disponibile.
- La Germania resta al primo posto con 528,1 miliardi di euro nel 2024, dopo i 491,6 del 2023, seguita dalla Francia con 337 miliardi nel 2024, mentre la Spagna si ferma a 138,2 miliardi nel 2023; l'Italia è il terzo grande Paese europeo per spesa complessiva.
- Crescite marcate si registrano nell'Europa centro-orientale: la Polonia passa da 37,6 miliardi nel 2021 a 82 miliardi nel 2025, la Romania da 15 a 21 miliardi in tre anni e la Repubblica Ceca da 22,5 a 27,1 miliardi.
- L'articolo ricorda che il confronto in valori assoluti riflette le diverse dimensioni economiche e demografiche e che per valutare il finanziamento servono la spesa in rapporto al PIL o pro capite; la crescita europea è spinta da invecchiamento, cronicità, innovazione terapeutica e costi di personale e tecnologie.

SSN11 — Quotidiano sanità — Dispositivi medici. La Toscana punta sul value-based procurement per le gare d'acquisto [Trippoli e altri]

Data: 28 luglio 2026 | *Tipo: lettera al direttore* | *Località: Italia; Toscana* | *Lingua: IT* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: dispositivi medici, HTA, value-based healthcare, programmazione regionale, appropriatezza, esiti, sostenibilità, value-based procurement, appalti pubblici

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/dispositivi-medici-la-toscana-punta-sul-value-based-procurement-per-le-gare-dacquisto/

- Quattro funzionarie del Settore Assistenza Farmaceutica e Dispositivi della Regione Toscana illustrano l'aggiornamento delle linee di indirizzo per la stesura dei capitolati di gara sui dispositivi medici, adottate originariamente nel 2019 e riviste con la DGR 327/2026.
- Le linee di indirizzo, dedicate ai dispositivi a media e alta complessità, adottano i principi dell'Evidence-Based Medicine e dell'Health Technology Assessment, orientando la valutazione d'acquisto sugli esiti assistenziali e sul valore clinico anziché sulle sole specifiche tecniche.
- Il modello si articola in cinque passaggi: definizione dei lotti per omogeneità clinico-funzionale, approccio evidence-based e value-based, promozione della concorrenza, determinazione del prezzo a base d'asta e supporto dell'HTA regionale ai Collegi Tecnici di Progettazione.
- I prezzi a base d'asta integrano i dati di benchmarking dello storico delle aggiudicazioni toscane e delle tariffe delle altre Centrali di Committenza nazionali e regionali con logiche value-based, legando l'aspetto economico all'efficacia e al rapporto costo-efficacia del dispositivo.
- Per le tecnologie emergenti ad alto costo con evidenze ancora in consolidamento sono previsti percorsi dedicati extra-gara, supportati dal Centro Operativo di HTA toscano, con registri informatizzati per monitorare l'impatto nella pratica clinica e favorire acquisti basati sugli esiti.

SSN12 — Il Sole 24 Ore — Pressing di Schillaci per avvicinare i fondi del Ssn al 6,4% sul Pil: servono 4-5 miliardi in più [Bartoloni]

Data: 28 luglio 2026 | Tipo: analisi | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: FSN, finanziamento SSN, quota PIL sanità, legge bilancio, Ministero della Salute, tetti di spesa, AIFA, case della comunità, liste di attesa, manovra 2027

https://www.ilsole24ore.com/art/pressing-schillaci-avvicinare-fondi-ssn-64percento-pil-servono-4-5-miliardi-piu-AJolHJX

- Alla vigilia dell'incontro del 28 luglio 2026 con il ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti, il ministro della Salute Orazio Schillaci chiede per la prossima manovra una dote aggiuntiva di circa 5 miliardi di euro l'anno per il prossimo triennio.
- L'obiettivo dichiarato è impedire che il Fondo sanitario nazionale, oggi poco sopra il 6% del PIL, scenda ancora, avvicinandolo alla spesa sanitaria effettiva, che comprende risorse regionali e ticket e negli ultimi anni si colloca intorno al 6,3-6,4% del PIL.
- La legge di bilancio precedente ha portato il Fondo sanitario a superare i 143 miliardi nel 2026, ma per il 2027 prevede un solo miliardo in più, a cui la nuova manovra dovrebbe aggiungere fra 3 e 4 miliardi.
- Le risorse servono per finanziare le assunzioni di medici e infermieri nella sanità territoriale, che conta oltre 1.200 Case della Comunità, per l'abbattimento delle liste d'attesa, per il nuovo Piano sanitario nazionale atteso dopo l'estate e per stipendi più attrattivi.
- Il PNRR finanzia la costruzione delle infrastrutture ma non il loro funzionamento, e Giorgetti ha dichiarato nei giorni precedenti che il Governo non intende in alcun modo ridurre le spese in istruzione e sanità, anche in vista delle elezioni politiche del 2027.
- Nella manovra si studia l'innalzamento dei tetti di spesa per farmaceutica e dispositivi medici, mentre appare accantonata l'ipotesi dell'AIFA di fissare un prezzo di riferimento più basso per area terapeutica, contestata dalle aziende farmaceutiche.

Sezione SST — Sostenibilità della sanità

La sostenibilità dei sistemi sanitari si gioca qui soprattutto sul terreno della spesa e delle scelte politiche. L'analisi del BMJ sull'accordo farmaceutico tra Regno Unito e Stati Uniti (SST03) stima per il NHS 44,7 miliardi di sterline di costi cumulati al 2036 e circa 229.000 morti in eccesso, mentre in Germania il Bundestag ha approvato una riforma delle casse malattia da quasi 19 miliardi di euro di risparmi nel solo 2027 (SST10). L'OCSE raccoglie le buone pratiche per un'assistenza oncologica ad alto valore (SST01): lo screening mammografico copre dal 15 per cento della Grecia all'83 di Danimarca e Svezia e l'Italia è segnalata per possibile sovratrattamento del tumore della prostata. Seguono le lezioni di Manchester (SST04), la sanità nei conflitti armati (SST14) e il divieto generazionale del tabacco britannico (SST15).

Il secondo filo riguarda misurazione e dati. Il confronto OCSE fra PROMs e PREMs (SST12, ripreso da SST13) mostra che solo 16 domande di cinque indagini internazionali sono confrontabili, con scarti in Italia fino a 62 punti percentuali; il working paper sull'interoperabilità (SST17, con SST16) colloca i risparmi possibili tra il 2,7 e il 6,6 per cento della spesa e attribuisce le barriere a governance e

pratiche più che alla tecnologia. Completano la sezione gli indicatori OMS-UNICEF per le cure primarie (SST11), l'indagine STADA sull'IA (SST07), l'urgent care virtuale (SST08), schermi e salute mentale (SST02), l'antiziganismo in Francia (SST05), i grandi consumatori (SST06) e il laboratorio di Ferrara (SST09). Le schede con bollino rosso, SST01, SST03, SST10, SST12 e SST17, sono quelle da cui partire.

⚫ SST01 — OECD — Good practices for delivering high value cancer care in EU countries [OECD]

Data: 25 giugno 2026 | Tipo: policy brief | Località: Unione europea (27 Stati membri più Islanda e Norvegia) / Italia | Lingua: EN | Accesso: Open access

Parole chiave: oncologia, OCSE, UE, value-based healthcare, screening, disuguaglianze, cure palliative, percorso oncologico, registro tumori, Italia

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/06/a63b59ca-en.pdf

- Il policy brief, pubblicato il 25 giugno 2026 dall'OCSE con la Commissione europea nell'ambito dell'European Cancer Inequalities Registry, stima 2,7 milioni di nuove diagnosi di tumore nell'Unione europea nel 2024 e ne prevede 3,2 milioni nel 2040.
- La spesa legata al cancro assorbe il 7 per cento della spesa sanitaria totale dell'Unione, ma il documento individua tre aree di scarso valore: ritardi di accesso, variazioni ingiustificate di pratica clinica e scarsa centralità della persona.
- La copertura dello screening mammografico varia di cinque volte, dal 15 per cento della Grecia all'83 per cento di Danimarca e Svezia, e quella del colon-retto di otto volte, dal 9 per cento dell'Ungheria al 74 per cento della Finlandia.
- Tra il 15 e il 40 per cento dei pazienti con tumore del colon-retto riceve la diagnosi in pronto soccorso, e solo Belgio, Danimarca e Norvegia avviano entro 30 giorni il trattamento di almeno il 60 per cento dei tumori della mammella.
- L'Italia figura, con Austria, Germania e Spagna, tra i Paesi che eseguono sei o più prostatectomie ogni dieci casi di tumore della prostata, contro meno di una in Irlanda, Norvegia, Danimarca e Finlandia; il brief legge il dato come sovratrattamento.
- Negli undici Paesi dell'indagine PaRIS meno di un paziente oncologico su tre riferisce un'assistenza centrata sulla persona (dal 42 per cento del Belgio al 16 della Grecia), quasi un terzo ripete informazioni già in cartella e la metà non ha un piano di cura.
- Tra le buone pratiche citate figurano i "cancer packages" danesi, i 31 percorsi svedesi che pubblicano i tempi di attesa, la certificazione dei centri tedeschi, associata a 2-7 punti di sopravvivenza a cinque anni, e i biosimilari danesi con prezzi ridotti del 33 per cento.
- L'Italia, con Romania e Spagna, è una delle tre eccezioni al registro tumori nazionale presente in 26 dei 29 Paesi considerati, perché dispone di registri regionali, mentre è citata con la Norvegia tra i Paesi più avanzati nella pianificazione anticipata delle cure.

SST02 — JAMA — Addictive Screen Use Trajectories and Suicidal Behaviors, Suicidal Ideation, and Mental Health in US Youths [Xiao e altri]

Data: 15 luglio 2025 | Tipo: studio di coorte (articolo scientifico) | Località: Stati Uniti | Lingua: EN | Accesso: Abbonamento

Parole chiave: salute mentale, adolescenti, minori, USA, social media, suicidio

https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2835481

- Lo studio di coorte, pubblicato su JAMA il 15 luglio 2025, analizza i dati dell'Adolescent Brain Cognitive Development Study raccolti dal 2016 al 2022 in 21 siti statunitensi su 4.285 ragazzi con un'età media di 10 anni all'ingresso.
- Gli autori misurano l'uso additivo di social media, telefoni cellulari e videogiochi con scale validate riferite dai ragazzi nei follow-up del secondo, terzo e quarto anno, e ne ricavano tre traiettorie per social e telefoni e due per i videogiochi.
- Quasi un terzo dei partecipanti presenta una traiettoria di uso additivo crescente dei social media o del telefono a partire dagli 11 anni, mentre il tempo totale trascorso davanti agli schermi alla baseline non risulta associato agli esiti.
- Le traiettorie crescenti sono associate a rischi più alti di esiti suicidari rispetto a quelle basse: per i social media il rischio relativo di comportamenti suicidari è 2,14 (IC 95 per cento 1,61-2,85), e per le traiettorie alte con picco sale a 2,39.

- La traiettoria alta di uso additivo dei videogiochi mostra la differenza maggiore nei sintomi internalizzanti (2,03 punti T) e quella crescente dei social media nei sintomi esternalizzanti (1,05 punti T), misurati con la Child Behavior Checklist compilata dai genitori.

⬤ SST03 — BMJ — Health costs of the UK-US trade deal on pharmaceuticals [Cross, Claxton e Hill]

Data: 1 luglio 2026 | Tipo: analisi | Località: Regno Unito / Stati Uniti | Lingua: EN | Accesso: Open access

Parole chiave: NHS, spesa farmaceutica, farmaci innovativi, USA, NICE, accordo commerciale, mortalità evitabile

https://www.bmj.com/content/394/bmj-2026-340588

- L'analisi pubblicata sul BMJ il 1° luglio 2026 da Cross, Claxton e Hill stima i costi per il NHS dell'accordo farmaceutico tra Regno Unito e Stati Uniti annunciato il 1° dicembre 2025, che garantisce dazi zero sulle esportazioni britanniche per tre anni.
- L'accordo impegna il governo a portare la spesa per i nuovi farmaci dallo 0,3 ad almeno lo 0,6 per cento del PIL nel 2036, con tappe intermedie dello 0,35 nel 2028 e dello 0,4 nel 2030, senza un corrispondente aumento delle risorse del NHS.
- Da aprile 2026 la soglia di costo-efficacia del NICE sale da 20.000-30.000 a 25.000-35.000 sterline per QALY, e lo sconto di ripiano dell'industria previsto dallo schema VPAG scende dal 23 per cento del 2025 al 14,5 per cento.
- Ipotizzando una crescita reale del PIL dell'1,5 per cento, i costi aggiuntivi annui per il NHS inglese sono stimati in almeno 1,3 miliardi di sterline nel 2028 e 8,8 miliardi nel 2036, con un cumulato di 44,7 miliardi a fine 2036.
- Ogni miliardo sottratto al NHS fa crescere di 118 milioni di sterline i costi dell'assistenza sociale per adulti, mentre i ministri hanno parlato di circa un miliardo di costi e l'Office for Budget Responsibility di 3,3 miliardi fino al 2028-29.
- Applicando le stime causali sul legame tra spesa e mortalità, gli autori calcolano circa 229.000 morti in eccesso entro il 2036, più delle 137.000 della pandemia tra marzo 2020 e giugno 2022, che salgono a 291.000 includendo l'assistenza sociale.
- Secondo gli autori il NICE approva già oltre il 90 per cento dei farmaci valutati e le nuove soglie aggiungerebbero solo due-cinque farmaci l'anno, mentre 44 miliardi reinvestiti nei servizi esistenti eviterebbero oltre 287.000 morti a 153.000 sterline per morte evitata.
- Le nazioni devolute, non parti dell'accordo, dovranno coprire almeno 9,9 dei 54,6 miliardi totali entro il 2036; la valutazione d'impatto del DHSC non è stata resa pubblica e le associazioni Global Justice Now e Just Treatment hanno avviato un'azione legale.

SST04 — BMJ — Andy Burnham could apply lessons from Manchester to create a healthier Britain with a stronger economy [McKee e Hiam]

Data: 3 luglio 2026 | Tipo: articolo di opinione | Località: Regno Unito | Lingua: EN | Accesso: Open access

Parole chiave: NHS, determinanti sociali, disuguaglianze, aspettativa di vita, salute urbana, devolution, Regno Unito

https://www.bmj.com/content/394/bmj-2026-100169

- Nell'articolo di opinione pubblicato sul BMJ il 3 luglio 2026, McKee e Hiam sostengono che Andy Burnham, sindaco di Greater Manchester e probabile prossimo primo ministro, potrebbe applicare a scala nazionale il modello di "good growth" noto come "Manchesterism".
- Gli autori ricordano che l'aspettativa di vita del Regno Unito è scesa nelle classifiche globali dagli anni Cinquanta e che le disuguaglianze territoriali riflettono deindustrializzazione, austerità e declino dei servizi locali in uno dei Paesi ad alto reddito più centralizzati.
- Un esperimento naturale con un gruppo di controllo tratto dal resto dell'Inghilterra, Londra esclusa, mostra che dopo la devolution Greater Manchester ha evitato il calo dell'aspettativa di vita registrato nei controlli e poi è migliorata più in fretta.
- Tra le politiche citate figurano il sistema contro la condizione di senza dimora ispirato al modello finlandese, la rete di trasporto integrata Bee Network, che ha riportato gli autobus sotto controllo pubblico, e la Good Employment Charter.
- Burnham promette il più grande programma di edilizia pubblica comunale dal dopoguerra e una devolution più ampia; gli autori propongono anche di ricreare l'Audit Commission, abolita nel 2015, per la vigilanza indipendente sugli enti locali.

- Il testo segnala gli ostacoli: confini amministrativi non coincidenti con quelli degli altri enti pubblici e molti consigli locali controllati dal partito Reform, che gli autori descrivono come contrario ai principi della sanità pubblica.

SST05 — CNCDH (via Academia) — Antigypsyism in France: Persistent Distance, Distant Empathy [Ando e altri]

Data: 2026 (dati raccolti a novembre-dicembre 2025) | *Tipo: capitolo di rapporto istituzionale* | *Località: Francia* | *Lingua: EN* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: determinanti sociali, equità in salute, disuguaglianze, coesione sociale, discriminazione, antiziganismo, rom e sinti, minoranze, Francia

https://www.academia.edu/169747668/Antigypsyism_in_France_Persistent_Distance_Distant_Empathy

- Il capitolo, tratto dal rapporto 2025 della Commission nationale consultative des droits de l'homme, si basa sul Barometro sul razzismo, indagine ripetuta ogni anno dal 2012 e condotta a novembre-dicembre 2025 su 1.013 rispondenti.
- Nel 2025 il 64 per cento dei francesi considera i Rom "un gruppo a parte", contro il 24 per cento per musulmani e maghrebini, e il 72 per cento condivide lo stereotipo del nomadismo, benché la maggioranza dei Rom in Francia sia sedentaria da generazioni.
- Gli stereotipi più virulenti calano nel lungo periodo ma restano diffusi: l'idea che i Rom migranti vivano "essenzialmente di furto e traffici" è passata dal 77,5 per cento del 2014 al 49 per cento del 2025.
- La quota di punteggi alti sulla scala di antiziganismo è scesa dal 39 per cento del 2014 al 17,6 del 2025, e la prossimità partitica resta il predittore più forte, con il 77 per cento di punteggi medi o alti tra i vicini al blocco RN.
- Gli autori parlano di "empatia distante": il 64 per cento ritiene che non si parli abbastanza dello sterminio di Rom e Sinti nella seconda guerra mondiale, mentre il 30,9 per cento nega ancora che i Rom francesi siano "francesi come gli altri".
- Il testo tocca la salute in due punti: l'accesso alle cure è tra le discriminazioni materiali da combattere, con casa, lavoro e scuola, e la "desertificazione medica" è tra le cause strutturali del declino sociale indicate dagli autori.

SST06 — La Repubblica — Il 40% degli europei è tra i "grandi consumatori" del pianeta [D'Elia]

Data: 5 luglio 2026 | *Tipo: articolo di stampa* | *Località: Mondo / Unione europea / Italia* | *Lingua: IT* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: clima, biodiversità, tassazione, UE, disuguaglianze, decarbonizzazione, confini planetari, impronta ambientale, Italia

https://www.repubblica.it/green-and-blue/2026/07/05/news/il_40_degli_europei_e_tra_i_grandi_consumatori_del_pianeta-425446986/

- L'articolo di Repubblica del 5 luglio 2026 riporta lo studio della Leiden University pubblicato su Communications Sustainability, che stima tra 1.700 e 5.700 miliardi di dollari l'anno il danno ambientale del 10 per cento dei consumatori più ricchi del pianeta.
- La soglia di ingresso nel decile è una spesa individuale superiore a 27.000 dollari l'anno al netto delle tasse (circa 23.700 euro): in questo gruppo rientra il 40-45 per cento della popolazione dell'Unione europea e, in Italia, oltre 20 milioni di persone.
- Anche nella stima più bassa il conto eguaglia la somma dei 675 miliardi l'anno necessari entro il 2030 per la biodiversità, secondo il Paulson Institute, e dei 993 miliardi per l'azione climatica concordati alla COP30 di Belém nel novembre 2025.
- Il conto pro capite più alto è negli Stati Uniti, tra 19.000 e 63.000 dollari l'anno, pari al 6-20 per cento del reddito, mentre in India si ferma a 410-1.400 dollari; la perdita di biodiversità pesa per il 47-56 per cento del totale e il clima per il 36-45.
- Gli autori, tra cui Paul Behrens e Inge Schrijver, orientano la tassazione ambientale verso chi ha più responsabilità e capacità di pagare, e l'articolo richiama il rapporto Draghi (750-800 miliardi di euro l'anno) e l'imposta minima del 2 per cento proposta da Zucman.

SST07 — STADA — STADA Health Report 2026: AI Is Transforming Healthcare. 20 Countries. Countless Insights. [STADA]

Data: 2026 (rilevazione febbraio-marzo 2026) | Tipo: rapporto di indagine promosso da un'azienda farmaceutica | Località: Europa (20 Paesi) / Italia | Lingua: EN | Accesso: Open access

Parole chiave: intelligenza artificiale, IA, telemedicina, digitalizzazione, liste di attesa, farmacie, medico di famiglia, indagine internazionale, automedicazione, Italia

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/07/stada_health_report_2026_ai_is_transforming_healthcare.pdf

- L'indagine, realizzata da Human8 per l'azienda farmaceutica STADA tra febbraio e marzo 2026 su campioni di 500-2.000 persone in 20 Paesi, tra cui l'Italia, rileva una soddisfazione media del 56 per cento verso il sistema sanitario pubblico, dall'86 del Belgio al 27 dell'Ungheria.
- La carenza di professionisti e le liste d'attesa sono la sfida principale per il 67 per cento degli intervistati, e l'Italia è il primo Paese per la richiesta di ridurre le attese e aumentare i professionisti, con il 73 per cento contro il 58 medio.
- Gli italiani sono al 57 per cento nella richiesta di migliorare l'accesso alle cure primarie, secondi dopo il Kazakistan (64 per cento), e all'83 per cento nella sensazione di controllo sulla propria salute, cinque punti sopra la media dei 20 Paesi.
- Il 55 per cento degli intervistati usa già l'IA per la salute, soprattutto per comprendere una diagnosi (29 per cento), e il 49 per cento si fiderebbe di una diagnosi dell'IA quanto di quella del medico, ma solo il 4 per cento senza condizioni.
- Gli italiani sono tra i più fiduciosi che l'IA renda la sanità economicamente più accessibile (39 per cento contro il 29 medio, dietro la sola Irlanda) e, con il Regno Unito, i più propensi (31 per cento) a vedere medici e farmacisti come interpreti dell'IA.
- La visita in presenza resta preferita dal 79 per cento contro l'11 per cento della consultazione online, il 54 per cento teme errori diagnostici dell'IA e il 41 per cento usi impropri dei dati; il rapporto propone un modello ibrido ancorato a medici e farmacisti.

SST08 — The Lancet Digital Health — Equity in virtual urgent care: lessons from health system-based models [Allen e altri]

Data: agosto 2026 | Tipo: viewpoint (articolo di analisi) | Località: Stati Uniti | Lingua: EN | Accesso: Open access

Parole chiave: telemedicina, USA, equità, accesso cure, disuguaglianze, pronto soccorso, urgent care virtuale, divario digitale

https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500(26)00038-5/fulltext

- Il viewpoint pubblicato su The Lancet Digital Health nell'agosto 2026 descrive i modelli di virtual urgent care (VUC), settore che nel 2022 ha generato oltre un quarto dei ricavi del mercato statunitense delle visite virtuali, pari a 12,2 miliardi di dollari.
- Nel 2022 il 94 per cento dei centri di urgent care offriva servizi di telehealth contro il 29 per cento del 2019, ma l'uso della telemedicina resta al 39,2 per cento tra gli adulti bianchi e al 32,8-33,1 per cento tra ispanici, neri e asiatici.
- Tra novembre 2023 e aprile 2024 gli autori hanno intervistato i responsabili di tre sistemi sanitari (Jefferson Health, Northwestern Medicine e Oregon Health & Science University) individuando quattro modelli: conversione telefonica, visita on demand, visita programmata e store-and-forward.
- Le condizioni economiche variano: il servizio on demand di Jefferson Health costa 59 dollari ai non assicurati, la visita programmata ha un costo medio di 14 dollari per gli assicurati e un massimo di 79, e lo store-and-forward è gratuito a Jefferson e costa 30 dollari a OHSU.
- Applicando le cinque dimensioni dell'accesso di Penchansky e Thomas del 1981, gli autori indicano che i modelli asincroni offrono flessibilità ma escludono chi non ha banda larga o competenze digitali, soprattutto anziani, minoranze e aree rurali.
- Le raccomandazioni comprendono l'estensione della banda larga, dispositivi sovvenzionati, programmi di alfabetizzazione digitale, modelli ibridi sincroni e asincroni, tariffe a scalare e la copertura Medicaid dei servizi di telemedicina.

SST09 — Salute Internazionale — Lo strano laboratorio di salute planetaria [Ubiali e altri]

Data: 6 luglio 2026 | Tipo: articolo di esperienza educativa | Località: Italia (Ferrara) | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: salute planetaria, One Health, cambiamento climatico, promozione della salute, infanzia, Italia

https://www.saluteinternazionale.info/2026/07/lo-strano-laboratorio-di-salute-planetaria/

- L'articolo di Salute Internazionale del 6 luglio 2026, firmato da due medici di sanità pubblica di Bologna e tre insegnanti di Ferrara, racconta il laboratorio di salute planetaria svolto nella scuola primaria Don Milani di Ferrara, ispirato a James Lovelock.
- I bambini, divisi in sette gruppi che rappresentano Sole, Acqua, Suolo, Piante, Erbivori, Carnivori e Umani, negoziano "patti ecologici" con formule rituali fino a costruire un sistema di interdipendenze che il "medico planetologo" dichiara in salute.
- La decisione del gruppo degli umani di estrarre petrolio intensifica l'effetto serra e spezza le alleanze a cascata; la simulazione si chiude con la riparazione del sistema e con il caso della reintroduzione dei lupi nel Parco di Yellowstone.
- Nei testi scritti al dottor "Loveloxk" molti bambini propongono comportamenti individuali (bici, raccolta differenziata, borracce) più che trasformazioni strutturali; gli autori chiedono percorsi longitudinali lungo l'anno scolastico che coinvolgano insegnanti e famiglie.

⚫ SST10 — Quotidiano sanità — In Germania arrivano tagli alla sanità per 19 miliardi. Via libera del Bundestag alla riforma per congelare i contributi delle casse malattia [Redazione Quotidiano sanità]

Data: 14 luglio 2026 | Tipo: notizia di cronaca politica | Località: Germania | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: spesa sanitaria, sostenibilità, finanza pubblica, ospedale, spesa farmaceutica, salute mentale, dotazione di personale, Germania, casse malattia, compartecipazione

https://www.quotidianosanita.it/cronache/in-germania-arrivano-tagli-alla-sanita-per-19-miliardi-via-libera-del-bundestag-alla-riforma-per-congelare-i-contributi-delle-casse-malattia-stretta-su-ospedali-farmaci-e-psicoterapia/

- Quotidiano Sanità del 14 luglio 2026 riferisce che il Bundestag ha approvato il 10 luglio il GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz, passato anche al Bundesrat, con cui il governo tedesco punta a riequilibrare i conti dell'assicurazione sanitaria pubblica GKV.
- Il pacchetto vale quasi 19 miliardi di euro di risparmi nel solo 2027 e, secondo la ministra della Salute Nina Warken, lega la crescita futura della spesa sanitaria all'andamento delle entrate del sistema senza toccare il catalogo delle prestazioni garantite.
- Il trasferimento federale per l'assistenza ai beneficiari del reddito minimo salirà progressivamente fino a 2,75 miliardi di euro annui dal 2031, mentre viene ridimensionata la prevista riduzione del contributo ordinario dello Stato alle casse malattia.
- Per gli ospedali la crescita dei costi nel 2027-2029 è limitata all'indice salariale di riferimento meno un punto percentuale; sono soppressi la Commissione nazionale sulla pianificazione del personale e l'obbligo degli strumenti di misurazione del fabbisogno, ma restano le soglie minime infermieristiche.
- Sul fronte della qualità, il secondo parere obbligatorio viene esteso agli interventi chirurgici più esposti all'inappropriatezza, come protesi d'anca, chirurgia vertebrale, colecistectomia, isterectomia e alcune procedure ortopediche, con controlli e sanzioni rafforzati sul rispetto delle soglie di personale.
- Lo sconto obbligatorio dei produttori farmaceutici sale stabilmente al 15,5 per cento, in sostituzione del meccanismo dinamico previsto, e per i vaccini coperti da brevetto lo sconto aggiuntivo passa al 9 per cento con un blocco dei prezzi tra il 2027 e il 2030; l'Efpia parla di "segnale preoccupante".
- La maggior parte delle prestazioni psicoterapeutiche rientra nel budget ordinario dell'assistenza ambulatoriale, dopo anni di remunerazione extra-budget che ne aveva quasi raddoppiato la spesa, e le soglie di compartecipazione e i tetti a carico degli assistiti aumentano del 50 per cento.

SST11 — WHO e UNICEF — Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens [WHO, UNICEF]

Data: 2022 | Tipo: rapporto istituzionale (guida tecnica) | Località: Mondo (Stati membri OMS) | Lingua: EN | Accesso: Open access

Parole chiave: cure primarie, OMS, indicatori, performance, equità, salute globale, UNICEF, copertura sanitaria universale

https://www.who.int/publications/i/item/9789240044210

- La guida congiunta di OMS e UNICEF, pubblicata nel 2022 in risposta alla risoluzione WHA72.2 del 2019 seguita alla Dichiarazione di Astana, traduce in termini di monitoraggio le 14 leve dell'Operational framework for primary health care del 2020.
- Il quadro concettuale organizza le tre componenti della primary health care e le 14 leve in una catena dei risultati a sei domini (strutture, input, processi, output, esiti e impatto), attraversata dalle dimensioni trasversali di qualità, equità e resilienza.
- Il menu comprende 87 indicatori, 39 di livello 1 raccoglibili nella maggior parte dei contesti e 48 di livello 2, concentrati sui primi quattro anelli della catena, mentre esiti e impatto sono ripresi dagli SDG e dai 100 indicatori sanitari essenziali.
- I Paesi sono invitati a selezionare non più di 30-40 indicatori, bilanciati lungo la catena e adattati alla maturità del sistema informativo, e a fissare target propri, perché la guida rinuncia a target globali; per l'equità elenca 17 dimensioni di disaggregazione.
- Le fonti principali sono le valutazioni qualitative di policy, le indagini sulle strutture e i sistemi informativi di routine, integrati da indagini di popolazione e conti sanitari nazionali; gli indicatori 14, 15 e 16 misurano la spesa per la PHC rispetto al PIL.
- Il documento raccomanda di inserire il monitoraggio nei processi di pianificazione già esistenti, di investire nelle cartelle cliniche elettroniche e di collegare gli indicatori PHC ai target SDG 3.8.1 sulla copertura dei servizi e 3.8.2 sulla protezione finanziaria.

⚫ SST12 — OECD — Comparing patient-reported outcome and experience measures in international health surveys [OECD]

Data: 2026 | *Tipo: policy paper* | *Località: OCSE / Italia* | *Lingua: EN* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: OCSE, cure primarie, malattie croniche, qualità, esiti, benchmark internazionale, PROMs, PREMs, PaRIS, Italia

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/07/acf46da9-en.pdf

- Il policy paper dell'OCSE, firmato da Kendir, Gutiérrez Vargas e Larrain, confronta cinque indagini internazionali (PaRIS, EHIS, IHP, PVS e SHARE) che raccolgono misure di esito e di esperienza riferite dai pazienti e le giudica complementari, non intercambiabili.
- PaRIS ha raccolto nel primo ciclo dati da oltre 107.000 utenti delle cure primarie con almeno 45 anni in 19 Paesi, tra cui l'Italia, con un tasso di risposta mediano del 24 per cento contro il 44 di EHIS e il 14 dell'IHP.
- PaRIS è l'unica indagine con disegno multilevel, che campiona prima gli studi di cure primarie e poi i pazienti: le caratteristiche della singola pratica spiegano fino al 7 per cento della variazione nelle esperienze di cura.
- Solo 16 domande sono risultate confrontabili e quattro indicatori (salute percepita, qualità sperimentata, fiducia nell'autogestione e ricoveri) hanno sostenuto un confronto rigoroso, con standardizzazione per età e sesso sulla popolazione PaRIS.
- La salute percepita positiva diverge fino a 30 punti percentuali tra indagini anche dopo standardizzazione: in Romania il 43 per cento dei pazienti cronici PaRIS dichiara buona salute contro il 13 per cento in EHIS.
- L'Italia partecipa a quattro delle cinque indagini (non all'IHP 2024) ed è, con la Norvegia, uno dei due soli Paesi in cui la salute percepita in PaRIS resta sotto EHIS anche dopo standardizzazione, con 5 punti percentuali di scarto.
- Il divario più ampio riguarda l'autogestione: in Italia la differenza tra la fiducia nel gestire la propria salute (PaRIS) e il sentirsi responsabili (PVS) raggiunge 62 punti percentuali, 59 dopo standardizzazione, attribuiti in larga parte alla formulazione delle domande.
- I rispondenti PaRIS italiani riferiscono ricoveri superiori a EHIS di 13 punti (11 standardizzati), secondi solo alla Romania; l'OCSE raccomanda di evitare confronti diretti dei livelli assoluti e di inserire PROMs e PREMs nei cicli ordinari di valutazione della performance.

SST13 — Sanità Informazione — Sanità sempre più "patient centred". L'Ocse: la voce dei pazienti è fondamentale, ma i sondaggi internazionali non sono tutti confrontabili [Redazione Sanità Informazione]

Data: 16 luglio 2026 | *Tipo: articolo divulgativo* | *Località: OCSE* | *Lingua: IT* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: OCSE, cure primarie, malattie croniche, qualità, esiti, benchmark internazionale, PROMs, PREMs, PaRIS

https://www.sanitainformazione.it/sanita-sempre-piu-patient-centred-locse-la-voce-dei-pazienti-e-fondamentale-ma-i-sondaggi-internazionali-non-sono-tutti-confrontabili/

- L'articolo di Sanità Informazione del 16 luglio 2026 presenta il policy paper dell'OCSE "Comparing patient-reported outcome and experience measures in international health surveys", che confronta cinque indagini internazionali basate sulle valutazioni espresse direttamente dai pazienti.
- Le indagini messe a confronto sono il programma PaRIS dell'OCSE, l'European Health Interview Survey di Eurostat, l'International Health Policy Survey del Commonwealth Fund, la People's Voice Survey e lo studio europeo SHARE sull'invecchiamento, giudicate complementari e non sovrapponibili.
- PaRIS ha raccolto tra il 2023 e il 2024 i dati di oltre 107.000 utenti delle cure primarie in 19 Paesi, collegando le risposte dei pazienti con patologie croniche alle caratteristiche organizzative degli studi di medicina generale grazie a una struttura multilivello.
- Solo pochi indicatori sono realmente confrontabili: per la salute percepita gli scostamenti tra rilevazioni arrivano a 30 punti percentuali, per la qualità delle cure a circa 17 e per la fiducia nell'autogestione a 20-60 punti, per effetto della formulazione delle domande.
- L'OCSE raccomanda di scegliere lo strumento in base alla domanda: EHIS e SHARE per la salute della popolazione e le disuguaglianze, IHP e PVS per accesso e percezione del sistema, PaRIS per le cure primarie alle persone con malattie croniche.
- Il policy paper dell'OCSE presentato nell'articolo è già schedato in questa sezione come SST12, cui si rimanda per i dati di dettaglio, compresi quelli relativi all'Italia.

SST14 — Academia — The destruction of healthcare in armed conflict: policy implications and accountability [Madan]

Data: 23 giugno 2026 | Tipo: perspective (articolo scientifico) | Località: Mondo (Afghanistan, Gaza, Sudan, Siria, Ucraina) | Lingua: EN | Accesso: Open access

Parole chiave: crisi umanitaria, protezione assistenza sanitaria, Gaza, Ucraina, salute materno-infantile, salute globale, conflitto armato, Afghanistan

https://www.academia.edu/3070-3530/3/2/10.20935/AcadMedHealth8372

- La perspective di Athena Madan, pubblicata il 23 giugno 2026 su Academia Medicine and Health nel numero speciale "War and Health", sostiene che la distruzione dei sistemi sanitari nei conflitti armati produce danni duraturi alla salute pubblica e alla sicurezza umana.
- La tabella iniziale documenta la quota di strutture sanitarie non funzionanti: 60-84 per cento a Gaza nel 2024-25 con 22 ospedali su 36 fuori uso, 30-70 per cento in Sudan, 37-57 per cento in Siria, 77 per cento a Mariupol e oltre 1.000 attacchi in Ucraina.
- In Afghanistan tra il 2002 e il 2021 le strutture non funzionanti erano il 50-60 per cento, con oltre 2.000 strutture chiuse o a rischio dopo il 2021, e la malnutrizione acuta colpisce circa il 9,5 per cento dei bambini sotto i cinque anni.
- L'autrice si richiama a Paul Farmer e Johan Galtung sulla violenza strutturale, ai "mondi morali" di Arthur Kleinman, ai controppubblici subalterni di Nancy Fraser e alla Responsibility to Protect, il cui carattere non vincolante lascia gli attacchi senza conseguenze.
- Dal lavoro sul campo in Afghanistan emerge che i reparti di ostetricia erano tra i pochi spazi in cui le donne potevano riunirsi senza sorveglianza maschile, e che i bombardamenti hanno cancellato anche queste reti di apprendimento e sostegno reciproco.
- Gli effetti sono di genere e intergenerazionali: i ragazzi che perdono un arto sono ritenuti inabili al lavoro, le ragazze con lesioni visibili "non sposabili", e le bambine vengono ritirate da scuola per assumere compiti di cura, con matrimoni precoci.

SST15 — The Lancet — The UK's Tobacco and Vapes Act puts the end of smoking within reach, but the job is not done [Jackson, Cheeseman e Brown]

Data: agosto 2026 | Tipo: commento | Località: Regno Unito | Lingua: EN | Accesso: Open access

Parole chiave: prevenzione, stili di vita, disuguaglianze, NHS, tabacco, sigarette elettroniche, Regno Unito

https://www.thelancet.com/journals/lanepe/article/PIIS2666-7762(26)00193-6/fulltext

- Il commento pubblicato su The Lancet Regional Health – Europe nell'agosto 2026 da Jackson, Cheeseman e Brown valuta il Tobacco and Vapes Act britannico, che vieta la vendita di tutti i prodotti del tabacco ai nati dal 1° gennaio 2009 in poi.

- Il Regno Unito diventa il secondo Paese al mondo, dopo le Maldive nel novembre 2025, ad adottare un divieto generazionale di vendita del tabacco, e dispone di infrastrutture di sorveglianza e valutazione adatte a produrre evidenze utili per altri Paesi.
- Gli autori ricordano che il fumo uccide fino a due terzi dei consumatori abituali e che oltre 5 milioni di adulti britannici fumano ancora, con una prevalenza concentrata nei gruppi più svantaggiati che la politica generazionale non affronta direttamente.
- L'innalzamento dell'età di vendita da 16 a 18 anni in Inghilterra e a 21 negli Stati Uniti ha ridotto l'iniziazione tra i giovani, mentre gli allarmi sul mercato illecito provengono in gran parte dall'industria del tabacco; la legge prevede una possibile licenza per i rivenditori.
- Le priorità indicate sono l'applicazione delle norme, il finanziamento dei servizi per smettere di fumare, la valutazione degli effetti e un prelievo "chi inquina paga" sui produttori, sul modello della spinta a smettere osservata dopo la legge antifumo del 2007.

SST16 — Quotidiano sanità — L'interoperabilità dei dati sanitari può far risparmiare fino al 6,6% della spesa sanitaria. Ocse: "Ma i sistemi sono ancora troppo frammentati" [Redazione Quotidiano sanità]

Data: 27 luglio 2026 | Tipo: articolo di analisi | Località: OCSE | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: interoperabilità, OCSE, digitalizzazione, spesa sanitaria, big data sanitari, FSE, European Health Data Space, governance dei dati

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/l-interoperabilit-dei-dati-sanitari-pu-far-risparmiare-fino-al-6-6-della-spesa-sanitaria-ocse-ma-i-sistemi-sono-ancora-troppo-frammentati/

- Quotidiano Sanità del 27 luglio 2026 presenta il working paper OCSE "Interoperability in Healthcare: Towards an Interconnected Future", secondo cui la piena condivisione sicura dei dati clinici può generare risparmi tra il 2,7 e il 6,6 per cento della spesa sanitaria annua.
- Il rapporto quantifica i costi della mancata interoperabilità: gli errori diagnostici pesano per il 17,5 per cento dei costi sanitari, l'81,5 per cento dei medici la considera un rischio per la sicurezza e la fiducia dei cittadini cala del 15 per cento (30 nei cronici) quando ripetono informazioni.
- Le stime nazionali indicano risparmi fino al 6,64 per cento della spesa in Finlandia, pari a circa 1,95 miliardi di euro l'anno ottenibili in 3-5 anni, del 4,31 per cento nel Regno Unito e di 9,4 miliardi di dollari canadesi l'anno in Canada, pari al 2,71 per cento.
- Le barriere più segnalate non sono tecnologiche ma riguardano pratiche disomogenee di condivisione e anonimizzazione, frammentazione tra sistemi regionali, governance frammentata, scarsa uniformità degli standard e insufficiente alfabetizzazione digitale del personale.
- Solo il 23 per cento dei Paesi impone per legge lo scambio dei dati secondo standard condivisi, il 32 per cento ha una strategia nazionale, il 50 organismi dedicati e il 75 reti affidabili; l'European Health Data Space e l'International Patient Summary sono indicati come leve dello scambio transfrontaliero.
- Il working paper OCSE presentato nell'articolo è già schedato in questa sezione come SST17, cui si rimanda per i dati di dettaglio sul metodo, sugli standard e sulle raccomandazioni.

● SST17 — OECD — Interoperability in healthcare: towards an interconnected future (OECD Health Working Papers No. 197) [OECD]

Data: 2026 | Tipo: working paper | Località: OCSE | Lingua: EN | Accesso: Open access

Parole chiave: interoperabilità, HL7 FHIR, SNOMED-CT, big data sanitari, FSE, OCSE, digitalizzazione, spesa sanitaria, European Health Data Space, governance dei dati

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/07/eb71b7be-en.pdf

- Il working paper n. 197 della collana OECD Health Working Papers, firmato da Fellner e altri, si basa su 41 interviste semistrutturate, 22 risposte all'indagine OCSE su sanità digitale e interoperabilità e un workshop internazionale del settembre 2025.
- Il valore dell'interoperabilità è stimato in una forbice tra il 2,7 e il 6,6 per cento della spesa sanitaria, sulla base di studi in Canada (2,71), Finlandia (2,70 nel 2023 e 6,64 nel 2024) e Regno Unito (4,31); il 6,6 è il limite superiore riferito al caso finlandese.
- Per la Finlandia lo studio Sitra del 2024 quantifica il risparmio in 1,95 miliardi di euro l'anno, di cui 1,5 miliardi da percorsi di cura più fluidi, a fronte di costi di implementazione di openEHR e OMOP fino a 2 miliardi in 3-5 anni.

- I costi dell'inazione sono rilevanti: gli errori diagnostici assorbono il 17,5 per cento dei costi sanitari, l'81,5 per cento dei medici inglesi intervistati vede un rischio per la sicurezza dei pazienti e chi ripete informazioni già in cartella riduce del 15 per cento la fiducia nel sistema.
- Le barriere più citate non sono tecniche: pratiche incompatibili di condivisione e de-identificazione (70,59 per cento), frammentazione tecnica tra regioni (66,67 per cento) e governance frammentata (60,78 per cento); per gli autori è un problema di persone e di leadership.
- Tutti i 22 Paesi rispondenti usano standard di dati sanitari, il 41 per cento solo internazionali, tra 28 standard censiti (SNOMED CT, ICD-11, LOINC, openEHR, OMOP, HL7 FHIR, IHE, DICOM), ma nelle implementazioni FHIR il 35 per cento degli elementi richiede estensioni non condivisibili.
- Solo il 32 per cento dei Paesi ha una strategia nazionale per gli standard e il 23 per cento una legge sull'obbligo di scambio; le reti fiduciarie di dati esistono nel 75 per cento dei casi e l'European Health Data Space renderà obbligatorio lo scambio transfrontaliero dei patient summary.
- Le raccomandazioni riguardano strutture di stewardship dei dati, standard aperti come HL7 FHIR, openEHR e OMOP, requisiti di interoperabilità nelle gare pubbliche come in Danimarca, norme contro il data blocking sul modello del 21st Century Cures Act e quadri di misurazione dell'interoperabilità.

Sezione OHE — One Health e clima

Tre letture legano clima, salute e giustizia distributiva. Rossella Romano (OHE01) parte dal Falepili Union Treaty tra Australia e Tuvalu, primo accordo con un meccanismo di mobilità legato alla crisi climatica, e ricorda che la Banca Mondiale stima fino a 216 milioni di migranti interni entro il 2050, mentre nel 2020 il 76 per cento dei nuovi sfollati era dovuto a disastri naturali. Lo studio di Schrijver, Hoekstra e Behrens (OHE02) stima i danni ambientali del decile più ricco dei consumatori mondiali fra 1,7 e 5,7 mila miliardi di dollari l'anno, più dei gap di finanziamento per clima e biodiversità, e propone di tassare i consumi di lusso.

La Personal View di Pickett e colleghi (OHE03) sposta il discorso sull'economia: solo il 17 per cento dei target degli SDG è in linea per il 2030, i disturbi mentali colpiscono una persona su otto e il PIL conta come positive attività distruttive. Le tre schede convergono su una tesi: la salute planetaria richiede governance anticipatoria, fiscalità mirata e nuove metriche del benessere (si veda anche SST06 sulla ricerca di Leiden).

OHE01 — Salute Internazionale — Migrazioni e cambiamenti climatici [Romano]

Data: 1 luglio 2026 | Tipo: analisi | Località: Mondo; Tuvalu; Senegal | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: migrazioni climatiche, rifugiati climatici, cambiamento climatico, One Health, salute globale, ecosistemi, pandemic preparedness, adattamento climatico, Tuvalu

https://www.saluteinternazionale.info/2026/07/migrazioni-e-cambiamenti-climatici/

- Rossella Romano, medica in formazione specialistica in Igiene all'Università di Firenze, parte dal Falepili Union Treaty firmato nel novembre 2023 da Australia e Tuvalu, primo accordo internazionale con un meccanismo ufficiale di mobilità legato esplicitamente alla crisi climatica.
- Gli effetti del cambiamento climatico interessano circa l'80% delle aree terrestri, abitate da quasi l'85% della popolazione mondiale, e lo IOM definisce migranti climatici le persone costrette o indotte a lasciare la residenza abituale per mutamenti ambientali improvvisi o progressivi.
- In una prospettiva One Health, prima dello spostamento delle persone il clima modifica gli ecosistemi favorendo vettori di malattie come dengue e leishmaniosi, altera agricoltura, allevamento e pesca e riduce la disponibilità di acqua potabile.
- I migranti climatici sono prevalentemente interni: le proiezioni Groundswell della Banca Mondiale stimano fino a 216 milioni di migranti interni entro il 2050 e nel 2020 il 76% dei 40,5 milioni di nuovi sfollati interni (30,7 milioni) era dovuto a disastri naturali.
- L'articolo approfondisce Tuvalu, dove già nel 2008 Locke documentava erosione costiera, salinizzazione e king tides fino a sei-otto volte l'anno, e il Senegal, colpito da desertificazione, erosione costiera e riduzione degli stock ittici, con il mancato rinnovo nel novembre 2024 dell'accordo di pesca con l'UE.
- Un articolo su The Lancet Planetary Health rileva che 45 dei 53 piani nazionali di adattamento presentati all'UNFCCC menzionano la mobilità umana, ma in modo generico, e propone uno

strumento diagnostico in cinque aree; l'autrice chiede una pianificazione anticipatoria basata sui diritti e sulla preparedness.

OHE02 — Nature, Communications Sustainability — Environmental damages of the top ten percent consumers exceed global climate and biodiversity funding gaps [Schrijver, Hoekstra, Behrens]

Data: 18 giugno 2026 | Tipo: articolo scientifico | Località: Mondo; USA; Cina; India; Germania; Brasile; Egitto | Lingua: EN | Accesso: Open access

Parole chiave: cambiamento climatico, biodiversità, COP, disuguaglianze, tassazione, ecosistemi, confini planetari, tassazione ambientale

https://www.nature.com/articles/s44458-026-00079-x

- Lo studio di Schrijver, Hoekstra e Behrens, pubblicato il 18 giugno 2026 su Communications Sustainability, monetizza i danni ambientali del 10% di consumatori più ricchi del mondo per quattro confini planetari: clima, integrità della biosfera, cicli biogeochimici e uso di acqua dolce.
- Usando i prezzi dell'Environmental Prices Handbook 2024, gli autori stimano danni annui fra 1,7 e 5,7 mila miliardi di dollari 2017 per il decile globale più ricco, pari a 2,3-7,5 mila dollari a persona, un importo superiore ai gap di finanziamento internazionale per clima e biodiversità.
- Per il 10% più ricco dei consumatori statunitensi il conto sale a 19-63 mila dollari a persona, pari al 6-20% del reddito o allo 0,8-3% della ricchezza, contro 410-1.400 dollari in India, equivalenti allo 0,8-2,8% del reddito.
- La perdita di biodiversità pesa per il 47-56% del conto globale e il cambiamento climatico per il 36-45%, seguiti dall'azoto con il 6-8%, mentre acqua e fosforo restano ciascuno sotto il 2%.
- Le stime inferiori per USA e Cina coprono già il gap di 675 miliardi di dollari per la biodiversità al 2030, e la stima centrale statunitense supera i 993 miliardi annui per l'azione climatica al 2035 concordati alla COP30; oltre il 60% del decile globale vive fra USA e UE.
- Gli autori collegano i risultati ai principi "chi inquina paga" e delle responsabilità comuni ma differenziate e indicano nella tassazione ambientale mirata ai consumi di lusso del 10% più ricco una leva che riduce le emissioni, finanzia le transizioni e migliora l'equità.

OHE03 — The Lancet — Wellbeing for people and the planet: how to value everyone and everything on a thriving planet beyond 2030 [Pickett e altri]

Data: giugno 2026 | Tipo: analisi (Personal View) | Località: Mondo | Lingua: EN | Accesso: Open access

Parole chiave: salute planetaria, disuguaglianze, PIL, salute mentale, solitudine, ecosistemi, SDGs, Agenda 2030, wellbeing economy

https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(26)00048-3/fulltext

- La Personal View di Pickett, Costanza, De Vogli e altri, pubblicata su The Lancet Planetary Health nel giugno 2026, nasce da un workshop deliberativo di tre giorni tenuto nel maggio 2025 con ex membri del gruppo di esperti sul New Development Paradigm promosso da Bhutan e ONU nel 2013.
- Gli autori osservano che solo il 17% dei target degli Obiettivi di sviluppo sostenibile è in linea per il 2030 e che l'umanità ha superato i limiti sicuri per clima, acidificazione oceanica, integrità della biosfera, uso del suolo, acqua dolce, nuove entità e flussi biogeochimici.
- Nonostante una ricchezza globale senza precedenti, i disturbi mentali colpiscono una persona su otto e la solitudine ha raggiunto proporzioni epidemiche: per gli autori sono conseguenze prevedibili di sistemi che costringono esseri cooperativi a vivere in strutture basate sull'interesse individuale.
- Il PIL, contro l'avvertimento del suo ideatore Simon Kuznets, conta come positive attività distruttive per l'ambiente e omette il lavoro di cura non retribuito e i servizi ecosistemici; Bhutan, la Nuova Zelanda con il Wellbeing Budget del 2019, Scozia, Galles, Islanda e Finlandia sperimentano alternative.
- La ricerca di Gilens e Page su 1.779 questioni di policy negli Stati Uniti mostra che élite economiche e gruppi d'impresa influenzano le decisioni mentre i cittadini medi hanno un'influenza quasi nulla, un deficit democratico che alimenta sfiducia e stalli sulle sfide planetarie.
- Il documento propone tre cambiamenti sistemici che si rafforzano a vicenda: democrazia deliberativa con assemblee dei cittadini, democrazia economica che riorienta finanza, imprese e

fisco verso esiti equi e rigenerativi, e una governance di suolo e risorse che riconosce i limiti ecologici e i diritti della natura.

Sezione PAN — Pandemie in essere e in arrivo

L'epidemia da virus Bundibugyo tra Repubblica Democratica del Congo e Uganda, dichiarata emergenza internazionale il 17 maggio 2026, attraversa metà delle schede. Il bollettino di Quotidiano Sanità (PAN04) riporta al 1° luglio 1.460 casi confermati e 452 decessi nella RDC, con un caso importato in Francia; il BMJ (PAN02) raccoglie la voce di Yap Boum II di Africa CDC, per cui i casi confermati sono la punta dell'iceberg e la fiducia della comunità è la risorsa decisiva; il NEJM (PAN01) ripercorre cinquant'anni di Ebola in otto lezioni. Il commento firmato da Tedros e Jean Kaseya (PAN09, bollino rosso) ne trae la conseguenza politica: per i vaccini esiste un'architettura con CEPI e GAVI, per diagnostici e terapie no, e l'anticorpo Ebanga approvato dalla FDA non è autorizzato nei Paesi africani.

Il secondo filo riguarda le infezioni di lungo corso e la fragilità dei loro finanziamenti. L'analisi GBD 2023 (PAN05, bollino rosso) stima 9,11 milioni di casi di tubercolosi e 1,22 milioni di decessi nel 2023, con cali più lenti per le forme multiresistenti; l'editoriale di The Lancet tradotto da Salute Internazionale (PAN07) registra un calo del 38 per cento delle persone in PrEP in 62 Paesi dopo lo smantellamento di USAID. Il trial norvegese PANORAMIC (PAN08) trova un rischio di long COVID a tre mesi del 26 per cento contro il 43 del placebo, ma su 144 partecipanti invece dei 2.000 previsti, mentre la coorte REACT (PAN10) misura l'effetto del long COVID sull'occupazione. Chiudono l'allerta ECDC sulla Shigella multiresistente (PAN03) e la revisione clinica sul virus delle Ande (PAN06).

PAN01 — The NEJM — Ebola at 50 [Lessons for Outbreak Response and Preparedness — Zumla e altri]

Data: 1 luglio 2026 | Tipo: analisi (Perspective) | Località: Africa centrale (RD Congo, Uganda); salute globale | Lingua: EN | Accesso: Open access

Parole chiave: Ebola, Bundibugyo, pandemic preparedness, sorveglianza, contromisure mediche, salute globale, fiducia della comunità, equità in salute, emerging infectious diseases

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2607819

- La prospettiva pubblicata sul NEJM il 1° luglio 2026 parte dall'epidemia in corso da virus Bundibugyo nella Repubblica Democratica del Congo e in Uganda, dichiarata dall'OMS emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale il 17 maggio 2026.
- Gli autori ricostruiscono la scoperta del virus nel 1976 a Yambuku, nell'allora Zaire, e in Sudan come un processo collettivo che ha unito clinici e comunità africane, l'Istituto di Medicina Tropicale di Anversa e i CDC di Atlanta.
- Otto lezioni riassunte in un riquadro insistono sulla scoperta come continuum, sul riconoscimento dei contributi africani, sulle partnership, sulla centralità degli operatori di prima linea e sulla fiducia delle comunità come risorsa di preparedness.
- Per il virus Bundibugyo non esiste attualmente alcun vaccino o farmaco approvato, a differenza dei progressi ottenuti contro lo Zaire ebolavirus, e gli investimenti in sorveglianza e contromisure tendono ad accelerare solo dopo le grandi epidemie.
- L'equità va costruita prima delle emergenze: scienziati e istituzioni africane dovrebbero guidare o co-guidare la ricerca, con accordi trasparenti su condivisione dei dati, biobanche, trasferimento di materiali e ripartizione dei benefici.
- Il testo cita centri di eccellenza africani come l'INRB di Kinshasa, l'Uganda Virus Research Institute, il Rwanda Biomedical Center e l'Institut Pasteur di Dakar, e chiede investimenti stabili nel periodo tra un'epidemia e l'altra.

PAN02 — BMJ — Ebola: Outbreak cases are "tip of iceberg," says Africa CDC official at centre of epidemic [Baraniuk]

Data: 12 giugno 2026 | Tipo: analisi (News Analysis) | Località: RD Congo (Nord Kivu); Africa | Lingua: EN | Accesso: Abbonamento

Parole chiave: Ebola, Bundibugyo, Africa CDC, sorveglianza, pandemic preparedness, fiducia della comunità, emerging infectious diseases

https://www.bmj.com/content/393/bmj-2026-726541

- L'articolo di analisi del BMJ, pubblicato il 12 giugno 2026, raccoglie la testimonianza di Yap Boum II, responsabile della divisione preparedness e risposta alle emergenze di Africa CDC e incident manager regionale per la risposta a Ebola.
- Boum ha visitato a inizio giugno un centro di trattamento Ebola a Beni, nel Nord Kivu (Repubblica Democratica del Congo), una settimana dopo attacchi ai villaggi vicini che hanno causato oltre 30 morti, alcuni per decapitazione.
- Secondo il funzionario la fiducia della comunità è la risorsa più importante della risposta e non può essere data per scontata, in un contesto in cui la popolazione locale teme la violenza armata più del virus.
- Dall'emergere dell'epidemia a metà maggio 2026 sono stati registrati oltre 650 casi confermati, un numero che Boum considera solo la punta dell'iceberg; il resto dell'articolo è riservato agli abbonati del BMJ.

PAN03 — Toscana Medica — Shigella resistente agli antibiotici: un'allerta europea che riguarda tutti [Bartalesi e Matucci]

Data: 30 giugno 2026 | Tipo: analisi | Località: Unione europea / Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: AMR, antibiotico-resistenza, ECDC, Shigella, malattia sessualmente trasmissibile, sorveglianza, prevenzione, superbatteri

https://www.toscanamedica.org/shigella-resistente-agli-antibiotici-unallerta-europea-che-riguarda-tutti/

- Nell'aprile 2026 l'ECDC ha lanciato un'allerta europea su ceppi di Shigella, batterio intestinale responsabile della dissenteria bacillare, sempre più difficili da trattare con gli antibiotici; dal 2023 sono stati segnalati in Europa oltre 2.300 casi.
- Nei paesi ad alto reddito una quota rilevante dei casi, in alcuni studi oltre la metà, riguarda uomini adulti che hanno rapporti sessuali con altri uomini, e la trasmissione avviene anche per via sessuale oltre alla classica via oro-fecale.
- I ceppi multiresistenti possono risultare insensibili a tutte le opzioni orali disponibili (azitromicina, ciprofloxacina, trimetoprim-sulfametossazolo, ampicillina e cefalosporine di terza generazione) e una carica batterica molto bassa basta a causare l'infezione.
- Gli autori, infettivologi dell'Ospedale Santa Maria Annunziata di Bagno a Ripoli, raccomandano coprocoltura o tampone rettale e, in caso di esito negativo con sospetto clinico alto, un test molecolare su materiale fecale a maggiore sensibilità.
- Nella maggior parte dei casi l'infezione guarisce con riposo e idratazione; la terapia antibiotica, guidata dall'antibiogramma, è riservata a febbre alta persistente, diarrea con sangue, disidratazione, ricovero o immunodepressione.
- Dopo la diagnosi si consigliano astensione dai rapporti sessuali per almeno 7 giorni dalla scomparsa dei sintomi, nessun contatto oro-anale per 6 settimane e lo screening per HIV, sifilide, epatiti, clamidia e gonorrea; la Shigella è a notifica obbligatoria.

PAN04 — Quotidiano sanità — Ebola. Continua l'epidemia da virus Bundibugyo tra Rd Congo e Uganda: oltre 1.480 casi confermati e 454 decessi [Redazione Quotidiano Sanità]

Data: 6 luglio 2026 | Tipo: bollettino | Località: RD Congo; Uganda; Francia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: Ebola, Bundibugyo, OMS, sorveglianza, pandemic preparedness, emerging infectious diseases

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/ebola-continua-lepidemia-da-virus-bundibugyo-tra-rd-congo-e-uganda-oltre-1-480-casi-confermati-e-454-decessi/

- Secondo l'aggiornamento dell'OMS riportato da Quotidiano Sanità il 6 luglio 2026, al 1° luglio la Repubblica Democratica del Congo contava 1.460 casi confermati di malattia da virus Bundibugyo, con 452 decessi.
- In Uganda al 2 luglio risultavano 20 casi confermati con due decessi, oltre a un caso probabile deceduto; il focolaio ugandese è collegato epidemiologicamente alla trasmissione congolese e non registra nuovi casi dal 21 giugno 2026.
- Il 24 giugno 2026 le autorità francesi hanno notificato un caso confermato in laboratorio di malattia da virus Bundibugyo in un medico rientrato dalla Repubblica Democratica del Congo, segnalato dall'OMS come caso importato.
- Le autorità sanitarie dei due paesi, con il supporto dell'OMS e dei partner internazionali, proseguono le misure di risposta, mentre nella Regione africana resta applicato il quadro regionale di preparazione e definizione delle priorità.

⚫ PAN05 — The Lancet — Global, regional, and national burden of tuberculosis and multidrug-resistant tuberculosis by HIV status, 1990–2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023 [GBD 2023 TB HIV Collaborators]

Data: 1 luglio 2026 | Tipo: analisi (studio Global Burden of Disease) | Località: Mondo (204 paesi e territori) | Lingua: EN | Accesso: Abbonamento

Parole chiave: tubercolosi, HIV, AMR, salute globale, OMS, Global Burden of Disease, indicatori, finanziamento salute globale

https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(26)00295-1/abstract

- L'analisi dei GBD 2023 TB HIV Collaborators, pubblicata online su Lancet Infectious Diseases il 1° luglio 2026 e finanziata dalla Gates Foundation, stima il carico di tubercolosi e di tubercolosi multiresistente in 204 paesi e territori dal 1990 al 2023.
- Nel 2023 si stimano 9,11 milioni di casi incidenti di tubercolosi in tutte le forme, 1,22 milioni di decessi e 54,6 milioni di DALY a livello globale; la tubercolosi resta la prima causa di morte da singolo agente infettivo.
- La tubercolosi associata all'HIV ha prodotto 781.000 casi incidenti e 210.000 decessi, con 11,0 milioni di DALY, mentre la forma multiresistente ha causato 466.000 casi, 102.000 decessi e 3,96 milioni di DALY.
- Tra il 2015 e il 2023 i tassi di incidenza globali sono diminuiti del 19,2% e i decessi del 22,6%, ma i cali sono stati maggiori per la tubercolosi sensibile ai farmaci rispetto a quella multiresistente.
- L'Africa subsahariana e l'Asia meridionale registrano la mortalità più alta nel 2023, mentre America Latina e Caraibi mostrano progressi limitati sia nell'incidenza sia nella mortalità nel periodo 2000-2023.
- Eliminando fumo, consumo di alcol e glicemia a digiuno elevata i decessi globali per tubercolosi scenderebbero a 768.000 e i DALY a 34,9 milioni; i decessi per forme multiresistenti calerebbero a 77.200.
- La strategia End TB dell'OMS punta a ridurre i decessi del 95% e l'incidenza del 90% tra il 2015 e il 2035; gli autori giudicano i progressi disomogenei e fragili, minacciati dalla volatilità dei finanziamenti sanitari globali.

PAN06 — The NEJM — Andes Virus [A Clinical Review — Harris e altri]

Data: 15 luglio 2026 | Tipo: analisi (revisione clinica) | Località: Americhe; salute globale | Lingua: EN | Accesso: Abbonamento

Parole chiave: Hantavirus, virus Andes, zoonosi, emerging infectious diseases, contromisure mediche, anticorpi monoclonali, prevenzione

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra2606651

- La revisione clinica pubblicata sul NEJM il 15 luglio 2026 da Harris, Sinchi, Lawler e Frank riguarda il virus delle Ande (ANDV), l'unico orthohantavirus per il quale è documentata la trasmissione da persona a persona.
- Gli autori riassumono l'epidemiologia e le caratteristiche cliniche dell'infezione da ANDV e le migliori pratiche di gestione clinica, basate su linee guida di consenso di esperti, esperienza sul campo e studi clinici.
- La revisione valuta i trattamenti disponibili e sperimentali, compreso l'uso di agenti antivirali, esamina le terapie emergenti con anticorpi monoclonali e delinea le prospettive per lo sviluppo di un vaccino.
- Il testo discute infine le misure di prevenzione e controllo delle infezioni; nella pagina è visibile solo il riassunto, mentre il testo completo richiede registrazione o abbonamento al NEJM (acquisto singolo 55 dollari).

PAN07 — Salute Internazionale — Se l'HIV rialza la testa [The Lancet]

Data: 11 luglio 2026 | Tipo: analisi (editoriale tradotto) | Località: Mondo; USA; Africa | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: HIV, salute globale, UNAIDS, PEPFAR, USAID, finanziamento salute globale, prevenzione, governance globale

https://www.saluteinternazionale.info/2026/07/se-lhiv-rialza-la-testa/

- Salute Internazionale traduce l'11 luglio 2026 l'editoriale di The Lancet "Ending HIV: a reality check": si stimano 40,9 milioni di persone con HIV, 1,2 milioni di nuove infezioni previste nel 2025 e 570.000 morti per AIDS nell'ultimo anno.
- La quinta riunione di alto livello delle Nazioni Unite (22-23 giugno 2026) ha approvato una nuova Dichiarazione politica che conferma l'obiettivo di porre fine all'AIDS come minaccia di sanità pubblica entro il 2030 e i target 95-95-95.
- I quattro pilastri indicati da Winnie Byanyima, direttrice di UNAIDS (multilateralismo, finanziamenti sostenibili, diritti, accesso alle innovazioni) incontrano forte opposizione; la stessa UNAIDS dovrebbe essere trasferita ad altri organismi ONU nel 2027.
- Lo smantellamento di USAID e i tagli ai CDC hanno colpito prevenzione, test e servizi comunitari: in 62 paesi le persone che hanno ricevuto la PrEP almeno una volta sono diminuite del 38% tra il 2024 e il 2025.
- Gli Stati Uniti ritirano il sostegno PEPFAR al Sudafrica, paese con la più grande epidemia di HIV; l'assistenza allo sviluppo è calata del 6,1% nel 2024 e del 23,1% nel 2025, scendendo sotto i livelli del 2019.
- Il lenacapavir, iniezione semestrale altamente protettiva, è oggetto di un accordo Gilead per versioni generiche in 120 paesi, ma molti paesi a reddito medio restano esclusi; UNAIDS stima 6,6 milioni di nuove infezioni entro il 2029 per i soli tagli a PEPFAR.

PAN08 — The Lancet — Nirmatrelvir for acute COVID-19 to prevent long COVID (PANORAMIC Norway): a double-blind, randomised, placebo-controlled trial [Oppegaard e altri]

Data: 16 luglio 2026 | Tipo: analisi (studio clinico randomizzato) | Località: Norvegia | Lingua: EN | Accesso: Open access

Parole chiave: long COVID, COVID-19, SARS-CoV-2, antivirale, prevenzione, contromisure mediche, varianti

https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(26)00244-6/fulltext

- PANORAMIC Norway è uno studio randomizzato in doppio cieco contro placebo condotto a Bergen, Oslo e Ålesund su adulti non ospedalizzati di 18-65 anni con COVID-19 confermata e sintomi da non più di 5 giorni.
- I partecipanti hanno ricevuto nirmatrelvir 300 mg e ritonavir 100 mg oppure placebo due volte al giorno per 5 giorni; l'esito primario era il long COVID a 3 mesi, definito da affaticamento, dispnea o sintomi cognitivi riferiti dal paziente.
- Tra il 12 maggio 2023 e l'11 giugno 2025 sono stati arruolati 144 partecipanti (66 al farmaco, 78 al placebo) contro i 2.000 previsti dal protocollo; il comitato direttivo ha interrotto lo studio per reclutamento insufficiente.
- Il rischio di long COVID a 3 mesi è risultato del 26% nel gruppo nirmatrelvir-ritonavir contro il 43% nel gruppo placebo, con un rischio relativo di 0,60 (intervallo di confidenza 95% 0,37-0,98; p=0,039).
- Gli eventi avversi più frequenti con il farmaco sono stati alterazione del gusto o dell'olfatto (86% contro 18%) e nausea o vomito (29% contro 10%); cinque pazienti hanno sospeso il trattamento, senza eventi avversi gravi.
- Gli autori ricordano che due studi precedenti (STOP-PASC e PAX LC) non avevano mostrato efficacia del farmaco sul long COVID già instaurato e che la dimensione limitata del campione impone ulteriori studi clinici.

PAN09 — The Lancet — Beyond vaccines: closing the critical gap in diagnostics and therapeutics for outbreak response [Tedros Adhanom Ghebreyesus e altri]

Data: settembre 2026 (vol. 26, n. 9) | Tipo: analisi (Comment) | Località: Mondo; Africa | Lingua: EN | Accesso: Open access

Parole chiave: Ebola, Bundibugyo, contromisure mediche, pandemic preparedness, OMS, Africa CDC, anticorpi monoclonali, vaccinazioni, salute globale

https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(26)00378-6/fulltext

- Il commento firmato dal direttore generale dell'OMS Tedros Adhanom Ghebreyesus, dal direttore di Africa CDC Jean Kaseya e da altri dirigenti delle due istituzioni parte dall'epidemia da virus Bundibugyo per denunciare la carenza di diagnostici e terapie.

- Nonostante i progressi dopo l'epidemia di Ebola in Africa occidentale del 2014-16, nelle prime settimane o mesi di un'epidemia i vaccini possono non esistere, non essere disponibili in quantità sufficienti o non essere dispiegabili in tempo.
- Terapie efficaci possono ridurre mortalità e morbosità proteggendo sistemi e operatori sanitari, mentre la profilassi post-esposizione può proteggere i contatti ad alto rischio, interrompere le catene di trasmissione e aumentare l'adesione al tracciamento.
- Per i vaccini esiste un'architettura consolidata con CEPI, il WHO R&D Blueprint for Epidemics e GAVI, che riduce l'incertezza commerciale dei produttori; nessun ecosistema equivalente esiste per terapie e diagnostici.
- L'anticorpo monoclonale Ebanga, dimostrato sicuro ed efficace in uno studio clinico nella Repubblica Democratica del Congo e approvato dalla FDA statunitense, non è autorizzato dalle autorità regolatorie dei paesi africani.
- Africa CDC ha istituito il Diagnostic Advisory Committee (DAC), meccanismi di coordinamento della ricerca clinica continentale, il sostegno alla produzione africana e l'African Pooled Procurement Mechanism per gli acquisti aggregati.
- Gli autori propongono un ecosistema dedicato che copra valutazione clinica, produzione a rischio, scorte, impegni di acquisto anticipato e dispiegamento rapido, con investimenti definiti modesti rispetto ai costi delle epidemie non controllate.

PAN10 — The Lancet — Long COVID symptom profiles, workforce participation, and working hours among adults in England: a population-based cohort study [Di Gravio e altri]

Data: settembre 2026 (vol. 68) | Tipo: analisi (studio di coorte) | Località: Inghilterra | Lingua: EN | Accesso: Open access

Parole chiave: long COVID, COVID-19, costi long COVID, salute e lavoro, NHS, disuguaglianze, indicatori

https://www.thelancet.com/journals/lanepe/article/PIIS2666-7762(26)00182-1/fulltext

- Lo studio, pubblicato in open access su Lancet Regional Health Europe, analizza 45.864 partecipanti dello studio REACT in Inghilterra occupati all'arruolamento e seguiti con un'indagine tra ottobre e dicembre 2022 (follow-up mediano 23 mesi).
- Il long COVID è definito da sintomi persistenti per almeno 12 settimane; circa il 4% dei partecipanti (1.967) presentava long COVID non risolto, mentre l'86% era ancora in lavoro retribuito e l'11% aveva modificato l'orario.
- Rispetto a chi non aveva avuto sintomi o li aveva risolti entro 4 settimane, le persone con long COVID non risolto avevano probabilità inferiori di essere occupate (odds ratio aggiustato 0,62) e più che quadruple di cambiare orario (aOR 4,34).
- Il clustering gerarchico su 29 sintomi ha identificato tre profili (multisistemico grave, a prevalenza di affaticamento, a prevalenza di anosmia); il profilo multisistemico grave aveva aOR 0,63 per l'occupazione e 2,76 per il cambio di orario.
- Il lavoro cita la stima OMS secondo cui il 10-20% delle persone con COVID-19 ha sintomi oltre la fase acuta e il dato del 3,3% della popolazione di Inghilterra e Scozia con sintomi oltre quattro settimane a marzo 2024.
- Gli autori collegano i risultati all'aumento dell'inattività economica per malattia di lunga durata dal 2020 e sottolineano l'eterogeneità del long COVID nel disegno delle risposte di sanità pubblica; lo studio è finanziato da NIHR e UKRI.

Sezione OSP — L'ospedale che cambia

Il Rapporto SDO 2024 del Ministero della Salute (OSP02, bollino rosso) è il baricentro della sezione: 8.045.050 schede di dimissione, un tasso di ospedalizzazione risalito a 118,3 per mille abitanti ma ancora sotto i livelli del 2019, e 691 mila ricoveri ordinari ad alto rischio di inappropriatezza, in calo del 39 per cento dal 2014. Fassari ne dà lettura (OSP01), sottolineando che il taglio cesareo resta al 31,5 per cento dei parti e che l'ospedalizzazione per influenza nell'anziano è raddoppiata in un anno.

La dotazione di posti letto è il secondo tema, con l'altra scheda a bollino rosso (OSP04): secondo Eurostat l'Italia ha 311,73 posti letto per 100 mila abitanti contro una media UE di 507,35, circa il 40 per cento in meno, mentre i posti in RSA sono cresciuti del 34 per cento dal 2013. Lo studio SISIFO di FADOI (OSP05) mostra il costo umano della scarsità: mortalità del 9,5 per cento nei ricoverati fuori reparto contro il 4,4 in Medicina Interna. Chiudono i mercati contadini arrivati in 71 ospedali (OSP03), la prevenzione portata dentro le mura ospedaliere.

OSP01 — Quotidiano sanità — Un ricovero su 5 in ospedale a rischio inappropriatezza. Al Sud i dati peggiori. Ma rispetto al passato il trend è in miglioramento [Fassari]

Data: 1 luglio 2026 | Tipo: analisi | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: ospedale, appropriatezza, Ministero della Salute, indicatori, divario Nord-Sud, integrazione ospedale-territorio, SDO, DRG, parto cesareo

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/un-ricovero-su-5-in-ospedale-a-rischio-inappropriatezza-al-sud-i-dati-peggiori-ma-rispetto-al-passato-il-trend-e-in-miglioramento/

- Secondo il Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero del Ministero della Salute, nel 2024 i ricoveri per acuti ad alto rischio di inappropriatezza sono stati circa 1,7 milioni, uno su cinque: 691 mila in regime ordinario e poco più di 1 milione in regime diurno.
- L'articolo precisa che l'indicatore non misura ricoveri certamente inappropriati ma ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza, e che nel medio periodo i ricoveri ordinari di questo tipo sono scesi da 1,13 milioni nel 2014 a 691 mila (-39%), mentre quelli diurni sono calati del 32,6%.
- In quasi tutte le Regioni del Centro-Sud e delle isole, con l'eccezione della Puglia, la quota di ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza erogati in regime ordinario resta inferiore al 40%, e la percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico va dal 18,9% delle Marche al 32,3% di Bolzano.
- Rispetto al 2023 il Ministero rileva una riduzione del 6% dei ricoveri con degenza oltre soglia con DRG medico nei pazienti con 65 anni e oltre, mentre nel decennio la quota di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico è passata dal 29,8% al 22,6%.
- Sul versante clinico il taglio cesareo si attesta al 31,5% dei parti del 2024, in riduzione dal 2018, la laparoscopia supera il 95% delle colecistectomie e il tasso di ospedalizzazione per influenza nell'anziano è raddoppiato da 5,91 a 11,7 per 100 mila abitanti.
- L'articolo presenta i dati del Rapporto SDO 2024 del Ministero della Salute, schedato in questa sezione come OSP02, alla cui scheda si rimanda per il quadro completo su volumi, appropriatezza, mobilità e offerta pubblica e privata.

● OSP02 — Ministero della Salute — Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2024 [Ministero della Salute]

Data: giugno 2026 | Tipo: rapporto istituzionale | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: ospedale, Ministero della Salute, appropriatezza, indicatori, mobilità sanitaria, divario Nord-Sud, pubblico-privato, SDO, tasso di ospedalizzazione, DRG, parto cesareo

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/06/rapporto-sdo-2024-web-ok.pdf

Volumi e ripresa dopo la pandemia

- Nel 2024 sono state trasmesse 8.045.050 schede di dimissione ospedaliera (+1,1% sul 2023), per 54,0 milioni di giornate di degenza, con volumi ancora inferiori a quelli del 2019 del 5,6% per le dimissioni e del 6,4% per le giornate.
- Il tasso di ospedalizzazione standardizzato è risalito dal minimo storico di 99,0 per 1.000 abitanti del 2020 a 118,3 nel 2024 (117,5 nel 2023), un incremento di 19,3 punti in quattro anni che non riporta il sistema ai livelli precedenti alla pandemia.
- Nel lungo periodo le dimissioni sono scese da 11.707.101 nel 1997 a 7.771.563 nel 2024 (-34%), un andamento che il rapporto attribuisce anche alle scelte di programmazione volte a potenziare l'assistenza territoriale e a disincentivare i ricoveri a rischio di inappropriatezza.
- La degenza media per acuti in regime ordinario è di 7,03 giorni e quella pre-operatoria di 1,52 giorni, con valori standardizzati per case-mix che vanno dai 6,3 giorni della Toscana ai 9,4 della Valle d'Aosta; il peso medio DRG è salito a 1,32 dall'1,16 del 2014.

Appropriatezza organizzativa e clinica

- I ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza erogati in regime ordinario sono scesi da 1,13 milioni nel 2014 a 691 mila nel 2024 (-39,0%) e quelli in regime diurno da oltre 1,5 milioni a poco più di 1 milione (-32,6%), con differenze significative fra le regioni.
- La quota di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico è passata dal 29,8% del 2014 al 22,6% del 2024, con valori regionali compresi fra il 18,9% delle Marche, il 32,3% della Provincia autonoma di Bolzano e il 31,5% della Basilicata.

- Il taglio cesareo riguarda il 31,5% dei parti del 2024, in lenta riduzione dal 2018 ma lontano dagli standard internazionali, mentre i ricoveri della MDC 14 (gravidanza, parto e puerperio) sono diminuiti del 21% nello stesso periodo, da 545.223 a 429.052.
- Sul piano dell'appropriatezza clinica il rapporto segnala l'aumento delle tonsillectomie, che hanno superato i valori del 2019 con ampia variabilità regionale, e la disomogeneità fra regioni per appendicectomia e isterectomia, nonostante indicazioni cliniche univoche.

Mobilità, offerta pubblica e privata, segnali dal territorio

- La mobilità interregionale per acuti in regime ordinario si attesta all'8,6% dei ricoveri erogati (8,3% nel 2022 e 8,5% nel 2023) e sale al 15,7% per la riabilitazione in regime ordinario; il Nord assorbe il 62,2% dei ricoveri di cittadini stranieri contro il 13,2% del Sud.
- La quota di ricoveri erogati nel settore pubblico è scesa dall'88% del 1998 al 71,6% del 2024, il 79% dei ricoveri di riabilitazione è erogato da strutture private e le quote più alte di privato accreditato si osservano in Lazio, Molise, Lombardia, Puglia e Campania.
- I tassi grezzi di ospedalizzazione per acuti vanno dai 109,74 per 1.000 abitanti della Puglia e dai 110,93 della Calabria ai 154,07 della Valle d'Aosta e ai 150,75 della Liguria, un divario che non segue un semplice asse Nord-Sud e va letto insieme alla mobilità.
- Fra i segnali di debolezza dei servizi territoriali il tasso di ospedalizzazione per influenza nell'anziano è raddoppiato da 5,91 a 11,7 per 100.000 abitanti fra 2023 e 2024, mentre la remunerazione teorica complessiva dei ricoveri è di circa 28,6 miliardi di euro (+1,72% sul 2023).

OSP03 — Il Sole 24 Ore — I mercati contadini arrivano in 71 ospedali: la prevenzione parte dalla tavola [Diffidenti]

Data: 10 luglio 2026 | *Tipo: analisi* | *Località: Italia* | *Lingua: IT* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: ospedale, prevenzione, promozione della salute, stili di vita, malattie croniche, ISS, alimentazione, alimento ultra-processato

https://www.ilsole24ore.com/art/i-mercati-contadini-arrivano-71-ospedali-prevenzione-parte-tavola-AJFrWIF

- L'iniziativa "Campagna Amica per la Salute", promossa da Coldiretti, Fondazione Campagna Amica e Fondazione Aletheia, ha portato mercati agricoli in 71 ospedali di tutte le regioni, coinvolgendo quasi 100 mila persone e oltre mille aziende agricole insieme a medici, nutrizionisti e volontari.
- Fra le strutture aderenti figurano il Policlinico Gemelli di Roma, primo ospedale ad avviare il progetto, il Niguarda e l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, il Gaslini di Genova, il Sant'Orsola Malpighi di Bologna, il Policlinico di Bari e il Santobono Pausilipon di Napoli.
- L'Instant report Coldiretti/Censis "Mangiare bene per vivere meglio" indica che il 97% degli italiani ritiene essenziale mangiare in modo sano per prevenire diabete, patologie cardiache e obesità, l'88% vuole conoscere la provenienza degli alimenti e il 58% dei genitori è favorevole a limitare gli alimenti ultraformulati.
- Il presidente dell'ISS Rocco Bellantone ha collegato l'alimentazione alle malattie croniche non trasmissibili e alla sostenibilità del SSN, mentre la giornata si è chiusa con protocolli d'intesa fra federazioni regionali Coldiretti, Regioni e aziende sanitarie, fra cui Regione Veneto e Ospedale Niguarda.

⚫ OSP04 — Quotidiano sanità — Ospedali. L'Italia resta tra gli ultimi in Europa per posti letto, il divario con la media Ue sfiora il 40% [Fassari]

Data: 13 luglio 2026 | *Tipo: analisi* | *Località: Unione europea / Italia* | *Lingua: IT* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: posti letto, ospedale, benchmark internazionale, UE, standard ospedalieri, RSA, LTC, non autosufficienza, Eurostat

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/ospedali-l-italia-resta-tra-gli-ultimi-in-europa-per-posti-letto-il-divario-con-la-media-ue-sfiora-il-40/

- Secondo i dati Eurostat riferiti al 2024 l'Italia dispone di 311,73 posti letto ospedalieri ogni 100 mila abitanti, a fronte di una media dell'Unione europea di 507,35, circa il 40% in meno e quasi 195 posti letto in meno per 100 mila abitanti.
- Nel decennio i posti letto italiani sono scesi da 322,21 per 100 mila abitanti nel 2015 a 311,73 (-3,3%), mentre la media europea è passata da 550,44 a 507,35, con una flessione di circa l'8%.

- La Germania conta 758,59 posti letto per 100 mila abitanti, oltre il doppio dell'Italia, e valori elevati si registrano in Bulgaria (870,32), Romania (730,74), Austria (655,11), Repubblica Ceca (639,48) e Polonia (627,10), mentre Francia e Belgio si attestano intorno a 534.
- Solo pochi Stati membri hanno meno posti letto dell'Italia: la Spagna con 283,48, i Paesi Bassi con 221,19 e la Danimarca con 207,13, Paesi che hanno sviluppato modelli orientati alla presa in carico territoriale e alla riduzione dei ricoveri ospedalieri.
- L'andamento italiano mostra un lieve recupero nel 2024 dopo il minimo del 2023, pari a 304,10 posti letto per 100 mila abitanti, senza che questa inversione di tendenza riduca in modo apprezzabile il divario con la media dell'Unione.
- Nell'assistenza residenziale a lungo termine i posti letto in RSA e altre strutture sociosanitarie sono passati da 234.008 nel 2013 a 313.121 nel 2024 (+34%), cioè da 388 a 531,1 per 100 mila abitanti, con l'espansione maggiore dopo la pandemia.
- Nonostante questa crescita Belgio, Germania, Danimarca, Francia e Spagna mantengono una dotazione residenziale superiore, e l'articolo collega la bassa dotazione ospedaliera italiana al dibattito sulla capacità del SSN di rispondere a invecchiamento, cronicità e situazioni di emergenza.

OSP05 — Il Sole 24 Ore — Se in ospedale si sbaglia il reparto la mortalità cresce più del doppio [Bartoloni]

Data: 14 luglio 2026 | *Tipo: analisi* | *Località: Italia* | *Lingua: IT* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: ospedale, posti letto, sovraffollamento, pronto soccorso, esiti, appropriatezza, fragilità, integrazione ospedale-territorio, ricovero fuori reparto, sicurezza delle cure

https://www.ilsole24ore.com/art/se-ospedale-si-sbaglia-reparto-mortalita-cresce-piu-doppio-AJAjnbH

- Lo studio SISIFO, promosso da FADOI e pubblicato sul Journal of Patient Safety, è il primo studio prospettico italiano dedicato ai ricoveri "fuori reparto" e ha coinvolto 37 Unità operative di Medicina Interna di tutto il Paese, con 2.056 pazienti arruolati.
- La mortalità intraospedaliera dei pazienti ricoverati almeno una notte in un reparto non appropriato è risultata del 9,5%, contro il 4,4% dei pazienti ricoverati direttamente in Medicina Interna, cioè più che doppia.
- I pazienti collocati fuori reparto presentano una maggiore frequenza di eventi avversi multipli durante la degenza, fra cui cadute, delirium, incidenti terapeutici e altre complicanze assistenziali, e sono in prevalenza anziani, fragili e affetti da più patologie contemporaneamente.
- Il presidente FADOI Andrea Montagnani sostiene che "un letto non vale l'altro" e che per un paziente complesso contano il reparto, l'équipe, la continuità assistenziale e le competenze, mentre Francesco Dentali, presidente della Fondazione FADOI, definisce il paziente fuori reparto il segnale di un sistema sotto stress.
- L'articolo collega il fenomeno al sovraffollamento dei Pronto soccorso, soprattutto in estate, alla riduzione dei posti letto e all'insufficiente sviluppo dell'assistenza territoriale, che si ripercuotono sull'organizzazione ospedaliera e sui reparti di Medicina Interna.
- Fra le proposte FADOI figurano l'incremento dei posti letto di Medicina Interna, il rafforzamento degli organici medici e infermieristici, percorsi dedicati ai pazienti fuori reparto, la formazione del personale dei reparti ospitanti e la gestione dei flussi dal Pronto soccorso con integrazione territoriale.

Sezione TER — Medicina territoriale

La medicina generale è il baricentro della sezione, osservata nel momento in cui il PNRR impone di rendere concreta la presenza dei medici di famiglia nelle Case della Comunità. La scheda più rilevante, segnalata con il bollino rosso (TER02), ricostruisce l'accordo integrativo firmato il 23 giugno 2026 presso la SISAC, che porta fino a 6 ore settimanali non più volontarie nelle Case della Comunità e alza il compenso orario da 13,62 a 38,72 euro, ma resta chiuso a maggioranza e con nodi irrisolti sul parere del MEF e sulla libera scelta del medico. Attorno a questo perno si dispongono il punto di vista dei medici toscani dell'AFT Valdisieve sul modello hub e spoke (TER03) e il nuovo Accordo Integrativo del Lazio, che rende operative le AFT con copertura diurna dalle 8 alle 20 e riconosce gli studi come presìdi di prossimità (TER10), mentre il TAR Lazio ribadisce che la prescrizione è un atto medico e non una convalida automatica delle indicazioni degli specialisti (TER01).

Il secondo filo riguarda l'attrattività della professione: alla lettera che documenta la crisi e propone tredici misure, dal titolo di specialista ai percorsi di carriera multipli (TER08), rispondono i dati del concorso 2026-2029, con 5.965 domande per 2.651 borse (TER09), e la scelta del Veneto di raddoppiare l'integrazione delle borse di studio (TER05). Completano la sezione lo sguardo sul mercato privato, dove i gestori di RSA crescono del 7,9% (TER06), l'ingresso dei grandi capitali nelle farmacie (TER07) e un commento del Lancet sull'auto-stigmatizzazione nella malattia mentale (TER04).

TER01 — Quotidiano sanità — Atto medico, il Tar Lazio ribadisce l'autonomia del medico di medicina generale. Bocciata la delibera sulla mera esecuzione delle indicazioni degli specialisti [Redazione Quotidiano sanità]

Data: 1 luglio 2026 | Tipo: analisi (cronaca giudiziaria) | Località: Lazio | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: medicina generale, MMG, cure primarie, liste di attesa, appropriatezza, pubblico-privato, atto medico, autonomia professionale, TAR, Lazio

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/atto-medico-il-tar-lazio-ribadisce-lautonomia-del-medico-di-medicina-generale-bocciata-la-delibera-sulla-mera-esecuzione-delle-indicazioni-degli-specialisti/

- Con la sentenza 11984/2026, pubblicata il 1° luglio 2026, il TAR del Lazio ha accolto il ricorso degli Ordini dei medici del Lazio e ha annullato la parte della Delibera regionale n. 1344 del 30 dicembre 2025 che imponeva ai medici di famiglia la formalizzazione delle cosiddette "prescrizioni suggerite".
- La delibera, dedicata alle modalità di prescrizione e agli ambiti di garanzia per il governo delle liste d'attesa, prevedeva che il medico di una struttura privata accreditata non abilitato al sistema DEMA prenotasse la prestazione demandando al MMG o al PLS la formalizzazione della ricetta.
- Il medico della struttura accreditata avrebbe dovuto indicare sulla ricetta bianca il Codice Unico Regionale della prestazione, il quesito diagnostico e la tempistica di esecuzione, mentre il MMG era tenuto a compilare la prescrizione apponendo il flag di "prescrizione suggerita".
- Per i giudici la Regione ha introdotto "un automatismo prescrittivo che svuota completamente la funzione del MMG" e la norma deontologica di riferimento, perché la prescrizione è un atto medico che spetta al medico decidere in scienza e coscienza, assumendone la responsabilità.
- Il TAR riconosce come legittima la finalità di migliorare la gestione delle liste d'attesa e la tracciabilità delle prescrizioni, ma osserva che la convalida automatica produrrebbe una duplicazione inutile e che l'eventuale dissenso del MMG bloccherebbe prenotazioni già effettuate, rallentando il percorso.
- Il presidente dell'OMCeO di Roma Magi ha commentato che le liste d'attesa non si riducono scaricando responsabilità sui MMG, e la FIMMG Roma ha sottolineato che il medico di famiglia è un professionista e non un esecutore, come indicano il Codice deontologico e la Costituzione.

⚫ TER02 — Il Sole 24 Ore — Case di comunità: cosa prevede l'accordo per i medici di famiglia e i nodi irrisolti [Simonetti]

Data: 2 luglio 2026 | Tipo: analisi | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: case della comunità, medicina generale, MMG, cure primarie, PNRR, Missione 6 Salute, Conferenza Stato-Regioni, Corte dei Conti, ACN, SISAC

https://www.ilsole24ore.com/art/case-comunita-cosa-prevede-l-accordo-i-medici-famiglia-e-nodi-irrisolti-AIQ7zhyD

- L'Accordo siglato il 23 giugno 2026 presso la SISAC integra l'ACN della medicina generale firmato il 15 gennaio 2026 e definisce la presenza dei medici di famiglia nelle Case della Comunità, in vista della scadenza perentoria del 30 giugno legata al PNRR.
- L'autore ricostruisce il percorso: l'iniziale volontà delle Regioni e del Ministro della Salute di introdurre il passaggio alla dipendenza, la proposta di un decreto legge, il ritiro del provvedimento d'urgenza su pressione del Governo e la stipula dell'accordo nel giro di pochi giorni.
- Il 16 giugno il Comitato di settore Regioni-Sanità ha approvato l'Atto di indirizzo, il 22 giugno è stato convocato il tavolo, il 23 è arrivata la firma dell'Ipotesi di ACN per l'investimento PNRR sulle Case della Comunità nella Missione 6 e il 26 giugno la Conferenza Stato-Regioni ha espresso parere favorevole.

- L'articolo osserva che la deliberazione n. 18/SSRRCO/CCN/2026 della Corte dei conti, depositata il 23 giugno, riguarda l'Ipotesi di ACN del 5 novembre 2025 e non certifica i costi dell'accordo integrativo, e che non si hanno notizie del parere del MEF e dell'assenso del Governo.
- La Preintesa è sostenuta dall'accordo politico con il Ministro della Salute Schillaci e con il presidente della Conferenza delle Regioni Fedriga, che prevede entro il 30 settembre 2026 l'Atto di indirizzo per il rinnovo dell'ACN del triennio 2025-2027.
- Il testo è stato firmato da SISAC, FIMMG e FMT, che pesano rispettivamente il 64,91% e il 5,57% del tavolo negoziale, mentre SMI (18,34%) e SNAMI (9,05%) non hanno firmato; l'accordo, di soli quattro articoli, è quindi chiuso a maggioranza.
- Per i medici a ciclo di scelta che non abbiano accettato il completamento dell'impegno settimanale sono previste fino a 6 ore a settimana nelle Case della Comunità, dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 20, non più su base volontaria; sono state tolte le definizioni hub e spoke.
- Il compenso omnicomprensivo sale da 13,62 a 38,72 euro l'ora, fissato a livello nazionale e non negoziabile territorialmente, contro i 50 euro di un'ora aggiuntiva di infermieri e tecnici dipendenti; l'autore solleva dubbi sulla coerenza con la libera scelta del medico prevista dall'articolo 25, comma 4, della legge 833/1978.

TER03 — Toscana Medica — Il ruolo della medicina generale nella Casa di Comunità: il nostro punto di vista [Tripoli e altri]

Data: 2 ottobre 2024 | *Tipo: analisi (contributo professionale)* | *Località: Toscana* | *Lingua: IT* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: case della comunità, CdC, AFT, medicina generale, MMG, DM 77, hub e spoke, ruolo unico assistenza primaria, cronicità, Piano Nazionale Cronicità, telemedicina

https://www.toscanamedica.org/il-ruolo-della-medicina-generale-nella-casa-di-comunita-il-nostro-punto-di-vista/

- Sei medici dell'AFT 26 Valdisieve presentano su Toscana Medica un progetto sul ruolo della medicina generale nella Casa della Comunità, partendo dal Piano Nazionale della Cronicità 2024 e dal dato che le patologie croniche rappresentano circa l'80% dei costi sanitari.
- Il modello richiama il DM 77 e distingue le Case della Comunità hub, con copertura medica h24 sette giorni su sette e assistenza infermieristica per 12 ore al giorno, dalle spoke, con presenza medica e infermieristica per almeno 12 ore al giorno per sei giorni, collocate in aree rurali.
- Gli spoke dovrebbero nascere mettendo in connessione ambulatori di medicina generale già esistenti ed evolvendo le medicine di gruppo, mentre la messa in rete di ogni AFT consentirebbe la condivisione delle cartelle cliniche fra i medici a ruolo unico della stessa aggregazione.
- Gli autori propongono che le 12 ore notturne e i festivi siano coperti dai medici a ciclo orario e ipotizzano ambulatori pomeridiani per le acuzie, da collocare d'intesa con i sindaci, il direttore della Società della salute e il referente di AFT, per ridurre gli accessi impropri al DEA.
- Il medico a ruolo unico dovrebbe svolgere nelle CdC attività su prevenzione, cronicità e medicina di iniziativa, dotato di diagnostica rapida e strumentazione di primo livello (ecografo, elettrocardiografo, spirometro, doppler per ABI), con teleconsulto specialistico e telemedicina.
- Nelle conclusioni gli autori indicano fra i benefici potenziali un'assistenza più prossima anche per i soggetti "sani o apparentemente sani", pari al 57% della popolazione assistibile, e fra le sfide il coordinamento fra enti, la formazione del personale e le resistenze culturali e logistiche.

TER04 — The Lancet Regional Health – Europe — Reducing self-stigma and supporting disclosure in adults with mental illness [Reavley, Morgan]

Data: agosto 2026 (volume 67) | *Tipo: commento editoriale* | *Località: Europa / Australia* | *Lingua: EN* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: salute mentale, relazioni sociali, partecipazione, stigma, auto mutuo aiuto, depressione, determinanti sociali

https://www.thelancet.com/journals/lanepe/article/PIIS2666-7762(26)00175-4/fulltext

- Il commento accompagna il trial pragmatico multicentrico randomizzato di Rüsch e colleghi su "Honest, Open, Proud", programma di gruppo guidato da pari sviluppato da Patrick Corrigan per sostenere le decisioni di rivelare una malattia mentale, con l'auto-stigmatizzazione come esito primario.

- Rispetto al trattamento abituale i partecipanti hanno mostrato meno auto-stigmatizzazione a 6 settimane (-1,83, IC 95% da -2,96 a -0,70, d = -0,24) e a 6 mesi (-1,20), con effetti positivi anche su stress da stigma, sintomi depressivi, intenzione di chiedere aiuto e qualità di vita.
- Gli autori sottolineano che le decisioni di rivelazione dipendono dal contesto: dati da vari Paesi, Germania compresa, indicano che la disponibilità a interagire con persone con malattia mentale non è migliorata, e in Australia le esperienze di discriminazione riferite sono aumentate dal 2014 mentre la rivelazione è diminuita.
- Per migliorare l'inclusione sociale servono, secondo il commento, una diffusione più ampia di programmi come Honest, Open, Proud, strategie contro lo stigma nella società, educazione di amici e familiari al sostegno non giudicante e politiche organizzative di supporto nei luoghi di lavoro, sanitari ed educativi.

TER05 — Il Sole 24 Ore — Medicina generale: il Veneto raddoppia la paga e Fnomceo chiede norma nazionale [Diffidenti]

Data: 22 luglio 2026 | Tipo: analisi | Località: Veneto / Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: medicina generale, MMG, Scuola specializzazione medicina generale, formazione, attrattività SSN, carenza personale, programmazione regionale, borsa di studio, FNOMCeO

https://www.ilsole24ore.com/art/medicina-generale-veneto-raddoppia-paga-e-fnomceo-chiede-norma-nazionale-AJnC3LS

- La Regione Veneto ha stanziato 4,5 milioni di euro per il triennio 2026-2028 per integrare le borse di studio dei medici che frequentano il Corso di formazione specifica in Medicina generale organizzato dalla Regione.
- Secondo il presidente della Giunta Alberto Stefani ogni borsa aumenta di 12.232 euro lordi, una cifra doppia rispetto all'esercizio precedente, in una strategia che comprende anche il Piano Casa per i giovani sanitari e la collaborazione con le organizzazioni professionali e sindacali.
- L'assessore alla Sanità Gino Gerosa motiva l'incentivo con la difficoltà di coprire la richiesta di medici di medicina generale del territorio e con l'obiettivo di parificare il riconoscimento economico fra le scuole di specializzazione post lauream e il corso di medicina generale.
- Il presidente FNOMCeO Filippo Anelli chiede al Ministro della Salute Schillaci un provvedimento nazionale che equipari il trattamento economico dei corsisti di medicina generale a quello degli specializzandi, perché la formazione non può dipendere dalla Regione in cui si studia.

TER06 — Il Sole 24 Ore — La Sanità privata cresce del 3,7%, chi gestisce le Rsa raddoppia la crescita [Redazione Il Sole 24 Ore]

Data: 23 luglio 2026 | Tipo: analisi | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: sanità privata, pubblico-privato, RSA, LTC, non autosufficienza, ospedale, spesa sanitaria, Mediobanca

https://www.ilsole24ore.com/art/la-sanita-privata-cresce-37percento-chi-gestisce-rsa-raddoppia-crescita-AJm7vMS

- Il report dell'area studi di Mediobanca sui 38 principali gruppi privati della sanità con fatturato superiore a 100 milioni stima per il 2025 una crescita aggregata del 3,7%: +7,9% per i gestori di strutture per anziani, +3,9% per l'assistenza ospedaliera, +2,8% per la diagnostica e +2,6% per la riabilitazione.
- Nel 2024 i ricavi dei 38 operatori sono stati pari a 13,4 miliardi di euro, in aumento del 5,5% sul 2023 e del 22% sul 2019, dopo il calo del 6,5% del 2020, il rimbalzo del 14,1% del 2021 e il +6,1% del 2023.
- I gestori di RSA sono cresciuti del 25,9% sul 2019, sostenuti dal miglioramento del tasso di occupazione dei posti letto e dalle aperture di nuove strutture, in un Paese che secondo il report ha la metà dei posti letto per long term care rispetto ai Paesi OCSE.
- Al primo posto per ricavi 2024 si colloca Papiniano, holding del Gruppo San Donato e Ospedale San Raffaele, con 2.163 milioni, seguita da Humanitas (1.260 milioni), GVM Gruppo Villa Maria (968), Policlinico Gemelli (946) e Kos (799).
- L'Ebit margin è salito al 3,6% dal 3,1% del 2023, ancora lontano dal 5,4% del 2019, con i valori maggiori nella diagnostica (9,4%) e nell'assistenza agli anziani (5,1%), mentre l'utile aggregato è tornato positivo a 34,6 milioni dopo i rossi del 2020 e del biennio 2022-23.

- Il ROE aggregato è risalito allo 0,6% dal -3,1% del 2023, il ROI al 4,7% e i debiti finanziari sono pari al 124,6% dei mezzi propri; l'articolo attribuisce i margini ridotti all'incidenza dei costi di lavoro, energia e servizi e al peso degli interessi passivi.

TER07 — Il Sole 24 Ore — Farmacie, così l'ingresso dei grandi capitali e l'innovazione tecnologica cambiano il settore [Pace]

Data: 30 luglio 2026 | Tipo: analisi (intervento del presidente Enpaf) | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: farmacie, divario territoriale, intelligenza artificiale, previdenza, farmacia rurale, Enpaf

https://www.ilsole24ore.com/art/farmacie-cosi-l-ingresso-grandi-capitali-e-l-innovazione-tecnologica-cambiano-settore-AJCNVka

- Maurizio Pace, presidente dell'Enpaf, riferisce di aver portato alla Commissione bicamerale di controllo sugli enti previdenziali il tema dell'ingresso delle società di capitali nelle farmacie e dei suoi effetti sulla professione del farmacista e sulla previdenza di categoria.
- Le recenti modifiche normative fanno diminuire i farmacisti titolari e aumentare i dipendenti, con circa 40.000 iscritti che optano per il contributo di solidarietà e si affidano solo alla previdenza pubblica, ponendo interrogativi sull'adeguatezza della tutela delle future generazioni.
- La concentrazione degli investimenti nelle aree urbane più attrattive rischia di ampliare le differenze territoriali, per cui l'Enpaf conferma un contributo ai titolari e soci di farmacie rurali delle aree interne, con uno stanziamento di 800.000 euro per il 2026.
- L'autore indica che automazione e intelligenza artificiale modificheranno l'organizzazione del lavoro e chiede che le riforme del settore valutino gli effetti di lungo periodo sulla professione, richiamando anche il progetto AppLI del Ministero del Lavoro sull'evoluzione delle professioni.

TER08 — Quotidiano sanità — Perché la medicina generale non è più attrattiva. Evidenze e proposte [Bonventre, Gamba, Pacchin]

Data: 31 luglio 2026 | Tipo: lettera al direttore | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: medicina generale, MMG, cure primarie, attrattività SSN, carenza personale, ruolo unico assistenza primaria, dipendenza selettiva, formazione, équipe multiprofessionale

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/perche-la-medicina-generale-non-e-piu-attrattiva-evidenze-e-proposte/

- Gli autori, del Movimento Medici di Medicina Generale per la Dirigenza, documentano la crisi di attrattività con il calo delle candidature ai concorsi per il Corso di formazione, la scarsa accettazione delle zone carenti, gli abbandoni e i prepensionamenti, aggravata dall'entrata in vigore del Ruolo Unico e da alcuni disegni di legge.
- La lettera rimanda al documento del 2025 "Medico di Medicina Generale: attrattività della professione", che raccoglie la letteratura internazionale e nazionale sul tema, e ne sintetizza tredici indicazioni per restituire attrattività alla professione.
- Fra le proposte figurano l'esposizione precoce degli studenti di medicina alle cure primarie, il titolo di specialista al termine di una formazione post-laurea specifica con pari dignità delle altre specializzazioni, e la formazione continua nelle sedi di lavoro con il supporto di tutor esperti.
- Gli autori chiedono la possibilità di un inquadramento come dipendente del SSN accanto a rapporti convenzionali libero-professionali, e strutture moderne e attrezzate sul modello dei Centros de Salud e dei Consultorios Locales spagnoli, con team multiprofessionali e personale amministrativo dedicato.
- Altre indicazioni riguardano misure specifiche per le aree rurali e ultraperiferiche, percorsi di carriera multipli (competenze avanzate, direzione di strutture territoriali, ricerca, insegnamento, cure palliative) e tecnologie adeguate, fra cui telemedicina e intelligenza artificiale.
- Sulla remunerazione la lettera ricorda che la letteratura la considera un fattore di rilievo ma non sufficiente da sola, e conclude che serve un piano strategico basato sulle evidenze, che coinvolga chi opera sul territorio ed eviti semplificazioni e approcci ideologici.

TER09 — Quotidiano sanità — Medicina generale. Boom di candidature al Corso di formazione: 5.965 domande per 2.651 posti. Fimmg: "Ora servono riforme e atti concreti, non possiamo tradire la fiducia dei giovani medici" [Redazione Quotidiano sanità]

Data: 31 luglio 2026 | Tipo: analisi | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: medicina generale, MMG, Scuola specializzazione medicina generale, attrattività SSN, formazione, case della comunità, PNRR, ACN, FIMMG

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/medicina-generale-boom-di-candidature-al-corso-di-formazione-5-965-domande-per-2-651-posti-fimmg-ora-servono-riforme-e-atti-concreti-non-possiamo-tradire-la-fiducia-dei-giovani-medici/

- Al concorso per il Corso di formazione specifica in medicina generale 2026-2029 sono state presentate 5.965 domande a fronte di 2.651 borse disponibili, un dato che la FIMMG legge come rinnovato interesse dei giovani medici verso la professione.
- La Campania registra il maggior numero di domande con 1.080 candidati per 240 posti, seguita da Lombardia (642 per 481), Emilia-Romagna (625 per 185), Lazio (600 per 200) e Sicilia (572 per 184), mentre la Valle d'Aosta conta 10 candidature per 10 posti.
- Il segretario nazionale Silvestro Scotti afferma che la medicina generale "torna a essere una scelta professionale consapevole", ma che i numeri non sono una celebrazione di successo e che Governo e Regioni devono onorare la fiducia dei giovani con atti concreti.
- Fra le priorità indicate dalla FIMMG figurano la diagnostica di primo livello negli studi dei medici di famiglia, la digitalizzazione delle prescrizioni con interoperabilità dei sistemi informatici, un percorso formativo più professionalizzante e il riconoscimento della medicina generale come disciplina universitaria.
- La Federazione chiede inoltre di valorizzare le Case della Comunità come luogo di integrazione multiprofessionale con il MMG al centro, incentivi fiscali per gli investimenti negli studi, il rafforzamento del teleconsulto specialistico e un confronto con le esperienze di altri Paesi europei.
- Gli strumenti individuati sono il rinnovo dell'ACN 2025-2027, per cui si chiede alle Regioni un rapido Atto di indirizzo, i provvedimenti ministeriali e la prossima Legge di Bilancio, dopo la firma dell'ACN stralcio per l'avvio delle Case della Comunità legato agli obiettivi del PNRR.

TER10 — Regione Lazio — Nuovo Accordo Integrativo Regionale con i Medici di Medicina Generale [Regione Lazio]

Data: 2026 (entrata in vigore il 1° ottobre) | Tipo: accordo regionale (presentazione istituzionale divulgativa) | Località: Lazio | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: medicina generale, MMG, AFT, case della comunità, cure primarie, DM 77, cronicità, telemedicina, accordo integrativo regionale, continuità assistenziale, Lazio

non disponibile: documento fornito dal curatore

- La Regione Lazio e tutte le organizzazioni sindacali della medicina generale hanno firmato un nuovo Accordo Integrativo Regionale che, secondo il documento, arriva dopo oltre vent'anni dal precedente ed entra in vigore il 1° ottobre, in coerenza con l'attuazione del DM 77.
- La Regione dichiara risorse aggiuntive rispetto all'ACN per valorizzare i medici di famiglia, riorganizzare la medicina territoriale e avviare le Case della Comunità; per i medici sono previsti parità di trattamento fra incaricati vecchi e nuovi, tutele per maternità e disabilità e valorizzazione economica del ruolo.
- Diventano operative le Aggregazioni Funzionali Territoriali, con cui i medici di medicina generale lavorano in rete sullo stesso territorio, in via preferenziale nelle Case della Comunità, con copertura diurna dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00, mentre il cittadino conserva il proprio medico di famiglia.
- Nei giorni festivi e nelle ore notturne la copertura è assicurata dalla continuità assistenziale, dalle Case della Comunità e dall'organizzazione prevista dall'accordo, con il collegamento al Numero Europeo Armonico 116117 come elemento del nuovo modello di continuità.
- Le sedi delle AFT esterne alle Case della Comunità, compresi gli studi medici, sono riconosciute come presìdi di prossimità e potranno essere dotate di elettrocardiografo, spirometro, ecografo portatile, telemedicina e piccola diagnostica, con il coordinamento di più sedi nelle aree rurali e disagiate.

- L'accordo rafforza la medicina di iniziativa per i pazienti cronici (il documento cita diabete e ipertensione) e per la popolazione sana, con strumenti digitali regionali ed esami di primo livello, con l'obiettivo dichiarato di ridurre complicanze, ricoveri evitabili e accessi impropri al Pronto Soccorso.

Sezione LTC — Sanità, sociale e Long Term Care

L'invecchiamento della popolazione e la risposta ancora incompleta del welfare alla non autosufficienza attraversano le quattro schede. Il rapporto CENSIS sulla longevità, segnalato con il bollino rosso (LTC01), fotografa 14,8 milioni di anziani, pari al 25,1% della popolazione, destinati a diventare il 34,6% nel 2050, e mostra una fragilità minuta in crescita, con il 31,7% degli over 65 che talvolta ha bisogno di aiuto e il 7,8% che non ha nessuno su cui contare. Altrettanto centrale, anch'esso con bollino rosso, è l'appello del Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza (LTC02), che chiede alla legge di Bilancio un primo miliardo per rilanciare la legge 33 del 2023, a fronte di sedici ore l'anno di assistenza domiciliare per anziano contro le 150 della Danimarca.

Fanno da contrappunto un working paper IRPPS-CNR del 2006 sulla qualità della vita percepita dagli anziani in sei città (LTC03), utile confronto storico, e l'avvio in Valle d'Aosta di un progetto di medical review e deprescribing (LTC04), che muove dal dato AIFA per cui un anziano su tre assume almeno dieci principi attivi.

⬤ LTC01 — CENSIS — Invecchiare nell'Italia della longevità. Come costruire un Paese a misura di anziani [CENSIS]

Data: luglio 2026 | *Tipo: rapporto istituzionale* | *Località: Italia* | *Lingua: IT* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: longevità, invecchiamento, anziani, non autosufficienza, fragilità, solitudine anziani, caregiver familiare, welfare familiare, ageism, Italia, CENSIS

https://www.censis.it/wp-content/uploads/2026/06/Rapporto-Longevita.pdf

I numeri della longevità

- Al 1° gennaio 2026 gli anziani in Italia superano i 14,8 milioni, pari al 25,1% della popolazione, e le proiezioni al 2050 indicano 18,9 milioni di ultrasessantacinquenni, cioè il 34,6% del totale, con più di un italiano su tre in età anziana.
- L'Italia è prima nell'Unione europea per incidenza di over 65, con il 24,7% nel 2025 contro una media del 22,0%, davanti a Portogallo (24,3%) e Bulgaria (24,0%); i centenari sono passati da 519 nel 1951 a 24.710 nel 2026.
- Il divario tra durata e qualità della vita resta ampio: la speranza di vita alla nascita è di 83,7 anni, quella in buona salute di 59,1 anni e quella senza limitazioni a 65 anni di 10,7 anni, per cui la non autosufficienza emerge in media dal 76° anno.

La fragilità percepita e il timore della dipendenza

- Il 31,7% degli anziani riesce a fare da solo gran parte delle attività ma talvolta ha bisogno di aiuto, quota più che raddoppiata rispetto al 14,9% del 2006, mentre chi dichiara di fare tutto da solo è sceso dal 78,8% al 62,0%.
- La piena autonomia riguarda il 75,3% degli uomini e il 51,4% delle donne, l'81,4% dei 65-69enni ma solo il 42,9% degli over 80, e il 79,2% degli over 65 convive con almeno una malattia cronica, il 56,9% con almeno due.
- La perdita dell'autosufficienza è indicata dal 69,4% degli intervistati come l'evento che segna l'ingresso nella vecchiaia, contro il 53,8% del 2014, e l'82,8% teme di dover dipendere dagli altri in futuro, mentre solo il 33,5% dichiara di temere la morte.
- L'età media percepita di ingresso nella vecchiaia è di 76,7 anni e solo il 5,7% la colloca a 65 anni; l'89,6% ritiene che il declino fisico non si possa fermare e l'87,2% dichiara di essersi adattato bene ai cambiamenti dell'età.

Famiglia, solitudine e welfare marginale

- In caso di bisogno il 52,7% degli anziani conta sui figli e il 49,6% sul coniuge, mentre il 7,0% ricorre a badanti pagate, appena l'1,9% ad assistenti domiciliari o infermieri delle strutture pubbliche e il 7,8% non ha nessuno su cui contare.

- Il 29,5% degli over 65 vive solo e la quota sale al 49,9% tra gli over 85; il 62,3% dichiara di sentirsi solo almeno raramente e l'8,9% sempre o spesso, con valori più alti tra chi ha una salute insoddisfacente.
- Gli anziani sono a loro volta produttori di welfare familiare: il 37,9% dei nonni si occupa dei nipoti, il 56,4% sbriga pratiche burocratiche e il 36,4% sostiene economicamente figli o nipoti, con un reddito familiare cresciuto del 20,4% in termini reali tra il 2004 e il 2024.

Le proposte del rapporto

- Il CENSIS chiede un'infrastrutturazione sociale diffusa nei territori, capace di intercettare la fragilità minuta di oltre un terzo degli anziani, e denuncia il mancato decollo dell'assistenza sociosanitaria territoriale, dall'ADI alla sanità a distanza, con la conseguente privatizzazione dei costi della longevità.
- Il supporto alla transizione al pensionamento è ritenuto utile dal 71,1% degli anziani, che chiedono servizi per la salute (47,2%), occasioni di socialità (25,9%) e luoghi di aggregazione (20,0%); il 72,8% usa app sul cellulare e il 28,4% ha già utilizzato l'intelligenza artificiale.

⚫ LTC02 — Il Sole 24 Ore — Anziani non autosufficienti, «subito 1 miliardo» per la riforma attesa da 10 mln di persone [Gobbi]

Data: 16 luglio 2026 | Tipo: analisi | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: non autosufficienza, riforma anziani, prestazione universale, RSA, assistenza domiciliare, caregiver, anziani, legge bilancio, Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza, indennità di accompagnamento

https://www.ilsole24ore.com/art/anziani-non-autosufficienti-subito-1-miliardo-la-riforma-attesa-10-mln-persone-AJjC9iL

- Il Patto per un nuovo Welfare sulla Non autosufficienza, che riunisce 61 organizzazioni e nel 2021 fu il primo promotore della riforma, chiede alla prossima legge di Bilancio un primo miliardo di euro aggiuntivo ai fondi esistenti per rilanciare la legge 33 del 2023.
- Le quattro priorità indicate dal Patto sono l'accesso semplificato alle procedure, le cure domiciliari su misura per pazienti e caregiver, il potenziamento dell'assistenza nelle RSA e la riscrittura della Prestazione universale, per una platea di 4 milioni di anziani fragili.
- Secondo i coordinatori Cristiano Gori ed Eleonora Vanni, 10 milioni di persone tra anziani, familiari, caregiver e operatori sono coinvolte ogni giorno nell'assistenza, e la manovra 2027 dovrebbe avviare con spirito bipartisan un programma di interventi progressivi ma concreti.
- I dati attuali mostrano 5-6 passaggi burocratici per ottenere invalidità e benefici, appena sedici ore l'anno di assistenza domiciliare per anziano contro le 150 della Danimarca, e 270mila persone in lista d'attesa per le RSA a fronte di 300mila posti letto attivi.
- L'indennità di accompagnamento attende una riforma organica da 45 anni e la sperimentazione avviata dalla riforma su 25mila grandi anziani gravissimi con ISEE minimo è di fatto fallita, mentre nei prossimi 10 anni gli over 85 aumenteranno del 30%.
- Il programma di rilancio per il triennio 2027-2029 vale poco più di 6 miliardi di euro; per un servizio domiciliare pubblico dedicato ai non autosufficienti, oggi assente in Italia, il Patto stima 577 milioni nel 2027, quasi 1,5 miliardi nel 2028 e altri 1,5 miliardi dal 2029.
- Per le RSA la proposta prevede 433 milioni nel 2027, 841 milioni nel 2028 e 1,2 miliardi dal 2029, destinati ad aumentare del 30% i posti letto e gli operatori e a rendere il contributo delle famiglie proporzionato alle loro possibilità economiche.
- La nuova Prestazione universale andrebbe sperimentata nel biennio 2027-2028 su almeno 30mila anziani, con un costo di 37,8 milioni l'anno, superando l'importo uguale per tutti con contributi graduati sul bisogno, ad esempio 750 euro al mese per un anziano e 1.200 per un altro.

LTC03 — IRPPS-CNR — La qualità della vita degli anziani [Menniti e altri]

Data: 2006 | Tipo: working paper IRPPS | Località: Italia (Milano, Mantova, Roma, Teramo, Lecce, Palermo) | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: anziani, active ageing, dipendenza funzionale, solitudine anziani, qualità della vita, benessere soggettivo, pensionamento, salute urbana, Italia, IRPPS-CNR

https://www.academia.edu/77693316/La_qualit%C3%A0_della_vita_degli_anziani

- Il working paper n. 12 del 2006 dell'IRPPS-CNR presenta un'indagine telefonica CATI svolta nell'ottobre 2006 con Ambrosetti-The European House su 698 persone con più di 65 anni, non occupate, residenti a Milano, Mantova, Roma, Teramo, Lecce e Palermo.
- Il campione, costruito in base alla graduatoria Ecosistema Urbano 2006 di Legambiente, è composto per il 74% da donne, per il 49% da ultrasettantacinquenni e per il 35% da persone che vivono sole; il questionario di 60 domande copre pensione, salute, famiglia, felicità e servizi della città.
- L'83% degli intervistati dichiara di provvedere in piena autonomia alle necessità quotidiane, ma tra gli over 75 il 22% è autonomo solo in parte e il 5% non è autosufficiente; il 38% giudica la propria salute buona o molto buona e il 43% discreta.
- I pensionati si dividono in tre gruppi equivalenti tra chi vede la vita migliorata, uguale o peggiorata (32%) dopo la pensione; il 76% non tornerebbe a lavorare, il 68% si sente economicamente tranquillo e la felicità dichiarata è 6,8 su 10, contro 7,9 ricordata a 30 anni.

LTC04 — Quotidiano sanità — Anziani. All'Ausl Valle D'Aosta al via il progetto di medical review e deprescribing [Redazione Quotidiano Sanità]

Data: 23 luglio 2026 | Tipo: notizia di servizio | Località: Italia (Valle d'Aosta) | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: anziani, fragilità, multimorbidità, appropriatezza, RSA, ospedali di comunità, medicina generale, AIFA, deprescribing, politerapia, Valle d'Aosta

https://www.quotidianosanita.it/valle_d_aosta/anziani-allausl-valle-daosta-al-via-il-progetto-di-medical-review-e-deprescribing/

- L'Azienda USL della Valle d'Aosta avvia nell'Area territoriale un progetto di medical review e deprescribing, un processo clinico strutturato con cui il medico rivaluta tutti i farmaci assunti da un paziente per verificare se ciascuno sia ancora realmente necessario.
- Il progetto è affidato a Giuseppe Pasqualetti, farmacologo clinico e geriatra con esperienza all'Università di Pisa, nel Servizio sanitario toscano e all'Imperial College di Londra, e muove dal dato dell'ultimo Rapporto AIFA per cui circa un anziano su tre assume almeno dieci principi attivi diversi.
- Il percorso coinvolge i medici delle RSA e dell'Ospedale di Comunità, i medici di medicina generale, i farmacisti della Farmacia territoriale, gli infermieri e i professionisti dei Distretti, con una valutazione multidisciplinare di interazioni, duplicazioni terapeutiche e prescrizioni non più appropriate.
- Un'attenzione particolare va alla "cascata prescrittiva", in cui un effetto collaterale viene letto come nuova malattia e genera un ulteriore farmaco; l'équipe usa strumenti validati a livello internazionale, ma ogni decisione resta personalizzata sulla storia, sul grado di fragilità e sugli obiettivi di cura del paziente.
- La direttrice dell'Area territoriale Hélène Impérial presenta il progetto come occasione per rafforzare l'integrazione tra ospedale, territorio, RSA e medicina generale, con i benefici attesi di minori effetti indesiderati, minor rischio di cadute e riduzione dei ricoveri evitabili per gli anziani.

Sezione ECN — Economia e sanità

Il rapporto fra risorse pubbliche, spesa delle famiglie e confini del sistema universalistico lega le schede della sezione. L'analisi MEFOP sulla spesa out-of-pocket, segnalata con il bollino rosso (ECN02), scompone i 41,3 miliardi pagati direttamente dalle famiglie nel 2024 e ne attribuisce 30,9, pari al 74,82%, a prestazioni escluse in tutto o in parte dai LEA, con un onere strutturale di circa 96,80 euro al mese per famiglia: un dato che ridimensiona il confronto europeo basato sul 23,7% di spesa privata. Sul versante del finanziamento, il paradosso dell'IRAP pagata dalle aziende sanitarie per alimentare il sistema di cui fanno parte (ECN01) interroga la coerenza della fiscalità che sostiene il SSN.

Due contributi internazionali allargano lo sguardo: lo studio di Nature Ecology & Evolution stima in 162 miliardi di dollari l'anno gli interessi aggiuntivi sul debito sovrano legati alla perdita di biodiversità (ECN03), mentre la rassegna comparativa fra Stati Uniti e Canada sulla value-based care (ECN04) mostra come i modelli di pagamento per valore si adattino a sistemi di finanziamento molto diversi.

ECN01 — Il Sole 24 Ore — La pressione fiscale e il paradosso dell'Irap pagata dalle aziende sanitarie [Caselli]

Data: 1 luglio 2026 | Tipo: analisi | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: pressione fiscale, fisco, IRPEF, finanziamento SSN, finanza pubblica, ISTAT, IRAP, Corte costituzionale, riforma fiscale, azienda sanitaria

https://www.ilsole24ore.com/art/la-pressione-fiscale-e-paradosso-dell-irap-pagata-aziende-sanitarie-AIMaEfxD

- L'autore parte dal dibattito sulla pressione fiscale, salita oltre il 43% e al 51,4% nell'ultimo trimestre del 2025, e ricorda che si tratta di un indicatore ISTAT dato dal rapporto tra tutte le entrate pubbliche e il PIL, non dell'incidenza media delle imposte sul reddito dei cittadini.
- Poiché il PIL è al denominatore, l'indicatore sale anche senza inasprimenti del carico fiscale se la produzione cala; sul piano dell'equità l'articolo segnala che l'84% dell'IRPEF è pagato da lavoratori dipendenti e pensionati, in contrasto con i principi di progressività e capacità contributiva.
- L'IRAP, istituita nel 1997 per sostituire piccole imposte e i contributi sanitari dei cittadini, è pagata allo Stato ma destinata alle Regioni per finanziare il SSN, e grava anche su Ministeri, Regioni, Comuni e Aziende del SSN con un imponibile costituito dalle retribuzioni dei dipendenti.
- Le aliquote iniziali erano del 4,5% per il settore privato e dell'8,5% per quello pubblico; per i privati l'imposta è stata poi alleggerita, per gli enti pubblici nulla è cambiato e le Aziende sanitarie pagano un'imposta destinata a finanziare il sistema di cui fanno parte.
- La Corte costituzionale, con la sentenza pilastro n. 156 del 2001, ha ritenuto legittima l'IRAP in base all'articolo 53 della Costituzione, perché la capacità contributiva non coincide con il reddito, ma nelle 45 pagine della decisione non compare alcun cenno alle Aziende del SSN.
- Il paradosso resta per tre ragioni: i costi amministrativi per calcolare e controllare una partita di giro, una base imponibile che cresce quando un'azienda assume medici e infermieri, e il finanziamento circolare del SSN; la legge delega 111/2023 parla di superamento graduale dell'IRAP, ma per gli enti pubblici nulla cambia.

ECN02 — MEFOP — L'analisi della spesa sanitaria privata out-of-pocket: oltre tre quarti della spesa è per prestazioni escluse dai livelli essenziali di assistenza [Mastrobuono]

Data: 30 giugno 2026 | Tipo: analisi | Località: Italia; confronto con Unione europea | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: spesa out-of-pocket, spesa sanitaria, sanità privata, LEA, universalismo, sanità integrativa, fondi sanitari integrativi, appropriatezza, odontoiatria, MEFOP

non disponibile: testo fornito dal curatore

- La spesa sanitaria privata italiana del 2024 ammonta a 47,7 miliardi di euro, suddivisi fra 41,3 miliardi di spesa out-of-pocket sostenuta direttamente dalle famiglie e 6,4 miliardi di spesa intermediata da fondi sanitari integrativi, casse mutue e assicurazioni.
- Secondo il Country Report Italia 2026 della Commissione europea la spesa privata pesa per il 23,7% della spesa sanitaria complessiva, stimata in circa 185 miliardi, contro una media europea del 14,9%; l'autrice sostiene che il confronto vada riletto entro il perimetro dei LEA.
- Il DPCM 12 gennaio 2017 esclude dai LEA, con l'allegato 4A, la chirurgia e la medicina estetica, la circoncisione rituale, le medicine non convenzionali e le certificazioni a pagamento, mentre gli allegati 4B e 4C limitano prestazioni come la chirurgia refrattiva e le terapie fisiche strumentali.
- L'allegato 4D introduce condizioni di erogabilità su oltre 170 prestazioni di diagnostica, laboratorio e radiologia (dosaggio della vitamina D, esami allergologici, MOC, risonanze della colonna), che diventano di fatto a pagamento quando i criteri clinici non sono soddisfatti.
- Il risultato centrale è uno zoccolo di spesa out-of-pocket strutturale di 30,9 miliardi di euro, pari al 74,82% dei 41,3 miliardi, riconducibile a prestazioni e beni esclusi in tutto o in parte dalla copertura pubblica, inclusi circa 2,8 miliardi di ticket.
- Le voci più pesanti sono l'odontoiatria (8,8 miliardi al netto dei 713 milioni rimborsati dai fondi), i farmaci e i ticket (8,2 miliardi), la quota alberghiera delle RSA (3,9 miliardi), le medicine non convenzionali (3,5 miliardi) e occhiali e protesi uditive (3,2 miliardi).
- Per prudenza metodologica l'autrice esclude dal calcolo 8,0 miliardi di visite specialistiche (4,7 miliardi) e diagnostica (3,3 miliardi) che potrebbero rientrare nei LEA; per le 26,6 milioni di famiglie la quota strutturale vale 1.161,65 euro l'anno, pari a 96,80 euro al mese.

- Della spesa intermediata di 6,4 miliardi, il 67% delle risorse dei 324 fondi iscritti all'Anagrafe ministeriale (circa 2,17 miliardi) finanzia prestazioni già comprese nei LEA; l'autrice propone che i fondi si integrino nei percorsi assistenziali co-progettati con il pubblico, a partire dalle Case della Comunità.

ECN03 — Nature — Biodiversity loss will decrease the future creditworthiness of nations [Agarwala e altri]

Data: 5 giugno 2026 | Tipo: articolo scientifico (Nature Ecology & Evolution, vol. 10, pp. 1511-1520) | Località: mondo (23 paesi, tra cui India, Cina, Angola, Bangladesh, Repubblica Democratica del Congo, Madagascar) | Lingua: EN | Accesso: Open access

Parole chiave: biodiversità, ecosistemi, salute planetaria, debito pubblico, finanza pubblica, PIL, servizi ecosistemici

https://www.nature.com/articles/s41559-026-03081-7

- Lo studio, pubblicato su Nature Ecology & Evolution il 5 giugno 2026, analizza come la perdita di biodiversità e di servizi ecosistemici incida sul rischio finanziario del debito sovrano, la più grande classe di attività al mondo con oltre 83.000 miliardi di dollari.
- Gli autori estendono la metodologia di rating di S&P Global con scenari sul legname tropicale, sull'impollinazione selvatica e sulla pesca marina per 23 paesi che rappresentano 5,5 miliardi di persone, usando il modello ecologico-economico GTAP-InVEST.
- In uno scenario di collasso parziale degli ecosistemi (riduzione del 90% dell'impollinazione e del pescato, conversione dell'88% delle foreste tropicali) il costo annuo del servizio del debito crescerebbe di 49 miliardi di dollari in India, pari al 2,4% del reddito mediano netto, e di 70 miliardi in Cina.
- Gli interessi aggiuntivi complessivi potrebbero raggiungere 162 miliardi di dollari l'anno, quasi l'obiettivo di 200 miliardi annui per la conservazione del Global Biodiversity Framework di Kunming-Montreal, mentre Angola, Bangladesh, Repubblica Democratica del Congo e Madagascar rischiano perdite di PIL superiori al 15% entro il 2030.
- Nessuna delle tre grandi agenzie di rating incorpora esplicitamente nei propri metodi i rischi futuri legati alla natura, sebbene almeno metà del PIL mondiale dipenda in misura moderata o elevata dalla natura; gli autori paragonano le misure retrospettive a un referto autoptico rispetto a una diagnosi preventiva.
- Gli autori concludono che i mercati finanziari sottovalutano sistematicamente i rischi legati alla natura, con conseguenze per finanze pubbliche e stabilità finanziaria, e segnalano il ritardo delle politiche sulla biodiversità rispetto al clima: l'IPCC è nato nel 1988, l'IPBES solo nel 2012.

ECN04 — Academia — Value-based care models in U.S. and Canada: financing, policy, and outcomes [Farahati e altri]

Data: 29 aprile 2026 | Tipo: rassegna comparativa (Academia Global and Public Health, vol. 2, n. 2) | Località: Stati Uniti; Canada | Lingua: EN | Accesso: Open access

Parole chiave: value-based healthcare, USA, Medicare, Medicaid, population health, HTA, benchmark internazionale, Canada, bundled payment, shared savings, riforma dei pagamenti

https://www.academia.edu/3071-0324/2/2/10.20935/AcadPHealth8221

- La rassegna comparativa, pubblicata il 29 aprile 2026 su Academia Global and Public Health, confronta l'attuazione della value-based care negli Stati Uniti e in Canada attingendo a indicatori OCSE, CIHI e CMS e a valutazioni di modelli pubblicate tra il 2015 e il 2025.
- In Canada la value-based care è inserita nella pianificazione di popolazione e nel finanziamento basato sugli esiti, entro i cinque principi del Canada Health Act e con l'HTA affidata alla Canadian Drug Agency; circa il 99% della popolazione è coperto dai piani pubblici, ma lo 0,5-1,3% resta sottoassicurato.
- Negli Stati Uniti la value-based care opera tramite modelli di pagamento come bundled payment, capitation e contratti di shared savings, sostenuti dai programmi CMS Medicare Shared Savings Program e Bundled Payments for Care Improvement, in un sistema multi-pagatore frammentato.
- La copertura statunitense nel 2025 vede l'assicurazione datoriale al 53,8% (circa 180 milioni di persone), Medicaid e CHIP al 24,0% (80 milioni) e Medicare al 19,5% (65 milioni); molte iniziative restano concentrate su Medicare e Medicaid, limitando la pianificazione per la popolazione in età lavorativa.

- La rassegna integra valutazioni di modelli come MSSP, BPCI, le Quality-Based Procedures dell'Ontario, Diabeter e Kaiser Permanente, e la letteratura descrive una maggiore innovazione privata negli Stati Uniti e maggiore equità ed efficienza amministrativa in Canada.
- Entrambi i sistemi convergono su strumenti digitali, responsabilità condivisa e modelli aggiustati per il rischio; secondo gli autori un'integrazione sostenibile richiede finanziamento ibrido, monitoraggio longitudinale degli esiti e allineamento tra obiettivi pubblici e incentivi privati, con opportunità di collaborazione transfrontaliera nordamericana.

Indice per parole chiave

Le parole chiave sono raggruppate per sezione del master (non per sezione di pubblicazione della scheda) e, in coda, per persone e attori e per luoghi; ogni identificativo è un collegamento alla scheda.

1. Comunità, solitudini e salute [CSS]

antiziganismo — SST05
asset-based approach — Art03
attivazione comunitaria — CSS08
audit civico — CSS01
auto mutuo aiuto — CSS07, TER04
capitale sociale — CSS02
ceto medio — Art09
coesione sociale — CSS02, CSS04, SST05
comunità — CSS02, CSS05
comunità che cura — CSS08
comunità proattiva — Art03, Art06
determinanti sociali — Art09, CSS05, SST04, SST05, TER04
disconnessione sociale — CSS07, CSS12
discriminazione — SST05
equità in salute — CSS05, SAN07, SST05, PAN01
fiducia della comunità — PAN01, PAN02
Health in All Policies — CSS05, SSN02
isolamento sociale — CSS07, CSS12, CSS14
livelli essenziali di comunità — CSS02, CSS04
Marmot Cities — CSS05
minoranze — SST05
partecipazione — CSS01, CSS08, TER04
povertà sanitaria — CSS15
prescrizione sociale — Art03, Art06, Art09, CSS12, CSS14
promozione della salute — SST09, OSP03
relazioni sociali — CSS07, CSS12, CSS14, TER04
rom e sinti — SST05
salute e lavoro — Art10, PAN10
salute urbana — Art10, CSS05, SST04, LTC03
senza fissa dimora — CSS15
social prescribing — CSS12
solitudine — Art06, CSS07, CSS12, CSS14, OHE03
solitudine anziani — CSS14, LTC01, LTC03
sussidiarietà — CSS02
welfare di comunità — CSS02

2. Scenari della sanità [SAN]

accordo commerciale — SST03
Agenda 2030 — SAN02, SSN06, OHE03
aspettativa di vita — SAN02, SAN16, SSN06, SST04
benchmark internazionale — Art07, SAN14, SSN10, SST12, SST13, OSP04, ECN04
casse malattia — SST10
copertura sanitaria universale — SST11
demografia — Art06, SAN16
denatalità — Art06, SAN16
devolution — SST04

European Observatory — Art07
fecondità — SAN16
finanziamento salute globale — PAN05, PAN07
Global Burden of Disease — PAN05
governance globale — PAN07
indagine internazionale — SST07
indicatori demografici — SAN02, SAN16
innovazione organizzativa — SSN08
ISTAT — Art06, SAN02, SAN16, SSN06, SSN07, ECN01
longevità — Art06, CSS14, LTC01
medicina di genere — SAN07
mortalità evitabile — SSN07, SST03
NHS — SST03, SST04, SST15, PAN10
OCSE — SAN08, SAN14, SST01, SST12, SST13, SST16, SST17
OECD — Art05, SAN14
OECD Health Statistics — SAN14
OMS — Art10, CSS07, CSS12, CSS14, SST11, PAN04, PAN05, PAN09
PaRIS — SST12, SST13
population health — Art03, ECN04
PREMs — SST12, SST13
PROMs — SST12, SST13
rischio cardiovascolare — SAN07
salute globale — CSS05, SST11, SST14, OHE01, PAN01, PAN05, PAN07, PAN09
SDGs — SAN02, SSN06, OHE03
sistemi complessi — Art02, CSS13
sistemi sanitari europei — SAN14, SSN10
UE — SSN06, SSN10, SST01, SST06, OSP04
value-based healthcare — SSN11, SST01, ECN04

3. Scenari del SSN [SSN]

accesso cure — CSS15, SAN04, SST08
AGENAS — CSS10, CSS11, CSS13, SAN03, SAN09
AIFA — SSN12, LTC04
appropriatezza — SAN09, SSN01, SSN02, SSN05, SSN11, OSP01, OSP02, OSP05, TER01, LTC04, ECN02
assistenza protesica — SSN09
azienda sanitaria — ECN01
Conferenza Stato-Regioni — SSN04, SSN09, TER02
diritti sociali — CSS04
DM 70 — Art01, Art11
DM 77 — Art01, Art04, Art07, Art11, CSS01, CSS03, CSS08, CSS10, CSS11, SAN15, TER03, TER10
esiti — SAN18, SSN01, SSN02, SSN11, SST12, SST13, OSP05
governance sanitaria — Art11, SAN10, SAN18
indicatore CORE — SAN05, SAN06
indicatori — Art01, SSN01, SSN02, SST11, PAN05, PAN10, OSP01, OSP02
ISS — CSS05, CSS12, CSS14, OSP03
LEA — CSS02, CSS04, SAN03, SAN05, SAN06, SAN10, SAN12, SSN07, SSN09, ECN02
LEPS — Art06, CSS02, CSS04
Ministero della Salute — Art10, SAN05, SAN06, SAN10, SSN09, SSN12, OSP01, OSP02
nomenclatore tariffario — SSN09
Nuovo Sistema di Garanzia — SAN05, SAN06, SAN10

performance — Art01, SAN05, SAN06, SAN10, SSN01, SSN02, SST11
PNE — SAN18
populismo sanitario — Art11
privatizzazione — SAN01, SAN12
privato accreditato — SAN18
programmazione regionale — Art01, Art04, Art05, Art11, SAN03, SSN04, SSN11, TER05
programmazione sanitaria — SSN08
pubblico-privato — OSP02, TER01, TER06
qualità — SSN05, SST12, SST13
sanità privata — SAN04, SAN18, TER06, ECN02
sanità pubblica — SAN12
sicurezza delle cure — SAN13, OSP05
soddisfazione del cittadino — SSN01, SSN02
specialistica ambulatoriale — SAN09, SSN09
spesa farmaceutica — SST03, SST10
standard ospedalieri — OSP04
tetti di spesa — SSN12
Titolo V — SSN08
universalismo — SAN12, ECN02

4. Sostenibilità della sanità [SST]

aree interne — CSS01, CSS09, SSN07
bilanci regionali — SAN03
commissariamento — SAN03
compartecipazione — SST10
debito pubblico — ECN03
DFP — SAN12
disavanzi — SAN03
divario territoriale — CSS01, SAN02, SAN04, SAN05, SAN15, SSN03, SSN06, SSN07, TER07
finanza pubblica — SST10, ECN01, ECN03
finanziamento SSN — SSN10, SSN12, ECN01
FSN — SSN12
piani di rientro — SAN03, SAN10
PIL — OHE03, ECN03
pressione fiscale — ECN01
programma operativo — SAN03
quota PIL sanità — SAN14, SAN18, SSN10, SSN12
rinuncia alle cure — Art09, CSS15, SAN02, SAN04, SAN05, SAN06, SAN18, SSN07
sostenibilità — SSN11, SST10
spesa out-of-pocket — SAN18, ECN02
spesa sanitaria — SAN08, SAN10, SAN12, SAN14, SAN18, SSN07, SSN10, SST10, SST16, SST17, TER06, ECN02
tassazione — SST06, OHE02

5. One Health e clima [OHE]

adattamento climatico — OHE01
biodiversità — SST06, OHE02, ECN03
cambiamento climatico — Art10, SAN11, SST09, OHE01, OHE02
clima — SST06
confini planetari — SST06, OHE02
COP — OHE02

decarbonizzazione — SST06
decrescita — SAN11
ecosistemi — OHE01, OHE02, OHE03, ECN03
impronta ambientale — SST06
migrazioni climatiche — OHE01
mortalità da calore — Art10, CSS15
One Health — SAN11, SST09, OHE01
piano caldo — Art10
PM2.5 — SSN06
post-crescita — SAN11
rifugiati climatici — OHE01
salute planetaria — SAN11, SST09, OHE03, ECN03
servizi ecosistemici — ECN03
tassazione ambientale — OHE02
verde urbano — Art10
wellbeing economy — SAN11, OHE03
zoonosi — PAN06

6. Pandemie in essere e in arrivo [PAN]

AMR — PAN03, PAN05
antibiotico-resistenza — PAN03
anticorpi monoclonali — PAN06, PAN09
antivirale — PAN08
Bundibugyo — PAN01, PAN02, PAN04, PAN09
comunicazione del rischio — SSN04
contromisure mediche — PAN01, PAN06, PAN08, PAN09
costi long COVID — PAN10
COVID-19 — SAN14, PAN08, PAN10
disinformazione — SSN04
Ebola — PAN01, PAN02, PAN04, PAN09
ECDC — PAN03
emerging infectious diseases — PAN01, PAN02, PAN04, PAN06
Hantavirus — PAN06
HIV — PAN05, PAN07
infodemia — SSN04
long COVID — PAN08, PAN10
malattia sessualmente trasmissibile — PAN03
pandemic preparedness — SSN04, OHE01, PAN01, PAN02, PAN04, PAN09
piano pandemico — SSN04
SARS-CoV-2 — PAN08
Shigella — PAN03
sorveglianza — Art10, PAN01, PAN02, PAN03, PAN04
superbatteri — PAN03
tubercolosi — PAN05
varianti — PAN08
virus Andes — PAN06

7. L'ospedale che cambia [OSP]

accessi impropri — CSS09
divario Nord-Sud — SSN01, SSN02, OSP01, OSP02
DRG — OSP01, OSP02

edilizia ospedaliera — Art11
emergenza-urgenza — SAN13
integrazione ospedale-territorio — SAN13, OSP01, OSP05
mobilità sanitaria — Art01, SAN18, SSN07, OSP02
oncologia — SST01
ospedale — SST10, OSP01, OSP02, OSP03, OSP04, OSP05, TER06
percorso oncologico — SST01
posti letto — Art04, SAN02, OSP04, OSP05
pronto soccorso — Art04, CSS09, SAN13, SAN17, SST08, OSP05
registro tumori — SST01
ricovero fuori reparto — OSP05
SDO — OSP01, OSP02
sovraffollamento — OSP05
tasso di ospedalizzazione — OSP02

8. Medicina territoriale [TER]

accordo integrativo regionale — TER10
ACN — TER02, TER09
aderenza terapeutica — SSN05
AFT — CSS09, CSS13, TER03, TER10
alimentazione — OSP03
alimento ultra-processato — OSP03
assistenza domiciliare — SSN01, LTC02
atto medico — TER01
automedicazione — SST07
autonomia professionale — TER01
budget distrettuale — SAN01
case della comunità — Art03, Art04, Art07, Art11, CSS01, CSS03, CSS06, CSS07, CSS08, CSS09, CSS10, CSS11, CSS13, SSN08, SSN12, TER02, TER03, TER09, TER10
case della salute — CSS08
CdC — TER03
continuità assistenziale — TER10
convenzione riformata — CSS03, SAN01
COT — Art03, Art04
cronicità — Art02, Art11, CSS09, TER03, TER10
cure primarie — Art07, CSS08, CSS09, CSS10, CSS11, CSS13, SAN01, SSN08, SST11, SST12, SST13, TER01, TER02, TER08, TER10
debito organizzativo minimo — CSS09
deprescribing — LTC04
dipendenza selettiva — CSS03, SAN01, TER08
distretti — CSS04, SAN01
farmacia rurale — TER07
farmacie — SST07, TER07
hub e spoke — CSS09, TER03
malattie croniche — SST12, SST13, OSP03
medicina di gruppo — SSN08
medicina di prossimità — CSS15
medicina generale — SAN01, SSN08, TER01, TER02, TER03, TER05, TER08, TER09, TER10, LTC04
medico di famiglia — SST07
MMG — Art07, CSS03, CSS09, CSS13, SAN01, SAN08, SSN07, SSN08, TER01, TER02, TER03, TER05, TER08, TER09, TER10
multimorbidità — Art02, SSN07, LTC04

ospedali di comunità — Art03, Art04, Art11, CSS06, LTC04
PAI — CSS11
PDTA — CSS09, SAN01, SAN06
Piano Nazionale Cronicità — TER03
politerapia — LTC04
presa in carico — Art02, CSS04, CSS10, CSS11, SSN05
prevenzione — Art10, SAN05, SAN06, SAN07, SST15, PAN03, PAN06, PAN07, PAN08, OSP03
ruolo unico assistenza primaria — CSS03, TER03, TER08
screening — SAN07, SST01
Scuola specializzazione medicina generale — CSS03, SAN01, TER05, TER09
sigarette elettroniche — SST15
stili di vita — SAN02, SSN06, SST15, OSP03
stratificazione del rischio — Art03
tabacco — SST15
vaccinazioni — SAN02, SSN06, PAN09
équipe multiprofessionale — Art02, CSS03, CSS10, CSS11, CSS13, TER08

9. Nursing [NUR]

attrattività professione — CSS06, SAN15
care manager — CSS11
carenza infermieri — CSS06, SAN08, SAN15
competenze avanzate — CSS06
contratto comparto — CSS06, SAN17, SSN03
convenzionamento — SAN15
dotazione di personale — SSN03, SST10
FNOPI — SAN15
fuga dal SSN — SAN08
IFeC — Art01, SAN15
infermiere di famiglia — Art09, CSS08, CSS10, CSS11
infermieri — CSS06, SAN15, SAN17, SSN03
libera professione — SAN15
professioni sanitarie — SAN17

10. Sanità, sociale e Long Term Care [LTC]

active ageing — LTC03
adolescenti — SST02
ageism — LTC01
anziani — Art05, Art07, Art10, LTC01, LTC02, LTC03, LTC04
assegno unico — SAN16
assistente familiare — Art08
benessere soggettivo — LTC03
caregiver — Art05, LTC02
caregiver familiare — SAN16, LTC01
coprogettazione — CSS01
cure palliative — Art02, SST01
depressione — SAN07, TER04
dipendenza funzionale — Art05, LTC03
economia sociale — CSS02
enti locali — CSS04, CSS05
finanziamento welfare — Art06
fine vita — Art02

fragilità — OSP05, LTC01, LTC04
generazione sandwich — SAN16
indennità di accompagnamento — Art08, LTC02
infanzia — SST09
integrazione sociosanitaria — Art03, CSS01, CSS04, CSS10, CSS11
invecchiamento — Art06, LTC01
LTC — Art07, Art08, OSP04, TER06
medicina narrativa — Art02
medico di struttura — Art07
minori — SST02
non autosufficienza — Art05, Art07, Art08, CSS04, SSN01, SSN02, OSP04, TER06, LTC01, LTC02
parto cesareo — OSP01, OSP02
pensionamento — LTC03
prestazione universale — Art08, LTC02
PUA — CSS01, CSS11
qualità della vita — LTC03
riforma anziani — Art05, Art08, LTC02
RSA — Art07, OSP04, TER06, LTC02, LTC04
salute materno-infantile — SAN07, SST14
salute mentale — SAN07, SST02, SST10, OHE03, TER04
SNAA — Art08
spesa LTC — Art06, Art08
stigma — TER04
suicidio — SST02
SVAMA — Art05
terzo settore — CSS01, CSS02, CSS08
UVM — Art05
valutazione multidimensionale — Art05
volontariato — CSS07, CSS08
welfare familiare — LTC01

11. Digitalizzazione [DIG]

big data sanitari — SST16, SST17
digitalizzazione — SSN05, SST07, SST16, SST17
dispositivi medici — SSN11
divario digitale — SST08
European Health Data Space — SST16, SST17
FSE — Art03, CSS03, SAN07, SST16, SST17
governance dei dati — SST16, SST17
HL7 FHIR — SST17
HTA — SSN11, ECN04
IA — SAN09, SAN17, SST07
intelligenza artificiale — SAN17, SST07, TER07
interoperabilità — CSS03, SST16, SST17
machine learning — Art02
SNOMED-CT — SST17
social media — SST02
telemedicina — SST07, SST08, TER03, TER10
urgent care virtuale — SST08

12. Economia e sanità [ECN]

appalti pubblici — SSN11
attrattività SSN — SAN08, SAN12, SSN03, TER05, TER08, TER09
borsa di studio — TER05
bundled payment — ECN04
burnout — SSN05
burocrazia — SSN05
capitale umano — SAN08
carenza personale — SAN04, SAN08, SSN03, TER05, TER08
CCNL — SAN17
contratto medici — SAN12
costo del lavoro — SSN03
esclusività di rapporto — SAN12
farmaci innovativi — SST03
fisco — ECN01
formazione — SAN13, TER05, TER08, TER09
gettonisti — SAN08, SAN12
indennità di specificità — SAN17
intramoenia — SAN04
IRAP — ECN01
IRPEF — Art09, ECN01
leadership — CSS10, CSS13
odontoiatria — ECN02
previdenza — TER07
retribuzione — SSN03
riforma dei pagamenti — ECN04
riforma fiscale — ECN01
shared savings — ECN04
tempo clinico — SSN05
value-based procurement — SSN11

13. Diseguaglianze e Sanità USA [USA]

disuguaglianze — Art09, CSS05, CSS15, SAN11, SSN06, SST01, SST04, SST05, SST06, SST08, SST15, OHE02, OHE03, PAN10
equità — SAN06, SSN01, SSN02, SSN04, SST08, SST11
Medicaid — ECN04
Medicare — ECN04
povertà — Art09, CSS15
USA — SST02, SST03, SST08, ECN04

14. PNRR e implementazione [PNR]

Corte dei Conti — TER02
Missione 6 Salute — Art03, TER02
PNRR — Art04, Art11, CSS01, CSS06, TER02, TER09

15. Focus di attualità [ATT]

classe di priorità — SAN09
conflitto armato — SST14
crisi umanitaria — SST14
fondi sanitari integrativi — ECN02
Gaza — SST14

ISEE — Art08
legge bilancio — SAN17, SSN09, SSN12, LTC02
liste di attesa — Art01, SAN04, SAN09, SSN12, SST07, TER01
manovra 2027 — SSN12
piattaforma nazionale liste di attesa — SAN09
protezione assistenza sanitaria — SST14
RAO — SAN09
sanità integrativa — ECN02
tempi di attesa — SAN04, SAN09
Ucraina — SST14
welfare aziendale — Art09

16. Persone e attori (trasversale)

Africa CDC — PAN02, PAN09
ALTEMS — SAN10
ARAN — SAN17
CENSIS — LTC01
Comitato LEA — SAN06
Corte costituzionale — ECN01
CREA Sanità — Art01, SSN01, SSN02
Enpaf — TER07
ENPAPI — SAN15
EURISPES — Art09, SAN15
Eurostat — SSN10, OSP04
FIMMG — TER09
FNOMCeO — SAN04, TER05
GIMBE — SAN08
INPS — SAN16
IRPPS-CNR — LTC03
Mediobanca — TER06
MEFOP — ECN02
NICE — SST03
Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza — Art08, LTC02
PEPFAR — PAN07
Ragioneria generale dello Stato — SSN03
SISAC — TER02
società scientifiche — SAN13
TAR — SSN09, TER01
UNAIDS — PAN07
UNICEF — SST11
USAID — PAN07

17. Luoghi e ambiti territoriali (trasversale)

Afghanistan — SST14
Calabria — SAN03, SAN05, SAN06, SAN10, SSN07
Canada — ECN04
Francia — SST05
Germania — SST10
Italia — SST01, SST06, SST07, SST09, SST12, LTC01, LTC03
Lazio — TER01, TER10
Marche — Art01, Art04, Art11

Mezzogiorno — SSN06
Molise — SAN03
Piemonte — SAN09
Regno Unito — SST04, SST15
Toscana — SAN09
Tuvalu — OHE01
Valle d'Aosta — LTC04
Veneto — SAN05