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. 42 del 1.11.2026



A cura di Giorgio Banchieri, Luigi Bertinato, Antonio Giulio de Belvis, Maurizio Dal Maso, Nicoletta Dasso, Emanuele De Simone, Lidia Goldoni, Francesco Medici, Franco Pesaresi, Maria Piane, Mario Ronchetti, 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. Board Scientifico del Network Italia "Comunità, solitudini e salute", 2026

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.
Board Scientifico del Network Italia "Comunità, solitudini e salute", 2026

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. Board Scientifico del Network Italia "Comunità, solitudini e salute", 2026

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. Board Scientifico del Network Italia "Comunità, solitudini e salute", 2026

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. Board Scientifico del Network Italia "Comunità, solitudini e salute", 2026

Contatti.

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

Per chi è interessato a leggere i 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, numeri 1-30**
- **"ASIQUAS Review", numeri pregressi 1-41**

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. 42

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.
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. Seguono una riga con data, tipo, località, lingua 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.

Le parole chiave sono collegamenti interni al documento: ciascuna porta alla voce corrispondente dell’indice in coda al testo e, da quella voce, ogni identificativo riporta alla scheda che usa il termine.

I termini seguiti da un asterisco * sono nuovi rispetto al vocabolario di riferimento del progetto.

Sezione Art — Articoli scritti da soci ASIQUAS 8
Sezione CSS — Comunità, solitudini e salute 10
Sezione SAN — Scenari della sanità 13
Sezione SSN — Scenari del SSN 15
Sezione SST — Sostenibilità della sanità 30
Sezione OHE — One Health e clima 35
Sezione PAN — Pandemie in essere e in arrivo 36
Sezione OSP — L’ospedale che cambia 37
Sezione TER — Medicina territoriale 38
Sezione LTC — Sanità, sociale e Long Term Care 42
Sezione ECN — Economia e sanità 44
Sezione ATT — Focus di attualità 50
Indice per parole chiave 53

Sezione Art — Articoli scritti da soci ASIQUAS

Quattro contributi dei soci leggono il mese da angolature diverse ma convergenti: l'attuazione mancata, la misura sbagliata dei risultati, il valore delle cure e la governance. Pesaresi fa il conto della riforma per gli anziani (Art01): degli atti attuativi sull'invecchiamento attivo ne sono stati approvati solo cinque su dodici, con risorse sproporzionate rispetto alle platee, come il bonus veterinario da 725.000 euro per circa 2,2 milioni di anziani soli, e una sperimentazione di telemedicina domiciliare per 50.000-60.000 grandi anziani limitata a teleassistenza e telemonitoraggio.

Maffei contesta l'uso degli indicatori OCSE per sostenere che l'Italia abbia buoni esiti di salute (Art02), ricordando 1,19 milioni di persone con demenza il cui costo ricade per il 63% sulle famiglie e una salute mentale ferma al 3% del fondo sanitario; Banchieri e Vannucci chiedono di contrastare la medicalizzazione di solitudine e disuguaglianze con la prevenzione quaternaria, la deprescrizione e Choosing Wisely, a partire dalle stime OCSE secondo cui un quinto della spesa sanitaria produce benefici minimi (Art03). D'Innocenzo legge nella proroga dell'elenco nazionale dei direttori generali il rischio di un'idoneità quasi permanente, proprio quando il DM 77 ha cambiato le competenze richieste, e propone trasparenza sulle nomine e valutazione sugli esiti (Art04). Una voce della sezione è rinviata al numero 43, perché la fonte non si è lasciata leggere.

Art01 — Welforum.it — Invecchiamento attivo: solo 5 atti su 12 approvati [Franco Pesaresi]

Data: 6 ottobre 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: Pesaresi, active ageing, riforma anziani, anziani, CIPA*, Conferenza Unificata*, co-housing, telemedicina, telemonitoraggio, AGENAS, PNRR, terzo settore

https://www.welforum.it/invecchiamento-attivo/

- Il d.lgs. 29/2024 di riforma per gli anziani ha rinviato gran parte delle scelte sostanziali a 8 decreti sulla non autosufficienza e a 12 sull'invecchiamento attivo, quasi tutti attesi entro la seconda metà del 2024, ma a oltre due anni di distanza ne risultano approvati soltanto 5.
- Il bonus veterinario per gli anziani soli (art. 13, comma 3), adottato con DM 30 aprile 2025 anziché entro il 30 marzo 2024, dispone di 725.000 euro per il triennio 2024-2026 per una platea stimata di circa 2,2 milioni di persone con ISEE inferiore a 16.215 euro.
- La donazione di farmaci veterinari (art. 13, comma 5), regolata nei tempi con il DM 16 settembre 2024, ha un costo pubblico quasi nullo, ma impone agli enti del Terzo settore requisiti organizzativi onerosi che escludono di fatto le piccole realtà di volontariato.
- Per l'attività fisica e sportiva (art. 12, comma 3) il DM 4 luglio 2025 ha prodotto l'avviso «Progetto Circolo 65» del 29 luglio 2026, gestito da Sport e Salute, con 500.000 euro nel triennio e fino a 23.800 euro per un progetto per Regione rivolto alle persone fra 65 e 99 anni.
- La telemedicina domiciliare per i grandi anziani (art. 9, comma 2), avviata con il DM 7 ottobre 2025, ha portato a un bando AGENAS con 58 progetti selezionati (32 al Nord, 13 al Centro, 13 al Sud) e a una sperimentazione di 18 mesi da ottobre 2026, finanziata con 150 milioni del PNRR.
- Il costo standard della sperimentazione è di 2.458 euro per persona presa in carico, per circa 50.000-60.000 beneficiari con priorità agli over 80, ma sono previste soltanto teleassistenza e telemonitoraggio, mentre le linee guida sul senior cohousing e sul cohousing intergenerazionale, approvate dal CIPA il 2 ottobre 2026, non erano ancora pubblicate.
- Restano inattuati il Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, che il CIPA annuncia entro fine 2026 previa intesa in Conferenza Unificata, le linee sull'accessibilità dei servizi, i livelli del trasporto pubblico locale, il turismo lento, le prescrizioni edilizie e i progetti pilota di coabitazione e l'alfabetizzazione digitale.
- Per l'autore il ritardo dipende dal metodo del rinvio sistematico e le risorse sono sproporzionate rispetto alle platee, tanto che il bonus veterinario vale circa 11 centesimi l'anno a persona, mentre nessuna misura finanziata ha un orizzonte oltre la fase sperimentale.

Art02 — Quotidiano sanità — Basta con l'uso dei dati Ocse come foglia di fico per nascondere le sofferenze degli italiani [Claudio Maria Maffei]

Data: 14 ottobre 2026 | Tipo: lettera | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: Maffei, OCSE, aspettativa di vita, mortalità evitabile, Nuovo Sistema di Garanzia, LEA, demenza, salute mentale, neuropsichiatria infantile*, disabilità, cure palliative, Marche

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/basta-con-luso-dei-dati-ocse-come-foglia-di-fico-per-nascondere-le-sofferenze-degli-italiani/

- L'autore contesta al senatore Zaffini, presidente della Commissione Sanità del Senato, l'uso dei dati OCSE su aspettativa di vita, mortalità evitabile e ricoveri evitabili per sostenere che i risultati di salute dell'Italia siano buoni, perché quegli indicatori nascondono la crisi del SSN e le sofferenze nelle aree che non misurano.
- Sulle demenze la lettera ricorda che in Italia vivono con questa condizione circa 1,19 milioni di persone sopra i 65 anni, con un costo annuo di 23,5 miliardi di euro sostenuto per il 63% dalle famiglie, e che l'Italia è ventiduesima per accessibilità economica nello European Dementia Monitor 2023.
- Nelle Marche, citate come esempio di carenza dei servizi, risultano 1.668 persone in lista di attesa per un posto residenziale dedicato alle demenze, segno di una rete di offerta molto inferiore al bisogno espresso dalle famiglie.
- Alla salute mentale degli adulti va circa il 3% del fondo sanitario nazionale, il valore più basso del G7, con un ammanco di oltre 2 miliardi rispetto alla soglia del 5% e una spesa pro capite di 69,8 euro contro i 510 della Francia, i 499 della Germania e i 344 del Regno Unito.
- La neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza segue oltre 600.000 utenti con 1.485 medici, contro i 5.000 della psichiatria adulti, e dispone di 403 posti letto (4 ogni 100.000 minori) contro i 3.786 degli adulti (9,3 ogni 100.000 abitanti adulti).
- Nelle Marche i minori con disabilità in attesa di supporto per l'inserimento scolastico sono scesi da 1.911 nel 2024 a 1.502 nel 2026, ma l'attesa può ancora costare un intero anno di scuola, mentre nelle strutture residenziali psichiatriche le degenze superano spesso i tempi raccomandati con rischio di nuova istituzionalizzazione.
- Restano poco visibili sia negli indicatori OCSE sia nel Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA anche l'assistenza domiciliare e residenziale agli anziani, le cure palliative, i consultori familiari, i servizi per le dipendenze e il sostegno alla disabilità grave, che per l'autore sono il vero banco di prova del servizio pubblico.

Art03 — Quotidiano sanità — Medicalizzazione, appropriatezza e sostenibilità del Ssn [Giorgio Banchieri e Andrea Vannucci]

Data: 16 ottobre 2026 | Tipo: lettera | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: Banchieri, Vannucci, medicalizzazione*, appropriatezza, sostenibilità, sprechi, disease mongering*, prevenzione quaternaria*, deprescribing, solitudine, GIMBE, Choosing Wisely*

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/medicalizzazione-appropriatezza-e-sostenibilita-del-ssn/

- Gli autori, Giorgio Banchieri segretario nazionale ASIQUAS e docente alla Sapienza e Andrea Vannucci direttore sanitario della Fondazione Italiana Leniterapia di Firenze, sostengono che la sostenibilità del SSN e dei sistemi regionali dipende anche dall'appropriatezza prescrittiva e dal contrasto alla medicalizzazione delle fragilità sociali.
- Solitudine e disuguaglianze vengono sempre più trattate come problemi medici individuali e lette, scrivono gli autori, come «enormi opportunità di mercato per medicalizzare milioni di persone che ne soffrono», con rischi per l'equità e per la tenuta economica del servizio pubblico.
- Il quadro teorico richiama Ivan Illich sulla medicina industrializzata che sottrae alle persone la capacità di affrontare la vita, Zygmunt Bauman sulla solitudine strutturale alimentata dal consumo e Byung-Chul Han sulla «società della stanchezza» che trasforma il fallimento in colpa individuale.

- Fra i meccanismi descritti compaiono la riclassificazione dei problemi sociali come patologie, il disease mongering analizzato da Ray Moynihan con soglie diagnostiche allargate e fattori di rischio presentati come malattie, le campagne di sensibilizzazione, le associazioni di pazienti e la formazione ECM sponsorizzata.
- I segmenti di mercato interessati sono gli psicofarmaci, la cosiddetta economia della solitudine, i prodotti per il benessere e la cura di sé e i dispositivi di sorveglianza della silver economy rivolti agli anziani e alle loro famiglie.
- Sul fronte dei costi gli autori citano lo studio JAMA del 2019 di Shrank, Rogstad e Parekh, che stima negli Stati Uniti sprechi annui fra 760 e 935 miliardi di dollari, e il quarto rapporto GIMBE, con circa 21,5 miliardi di sprechi diretti in Italia, di cui 6,45 miliardi da sovrautilizzo inappropriato.
- Secondo l'OCSE circa il 20% della spesa sanitaria produce benefici minimi o nulli e il taglio delle prestazioni a basso valore potrebbe far risparmiare fino a 1,2 punti di PIL, mentre una stima Deloitte del 2024 indica per il Regno Unito fino a 8 sterline di ritorno per ogni sterlina investita in prevenzione.
- Le proposte puntano sulla prevenzione quaternaria introdotta da Marc Jamoulle nel 1986, su deprescrizione, vigile attesa, revisione degli screening di massa e riduzione della sovradiagnosi, con il sostegno di Slow Medicine e di Choosing Wisely e con il coinvolgimento di comunità, volontariato e famiglie.

Art04 — Quotidiano sanità — Direttori generali, una proroga che interroga il modello di governance e rischia di rinviare l'innovazione [Marinella D'Innocenzo]

Data: 2 ottobre 2026 | Tipo: lettera | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: direttori generali, albo nazionale degli idonei*, governance sanitaria, management sanitario, leadership, Ministero della Salute, DM 77, integrazione sociosanitaria, indicatori, trasparenza*

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/direttori-generali-una-proroga-che-interroga-il-modello-di-governance-e-rischia-di-rinviare-linnovazione/

- L'autrice, già direttore generale di aziende sanitarie e presidente dell'associazione «L'AltraSanità», commenta la conversione in legge con voto di fiducia del DL 7 agosto 2026 n. 144, soffermandosi sul comma 10-bis dell'articolo 4 dedicato ai direttori generali.
- Il comma proroga la validità dell'iscrizione all'elenco nazionale degli idonei alla nomina di direttore generale di ASL, aziende ospedaliere e altri enti del SSN, pubblicato dal Ministero della Salute il 16 dicembre 2022, fino al nuovo elenco e comunque non oltre il 31 dicembre 2027.
- Secondo l'autrice la proroga sospende il ciclo previsto dal d.lgs. 171/2016, fatto di selezione nazionale, verifica dei titoli e aggiornamento biennale, con il rischio che l'idoneità diventi un'abilitazione quasi permanente e che il sistema premi la continuità anziché il cambiamento.
- Tra il 2022 e il 2027 le competenze richieste ai direttori sono mutate profondamente, perché il DM 77/2022 ha portato al centro la sanità territoriale, le Case della Comunità, la telemedicina, la cronicità, la non autosufficienza, l'integrazione sociosanitaria e la carenza di personale.
- La scelta dei direttori resta alle Regioni, che però dovrebbero rendere pubblici il profilo richiesto, le priorità dell'azienda, i criteri di confronto fra i candidati, le motivazioni della nomina, gli obiettivi del mandato e i risultati conseguiti, perché la sostenibilità va misurata anche in salute, qualità ed equità.
- Per accompagnare la proroga l'autrice propone un termine perentorio con cronoprogramma pubblico per il nuovo elenco, una relazione ministeriale sui ritardi, criteri di valutazione aggiornati, formazione continua certificata e una valutazione dei direttori basata su indicatori pubblici come tempi di attesa, domiciliarità, sicurezza delle cure ed equità di accesso.

Sezione CSS — Comunità, solitudini e salute

Le Case della Comunità restano il banco di prova dell'integrazione: delle 1.715 programmate, 781 hanno almeno un servizio attivo e solo 334 offrono supporto per la salute mentale, mentre la Società italiana di psichiatria chiede di collegarle in rete con i circa 1.200 Centri di salute mentale e di dare

voce a pazienti e famiglie (CSS01). Il presidente della FNOMCeO avverte che senza personale le Case rischiano di diventare «guardie mediche di lusso» e che la sanità può tornare a prima del 1978, con chi non può pagare costretto a rinunciare alle cure (CSS02).

Sul versante della vulnerabilità, Emergency e lo Spallanzani aprono a Roma un ambulatorio di medicina di prossimità con mediazione culturale e percorsi integrati nei due sensi, per accompagnare nel Servizio sanitario nazionale le persone che incontrano barriere linguistiche, amministrative e sociali (CSS03). Due voci della sezione sono rinviate al numero 43, perché le fonti non si sono lasciate leggere o richiedono il PDF.

CSS01 — Quotidiano sanità — Salute mentale. Supporto dedicato solo in 4 Case di Comunità su 10. Sip: "Più integrazione con i Dsm e più voce a pazienti e famiglie"

Data: 6 ottobre 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: salute mentale, case della comunità, DSM, PANSM, AGENAS, società scientifiche, équipe multiprofessionale, integrazione sociosanitaria, partecipazione, esperienza vissuta*, legge 180*, OMS

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/salute-mentale-supporto-dedicato-solo-in-4-case-di-comunit-su-10-sip-pi-integrazione-con-i-dsm-e-pi-voce-a-pazienti-e-famiglie/

- Delle 1.715 Case della Comunità programmate, 781 hanno almeno un servizio attivo e soltanto 334 di queste, pari al 42,8%, offrono servizi di supporto per la salute mentale, mentre appena 66 risultano pienamente operative secondo gli standard del rapporto AGENAS 2026.
- Fra le 781 strutture con servizi attivi, 544 dichiarano di aver avviato forme di partecipazione dei cittadini e di coinvolgimento nella costruzione dei servizi, un dato che l'articolo riporta senza indicare chi abbia svolto la rilevazione.
- Nel 2024 i Dipartimenti di salute mentale hanno assistito quasi 850.000 persone, con circa 275.000 nuovi ingressi e circa 260.000 primi contatti assoluti, erogando oltre 10 milioni di prestazioni (13,6 per utente), per l'81,7% nelle sedi dei servizi e solo per l'8,3% a domicilio.
- In Italia operano circa 1.200 Centri di salute mentale e, quando tutte le Case della Comunità saranno attive, il rapporto sarà di circa un centro ogni 1,4 Case, condizione che rende possibile una rete stabile fra i due livelli di assistenza.
- La Società Italiana di Psichiatria chiede di non creare servizi separati ma di collegare Case della Comunità, Centri di salute mentale, cure primarie, consultori familiari e servizi sociali con équipe multiprofessionali e percorsi che garantiscano continuità, invii appropriati e presa in carico.
- Il co-presidente Guido Di Sciascio, direttore del DSM dell'ASL di Bari, ha richiamato la legge 180 del 1978 e le risorse del Piano di azione nazionale per la salute mentale: 80 milioni nel 2026, 85 nel 2027, 90 nel 2028 e 30 milioni annui dal 2029, di cui 30 vincolati ad assunzioni stabili.
- L'altro co-presidente Antonio Vita, ordinario di Psichiatria a Brescia, ha chiesto di coinvolgere davvero pazienti e famiglie nella progettazione e valutazione dei percorsi, in linea con il tema OMS 2026 «Lived experiences heard: real voices, real change» per la Giornata mondiale della salute mentale del 10 ottobre.

CSS02 — Quotidiano sanità — "La sanità rischia di tornare a prima del 1978. Senza personale le Case di comunità saranno solo guardie mediche di lusso". Intervista ad Anelli (Fnomceo) [Luciano Fassari]

Data: 9 ottobre 2026 | Tipo: intervista | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: FNOMCeO, case della comunità, carenza personale, DM 70, DM 77, FSN, legge bilancio, autonomia professionale, burocrazia, universalismo, rinuncia alle cure, Piano sanitario nazionale*

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/la-sanit-rischia-di-tornare-a-prima-del-1978-senza-personale-le-case-di-comunit-saranno-solo-guardie-mediche-di-lusso-intervista-ad-anelli-fnomceo/

- Il presidente della FNOMCeO Filippo Anelli riconosce che terapie geniche, chirurgia robotica, telemedicina e intelligenza artificiale offrono alla professione strumenti senza precedenti, ma ritiene che il problema stia nelle condizioni di lavoro e nel fatto che la politica non abbia ancora deciso quale SSN garantire.
- Anelli teme un ritorno a una sanità precedente alla riforma del 1978, in cui chi non può pagare rinuncia alle cure o si rivolge al privato, e avverte che le nuove terapie per Alzheimer, diabete e obesità rischiano di restare accessibili soltanto a chi può permettersele.
- Sulla legge di bilancio il presidente non vede una scelta chiara di sviluppo del servizio pubblico e segnala il divario crescente fra la spesa che le Regioni devono sostenere e le risorse del Fondo sanitario nazionale, stimato dalle Regioni in circa 11 miliardi di euro.
- Oltre alle retribuzioni, Anelli denuncia la burocratizzazione e la perdita di autonomia clinica, chiede un governo clinico fondato su evidenze e bisogni di salute e indica nel nuovo Piano sanitario nazionale lo strumento per fissare priorità basate sui dati epidemiologici.
- La FNOMCeO chiede dal 2021 un piano straordinario per le professioni, con assunzioni, programmazione del fabbisogno per ciascuna professione e migliori condizioni di lavoro, mentre il DM 70 è giudicato datato e il DM 77 troppo generico sulla presenza dei professionisti, con la delega per modificarli ferma in Parlamento.
- Senza personale adeguato le Case di comunità rischiano di diventare «guardie mediche di lusso», e le tensioni fra medici, infermieri, fisioterapisti e farmacisti derivano dalla mancanza di governo delle professioni, tanto che la Consulta delle professioni sanitarie, istituita da quattro anni, non si sarebbe mai riunita.

CSS03 — Sanità Informazione — Vulnerabilità. Allo Spallanzani di Roma apre l'ambulatorio di Emergency per garantire cure e aiuto

Data: 13 ottobre 2026 | Tipo: articolo | Località: Lazio | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: medicina di prossimità, accesso cure, equità in salute, terzo settore, IRCCS, Emergency*, Spallanzani*, mediazione culturale*, malattie infettive*, screening, Lazio

https://www.sanitainformazione.it/vulnerabilita-allo-spallanzani-di-roma-apre-lambulatorio-di-emergency-per-garantire-cure-e-aiuto/

- Emergency e l'Istituto nazionale per le malattie infettive «Lazzaro Spallanzani» IRCCS di Roma hanno firmato un protocollo d'intesa per aprire un ambulatorio di medicina di prossimità dedicato alle fasce vulnerabili della popolazione e all'individuazione e presa in carico delle patologie infettive.
- Il protocollo crea percorsi integrati nei due sensi: Emergency può indirizzare alle strutture specialistiche dello Spallanzani le persone con sospette infezioni, mentre l'istituto può inviare all'ambulatorio i pazienti con bisogni clinici, sociali o amministrativi che ostacolano l'accesso alle cure.
- L'ambulatorio offre medicina generale, assistenza infermieristica, educazione sanitaria, orientamento ai servizi sociosanitari del territorio e mediazione culturale per chi incontra barriere linguistiche, amministrative e sociali, con un'équipe composta da medici, infermieri e mediatori culturali.
- L'obiettivo dichiarato è accompagnare i pazienti nell'inserimento nel Servizio sanitario nazionale, promuovendo autonomia, consapevolezza dei propri diritti e continuità di cura, con un'attenzione particolare alla prevenzione, allo screening e alla cura delle malattie infettive.
- La struttura si trova in via Portuense 292, all'interno dello Spallanzani, ed è aperta dal lunedì al giovedì dalle 9 alle 13 e dalle 13.30 alle 17.30 e il venerdì dalle 9 alle 15.
- Michele Iacoviello, responsabile dei nuovi progetti di Emergency Italia, definisce l'apertura un modo per intercettare le situazioni di fragilità, mentre la direttrice generale Cristina Matranga la inserisce in un percorso di partnership con il Terzo settore per fare dell'istituto un luogo aperto alla comunità.

Sezione SAN — Scenari della sanità

La demografia domina la sezione. Nel 2025 i nati sono 355.772, il 38,3% in meno del 2008, e la fecondità tocca il minimo storico di 1,14 figli per donna, con la Sardegna a 0,85, le nascite fuori dal matrimonio al 44,1% e le donne senza figli salite al 23% nella generazione del 1976 (SAN01, SAN04). Secondo Welfare propone di cambiare sguardo: uno studio su Nature indica che un benessere pro capite massimo è compatibile con circa 1,5 figli per donna, ma l'Italia ne è lontana per occupazione femminile, istruzione e produttività, e il progetto Age-It invita a ragionare in termini di giustizia riproduttiva più che di bonus (SAN03).

La salute orale entra nel quadro dei determinanti sociali: in Europa solo un terzo della spesa odontoiatrica è pubblica, la rinuncia per motivi economici diventa razionamento in base alla capacità di pagare e la copertura LEA resta limitata, per cui l'autrice chiede di superare l'«eccezionalismo dentale» (SAN02). Sei voci della sezione sono rinviate al numero 43, in attesa dei PDF di Il Sole 24 Ore o perché la fonte non si è lasciata leggere.

SAN01 — ISTAT — Continuano a diminuire le nascite e il numero medio di figli per donna

Data: 21 ottobre 2026 | Tipo: rapporto | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: ISTAT, denatalità, fecondità, demografia, indicatori demografici, percorsi di vita generazionali, età media al parto*, nascite fuori dal matrimonio*, genitori stranieri*, titolo di studio*, Mezzogiorno

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/10/natalita-e-fecondita-popolazione-residente-2025.pdf

- La statistica report «Natalità e fecondità della popolazione residente, anno 2025» registra 355.772 nati, sei ogni mille abitanti, con un calo del 3,8% sul 2024 e del 38,3% rispetto al massimo di oltre 576.000 nati del 2008, e stima per gennaio-luglio 2026 ulteriori 196.864 nascite, in calo dell'1,1%.
- Secondo l'ISTAT la diminuzione dipende in parte dalla riduzione dei potenziali genitori: le donne fra 30 e 40 anni, che concentrano oltre il 65% delle nascite, sono nate fra il 1985 e il 1995, quando la fecondità scese da 1,45 a 1,19, ma pesa anche la minore propensione ad avere figli.
- I nati da genitori entrambi italiani, 275.330 pari al 77,4% del totale, calano del 4,8% sul 2024 e del 42,6% sul 2008, quelli da genitori entrambi stranieri scendono a 49.002 (meno 3,1%), mentre i nati da coppie miste salgono a 31.440 (più 4,2%), soprattutto quando è il padre a essere straniero.
- Calano sia i primi figli (174.842, meno 3,7%) sia i secondi (127.479, meno 4,8%) e i successivi (53.451, meno 2,1%), con flessioni più intense nel Mezzogiorno, e l'istituto collega le difficoltà ad allungamento degli studi, precarietà del lavoro giovanile, accesso alla casa e conciliazione fra lavoro e famiglia.
- Le nascite fuori dal matrimonio sono 156.874, pari al 44,1% del totale (più 24,4 punti rispetto al 2008), con il Centro che per la prima volta arriva al 50,1%, la Sardegna al 59,4% e il Lazio al 51,7%, e una quota del 62,4% fra le madri fino a 24 anni.
- Il numero medio di figli per donna scende a 1,14, nuovo minimo storico sotto l'1,19 del 1995, con 1,07 per le italiane e 1,74 per le straniere, il Centro fermo a 1,07, la Sardegna a 0,85 e la Provincia di Bolzano a 1,54, mentre l'età media al primo figlio raggiunge per la prima volta i 32 anni.
- L'analisi per generazioni mostra una discendenza finale passata da 2,01 figli per le donne nate nel 1947 a 1,44 per quelle nate nel 1976, con le donne senza figli salite da una su dieci al 23% e il divario fra Mezzogiorno e Nord ridotto da 0,67 a 0,14 figli.
- Per titolo di studio, con dati disponibili dal 2023, le laureate hanno 1,09 figli e partoriscono in media a 34,9 anni, le diplomate 1,06 a 32,5 anni e le donne con licenza media 1,58 a 29,7 anni, mentre il 7,3% dei nati del 2025 ha ricevuto il doppio cognome.

SAN02 — Salute Internazionale — Salute orale e determinanti sociali [Patrizia Di Caccamo]

Data: 21 ottobre 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia, Europa | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: odontoiatria, salute orale*, determinanti sociali, equità in salute, disuguaglianze, LEA, spesa out-of-pocket, rinuncia alle cure, cure primarie, sorveglianza, Consiglio Superiore di Sanità*

https://www.saluteinternazionale.info/2026/10/salute-orale-quando-la-differenza-diventa-esclusione/

- L'autrice, vicepresidente della Cooperazione Odontoiatrica Internazionale, osserva che l'odontoiatria tratta questioni di salute ma è organizzata, formata e finanziata separatamente dal resto della sanità, e propone di superare il cosiddetto «dental exceptionalism» descritto da Simon a favore di un approccio che consideri la salute orale parte essenziale della salute.
- Le malattie orali sono riconosciute come una sfida di sanità pubblica globale, secondo Peres e colleghi su The Lancet nel 2019, mentre Benzian e colleghi già nel 2011 analizzavano le ragioni della loro scarsa priorità nelle politiche sanitarie mondiali.
- Il testo richiama le associazioni documentate fra salute orale e diabete, malattie cardiovascolari e respiratorie croniche, artrite reumatoide, obesità, malattia renale cronica, declino cognitivo e demenza ed esiti avversi della gravidanza come il parto pretermine, a sostegno dell'integrazione nelle cure primarie promossa anche dalla WONCA.
- In Europa le cure odontoiatriche godono di una protezione finanziaria minore, con in media solo circa un terzo della spesa a carico pubblico, così che la rinuncia per motivi economici diventa una forma di razionamento basato sulla capacità di pagare e non una libera scelta.
- Riprendendo Watt, l'autrice critica l'enfasi sulla responsabilità individuale per igiene, alimentazione e fumo e sostiene che reddito, istruzione, lavoro, abitazione e accesso ai servizi generano le disuguaglianze, chiedendo di passare dalla colpevolizzazione delle vittime all'azione sui determinanti a monte.
- In Italia l'odontoiatria ha nei LEA una copertura limitata a condizioni e categorie specifiche, e l'analisi di Benedetti e colleghi individua assenza di leadership e coordinamento, frammentazione, prevalenza del privato, approccio curativo più che preventivo e mancanza di una sorveglianza epidemiologica sistematica.
- L'articolo ricorda il documento del Consiglio Superiore di Sanità del 2023 sulla revisione dell'accesso alle cure odontoiatriche nel SSN e il Programma nazionale Equità nella salute 2021-2027, e conclude che, se la salute è un diritto, l'accesso alle cure orali non può dipendere soprattutto dalla capacità di pagare.

SAN03 — Percorso di secondo welfare — Nascite in Italia: tra dati catastrofici e demografia positiva [Paolo Riva]

Data: 21 ottobre 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: denatalità, fecondità, demografia, ISTAT, previdenza, capitale umano, produttività*, demografia positiva*, giustizia riproduttiva*, politiche pronataliste*, Age-It*

https://www.secondowelfare.it/primo-welfare/dati-istat-nascite-natalita-fecondita-demografia-positiva/

- L'articolo, uscito il giorno dei dati ISTAT sul 2025 (355.772 nati, meno 3,8%, fecondità a 1,14 ed età media al parto a 32,7 anni), si chiede se esista un modo diverso di guardare alla denatalità e se una bassa fecondità possa perfino rivelarsi positiva per il benessere economico e sociale.
- Lo spunto viene da uno studio pubblicato su Nature ad aprile da Guillaume Marois e Wolfgang Lutz, secondo cui nei Paesi ad alto reddito il livello di fecondità che massimizza il benessere materiale pro capite è spesso intorno a 1,5 figli per donna o anche meno, e non la soglia di sostituzione di 2,1.
- Per i due autori conta più la struttura della popolazione che la sua dimensione, in particolare l'equilibrio fra chi produce reddito e chi ne dipende e il livello di istruzione, e i governi dovrebbero adeguare i sistemi previdenziali e investire in istruzione e produttività invece di inseguire obiettivi arbitrari di natalità.

- L'Italia è però lontana da quello scenario sia nei numeri, con una fecondità ferma a 1,14 e stimata a 1,13 per gennaio-luglio 2026, sia nelle condizioni, come spiega Ylenia Brilli di Ca' Foscari citando la bassa occupazione di donne e NEET, il peso della spesa pensionistica e quello crescente della long-term care.
- Brilli ricorda inoltre che la spesa italiana per l'istruzione è fra le più basse d'Europa e che la produttività stagna da due decenni, due problemi legati attraverso il capitale umano, e che circa 2 milioni di italiani hanno dichiarato all'ISTAT di non aver avuto figli per ragioni economiche.
- Il demografo Daniele Vignoli dell'Università di Firenze, coordinatore del progetto Age-It, propone di leggere le nascite in termini di giustizia riproduttiva, cioè di divario fra figli desiderati e realizzati, e di abbandonare il mito pronatalista dei bonus a favore di lavoro e redditi dignitosi per entrambi i partner.
- Vignoli suggerisce di mantenere invariati gli investimenti per i giovani anche se calano di numero e richiama l'e-book «Age-It e la promessa di una demografia positiva», realizzato con Neodemos, che invita a passare dall'allarme alla comprensione e all'azione perché il cambiamento demografico è un ambito di azione politica.

SAN04 — Quotidiano sanità — L'inverno demografico non si ferma. In Italia sempre meno bambini: nel 2025 appena 355mila nascite. E il 2026 va ancora peggio. I dati Istat [L.F.]

Data: 21 ottobre 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: ISTAT, denatalità, fecondità, demografia, indicatori demografici, percorsi di vita generazionali, inverno demografico*, età media al parto*, nascite fuori dal matrimonio*, Sardegna*, Mezzogiorno

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/l-inverno-demografico-non-si-ferma-in-italia-sempre-meno-bambini-nel-2025-appena-355mila-nascite-e-il-2026-va-ancora-peggio-i-dati-istat/

- L'articolo riprende il rapporto ISTAT «Natalità e fecondità della popolazione residente, anno 2025», secondo cui nel 2025 i nati sono stati 355.772, il 3,8% in meno del 2024, con un tasso di natalità sceso a 6 per mille abitanti contro il 9,7 del 2008.
- Rispetto ai 576.659 nati del 2008 il calo è del 38,3%, pari a oltre 220.000 nascite in meno all'anno, e i dati provvisori di gennaio-luglio 2026 indicano 196.864 nati, circa 2.000 in meno dello stesso periodo del 2025, con una fecondità stimata a 1,13.
- La fecondità del 2025 tocca il nuovo minimo storico di 1,14 figli per donna, lontano dalla soglia di ricambio di 2,1 e dal picco di 1,44 del triennio 2008-2010, con 1,07 figli per le donne italiane e 1,74 per le straniere.
- L'età media al parto sale a 32,7 anni e quella al primo figlio a 32 anni, contro i 28,1 del 1995, mentre per titolo di studio le laureate hanno 1,09 figli a 34,9 anni, le diplomate 1,06 e le donne con licenza media 1,58 figli a 29,7 anni.
- Nella lettura per generazioni le donne nate nel 1947 hanno avuto in media 2,01 figli e una su dieci è rimasta senza figli, mentre per quelle nate nel 1976 la discendenza finale scende a 1,44 e le donne senza figli salgono al 23%.
- Sul piano territoriale la Sardegna è l'unica regione sotto l'unità con 0,85 figli per donna, la Provincia di Bolzano ha il valore più alto con 1,54, e le nascite fuori dal matrimonio arrivano al 44,1% del totale, superando per la prima volta la metà nel Centro (50,1%).

Sezione SSN — Scenari del SSN

Il mese è segnato dal 9° Rapporto GIMBE (SSN01, SSN05): dal 2022 al 2026 il Fondo sanitario cresce di 17,5 miliardi ma scende dal 6,27% al 6,14% del PIL, con 18,8 miliardi di «tagli invisibili»; la spesa pubblica resta al 6,2% del PIL contro il 7,1% dell'OCSE, 42,4 miliardi sono pagati direttamente dalle famiglie e 5,8 milioni di persone hanno rinunciato a prestazioni. La Corte dei conti certifica bilanci regionali in rosso per 2,3 miliardi (SSN15), le Regioni e il Ministero preparano richieste per circa 6,5 miliardi aggiuntivi nel 2027 (SSN13), il ministro indica come priorità prevenzione, salute mentale e anziani e rilancia la sanità integrativa (SSN18), mentre Aliquò chiede di misurare la

sostenibilità sul valore di salute prodotto più che sui miliardi (SSN12). Il PD presenta una piattaforma che porta la spesa al 7-7,5% del PIL (SSN07), il Consiglio dei ministri approva le intese sull'autonomia differenziata con quattro Regioni (SSN09) e una lettera respinge la proposta del Mario Negri di centralizzare il governo del SSN (SSN16).

Sull'accesso, la Corte dei conti rileva che dei 3,71 miliardi destinati alle liste di attesa fra il 2022 e il 2028 ne sono stati spesi 1,58 senza risultati proporzionati (SSN10); il Ministero presenta un modello nazionale di stratificazione della popolazione su 194 condizioni e 20 aree, con la BPCO come primo caso d'uso sulle liste di attesa (SSN02, SSN03); i ticket superano i 3 miliardi con regole molto diverse fra Regioni (SSN11) e la spesa farmaceutica cresce del 7,6% nel primo trimestre, con gli acquisti diretti oltre il tetto di 1,35 miliardi (SSN17).

Sul personale, l'ANAAO registra nel 2025 il sorpasso delle dimissioni volontarie (3.767) sui pensionamenti (2.876), con il Mezzogiorno che perde medici (SSN04); l'ipotesi di contratto della dirigenza 2025-2027 porta lo stipendio tabellare a 240 euro mensili in più dal 2026 e tutele contro le aggressioni (SSN06), la delega sulle professioni limita la responsabilità penale alla colpa grave (SSN08), mentre le indagini sulla violenza agli operatori (SSN14), sulla mobilità interna negata (SSN20), sull'esodo letto con lo schema di Hirschman (SSN21) e sulla medicina difensiva (SSN19) descrivono un clima organizzativo difficile. Otto voci della sezione sono rinviate al numero 43, in attesa dei PDF di Il Sole 24 Ore o del testo corretto del decreto sui nuovi LEA.

SSN01 — GIMBE — 9° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale [Nino Cartabellotta e altri]

Data: 7 ottobre 2026 | Tipo: rapporto | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: GIMBE, FSN, definanziamento, quota PIL sanità, spesa out-of-pocket, rinuncia alle cure, LEA, Nuovo Sistema di Garanzia, mobilità sanitaria, carenza personale, Missione 6 Salute, privato accreditato

https://www.salviamo-ssn.it/9-rapporto

- Il rapporto, curato da Nino Cartabellotta, Marco Mosti, Roberto Luceri, Elena Cottafava e Tiziano Innocenti, è stato presentato il 7 ottobre 2026 alla Camera dei Deputati con le slide di Cartabellotta e conclude che il SSN garantisce ancora buoni risultati di salute, ma perde progressivamente la capacità di assicurare cure tempestive ed eque.
- Dal 2010 al 2026 il Fabbisogno sanitario nazionale è cresciuto di 37,5 miliardi nominali, ma a prezzi costanti 2010 il valore del 2026 è stimato in 105,2 miliardi, praticamente pari ai 105,4 del 2010, e se il rapporto con il PIL fosse rimasto al 6,27% del 2022 nel 2023-2026 sarebbero stati disponibili 18,8 miliardi in più.
- Il Documento programmatico di finanza pubblica 2026 prevede una spesa sanitaria al 6,3% del PIL nel 2027-2029, mentre il finanziamento scende dal 6,14% del 2026 al 5,78% del 2029, con un divario che secondo GIMBE ricadrà sui bilanci regionali, e nei criteri di riparto mortalità prematura e condizioni socio-economiche pesano appena lo 0,75% ciascuno.
- Nel 2025 la spesa sanitaria totale è stata di 190,1 miliardi, di cui 140,8 pubblici e 42,4 miliardi out-of-pocket, mentre nel 2024 oltre 5,8 milioni di persone (9,9%) hanno rinunciato a prestazioni, circa 4 milioni per le attese e 3,1 milioni per motivi economici.
- La spesa pubblica italiana è pari al 6,2% del PIL contro il 7,1% della media OCSE, con 3.952 dollari pro capite a parità di potere d'acquisto, 909 in meno della media OCSE, collocando l'Italia all'ultimo posto nel G7.
- I due provvedimenti di aggiornamento dei LEA, con maggiori oneri per 149,5 milioni annui, sono usciti in Gazzetta Ufficiale il 30 settembre 2026 ed entrano in vigore il 30 ottobre, mentre nel Nuovo Sistema di Garanzia 2024 risultano inadempienti Calabria, Provincia di Bolzano e Sicilia e la mobilità sanitaria del 2023 tocca il massimo di 5,153 miliardi.
- L'Italia ha 5,8 medici per mille abitanti contro 4 della media OCSE, ma soltanto 6,9 infermieri contro 9,7, e fra il 2019 e il 2024 i medici di medicina generale sono calati di 5.197 unità, con una carenza stimata di 5.716 medici di famiglia e 497 pediatri di libera scelta.

- La quota di spesa pubblica destinata al personale è scesa dal 39,7% del 2012 al 36,9% del 2025, con una minore spesa cumulata di 36,8 miliardi, mentre secondo ANAC i contratti di fornitura di personale hanno raggiunto nel 2025 i 568 milioni, in crescita del 15%.
- La Missione 6 Salute del PNRR vale 15,63 miliardi e ha visto ridurre i target a 1.038 Case della Comunità, 480 COT e 307 Ospedali di Comunità; al 30 settembre 2026 i dieci obiettivi dell'ultima rata risultano rendicontati, ma diversi requisiti non sono verificabili in modo indipendente per mancanza di dati pubblici.
- Nel 2023 il 58% delle 29.386 strutture sanitarie era privato accreditato, la spesa out-of-pocket presso il privato non accreditato è salita da 3,05 a 8,2 miliardi fra 2016 e 2024, e il Piano di rilancio propone 16 linee di intervento, dalla salute in tutte le politiche alla partecipazione civica, che nel 2027 guideranno la valutazione dei programmi elettorali.

SSN02 — Quotidiano sanità — Sanità, dal dato alla programmazione: il Ministero punta sul modello nazionale dei bisogni. Prime applicazioni sulle liste d'attesa

Data: 30 settembre 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: Ministero della Salute, programmazione sanitaria, stratificazione del rischio, modello predittivo, DM 77, LEA, PDTA, liste di attesa, piattaforma nazionale liste di attesa, AGENAS, fascicolo sanitario elettronico, NSIS*

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/sanita-dal-dato-alla-programmazione-il-ministero-punta-sul-modello-nazionale-dei-bisogni-prime-applicazioni-sulle-liste-dattesa/

- Il Ministero della Salute sta costruendo un modello nazionale di classificazione e stratificazione della popolazione, presentato all'evento «Dai Dati alle Decisioni. Costruire oggi la sanità di domani», per programmare servizi, personale, strutture e risorse sui bisogni attesi anziché sul consumo storico e sulla spesa pregressa.
- Francesco Saverio Mennini, capo del Dipartimento della programmazione, ha spiegato che il modello serve a valutare i bisogni reali, fissare priorità, migliorare i percorsi e monitorare i risultati a sostegno del Piano sanitario nazionale, mentre il capo di gabinetto Marco Mattei ha chiesto di mettere a frutto la lezione del PNRR.
- Il nucleo informativo è l'integrazione a livello individuale dei flussi del Nuovo sistema informativo sanitario, che dovrà essere ampliata con un decreto di interconnessione esteso e poi con il fascicolo sanitario elettronico, i registri, le covariate sociali e cliniche e altre fonti esterne.
- La classificazione comprende 194 livelli di patologia o condizione raggruppati in 20 aree, con copertura completa delle condizioni croniche e invalidanti riconosciute nei LEA, e la popolazione viene suddivisa in sei gruppi di complessità crescente secondo la matrice del DM 77/2022, con un punteggio predittivo di esiti e costi.
- Il modello permette di simulare l'impatto dell'aderenza ai PDTA, dell'introduzione di nuovi farmaci, dei programmi di prevenzione e di shock esterni, e di dimensionare servizi come Case e Ospedali di comunità, individuando disallineamenti fra bisogni e offerta, mancati accessi e usi inappropriati.
- La prima applicazione riguarda le liste d'attesa, in coerenza con la piattaforma nazionale istituita presso AGENAS dal DL 73/2024 e con il Piano nazionale di governo delle liste d'attesa 2026-2028, e utilizza la BPCO come caso pilota confrontando la domanda teorica attesa con i volumi effettivamente erogati.
- Per ogni Regione, condizione e prestazione vengono calcolati il volume teorico atteso, il tasso di copertura e l'indice di aderenza al percorso, mentre gli scostamenti possono dipendere da modelli organizzativi diversi, prestazioni sostitutive, capacità insufficiente, accesso disomogeneo o inappropriatezza.
- I limiti dichiarati sono che il modello coglie soprattutto il bisogno che si traduce in consumo, non considera ancora pienamente i determinanti non sanitari e non integra disabilità e fragilità, e le sfide aperte riguardano l'estensione a tutta la popolazione, la validazione indipendente e il passaggio a un approccio longitudinale lungo il corso della vita.

SSN03 — Ministero della Salute — Dai Dati alle Decisioni. Costruire oggi la sanità di domani. Modello Nazionale di Classificazione e Stratificazione della popolazione per comprendere i bisogni di salute e costruire il futuro del SSN [Stefania Vasselli]

Data: 30 settembre 2026 | Tipo: slide | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: Ministero della Salute, stratificazione del rischio, programmazione sanitaria, DM 77, population health, cronicità, multimorbidità, modello predittivo, liste di attesa, PNRR, NSIS*, European Health Data Space

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/09/slide-vasselli-30-settembre.pdf

- Le slide presentano il Modello nazionale di classificazione e stratificazione della popolazione costruito dal Ministero della Salute con il sub-investimento PNRR M6C2 1.3.2.3.1, pensato per offrire alla programmazione una conoscenza condivisa, tempestiva e fondata sui dati dei bisogni di salute degli assistiti.
- La base giuridica è l'articolo 7 del DL 34/2020 (convertito dalla legge 77/2020), che autorizza il Ministero a trattare dati sanitari non direttamente identificativi per sviluppare metodologie predittive del fabbisogno, mentre il completamento dell'iter del decreto di interconnessione estesa viene indicato come passaggio necessario per l'uso a regime.
- Il percorso si è sviluppato in tre fasi tra il 2023 e il 2026 (impostare, costruire, orientare), partendo dalla traduzione della matrice di stratificazione del DM 77/2022, dall'allineamento con il DPCM LEA e dall'approccio di population health management, fino al collaudo in ambiente sicuro e al coinvolgimento delle Regioni.
- Il modello integra su base individuale i flussi NSIS e classifica la popolazione in 194 livelli di malattia o condizione raggruppati in 20 aree, con copertura completa delle malattie croniche e invalidanti riconosciute nei LEA, per poi distribuirla in 6 gruppi omogenei di bisogno crescente secondo la matrice del DM 77.
- La componente previsionale produce stime tendenziali per i 194 livelli e casi d'uso di valutazione d'impatto relativi all'aderenza ai PDTA, all'introduzione di un nuovo farmaco, ai programmi di prevenzione e agli shock esogeni, con l'obiettivo di passare da una gestione reattiva dei volumi a una programmazione proattiva centrata sul bisogno reale.
- Per le liste di attesa, richiamando il DL 73/2024, il DM 28 ottobre 2024 e il PNGLA 2026-2028 adottato con DM 24 agosto 2026, il caso d'uso sulla BPCO confronta il volume teorico di prestazioni atteso dai PDTA e dall'allegato 8 del DPCM LEA con quello effettivamente erogato, calcolando tassi di copertura e indici di aderenza per Regione.
- Fra i limiti dichiarati figurano la rilevazione del solo bisogno tradotto in consumo, l'assenza dei determinanti extrasanitari, di disabilità e fragilità nei driver di stratificazione; le sfide indicate dopo il PNRR riguardano l'estensione all'intera popolazione, l'inclusione dei dati FSE, l'adeguamento al regolamento EHDS e alla NIS2 e una stewardship condivisa fra Ministero e Regioni.

SSN04 — ANAAO Assomed — Radiografia della sanità pubblica (2015-2025)

Data: 2 ottobre 2026 | Tipo: studio | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: carenza personale, fuga dal SSN, attrattività SSN, ritenzione del personale, pensionamento, retribuzione, divario Nord-Sud, desertificazione sanitaria, medicina difensiva, violenza operatori, Decreto Calabria*, ANAAO Assomed*

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/10/studioanaaodemografiamedica_2ottobre26.pdf

- Lo studio del Centro studi ANAAO Assomed ricostruisce regione per regione e per genere la dinamica dei medici ospedalieri del SSN fra il 2015 e il 2025, usando dati ONAOSI, del Conto annuale del Tesoro e del MEF, e avverte che i dati del 2025 sono provvisori e in parte stimati.
- Il 2025 viene definito l'anno del sorpasso, perché per la prima volta nel decennio le dimissioni volontarie (3.767) superano i pensionamenti (2.876): le dimissioni crescono del 150% rispetto alle 1.503 del 2024 e raggiungono il 3,5% dei medici in servizio, un livello mai toccato neppure durante la pandemia.

- Nel 2025 si dimettono 131 medici ogni 100 pensionati, contro uno ogni tre dell'anno precedente, e per ogni 100 assunti a tempo indeterminato 43 si dimettono e 77 escono complessivamente dal SSN; in 12 regioni su 20 le dimissioni superano i pensionamenti, con valori fra 2,4 e 3,3 volte nel Lazio, in Trentino-Alto Adige, in Friuli-Venezia Giulia e in Sardegna.
- Lo studio registra anche segnali positivi: fra il 2015 e il 2024 gli organici passano da 105.380 a 108.243 unità (+2,7%) e l'età media scende di 2 anni e 7 mesi per gli uomini e di 2 anni e 4 mesi per le donne, un dato rilevante se si considera che secondo l'OCSE il 44% dei medici italiani ha almeno 55 anni contro una media del 32%.
- Il cosiddetto Decreto Calabria (DL 35/2019, convertito dalla legge 60/2019), che consente l'assunzione di specializzandi in deroga alle regole ordinarie, ha portato nel SSN fra il 2019 e il 2025 quasi 10.000 giovani medici, arrivando a rappresentare fino al 43% delle assunzioni a tempo determinato.
- Il divario territoriale si allarga: nel decennio il Centro-Nord guadagna 4.029 medici (+5,9%) mentre il Mezzogiorno ne perde 1.166 (-3,1%), con perdite pesanti in Basilicata (-24,6%), Molise (-17,2%), Valle d'Aosta (-14,2%) e Calabria (-12,6%), dove nel 2025 escono 316 medici a fronte di 131 assunzioni stabili.
- Fra le cause delle uscite il sindacato indica carichi di lavoro e turni che non rispettano i riposi, aggressioni, contenzioso medico-legale, burocrazia e retribuzioni non competitive, ricordando che secondo l'OCSE uno specialista dipendente guadagna in Italia circa 142.000 dollari a parità di potere d'acquisto contro i 208.000 della Germania; l'età media dei dimissionari, stimata sui dati del Piemonte, supera di poco i 48 anni.
- ANAAO Assomed propone un piano in 10 punti che comprende la stabilizzazione del Decreto Calabria con un contratto di formazione-lavoro, il superamento del tetto di spesa per il personale, retribuzioni europee con detassazione del salario accessorio, la limitazione della punibilità penale a dolo e colpa grave, incentivi per le sedi disagiate e un osservatorio nazionale permanente sulle dimissioni.

SSN05 — Quotidiano sanità — Il j'accuse di Gimbe al Governo: «Per il Servizio sanitario nazionale 18,8 miliardi di tagli invisibili negli ultimi 4 anni»

Data: 7 ottobre 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: GIMBE, FSN, definanziamento, quota PIL sanità, spesa out-of-pocket, rinuncia alle cure, LEA, carenza personale, carenza infermieri, gettonisti, privato accreditato, PNRR

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/il-j-accuse-di-gimbe-al-governo-per-il-servizio-sanitario-nazionale-18-8-miliardi-di-tagli-invisibili-negli-ultimi-4-anni/

- L'articolo presenta il 9° Rapporto della Fondazione GIMBE sul Servizio sanitario nazionale, illustrato il 7 ottobre 2026 alla Camera dei Deputati dal presidente Nino Cartabellotta, secondo il quale il SSN garantisce ancora buoni esiti di salute ma ha perso la capacità di offrire cure eque e tempestive.
- Il Fondo sanitario nazionale è cresciuto di 17,5 miliardi, da 125,4 miliardi nel 2022 a 142,9 miliardi nel 2026, ma la sua quota sul PIL è scesa dal 6,27% al 6,14%: se fosse rimasta costante il SSN avrebbe avuto 18,8 miliardi in più, i cosiddetti «tagli invisibili», e in termini reali il finanziamento del 2026 torna circa ai livelli del 2010.
- Nel 2025 la spesa sanitaria pubblica italiana vale il 6,2% del PIL contro il 7,1% della media OCSE, e la spesa pubblica pro capite di 3.952 dollari a parità di potere d'acquisto resta 909 dollari sotto la media OCSE, la più bassa fra i Paesi del G7; il Documento programmatico di finanza pubblica 2026 prevede inoltre un divario cumulato di 32,3 miliardi fra spesa e finanziamento nel triennio 2027-2029.
- Sui 190,1 miliardi di spesa sanitaria totale del 2025 le famiglie ne pagano direttamente 42,4 e quasi 7 passano per fondi e assicurazioni, la cui spesa intermediata cresce del 10,1%; nel 2024 hanno rinunciato ad almeno una visita o un esame 5,8 milioni di persone (9,9% della popolazione), circa 4 milioni per i tempi di attesa e 3,1 milioni per motivi economici.

- Nel 2024 rispettano i LEA 18 Regioni e Province autonome su 21, contro 13 nel 2023, ma la mobilità interregionale tocca nel 2023 i 5,15 miliardi, il valore più alto dal 2010, e i nuovi LEA entrano in vigore il 30 ottobre 2026 dopo quasi dieci anni di attesa.
- Sul personale, la spesa per dipendenti e convenzionati scende dal 39,7% della spesa pubblica nel 2012 al 36,9%, con 36,8 miliardi in meno nel periodo; l'Italia ha 6,9 infermieri ogni 1.000 abitanti contro 9,7 della media OCSE, 1,2 infermieri per medico, una carenza stimata di 5.716 medici di famiglia e 497 pediatri, e una spesa per i gettonisti salita a 1,06 miliardi nel biennio 2024-2025.
- Il rapporto descrive un «doppio binario» pubblico-privato: nel 2023 il 58% delle 29.386 strutture è privato accreditato, con punte dell'85,1% nella residenzialità, e la spesa diretta delle famiglie nelle strutture private non accreditate cresce del 169% fra il 2016 e il 2024, arrivando a 8,2 miliardi.
- Sul PNRR, dopo la decima e ultima richiesta di pagamento del 29 settembre 2026, il monitoraggio indipendente di GIMBE riesce a verificare solo 3 dei target della Missione 6, mentre il Piano di rilancio aggiornato in 16 linee d'azione servirà nel 2027 a valutare i programmi sanitari dei partiti; l'articolo segnala anche le reazioni politiche, fra cui le critiche di Ronzulli (Forza Italia) e di Zullo (Fratelli d'Italia) e il sostegno alla diagnosi da parte di Schlein (PD).

SSN06 — ARAN — Ipotesi di Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro dell'Area Sanità, triennio 2025-2027

Data: 7 ottobre 2026 | Tipo: contratto collettivo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: ARAN, CCNL, contratto medici, retribuzione, indennità di specificità, intramoenia, liste di attesa, prestazioni aggiuntive*, violenza operatori, welfare aziendale, lavoro agile*, ANAAO Assomed*

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/10/2026.10.07-ipotesi-ccnl-dirigenza-sanitaria-2025-2027-def.pdf

- L'ipotesi di contratto è stata sottoscritta il 7 ottobre 2026 nella sede dell'ARAN dal presidente Antonio Naddeo e dalle organizzazioni sindacali dell'Area Sanità (fra cui ANAAO Assomed, CIMO-FESMED, AAROI EMAC, FASSID, FVM, FP CGIL, CISL Medici e UIL FP) e si applica ai dirigenti medici, sanitari, veterinari e delle professioni sanitarie per il periodo dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2027.
- Lo stipendio tabellare cresce di 125 euro mensili lordi dal 1° gennaio 2025, importo rideterminato in 240 euro dal 2026 e comprensivo dell'anticipazione già erogata, portando il valore annuo lordo a 53.125,77 euro; l'indennità di specificità medico-veterinaria sale dal 2026 a 11.653,30 euro annui e quella di specificità sanitaria a 2.556,60 euro.
- Dal 1° gennaio 2027 vengono aumentati anche l'indennità di direzione di struttura complessa, portata a 11.826 euro annui, e la parte fissa della retribuzione di posizione, che per un direttore di struttura complessa dell'area chirurgica arriva a 23.226 euro annui lordi.
- L'orario resta di 38 ore settimanali, di cui quattro destinate ad attività non assistenziali come formazione ed ECM; l'azienda può però utilizzarne in forma cumulata fino a 26 ore annue per contribuire prioritariamente alla riduzione delle liste di attesa, e dal 2027 le ore eccedenti non recuperate entro l'anno valgono, entro un tetto, per gli obiettivi annuali, con obbligo di recupero delle restanti nei dodici mesi successivi.
- In caso di aggressione da parte di terzi l'azienda assume ogni onere di tutela legale in tutti i gradi di giudizio, può costituirsi parte civile e offre supporto psicologico, mentre il dirigente aggredito può usufruire fino a 30 giorni di ferie e riposi solidali su indicazione dello specialista.
- Il contratto rivede il welfare integrativo finanziato con una quota del fondo per la retribuzione di risultato (sussidi, asili nido, assistenza a familiari anziani, prestiti) e disciplina il lavoro agile e da remoto, facilitandone l'accesso per chi assiste familiari con disabilità grave o ha esigenze di salute o di genitorialità.
- Sulla libera professione, dal 2027 le prestazioni richieste dalle aziende ai propri dirigenti in via eccezionale per ridurre le liste di attesa o coprire carenze di organico rientrano nell'attività

intramuraria, mentre i criteri per le tariffe prevedono la copertura di tutti i costi aziendali e la possibilità di tariffe inferiori per gruppi di prestazioni finalizzate a ridurre i tempi di attesa.

SSN07 — PD — Per il diritto alla salute. Per la sanità pubblica. Dalla mobilitazione alle proposte per l'alleanza progressista

Data: settembre 2026 | Tipo: documento programmatico | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: sanità pubblica, definanziamento, quota PIL sanità, tetti di spesa, pubblico-privato, terzo settore, coprogrammazione, case della comunità, carenza infermieri, aree interne, consultori*, Partito Democratico*

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/10/2209_documento_sanita_pdf.pdf

Presentazione su Quotidiano sanità (2 ottobre 2026): https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/servono-almeno-20-miliardi-obiettivo-7-7-5-del-pil-piano-assunzioni-e-rilancio-del-territorio-ecco-le-proposte-del-pd-per-la-sanit/

- Il documento di posizione del Partito Democratico, datato Roma settembre 2026 e presentato il 2 ottobre da Marina Sereni, responsabile nazionale Salute e sanità, si offre come piattaforma per la coalizione progressista ed è il frutto di circa 300 iniziative pubbliche avviate con la segreteria di Elly Schlein.
- Il testo parte dalla denuncia di una crisi strutturale del SSN, richiamando i quasi 6 milioni di persone che nel 2025 hanno rinunciato a prestazioni e i 41,5 miliardi di spesa privata diretta delle famiglie, e cita i dati della Fondazione GIMBE sui «tagli invisibili».
- Sul finanziamento il partito rilancia la proposta di legge a prima firma Schlein per portare la spesa pubblica al 7-7,5% del PIL, con un fabbisogno stimato da Sereni in almeno 20 miliardi, e per superare il tetto di spesa per il personale, indicando come fonti la lotta a un'evasione stimata in oltre 80 miliardi, il riorientamento dei sussidi ambientalmente dannosi, una possibile tassa sui consumi dannosi e una tassa di scopo per la Long Term Care.
- Il documento chiede di dare priorità alle strutture pubbliche, di affidare alla programmazione sui bisogni la scelta di cosa acquistare dal privato convenzionato, di monitorare il ruolo delle società di capitali e di rendere i fondi sanitari realmente integrativi dei LEA, nel quadro di un nuovo Piano sanitario nazionale.
- Al Terzo settore viene riconosciuto il ruolo di generatore di comunità, con la richiesta che coprogrammazione e coprogettazione secondo l'articolo 55 del Codice del Terzo settore diventino la regola nei rapporti con le amministrazioni sanitarie e sociali.
- Per le professioni sanitarie il testo propone un piano straordinario di assunzioni con retribuzioni più alte e incentivi per le sedi disagiate, segnala il calo del 17% in cinque anni delle iscrizioni a infermieristica e le borse inutilizzate nelle discipline meno attrattive, giudica la legge delega sulle professioni un intervento solo ordinamentale e propone una specializzazione universitaria in medicina generale.
- Il capitolo sul territorio, definito «la madre di tutte le riforme», chiede la piena attuazione del DM 77 con case della comunità come luoghi di orientamento, valutazione del bisogno e integrazione sociosanitaria con assistenti sociali, AFT obbligatorie, distretti con autonomia gestionale e finanziaria, farmacie dei servizi come spoke, e valorizza l'Alleanza per le Case della Comunità promossa da Prima la Comunità, Cittadinanzattiva e CARD.
- Fra gli altri temi figurano la prevenzione, oggi pari al 2,3% della spesa sanitaria, lo psicologo di base e il 5% del FSN per la salute mentale, il rilancio dei consultori (oggi uno ogni 35.000 abitanti invece di uno ogni 20.000), misure per le aree interne dove vivono 13 milioni di persone, un piano di edilizia ospedaliera e la conferma dell'opposizione all'autonomia differenziata in sanità.

SSN08 — Parlamento Italiano — Delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie

Data: 7 ottobre 2026 | Tipo: disegno di legge | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: riforma professioni sanitarie, professioni sanitarie, responsabilità professionale*, medicina difensiva, attrattività SSN, aree interne, violenza operatori, intelligenza artificiale, AI Act, medicina generale, fascicolo sanitario elettronico, Ministero della Salute

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/10/leg.19.pdl_.camera.2700_a.19pdl0194650.pdf

- Il documento è il testo A.C. 2700-A, cioè il disegno di legge presentato il 13 novembre 2025 dal Ministro della Salute Schillaci di concerto con i ministri Nordio, Giorgetti, Zangrillo e Bernini, sul quale la Commissione Affari sociali della Camera, relatrice Schifone, ha deliberato il 7 ottobre 2026 di riferire favorevolmente all'Aula, nel testo modificato in sede referente.
- La delega, da esercitare entro sei mesi dall'entrata in vigore della legge previa intesa in Conferenza Stato-Regioni e a invarianza finanziaria, punta a rafforzare l'attrattività del SSN riordinando il lavoro flessibile dei medici in formazione specialistica, regolando periodi di permanenza minima nelle aree disagiate e nelle isole minori, introducendo riconoscimenti di carriera e meccanismi premiali legati anche alla riduzione delle liste di attesa.
- Fra i criteri aggiunti dalla Commissione figurano l'accesso ai dati sanitari per tutti i professionisti che intervengono nel percorso di cura, una programmazione comune del fabbisogno formativo di tutte le professioni sanitarie, l'iscrizione in elenchi speciali presso gli Ordini e la verifica linguistica per i professionisti con qualifiche estere che lavorano in deroga, e il riordino delle specializzazioni degli psicologi.
- Per lo sviluppo delle competenze il testo prevede un approccio One Health, un sistema nazionale di certificazione delle competenze, una strategia per gestire l'uso dell'intelligenza artificiale in sanità nel rispetto del regolamento UE 2024/1689, corsi regionali sulla digitalizzazione e l'adozione di un linguaggio standardizzato infermieristico integrato nel fascicolo sanitario elettronico.
- Sulla formazione specialistica la delega prevede la ridefinizione del percorso formativo in medicina generale e la valorizzazione delle specializzazioni di chimici, odontoiatri, biologi, psicologi (anche nei percorsi oncologici) e ostetriche, mentre per gli Ordini delle professioni sanitarie si prevedono correttivi sui mandati e misure che ne valorizzino il ruolo di organi sussidiari dello Stato.
- Sul piano della responsabilità penale il nuovo articolo 590-sexies del codice penale limita la punibilità alla sola colpa grave quando il professionista si attiene a linee guida o buone pratiche adeguate al caso, e il nuovo 590-septies impone di valutare la colpa tenendo conto della scarsità di risorse e delle carenze organizzative non evitabili, dell'incertezza scientifica, della complessità del caso e delle situazioni di urgenza.
- Le stesse circostanze entrano nella valutazione della responsabilità civile con modifiche alla legge 24/2017 (Gelli-Bianco), mentre un nuovo articolo consente ai sanitari radiati per fatti non dolosi commessi durante l'emergenza COVID-19 di chiedere la reiscrizione all'Albo senza diritto a risarcimenti; il Comitato per la legislazione segnala però alcuni punti da approfondire, fra cui il coordinamento fra il testo sulla responsabilità civile e la relazione illustrativa.

SSN09 — Quotidiano sanità — Autonomia differenziata. Via libera definitivo dal Consiglio dei Ministri alle intese con Liguria, Lombardia, Piemonte e Veneto. Tariffe, investimenti e fondi integrativi alle Regioni

Data: 14 ottobre 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: autonomia differenziata*, governance sanitaria, Titolo V, LEA, LEPS, fondi sanitari integrativi, prestazioni aggiuntive*, edilizia ospedaliera, mobilità sanitaria, Lombardia*, Piemonte, Veneto

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/autonomia-differenziata-via-libera-definitivo-dal-consiglio-dei-ministri-alle-intese-con-liguria-lombardia-piemonte-e-veneto-tariffe-investimenti-e-fondi-integrativi-alle-regioni/

- Il Consiglio dei ministri ha approvato in via definitiva gli schemi di intesa con Liguria, Lombardia, Piemonte e Veneto per forme particolari di autonomia ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, in materia di protezione civile, professioni, previdenza complementare e

«tutela della salute, coordinamento della finanza pubblica», con quattro disegni di legge che ora attendono la ratifica delle Camere.

- In sanità, nel rispetto dei LEA, previa intesa con i ministri della Salute e dell'Economia e sulla base delle verifiche del Comitato LEA e del Tavolo per gli adempimenti, le Regioni potranno fissare tariffe di rimborso e remunerazione diverse da quelle nazionali a carico del proprio bilancio e gestire in autonomia le risorse statali per gli investimenti edilizi e tecnologici delle aziende sanitarie.
- Le stesse Regioni potranno istituire e gestire fondi sanitari integrativi, destinare risorse ad assunzioni di personale o all'aumento delle prestazioni aggiuntive e utilizzare per altri ambiti della spesa sanitaria le economie realizzate su risorse nazionali vincolate, una volta attestato il raggiungimento degli obiettivi.
- Secondo il testo, l'autonomia non tocca il finanziamento del SSN né i criteri di riparto e deve restare neutrale per lo Stato e per le altre Regioni, compresa la mobilità sanitaria, mentre la sua efficacia resta condizionata all'equilibrio economico-finanziario e alla corretta erogazione dei LEA, verificati anche con monitoraggi trimestrali.
- Per la protezione civile i presidenti regionali potranno adottare ordinanze in deroga anche alle norme statali, per emergenze limitate al territorio regionale e con autorizzazione preventiva del Consiglio dei ministri, ma fino alla determinazione dei LEP non potranno derogare alle norme statali sulle prestazioni che riguardano i diritti civili e sociali.
- Le Regioni potranno inoltre disciplinare le professioni di rilievo regionale, escluse quelle ordinistiche e sanitarie, e promuovere forme di previdenza complementare regionale, anche per il personale del servizio sanitario regionale, con la rappresentanza negoziale nei relativi accordi.
- Ogni intesa ha durata decennale con rinnovo automatico, prevede una Commissione paritetica Stato-Regione-autonomie locali che verifica ogni anno attuazione e oneri riferendo alle Camere e alla Conferenza unificata, e potrà essere modificata solo da una legge approvata con la stessa procedura dell'articolo 116.

SSN10 — Corte dei Conti — L'attuazione delle misure finalizzate a ridurre le liste di attesa

Data: 13 ottobre 2026 | Tipo: delibera | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: liste di attesa, Corte dei Conti, decreto liste attesa, piattaforma nazionale liste di attesa, AGENAS, Ministero della Salute, classe di priorità, carenza personale, stratificazione del rischio, appropriatezza, intramoenia, DM 77

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/10/delibera_54_2026_ammstato.pdf

- La relazione della Sezione centrale di controllo sulla gestione delle amministrazioni dello Stato, approvata con la deliberazione n. 54/2026/G depositata il 13 ottobre 2026 (relatore Giampiero Pizziconi), verifica l'azione del Ministero della Salute sulle misure per ridurre le liste di attesa e l'uso dei finanziamenti dedicati.
- Secondo la Corte le liste di attesa sono un problema strutturale, non riconducibile solo alla pandemia, e la successione di norme, piani e finanziamenti non ha trovato una corrispondente capacità attuativa, lasciando una distanza significativa fra le finalità del legislatore e i risultati ottenuti sul territorio.
- Lo Stato ha destinato alla riduzione delle liste di attesa 3,71 miliardi di euro fra il 2022 e il 2028; nel periodo 2022-2025 sono stati stanziati 1,845 miliardi e spesi 1,580 miliardi, ma in diversi casi le risorse non si sono tradotte con la necessaria rapidità in un aumento strutturale dell'offerta, a conferma che il problema non si risolve solo con più fondi.
- Il decreto-legge 73/2024 è giudicato il più rilevante tentativo di riforma organica, con una governance più centralizzata fondata su dati tempestivi e digitalizzazione, ma gran parte degli strumenti è ancora in fase di attuazione e il successo dipende dalla collaborazione fra Stato e Regioni, che in Conferenza ha mostrato difficoltà su alcuni provvedimenti attuativi.
- La Piattaforma nazionale delle liste di attesa gestita da AGENAS è considerata l'intervento di maggior rilievo strategico, ma il suo esito dipende dall'interoperabilità con i sistemi regionali,

dalla diversa maturità digitale delle amministrazioni, dalla qualità dei dati e dalla tutela della privacy; positiva anche la valutazione del Modello nazionale di classificazione e stratificazione della popolazione.

- AGENAS ha individuato quattro aree critiche: l'uso disomogeneo fra Regioni della classe di priorità P, la discrepanza fra le date proposte dai CUP e quelle accettate dai cittadini, il tempo fra prescrizione e primo contatto con il CUP e il divario fra prescrizioni emesse e prenotazioni registrate.
- Fra le cause principali la Corte indica la carenza di personale e le difficoltà di reclutamento degli specialisti, che in molti territori limitano la capacità produttiva più della mancanza di risorse finanziarie, e richiama la piena attuazione di case della comunità, ospedali di comunità e COT previste dal DM 77/2022 come parte integrante delle strategie sulle liste di attesa.
- Le undici raccomandazioni chiedono di completare l'interoperabilità della piattaforma, legare le risorse a obiettivi misurabili, programmare sui fabbisogni con strumenti predittivi, superare il tetto di spesa per il personale con assunzioni stabili, integrare nei CUP regionali le agende pubbliche, private accreditate e intramoenia, elaborare le linee guida del PNGLA 2026-2028 contro l'inappropriatezza prescrittiva e applicare sanzioni e poteri sostitutivi verso gli inadempienti.

SSN11 — Quotidiano sanità — Ticket sanitari, il conto per i cittadini supera i 3 miliardi. E da Regione a Regione è una giungla di regole: visite ed esami fino a oltre 50 euro e farmaci fino a 4,50 euro a confezione. Ecco la mappa [Luciano Fassari]

Data: 22 ottobre 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: compartecipazione, spesa out-of-pocket, specialistica ambulatoriale, farmaceutica convenzionata, divario territoriale, equità in salute, Ragioneria generale dello Stato, Basilicata*, esenzione per reddito*, distribuzione per conto*

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/ticket-sanitari-il-conto-per-i-cittadini-supera-i-3-miliardi-e-da-regione-a-regione-una-giungla-di-regole-visite-ed-esami-fino-a-oltre-50-euro-e-farmaci-fino-a-4-50-euro-a-confezione-ecco-la-mappa/

- L'articolo ricostruisce, sulla base dei dati del Sistema Tessera Sanitaria pubblicati dalla Ragioneria generale dello Stato, che nel 2023 i cittadini hanno pagato circa 3,19 miliardi di euro di ticket, di cui 1,71 miliardi per la specialistica ambulatoriale e circa 1,48 miliardi per i farmaci.
- Nei primi dieci mesi del 2024 la compartecipazione ha raggiunto circa 2,8 miliardi, con la quota per visite ed esami salita da 1,44 a 1,55 miliardi rispetto allo stesso periodo del 2023 (circa più 7,6 per cento) e cresciuta di quasi il 15 per cento fra il 2021 e il 2023.
- Per la specialistica il riferimento nazionale resta la franchigia di 36,15 euro per ricetta, ma le Regioni la modificano: si va dai 38 euro di Lombardia e Toscana ai 46,15 euro della Sardegna, mentre in Campania la quota fissa aggiuntiva porta il massimo a 56,15 euro e in Molise fino a 51,15 euro.
- Sul versante dei farmaci la mappa, aggiornata alla ricognizione della Ragioneria del luglio 2025, mostra importi molto diversi: 2 euro a confezione fino a 4 euro per ricetta in diverse Regioni del Nord, fasce legate al prezzo in Lazio e Abruzzo, e in Sicilia fino a 4,50 euro per i farmaci non equivalenti.
- La Basilicata, che era fra le Regioni senza ticket ordinario sui farmaci, ha introdotto dal 1 ottobre 2026 una quota di 2,50 euro per ricetta, con un tetto di 30 ricette l'anno, motivata dallo sforamento della spesa farmaceutica al 7,38 per cento del fondo regionale contro un limite del 6,80 per cento.
- Il 15 ottobre la Giunta lucana ha corretto il provvedimento innalzando le soglie di reddito dell'esenzione E05 da 8.000 a 15.000 euro per i single e da 11.000 a 22.000 euro con coniuge, tutelando anche i lavoratori in cassa integrazione, con misura temporanea fino al 31 dicembre 2027.
- Della spesa per farmaci a carico dei cittadini, la parte maggiore non deriva dai ticket regionali ma dalla differenza di prezzo rispetto al farmaco equivalente: nel periodo gennaio ottobre 2024 circa 890 milioni su 1,25 miliardi, cioè circa sette euro su dieci, contro circa 370 milioni di ticket.

- L'articolo osserva che nel 2023 circa il 28 per cento delle prestazioni specialistiche a carico del SSN è andato a pazienti esenti per reddito e conclude chiedendosi fino a che punto il costo di accesso ai servizi possa variare fra Regioni senza intaccare l'equità del sistema.

SSN12 — Quotidiano sanità — La sanità non si misura soltanto in miliardi [Angelo Aliquò]

Data: 2 ottobre 2026 | Tipo: lettera | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: finanziamento SSN, quota PIL sanità, definanziamento, sostenibilità, carenza personale, invecchiamento, cronicità, appropriatezza, esiti, value-based healthcare, tempi di attesa

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/la-sanita-non-si-misura-soltanto-in-miliardi/

- Nella lettera al direttore, Angelo Aliquò, direttore generale dell'Azienda ospedaliero-universitaria San Camillo Forlanini di Roma, sostiene che sapere quanti miliardi si aggiungono al Servizio sanitario nazionale non basta, perché la domanda decisiva riguarda quanta parte di quelle risorse diventa salute, equità e tempo restituito ai cittadini.
- L'autore giudica semplicistiche entrambe le letture che polarizzano il dibattito, quella di una sanità continuamente definanziata e quella secondo cui più risorse produrrebbero di per sé un sistema migliore, e osserva che il rapporto fra spesa sanitaria e PIL non descrive lo stato di salute della popolazione.
- Secondo la lettera, un aumento del finanziamento non si traduce in un aumento equivalente di assistenza, poiché una parte viene assorbita dall'inflazione, dai rinnovi contrattuali, dai prezzi crescenti di farmaci e dispositivi, dall'acquisto di attrezzature e dai maggiori costi dei servizi.
- Nello stesso periodo crescono i bisogni a causa dell'invecchiamento della popolazione, dei costi di cronicità e fragilità e delle terapie innovative molto costose, mentre la carenza di professionisti limita la capacità produttiva anche quando le risorse economiche sono disponibili.
- Aliquò propone di misurare la sostenibilità del SSN su ciò che il sistema restituisce, cioè prevenzione, accessibilità, tempestività delle diagnosi, appropriatezza delle cure, continuità assistenziale, riduzione delle disuguaglianze ed esiti di salute, includendo il tempo come risorsa: l'attesa di una visita, le giornate inutili in ospedale e il tempo sottratto ai professionisti da procedure ripetitive.
- La conclusione è che la domanda corretta non riguarda il confronto con la spesa dell'anno precedente o degli altri Paesi europei, ma l'adeguatezza delle risorse rispetto ai bisogni e il valore di salute generato, terreno su cui andrebbe giudicato il futuro del sistema più che sulla «battaglia dei numeri».

SSN13 — Quotidiano sanità — Manovra. La Salute prepara il conto per il Mef: sul tavolo 6,5 miliardi in più per il 2027. Assunzioni, Lea, farmaci e prevenzione tra le priorità [Luciano Fassari]

Data: 6 ottobre 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: manovra 2027, legge bilancio, Ministero della Salute, finanziamento SSN, FSN, carenza personale, nuovi LEA, tetti di spesa, spesa farmaceutica, dispositivi medici, vaccinazioni, Alzheimer

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/manovra-la-salute-prepara-il-conto-per-il-mef-sul-tavolo-6-5-miliardi-in-pi-per-il-2027-assunzioni-lea-farmaci-e-prevenzione-tra-le-priorit/

- L'articolo riferisce che il Ministero della Salute sta preparando la richiesta di risorse da presentare al Ministero dell'Economia per la legge di bilancio 2027, con cifre ancora ipotetiche che il MEF dovrà vagliare e rendere compatibili con il quadro complessivo della finanza pubblica.
- La richiesta aggiuntiva sarebbe di circa 5,5 miliardi di euro, che sommati al miliardo circa già programmato porterebbero a circa 6,5 miliardi in più per il 2027, una cifra giudicata in linea con le richieste delle Regioni, che hanno chiesto 6,8 miliardi per il 2027 e 18 miliardi nel triennio.

- La voce più consistente riguarda il fondo sanitario indistinto, con circa 2,5-2,8 miliardi per sostenere l'erogazione dei servizi regionali e l'aumento dei costi, mentre circa 1 miliardo andrebbe a un nuovo piano di assunzioni e al rafforzamento delle indennità, per affrontare la carenza di personale e l'attrattività del servizio pubblico.
- Un altro miliardo circa servirebbe ad aggiornare LEA e tariffe, perché le prestazioni introdotte vengano effettivamente erogate dalle Regioni, accanto al rafforzamento delle campagne vaccinali e delle coperture come investimento in prevenzione per ridurre nel lungo periodo il carico di malattia e i costi.
- Per la farmaceutica il ministero ipotizza un aumento dei tetti di spesa dello 0,25% dopo i ripetuti sforamenti negli acquisti diretti, insieme a contromisure rispetto alla politica statunitense della nazione più favorita, e un intervento analogo sui tetti dei dispositivi medici per avvicinarli al fabbisogno reale del SSN.
- Nel pacchetto rientrerebbero anche il Piano sanitario nazionale, gli IRCCS, i servizi territoriali per dipendenze e salute mentale, circa 200 milioni per la presa in carico delle persone con Alzheimer e il tema del fine vita, mentre l'articolo segnala il timore che il MEF conceda poco più della metà delle risorse richieste.

SSN14 — Quotidiano sanità — Violenza su operatori sanitari. Il 68,1% ha assistito ad almeno un episodio, per 1 su 6 la svalutazione del lavoro è quotidiana

Data: 5 ottobre 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: violenza operatori, ISS, burnout, condizioni di lavoro*, divario retributivo di genere*, discriminazione, RSA, leadership, indagine internazionale, BRAVE-WOW*

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/violenza-su-operatori-sanitari-il-681-ha-assistito-ad-almeno-un-episodio-per-1-su-6-la-svalutazione-del-lavoro-e-quotidiana/

- L'articolo presenta la prima indagine italiana del progetto europeo BRAVE-WOW, coordinata dall'Istituto superiore di sanità e condotta in contemporanea in Italia, Portogallo, Spagna e Slovenia su oltre 4.600 professionisti di 35 strutture fra ospedali, RSA, servizi territoriali e strutture di lungodegenza, con 2.149 rispondenti italiani in 14 strutture.
- Il 68,1% dei partecipanti riferisce episodi almeno occasionali di violenza verbale e il 65,7% di violenza psicologica, ma la forma più persistente è la svalutazione sistematica del proprio lavoro, ripetuta nel tempo per il 16,3% degli operatori (19,3% negli ospedali), seguita da urla e insulti (15,1%) e abusi legati ai rapporti gerarchici (12,1%).
- Gli episodi occasionali provengono soprattutto dai familiari dei pazienti (54,5%), mentre per la violenza ricorrente la figura più citata è il superiore gerarchico (37,9%, che sale al 43,2% negli ospedali); il sovraccarico di lavoro e il sovraffollamento sono indicati come fattori associati dal 54,3% dei partecipanti.
- Sul piano organizzativo il 52,7% ritiene di poter parlare apertamente con la dirigenza, ma solo il 39,2% giudica efficace la risposta alle segnalazioni e il 31,9% vede misure di prevenzione visibili; i servizi di supporto per le vittime sono poco presenti, dal supporto psicologico (20,8%) a quello legale (16,1%).
- Il campione è femminile al 74,3% e in Italia il 56% di chi ha subito episodi li ritiene almeno in parte legati al genere, più che in Spagna (39%), Portogallo (35%) e Slovenia (30%), mentre il 21,3% riferisce di essersi visto negare una promozione o un aumento rispetto a colleghi di altro genere.
- Anna Carannante e Marco Giustini dell'ISS sottolineano che la violenza passa anche per comportamenti quotidiani di delegittimazione, come competenze ignorate ed esclusione dalle decisioni, e che favorire la denuncia non basta se chi segnala non percepisce ascolto e interventi credibili.

SSN15 — Quotidiano sanità — Sanità. I bilanci delle Regioni in profondo rosso: il buco sale a 2,3 miliardi nel 2025, +52% in un anno [Luciano Fassari]

Data: 16 ottobre 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: bilanci regionali, disavanzi, piani di rientro, Corte dei Conti, finanziamento SSN, sostenibilità, divario Nord-Sud, Mezzogiorno, manovra 2027, legge bilancio

https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/sanita-i-bilanci-delle-regioni-in-profondo-rosso-il-buco-sale-a-23-miliardi-nel-2025-52-in-un-anno/

- L'articolo riprende il rapporto della Corte dei conti sui bilanci sanitari regionali del 2025, secondo il quale il disavanzo complessivo delle Regioni prima delle coperture sale a 2,3 miliardi di euro, contro circa 1,5 miliardi nel 2024, con un peggioramento di 795,2 milioni pari al 51,8% in un solo anno.
- Le sette Regioni in piano di rientro (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia e Sicilia) vedono il loro disavanzo passare da 197 a 677 milioni, con un aumento del 245%, e la loro quota sul totale nazionale salire dal 12,8% al 29,1%.
- Le Regioni senza piano di rientro restano comunque responsabili di oltre il 70% del disavanzo complessivo, con un passivo che cresce da 1,34 a 1,65 miliardi (+314 milioni, +23,5%), segno che il deterioramento riguarda tutte le aree del Paese e non solo quelle già commissariate o sotto osservazione.
- Nelle Regioni a statuto ordinario il disavanzo cresce da 973 milioni a circa 1,6 miliardi (+63,2%) e rappresenta il 68,2% del totale; per area, il Sud passa da 335 a 638 milioni, il Centro da 179 a 342 milioni e il Nord da 460 a 608 milioni.
- Anche le Regioni a statuto speciale e le Province autonome peggiorano, con un disavanzo che sale da 561 a 741 milioni (+32,1%) e pesa per il 31,8% del totale, trainato dalle Regioni speciali del Sud, passate da 386 a 544 milioni.
- Il quadro si inserisce nel confronto sulla legge di bilancio, in cui le Regioni chiedono 6,8 miliardi aggiuntivi per il 2027 e 18 miliardi nel triennio 2027-2029, e secondo l'autore mostra che il problema non riguarda solo il finanziamento di nuovi servizi, assunzioni e innovazione ma la sostenibilità stessa dei servizi esistenti.

SSN16 — Quotidiano sanità — La centralizzazione del governo del Ssn: che follia

Data: 19 ottobre 2026 | Tipo: lettera | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: governance sanitaria, centralizzazione*, Titolo V, leale collaborazione, Ministero della Salute, macroarea sanitaria*, DM 77, DM 70, edilizia ospedaliera, Marche, Istituto Mario Negri*, LEA

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/la-centralizzazione-del-governo-del-ssn-che-follia/

- La lettera discute la proposta «Rilanciare il servizio sanitario nazionale», pubblicata su Salute Internazionale nel settembre 2026 dai ricercatori del Centro Studi di Politica e Programmazione Socio-Sanitaria dell'Istituto Mario Negri di Milano, che individua come criticità la frammentazione dei modelli regionali e la penalizzazione dei servizi territoriali.
- Fra i fattori finanziari la proposta indica una spesa pubblica troppo bassa, gli sgravi fiscali ai fondi assicurativi, la commistione fra pubblico e privato nel SSN e sistemi tariffari che favoriscono i fornitori privati accreditati.
- Sul piano istituzionale la proposta prevede di escludere le Regioni dalla gestione finanziaria e organizzativa, sostituendole con un livello amministrativo guidato dal Ministero della Salute, di accorpare il territorio in nove macro-aree, di approvare le leggi sanitarie con due terzi del Parlamento e di istituire una Scuola Superiore di Sanità.
- L'autore giudica la centralizzazione «tecnicamente una follia», perché il livello centrale non si è dimostrato adeguato neppure ai compiti di indirizzo, monitoraggio e verifica, e considera la proposta più una provocazione culturale che una riforma praticabile.
- Come prova vengono citati il DM 77, con indicazioni applicative che ignorano la configurazione geodemografica e orografica del Paese, e il DM 70, che da anni non viene rivisto né fatto rispettare dal centro, neppure nell'approvazione dei programmi di edilizia sanitaria come quello delle Marche.
- La lettera condivide la critica all'approccio dall'alto di Giuseppe Belleri, raccomanda il volume «La salute contesa» di Francesco Clementi e Antonio Gaudioso (Il Pensiero Scientifico, 2026) e

conclude che il rapporto fra Stato e Regioni deve fondarsi sulla leale collaborazione, che nell'edilizia ospedaliera si è invece trasformata in «sleale complicità».

SSN17 — Quotidiano sanità — Spesa farmaceutica. Nei primi 3 mesi del 2026 sale del 7% a quota 6,7 miliardi. Cresce di più la convenzionata. Il nuovo monitoraggio di Aifa

Data: 20 ottobre 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: spesa farmaceutica, AIFA, farmaceutica convenzionata, acquisti diretti, tetti di spesa, FSN, farmaci innovativi, bilanci regionali, divario territoriale, Sardegna*

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/spesa-farmaceutica-nei-primi-3-mesi-del-2026-sale-del-7-a-quota-67-miliardi-cresce-di-piu-la-convenzionata-il-nuovo-monitoraggio-di-aifa/

- Secondo il monitoraggio AIFA definitivo di gennaio-marzo 2026, la spesa farmaceutica pubblica del primo trimestre, comprensiva di convenzionata, acquisti diretti e ossigeno, arriva a 6.775,6 milioni di euro, con un aumento del 7,6% rispetto ai 6.293,3 milioni dello stesso periodo del 2025 e un'incidenza del 19,26% sul Fondo sanitario nazionale.
- La spesa convenzionata netta sale a 2.272 milioni (+7,2%) e quella rilevante ai fini del tetto, comprensiva del ticket fisso, a 2.328,8 milioni, ancora sotto il tetto del 6,85% con un avanzo di 81,6 milioni; l'incidenza sul FSN passa dal 6,41% al 6,62%, mentre le ricette calano dello 0,9% a 146,5 milioni.
- Sulla convenzionata le Regioni con l'incidenza più alta rispetto alla media sono Calabria (7,83%), Basilicata (7,66%), Lombardia (7,53%) e Molise (7,52%), con gli aumenti maggiori sul 2025 registrati in Molise e Calabria, cresciute di circa sei decimi di punto.
- Gli acquisti diretti di farmaci di classe A e H da parte delle strutture pubbliche ammontano a 4.646 milioni (+2,3%); esclusi i gas medicinali valgono 4.380,5 milioni, pari al 12,45% del FSN, con un superamento delle risorse disponibili di 1.354,3 milioni di euro.
- Il superamento sugli acquisti diretti riguarda molte Regioni, con l'incidenza più elevata in Sardegna (15,47%, in crescita di 2,68 punti), Campania (14,05%) e Piemonte (13,24%, con un aumento di 2,11 punti), seguite da Puglia, Calabria, Abruzzo e Toscana, tutte oltre il 13%.
- La spesa stimata per il fondo dei farmaci innovativi scende a 137,2 milioni, in calo del 10,5% rispetto ai 153,3 milioni del 2025, mentre quella per gli antibiotici classificati «reserve» sale a 24,4 milioni, contro circa 22,5 milioni dell'anno precedente.

SSN18 — Quotidiano sanità — Schillaci: “In Manovra priorità a prevenzione, salute mentale e anziani”. E rilancia la sanità integrativa [G.F.]

Data: 20 ottobre 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: manovra 2027, Ministero della Salute, prevenzione, salute mentale, anziani, longevità, sanità integrativa, fondi sanitari integrativi, case della comunità, gettonisti, liste di attesa, programmazione sanitaria

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/schillaci-in-manovra-priorit-a-prevenzione-salute-mentale-e-anziani-e-rilancia-la-sanit-integrativa/

- Intervenendo al panel «Ricerca medica e longevità» del Welfare Italia Forum 2026, il Ministro della Salute Orazio Schillaci ha indicato come priorità della prossima legge di bilancio la prevenzione, il disagio psicologico, le persone anziane e i malati di patologie neurodegenerative, richiamando un «patto generazionale» e la necessità di portare la prevenzione nelle scuole.
- Il ministro ha ricordato che l'Italia è il secondo Paese più longevo al mondo, merito della ricerca e del SSN, ma che circa tre quarti del Fondo sanitario nazionale vanno oggi alla cura e all'assistenza degli over 65, e ha indicato nella prevenzione la principale risposta a questi costi.
- Schillaci ha confermato gli investimenti della precedente legge di bilancio e i fondi PNRR per le case della comunità, destinate alla presa in carico delle persone fragili, insieme all'obiettivo di rendere disponibili le terapie migliori in tutto il Paese.
- Sulla sanità integrativa il ministro ha osservato che in Italia copre il 24% della popolazione contro il 75% di altri Paesi europei, con una spesa media di 190 euro annui contro 260, e l'ha

definita un'opportunità da governare e non una privatizzazione, utile anche per ridurre le liste di attesa e da estendere a disoccupati, pensionati, precari e fasce più povere.

- Nel bilancio di fine legislatura Schillaci ha rivendicato l'azione contro i gettonisti, l'avvio del piano sulle liste di attesa, sulle quali ammette che resta molto da fare, il primo piano per le malattie psichiatriche dopo 13 anni e il raggiungimento del target europeo sulle case della comunità, che a suo dire cominciano a funzionare.
- L'obiettivo finale indicato dal ministro è approvare prima della fine della legislatura il nuovo Piano sanitario nazionale, assente dal 2008 e in preparazione con i tecnici del ministero e le Regioni, per ammodernare un SSN che si avvicina ai cinquant'anni.

SSN19 — Quotidiano sanità — Appropriatezza prescrittiva e medicina difensiva, è l'incertezza a spingere i medici verso esami inutili [Giuseppe Belleri]

Data: 22 ottobre 2026 | Tipo: lettera | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: appropriatezza, medicina difensiva, medicina generale, MMG, RAO, screening, incertezza clinica*, bias cognitivo*, sovradiagnosi*, responsabilità professionale*

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/appropriatezza-prescrittiva-e-medicina-difensiva-e-lincertezza-a-spingere-i-medici-verso-esami-inutili/

- Giuseppe Belleri, già medico di medicina generale a Brescia, interviene nel dibattito aperto da Biancheri e Vannucci sui fattori socioculturali ed economici della domanda e da Di Giacomoantonio sui limiti dei percorsi rigidi come i RAO, sostenendo che la sola razionalità tecnica della medicina basata sulle prove non basta.
- Nella dimensione di popolazione, tipica di screening e vaccinazioni, il beneficio si misura in termini frequentisti e i falsi positivi e negativi attesi sono scostamenti misurabili di programmi validati, per cui non si pone un problema di inappropriatezza della singola prescrizione.
- Nella dimensione individuale il rischio di popolazione non si trasferisce al singolo paziente e l'incertezza entra nella relazione di cura, dove secondo l'autore pesano soprattutto le emozioni del medico, definite «un fattore sottovalutato», più delle valutazioni quantitative, all'origine della medicina difensiva.
- La lettera richiama diversi meccanismi cognitivi: la reazione viscerale nei casi ambigui, l'avversione alla perdita della teoria del prospetto di Kahneman e Tversky, il rimpianto anticipato e la distorsione da omissione, che spingono il medico ad abbassare la soglia di probabilità per prescrivere un esame.
- Nella dimensione epidemiologica il medico di famiglia, con circa 1.500 assistiti e bassa prevalenza di malattie gravi, e lo specialista, che vede una popolazione selezionata, operano in contesti diversi, e per la distorsione da spettro i valori predittivi dei test non si trasferiscono meccanicamente da un ambito all'altro.
- L'autore indica come radice del problema l'intolleranza all'incertezza e propone strumenti di supporto decisionale, una cultura condivisa della probabilità, formazione alla tolleranza dell'incertezza e un quadro di responsabilità che non faccia ricadere sul singolo medico tutto il peso dell'errore possibile.

SSN20 — Quotidiano sanità — Il paradosso della mobilità intraziendale: quando per il Ssn è più facile perdere un dirigente medico che trasferirlo [Claudio Guerra, Giulia Sadotti]

Data: 22 ottobre 2026 | Tipo: lettera | Località: Toscana | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: carenza personale, fuga dal SSN, ritenzione del personale, attrattività SSN, CCNL, azienda sanitaria, hub e spoke, Toscana, mobilità intraziendale*, conciliazione vita-lavoro*

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/il-paradosso-della-mobilita-intraziendale-quando-per-il-ssn-e-piu-facile-perdere-un-dirigente-medico-che-trasferirlo/

- Gli autori, segretario e rappresentante dei giovani della FASSID Area SNR Toscana, richiamano i dati Anaao Assomed secondo cui nel 2025 le dimissioni volontarie dei medici ospedalieri, pari a 3.767, hanno superato i pensionamenti, fermi a 2.876.
- Nelle aziende sanitarie con più presidi, osservano, per un dirigente medico risulta più semplice dimettersi e vincere un concorso altrove che ottenere il trasferimento in un presidio più vicino a casa all'interno della stessa azienda.
- La lettera segnala che il contratto della dirigenza medica non regola la mobilità fra presidi della stessa azienda con criteri oggettivi e tempi certi, sicché le decisioni restano affidate alla discrezionalità delle direzioni e le ricognizioni annuali dei desiderata non hanno valore vincolante.
- Anche dopo pareri favorevoli i trasferimenti vengono sospesi per anni con motivazioni generiche, come la carenza di personale nel presidio di partenza, e a farne le spese sono soprattutto i giovani genitori costretti a percorrere oltre 100 chilometri al giorno.
- Gli autori criticano il concorso toscano «Start Smart» per i presidi di confine, che garantisce ai neoassunti il trasferimento verso i poli centrali dopo tre anni insieme a incentivi economici e formativi, giudicandolo iniquo verso il personale già in servizio e spesso disertato.
- Le proposte sono di regolamentare in modo trasparente la mobilità interna, rendere vincolanti gli esiti delle ricognizioni, eseguire tempestivamente i pareri positivi già espressi e organizzare una rete strutturale fra ospedali hub e spoke con turnazione e collaborazione.

SSN21 — Quotidiano sanità — Dimissioni dal Ssn: la voce inascoltata e l'esodo dei medici [Giuseppe Belleri]

Data: 6 ottobre 2026 | Tipo: lettera | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: fuga dal SSN, attrattività SSN, ritenzione del personale, CCNL, retribuzione, burnout, sanità privata, PNRR, Hirschman*, ANAAO Assomed*

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/dimissioni-dal-ssn-la-voce-inascoltata-e-lesodo-dei-medici/

- Nella lettera al direttore Giuseppe Belleri, medico di medicina generale in pensione, prende spunto dall'indagine di ANAAO Assomed secondo cui le dimissioni volontarie dal SSN hanno superato i pensionamenti e legge il fenomeno con lo schema di Albert Hirschman «Exit, Voice, and Loyalty», in cui la lealtà frena l'uscita e alimenta la protesta.
- Secondo l'autore la «voce» dei professionisti si è fatta sentire per anni attraverso i sindacati, che hanno denunciato condizioni di lavoro e ritardi contrattuali senza ottenere risposte; esaurita la fiducia, resta la defezione individuale verso il privato convenzionato, la libera professione o l'estero, con effetti collettivi.
- Belleri attribuisce l'esodo non a semplice disattenzione ma a una gestione strategica della contrattazione, fatta di rinnovi in ritardo spesso di oltre due anni, recupero solo parziale dell'inflazione, nuovi compiti e carichi di lavoro e riduzione di posti letto e presidi, scelte che giudica trasversali agli schieramenti politici.
- Sul piano economico la lettera sostiene che il SSN, per decenni unico acquirente del lavoro medico, si trova ora in un mercato in cui più datori competono, perché l'uscita per pensionamento non compensata, la minore attrattività di alcune specializzazioni e la crescita dell'offerta privata danno al professionista più alternative, con i primi segnali già dopo il Covid-19.
- Le proposte riguardano rinnovi contrattuali tempestivi che tutelino davvero il potere d'acquisto, carichi di lavoro sostenibili e un coinvolgimento effettivo dei professionisti nelle scelte organizzative, in una fase post PNRR che l'autore considera un possibile punto di svolta o di non ritorno.

Sezione SST — Sostenibilità della sanità

La sezione guarda alla salute nel mondo attraverso quattro rapporti dell'OMS. Il primo rapporto globale sulle disuguaglianze nelle malattie non trasmissibili analizza 35 indicatori secondo otto

dimensioni di svantaggio (SST01); la nota tecnica sulla violenza contro le ragazze di 15-19 anni stima che il 29,5%, circa 43 milioni, abbia subito violenza da partner o violenza sessuale (SST02); l'indagine europea sulle esperienze infantili avverse, su 26.741 giovani, mostra che più di due terzi ne hanno vissuta almeno una, con costi stimati oltre 40 miliardi di euro l'anno (SST03); i conti nazionali del personale sanitario prevedono una carenza mondiale di 11,1 milioni di operatori entro il 2030 e un medico su tre vicino alla pensione nei Paesi ricchi (SST04).

L'OCSE descrive filiere europee opache e concentrate per corticosteroidi, vaccini antinfluenzali e test diagnostici e propone di passare dalla gestione delle carenze al monitoraggio preventivo (SST06); nel Regno Unito il governo annuncia un servizio nazionale di assistenza sociale finanziato dalla riforma delle pensioni (SST05), mentre Forum Disuguaglianze e Diversità e Oxfam chiedono all'Italia di sostenere un International Panel on Inequality sul modello dell'IPCC (SST07). Dieci voci della sezione sono rinviate al numero 43, in attesa dei PDF delle riviste Lancet, del BMJ e di Il Sole 24 Ore, e il quadro internazionale si completerà nel prossimo numero.

SST01 — OMS — State of inequality: noncommunicable diseases and their risk factors

Data: 20 ottobre 2026 | Tipo: rapporto | Località: mondo | Lingua: EN | Accesso: Open

Parole chiave: OMS, disuguaglianze, equità in salute, malattie croniche, determinanti sociali, tabacco, obesità, inquinamento, screening, malattie non trasmissibili*

https://www.who.int/publications/i/item/9789240125018

- L'Organizzazione mondiale della sanità ha pubblicato il 20 ottobre 2026 un rapporto globale di 185 pagine, curato dal dipartimento Data, Digital Health, Analytics and AI, presentato come la prima valutazione completa delle disuguaglianze interne ai Paesi in materia di malattie non trasmissibili e relativi fattori di rischio.
- Il rapporto considera quattro gruppi di malattie (tumori, malattie cardiovascolari, diabete e malattie respiratorie croniche) e cinque fattori di rischio, cioè alcol, obesità e dieta non sana, attività fisica insufficiente, tabacco e inquinamento atmosferico, attingendo a nove fonti di dati multipaese.
- I 35 indicatori analizzati sono disaggregati fino a otto dimensioni di disuguaglianza: età, sesso, condizione economica, istruzione, luogo di residenza, disabilità, occupazione e condizione migratoria, con dati e profili per Paese consultabili nel portale Health Inequality Monitor dell'OMS.
- Secondo la presentazione, le popolazioni svantaggiate hanno spesso esiti peggiori, per esempio una minore copertura dello screening oncologico, disparità nella diagnosi e nel trattamento dell'ipertensione e una maggiore esposizione all'inquinamento domestico, mentre restano ampie lacune nei dati comparabili e disaggregati da colmare con un monitoraggio rafforzato.

SST02 — OMS, UNICEF e altri — Prevalence of intimate partner violence and non-partner sexual violence against adolescent girls aged 15–19 years: technical brief [LynnMarie Sardinha, Morane Verhoeven, Mandip Aujla]

Data: 2026 | Tipo: rapporto | Località: mondo | Lingua: EN | Accesso: Open

Parole chiave: OMS, adolescenti, salute globale, disuguaglianze, SDGs, Agenda 2030, violenza di genere*, violenza da partner intimo*, matrimonio precoce*, parità di genere*

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/10/b09912-eng.pdf

- La nota tecnica dell'OMS (DOI 10.2471/B09912), collegata alle stime globali sulla violenza contro le donne riferite al 2023, misura per la prima volta in modo specifico la violenza subita dalle ragazze di 15-19 anni, usando la banca dati mondiale OMS e indagini condotte fra il 2000 e il 2023 in 168 Paesi e territori.
- Fra le ragazze sposate o con un partner, il 23,3 per cento ha subito almeno una volta nella vita violenza fisica o sessuale dal partner e il 16,0 per cento nell'ultimo anno, pari a circa 12,5 milioni di adolescenti nel mondo.

- Le differenze geografiche sono molto ampie: in Oceania, escluse Australia e Nuova Zelanda, la prevalenza nella vita raggiunge il 54,7 per cento, con valori oltre il 50 per cento in Figi, Papua Nuova Guinea, Isole Salomone, Vanuatu e Kiribati, mentre in Europa si ferma al 15,8 per cento e al 5,2 per cento nell'ultimo anno.
- La violenza sessuale da parte di non partner riguarda l'8,4 per cento delle ragazze nella vita e il 4,0 per cento nell'ultimo anno, circa 13 milioni, con il valore più alto in America centrale (20,2 per cento nella vita) e livelli del 12,1 per cento in Europa e Nord America.
- Considerando insieme le due forme, nel 2023 il 29,5 per cento delle ragazze di 15-19 anni, circa 43 milioni, ha subito almeno una volta violenza da partner, violenza sessuale da non partner o entrambe, valori che secondo gli autori sono probabilmente sottostimati per stigma, vergogna e paura di ritorsioni.
- Il documento segnala che nel 2022 l'aiuto pubblico allo sviluppo destinato alla prevenzione della violenza contro donne e ragazze era appena lo 0,2 per cento del totale, in calo del 13 per cento fra il 2018 e il 2022, e osserva che nessun Paese è oggi sulla strada per eliminarla entro il 2030.
- Le raccomandazioni chiedono più finanziamenti pubblici, una risposta multisettoriale che integri sanità, scuola, protezione dell'infanzia, giustizia e servizi sociali con percorsi centrati sulle sopravvissute anche nelle cure primarie, e indagini nazionali periodiche che misurino pure la violenza psicologica e quella facilitata dalla tecnologia.
- Per agire sulle cause profonde la nota propone di porre fine ai matrimoni precoci, aumentare il completamento della scuola secondaria, rafforzare i diritti economici delle ragazze, trasformare le norme di genere dannose e sostenere le organizzazioni guidate da donne e ragazze.

SST03 — OMS Europa — Adverse childhood experiences in the European Union, Iceland and Norway: characteristics, consequences and costs [Bellis e altri]

Data: 2026 | Tipo: rapporto | Località: Europa | Lingua: EN | Accesso: Open

Parole chiave: infanzia, salute mentale, OMS, UE, disuguaglianze, capitale sociale, costo-efficacia*, esperienze infantili avverse*, maltrattamento infantile*, cyberbullismo*, servizi informati sul trauma*, QALY*

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/10/who-euro-2026-13288-53062-82856-eng.pdf

Presentazione su Quotidiano sanità (6 ottobre 2026): https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/infanzia-abusi-negligenza-e-violenza-per-oltre-2-giovani-europei-su-3-oms-europa-conseguenze-che-durano-nel-tempo/

- Il rapporto dell'Ufficio regionale europeo dell'OMS, finanziato dall'Unione europea e scritto con il centro collaborativo per la prevenzione della violenza della Liverpool John Moores University, presenta la prima indagine armonizzata su più Paesi sulle esperienze infantili avverse, condotta fra novembre 2025 e gennaio 2026 su 26.741 giovani di 18-30 anni dei 27 Stati membri, dell'Islanda e della Norvegia, senza stilare classifiche fra Paesi.
- Le nove esperienze misurate con il questionario internazionale dell'OMS (ACE-IQ) comprendono abuso fisico, emotivo e sessuale, trascuratezza fisica, uso di sostanze, malattia mentale o detenzione di un familiare, separazione o morte di un genitore e violenza domestica assistita, con frequenze che vanno dall'11,5 per cento per la detenzione al 39,2 per cento per la separazione o la morte di un genitore.
- Più di due terzi dei giovani riferiscono almeno un'esperienza avversa e più di uno su cinque quattro o più, con esposizioni più frequenti fra le donne, le persone appartenenti a minoranze etniche o di origine migrante e chi è cresciuto in ambienti deprivati.
- Fra chi riferisce quattro o più esperienze avverse il 76,3 per cento dichiara di aver avuto bisogno di un sostegno professionale per la salute mentale nell'ultimo anno, contro il 36,7 per cento di chi non ne riferisce, e il 39,8 per cento non ha ricevuto il sostegno di cui sentiva di avere bisogno, contro il 27,3 per cento.
- Gli effetti si estendono a istruzione e reddito, con il 15,1 per cento di giovani che non studiano né lavorano fra chi ha quattro o più esperienze avverse contro il 9,6 per cento, alla fiducia negli altri e al senso di appartenenza alla comunità, e alla violenza, subita dal 36,9 per cento contro il

6,0 e agita dal 26,8 per cento contro il 2,4, oltre a un rischio circa otto volte più alto di cyberbullismo subito.

- In termini di anni di vita aggiustati per qualità, chi ha quattro o più esperienze perde l'equivalente di 51 giorni di piena salute all'anno e di 1,82 anni fra i 18 e i 30 anni, con un costo stimato fino a 75.759 euro per persona e oltre 40 miliardi di euro all'anno nell'ipotesi prudente che ne sia colpito il 10 per cento dei giovani europei.
- Il rapporto mostra che la presenza di adulti di riferimento durante l'infanzia riduce in tutti i gruppi il bisogno di sostegno psicologico da giovani adulti, segno che la resilienza può attenuare in modo consistente gli effetti delle avversità.
- Le politiche raccomandate puntano sulla prevenzione primaria contro povertà, esclusione e violenza nelle comunità, su interventi di qualità nella prima infanzia, sul rafforzamento della resilienza e su servizi pubblici informati sul trauma, e Natasha Azzopardi-Muscat sottolinea che non si tratta di «un problema di salute mentale isolato»; programmi di visite domiciliari come la Nurse-Family Partnership generano risparmi pari a circa quattro volte il loro costo.

SST04 — OMS — National health workforce accounts: health workforce levels and trends 2026

Data: 22 giugno 2026 | Tipo: rapporto | Località: mondo | Lingua: EN | Accesso: Open

Parole chiave: OMS, carenza personale, professioni sanitarie, infermieri, invecchiamento, pensionamento, salute globale, copertura sanitaria universale, disuguaglianze, National Health Workforce Accounts*

https://www.who.int/publications/i/item/9789240122925

Presentazione su Quotidiano sanità (20 ottobre 2026): https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/personale-sanitario-un-medico-su-quattro-vicino-alla-pensione-entro-il-2030-mancheranno-11-1-milioni-di-operatori-il-nuovo-rapporto-dell-oms/

- Il rapporto, curato dal gruppo Health Workforce Data and Learning Analytics della WHO Academy sotto la guida di Khassoum Diallo e presentato da Quotidiano sanità il 20 ottobre come primo di una serie annuale, offre un quadro dei livelli e delle tendenze del personale sanitario a livello mondiale e regionale, sulla base dei dati ufficiali trasmessi dai referenti nazionali.
- Dal lancio del sistema nel 2017 la disponibilità di dati è cresciuta di quasi venti volte fra il 2018 e il 2025: 206 Paesi e territori, pari al 98 per cento degli Stati membri, hanno nominato un referente e 178 Paesi, il 92 per cento, hanno trasmesso dati nel ciclo 2025.
- La densità mondiale di medici, infermieri, ostetriche, dentisti e farmacisti è aumentata del 52 per cento, da 44,8 operatori ogni 10.000 abitanti nel 2006 a 67,9 nel 2025, e nel mondo si contano oltre 70 milioni di operatori sanitari e assistenziali.
- Le disparità restano marcate: la Regione europea registra in media 40,0 medici e 80,2 infermieri e ostetriche ogni 10.000 abitanti, contro 3,1 medici e 13,3 infermieri e ostetriche nella Regione africana, e secondo Diallo la densità di operatori «rimane fortemente correlata al reddito nazionale».
- La quota di popolazione mondiale con almeno 65 anni, circa una persona su dieci nel 2024 e quasi una su cinque nei Paesi ad alto reddito, salirà a circa una su otto entro il 2030, passando da 831 milioni a 1.003 milioni di persone con un aumento del 21 per cento.
- Sui dati di 122 Paesi quasi un medico su quattro ha più di 55 anni, quota che nei Paesi ad alto reddito sale a quasi uno su tre e supera quella dei medici sotto i 35 anni, e Diallo definisce l'invecchiamento la «crisi nascosta» del personale sanitario.
- Il rapporto stima che 67 Paesi non riusciranno a mantenere entro il 2030 la densità di personale standardizzata per età del 2024, con un divario di 832.000 operatori, pari al 4,6 per cento dello stock previsto, che si somma alla carenza mondiale stimata in 11,1 milioni e potrebbe accrescere il ricorso a personale straniero.
- Le conclusioni definiscono i conti nazionali del personale un bene pubblico globale per seguire i progressi verso la copertura sanitaria universale e gli obiettivi di sviluppo sostenibile, e

richiamano la necessità di investimenti continui dei Paesi nei sistemi informativi sulle risorse umane.

SST05 — The BMJ — Burnham: New NHS style national care service will be funded by pension reform [Matthew Limb]

Data: 29 settembre 2026 | Tipo: articolo | Località: Regno Unito | Lingua: EN | Accesso: Abbonamento

Parole chiave: Regno Unito, NHS, assistenza sociale, non autosufficienza, LTC, finanziamento welfare, previdenza, servizio nazionale di assistenza sociale*

https://www.bmj.com/content/394/bmj-2026-100995

- Il primo ministro britannico Andy Burnham, intervenendo alla conferenza annuale del Partito laburista a Liverpool, ha presentato il progetto di un servizio nazionale di assistenza sociale per l'Inghilterra, definendolo importante quanto la nascita del NHS.
- Secondo la notizia del BMJ, il governo intende finanziare il nuovo servizio modificando dopo le prossime elezioni il meccanismo di rivalutazione delle pensioni noto come «triple lock», in modo da liberare risorse per l'assistenza.
- Burnham ha sostenuto che la sua generazione di politici è stata troppo timorosa nell'affrontare la crisi dell'assistenza sociale, un sistema che senza riforma continuerebbe a mettere in difficoltà anche il servizio sanitario nazionale.
- Il servizio dovrebbe essere gratuito al momento dell'utilizzo, senza addebiti per le cure, e l'articolo è collegato all'editoriale del BMJ «Social care reform: 23rd time lucky?» e a un precedente articolo sull'accelerazione della revisione Casey.

SST06 — Quotidiano sanità — Ocse. In Europa, per corticosteroidi, vaccini e test diagnostici, filiere opache e fornitori concentrati [Marco Landucci]

Data: 12 ottobre 2026 | Tipo: articolo | Località: Europa | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: OCSE, UE, pandemic preparedness, scorte strategiche, contromisure mediche, influenza, dispositivi medici, carenza di farmaci*, catena di approvvigionamento*, HERA*

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/ocse-in-europa-per-corticosteroidi-vaccini-e-test-diagnostici-filiere-opache-e-fornitori-concentrati/

- L'articolo sintetizza il rapporto OCSE «Strengthening the EU's Medical Supply Chains», pubblicato a fine settembre 2026, che esamina tre categorie di prodotti rilevanti per la preparazione alle emergenze: corticosteroidi sistemici iniettabili, vaccini antinfluenzali stagionali e test diagnostici RT-PCR per l'influenza.
- Per i corticosteroidi operano nell'Unione 84 aziende, ma dei 20 produttori certificati di principi attivi solo 6 si trovano negli Stati membri, contro 9 in Cina, 2 negli Stati Uniti, 2 in India e 1 in Malaysia, mentre i mercati nazionali dipendono spesso da uno o due fornitori per molecola e il 76 per cento delle vendite passa dagli ospedali.
- I vaccini antinfluenzali sono forniti all'Europa da cinque produttori, con uno o due che coprono gran parte dell'offerta stagionale, e la brevità delle finestre di produzione rende la filiera vulnerabile ai ritardi nel controllo e nel rilascio dei lotti.
- Per i test diagnostici l'OCSE ha individuato 85 aziende con marcatura CE, ma non dispone di dati per stabilire quali vendano effettivamente nell'Unione e in quali volumi, e più in generale l'informazione pubblica non consente di ricostruire le filiere a monte, anche per la bassa risposta delle imprese all'indagine.
- Le raccomandazioni chiedono di passare dalla gestione delle carenze al monitoraggio preventivo, rafforzando il sistema europeo di allerta ATHINA e la capacità analitica di DG HERA, sviluppando la condivisione dei dati con le imprese e utilizzando strumenti esistenti come ESMP ed EMVS.
- Il rapporto propone inoltre, previa verifica di fattibilità, tre strumenti di cooperazione internazionale: un meccanismo multilaterale di monitoraggio dei mercati (MedMIS), un acquisto congiunto aperto a partner extra UE (MedPPA) e una riserva condivisa di prodotti medici

(RescPool), segnalando che per i dispositivi medici non esistono accordi di mutuo riconoscimento delle ispezioni.

SST07 — Forum D&D e Oxfam — Supporto dell'Italia all'istituzione dell'International Panel on Inequality [Fabrizio Barca, Elena Granaglia, Emilia Romano]

Data: 16 settembre 2026 | Tipo: lettera | Località: mondo | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: disuguaglianze, giustizia sociale, governance globale, Italia, G20*, International Panel on Inequality*, Forum Disuguaglianze e Diversità*, Oxfam*

https://www.oxfamitalia.org/wp-content/uploads/2026/09/Lettera-alla-PdC-On.-G.-Meloni-su-IPI_16.09.2026.pdf

- Con una lettera datata Roma, 16 settembre 2026, i coordinatori del Forum Disuguaglianze e Diversità Fabrizio Barca ed Elena Granaglia e la presidente di Oxfam Italia Emilia Romano chiedono alla Presidente del Consiglio, e per conoscenza ai ministri Giorgetti e Tajani, di sostenere la nascita di un International Panel on Inequality nel sistema delle Nazioni Unite.
- La lettera rilancia l'appello di oltre 1.400 economisti ed esperti di 102 Paesi, fra cui quasi 140 italiani, e ricorda che la proposta è la principale raccomandazione del comitato straordinario di esperti indipendenti sulle disuguaglianze globali istituito dalla presidenza sudafricana del G20 e presieduto da Joseph E. Stiglitz.
- L'appello accademico allegato, in inglese, descrive il futuro panel come un organismo scientifico indipendente ispirato al ruolo dell'IPCC per il clima, chiamato a valutare lo stato delle conoscenze sulle disuguaglianze, che secondo i firmatari sono una scelta politica reversibile e alimentano concentrazioni di potere antidemocratiche.
- Le organizzazioni auspicano che l'Italia partecipi all'evento ad alto livello del 23 settembre a New York, durante l'Assemblea generale delle Nazioni Unite, con il Segretario generale e i capi di Stato o di governo di Brasile, Norvegia, Spagna e Sudafrica, promotori del panel, e aderisca alla coalizione dei governi favorevoli.

Sezione OHE — One Health e clima

L'unica scheda della sezione riprende, attraverso l'Agenzia regionale di sanità della Toscana, il rapporto 2025 del Lancet Countdown su salute e clima (OHE01): i decessi legati al caldo sono cresciuti del 63% rispetto agli anni Novanta, l'inquinamento da combustibili fossili causa circa 2,5 milioni di morti e in Italia i decessi da caldo sono circa 7.400 l'anno, mentre il Paese ha sostenuto i combustibili fossili con 30,2 miliardi di dollari. Tre voci della sezione, tutte delle riviste Lancet, sono rinviate al numero 43 in attesa dei PDF.

OHE01 — ARS Toscana — Clima e salute: i dati del Lancet Countdown 2025 [Simona Olivadoti, Daniela Nuvolone]

Data: 13 novembre 2025 | Tipo: articolo | Località: mondo | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: Lancet Countdown, cambiamento climatico, mortalità da calore, ondata di calore, inquinamento, PM2.5, siccità, sicurezza alimentare, arbovirosi, ARS Toscana*, sussidi ai combustibili fossili*

https://www.ars.toscana.it/clima-e-salute-2/5371-clima-e-salute-i-dati-del-lancet-countdown-2025.html

- L'articolo dell'Agenzia regionale di sanità della Toscana sintetizza il rapporto 2025 del Lancet Countdown su salute e cambiamento climatico, pubblicato il 29 ottobre 2025 da una collaborazione nata nel 2016 che riunisce 128 ricercatori di oltre 71 istituzioni, fra cui OMS e Banca Mondiale, e organizza i propri indicatori in cinque aree tematiche.
- I decessi legati al caldo sono aumentati del 63 per cento rispetto agli anni Novanta, con una media di circa 546.000 l'anno fra il 2012 e il 2021, e nel 2024, anno più caldo mai registrato, ogni persona ha vissuto in media oltre 19 giorni di ondata di calore, con esposizioni cresciute del 304 per cento per gli over 65 e del 389 per cento per i neonati.

- Il rapporto attribuisce circa 2,5 milioni di morti all'inquinamento atmosferico da combustione di carbone, gas e petrolio, stima 639 miliardi di ore di lavoro perse per stress da calore nel 2024 e un record di 154.000 decessi associati al fumo degli incendi.
- Fra gli altri indicatori figurano la siccità estrema sul 61 per cento delle terre emerse, l'insicurezza alimentare per oltre 120 milioni di persone in più rispetto al 1990, perdite economiche da eventi estremi per 304 miliardi di dollari e un potenziale di trasmissione della dengue cresciuto di quasi il 49 per cento rispetto agli anni Cinquanta.
- Per l'Italia la scheda nazionale indica circa 7.400 decessi l'anno legati al caldo fra il 2012 e il 2021, oltre il doppio degli anni Novanta, l'esposizione di quasi il 99 per cento della popolazione a livelli di PM10 superiori ai limiti OMS e, nel 2022, 63.700 morti da PM2.5, di cui 27.800 attribuibili ai combustibili fossili.
- L'articolo segnala che l'Italia ha sostenuto i combustibili fossili con 30,2 miliardi di dollari, pari al 15,5 per cento della spesa sanitaria nazionale, che i riferimenti dei governi al legame fra clima e salute nei discorsi all'ONU sono scesi dal 62 al 30 per cento fra il 2021 e il 2024 e che il rapporto chiede investimenti in infrastrutture verdi, resilienza dei sistemi sanitari e transizione energetica.

Sezione PAN — Pandemie in essere e in arrivo

Medici senza frontiere aggiorna al 26 ottobre l'epidemia di Ebola da virus Bundibugyo nella Repubblica democratica del Congo e in Uganda, con oltre 10.140 casi confermati e 4.920 decessi, senza vaccini né farmaci specifici approvati e con test diagnostici che non riconoscono questo virus (PAN01). In Italia il monitoraggio della settimana 179 mostra una circolazione di SARS-CoV-2 molto bassa, con lo 0,6% dei posti di area medica occupati, ma solo quattro sequenziamenti depositati a settembre (PAN02). Tre voci della sezione sono rinviate al numero 43, perché le fonti non si sono lasciate leggere o richiedono il PDF.

PAN01 — Medici senza frontiere — La nuova epidemia di Ebola nella Repubblica Democratica del Congo e Uganda: domande e risposte [Valeria Spinelli]

Data: 22 maggio 2026 (aggiornato al 26 ottobre 2026) | Tipo: articolo | Località: Repubblica Democratica del Congo, Uganda | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: Ebola, Bundibugyo, Repubblica Democratica del Congo, Uganda*, sorveglianza, tracciamento dei contatti, contromisure mediche, conflitto armato, crisi umanitaria, Medici senza frontiere*

https://www.medicisenzafrontiere.it/news-e-storie/news/nuova-epidemia-ebola-congo-uganda-domande-risposte/

- L'epidemia è partita dalla zona sanitaria di Mongwalu, nella provincia congolese dell'Ituri a nord-ovest di Bunia, dove Medici senza frontiere ha ricevuto le prime segnalazioni di decessi per febbre emorragica il 9 e 10 maggio 2026, e un'indagine successiva ha contato 55 morti a partire da aprile.
- Secondo l'aggiornamento del 26 ottobre 2026 i casi confermati superano 10.140 e i decessi 4.920, con oltre il 70% dei casi concentrato nell'Ituri e altri casi nelle province del Nord Kivu e del Sud Kivu; il primo caso noto è un'infermiera morta il 24 aprile a Bunia.
- Il virus responsabile è il Bundibugyo e non lo Zaire delle epidemie precedenti, con una letalità stimata fra il 25% e il 40% contro circa il 70%, ma non esistono vaccini né farmaci specifici approvati: l'Ervebo potrebbe proteggere solo in parte e gli anticorpi monoclonali agiscono soltanto sullo Zaire.
- La diagnosi è ostacolata dal fatto che i test GeneXpert in uso non riconoscono il Bundibugyo, mentre i test rapidi sviluppati per questo virus sono disponibili in quantità limitata, per cui si ricorre spesso alla PCR convenzionale con tempi più lunghi.
- La risposta di Medici senza frontiere, coordinata con le autorità sanitarie congolesi e con l'OMS, comprende un centro di trattamento da 100 posti letto a Bunia, altri centri in allestimento a Komanda e Goma, il tracciamento dei contatti, le sepolture sicure e il mantenimento delle cure ordinarie per malaria e morbillo.

- Il contenimento è reso difficile da conflitti armati, infrastrutture deboli e oltre 5 milioni di sfollati interni nelle tre province colpite; l'organizzazione sconsiglia la chiusura dello spazio aereo e ricorda che i due casi esportati in Germania e in Francia sono guariti senza generare focolai.

PAN02 — Ministero Salute e ISS — Monitoraggio Fase 3 Report settimanale

Data: 9 ottobre 2026 | Tipo: rapporto | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: COVID-19, SARS-CoV-2, sorveglianza, varianti, Ministero della Salute, ISS, posti letto, terapia intensiva*, reinfezione*

https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/2026-10/Monitoraggio%20SARS-CoV-2%20Fase%203_Settimana%20179%20FINALE.pdf

- Il report della settimana 179 della cabina di regia del Ministero della Salute e dell'Istituto superiore di sanità, previsto dalla circolare ministeriale n. 14253 del 5 maggio 2023 e basato sui dati acquisiti al 7 ottobre 2026, descrive un'incidenza di nuovi casi stabile e un impatto ospedaliero limitato.
- Al 7 ottobre l'occupazione dei posti letto di area medica da parte di pazienti con infezione da SARS-CoV-2 era dello 0,6 per cento, con 349 ricoverati su 61.844 posti, e quella delle terapie intensive dello 0,1 per cento, con 13 ricoverati, con valori regionali più alti in Sicilia (3,1 per cento), Sardegna (2,4 per cento) e Campania (2,1 per cento) per l'area medica.
- L'indice di trasmissibilità basato sui casi ospedalizzati, calcolato con dati al 30 settembre, era pari a 0,8, mentre nella settimana dal 1 al 7 ottobre sono stati segnalati 263 casi, con un'incidenza inferiore a 0,5 casi ogni 100.000 abitanti, un'età mediana alla diagnosi di 53 anni e una quota di reinfezioni del 35,8 per cento.
- Nel mese di settembre risultavano depositati nella piattaforma I-Co-Gen soltanto quattro sequenziamenti, attribuiti ai lignaggi RV.1.1.1, XFZ.4.1 e XHA, un numero che secondo il report non consente di stimare in modo attendibile la distribuzione delle varianti circolanti.

Sezione OSP — L'ospedale che cambia

La FADOI ricorda che il 60% dei ricoverati nei reparti di area medica ha più di 75 anni e oltre il 70% convive con più malattie croniche, e propone di riconoscere la medicina interna come infrastruttura strategica del SSN, con aree semintensive, co-management con la chirurgia e una funzione di regia clinica (OSP01). Una voce della sezione è rinviata al numero 43, in attesa del PDF di Il Sole 24 Ore.

OSP01 — Quotidiano sanità — Medicina interna. Fadoi: "Il 60% dei ricoverati ha più di 75 anni. Il nuovo Ssn parta dalla complessità"

Data: 14 ottobre 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: medicina interna*, FADOI*, ospedale, intensità di cura, multimorbidità, anziani, fragilità, integrazione ospedale-territorio, emergenza-urgenza, co-management*, fascicolo sanitario elettronico, telemonitoraggio

https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/medicina-interna-fadoi-il-60-dei-ricoverati-ha-pi-di-75-anni-il-nuovo-ssn-parta-dalla-complessit/

- La Federazione delle associazioni dei dirigenti ospedalieri internisti (Fadoi) segnala che circa il 60% dei ricoveri nei reparti di area medica riguarda persone con più di 75 anni e che oltre il 70% dei ricoverati convive con almeno tre patologie croniche, e indica in questi dati il punto da cui dovrebbe partire la riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale.
- I dati sono stati presentati a Roma, nella sede dell'Istituto della Enciclopedia Italiana Treccani, nell'incontro «La Medicina Interna come infrastruttura strategica del Ssn», articolato in tre sessioni tematiche, una tavola rotonda e oltre venti interventi di clinici, rappresentanti istituzionali ed esperti.
- Il presidente nazionale di Fadoi, Andrea Montagnani, sostiene che con pazienti sempre più anziani e fragili non abbia più senso considerare la medicina interna una disciplina a bassa intensità di cura, e chiede di organizzare gli ospedali per intensità con personale, tecnologie e competenze proporzionati alla complessità.

- Le priorità operative indicate dalla federazione sono il potenziamento delle aree semintensive internistiche, lo sviluppo del co-management con i reparti chirurgici e un rapporto più stretto con l'emergenza-urgenza, così da fare del reparto internistico uno snodo che eviti la frammentazione dei percorsi.
- Il presidente della Fondazione Fadoi, Francesco Dentali, osserva che una sanità organizzata per singole malattie rischia di non bastare più e propone per l'internista una funzione di «regia clinica» che tenga insieme le specialità e accompagni il paziente dall'ospedale al territorio.
- Fra gli strumenti per la continuità assistenziale l'articolo cita il fascicolo sanitario elettronico, la telemedicina, il telemonitoraggio e il governo dei dati, precisando che rafforzano la continuità soltanto se vengono integrati davvero nei percorsi di cura e non restano strumenti separati.

Sezione TER — Medicina territoriale

La sezione si concentra su chi fa funzionare il territorio. Il nuovo segretario della FIMMG Biancalani sostiene il ruolo unico ma respinge l'idea di Case della comunità come guardie mediche diurne (TER03), Belleri critica l'impostazione per grandi hub del PNRR e il debito orario introdotto dall'accordo stralcio (TER04), Mittiga difende una medicina generale centrata sulla clinica (TER06), il Veneto uniforma dal 2027 la remunerazione del personale delle medicine di gruppo con una quota capitaria unica (TER05) e il congresso SUMAI chiede di coinvolgere gli specialisti ambulatoriali nella riforma (TER07).

Sul piano degli strumenti, la Regione Lazio rende operativi i PDTA con un codice di prestazione tracciante nel Catalogo unico regionale, agende dedicate e audit su volumi, tempi e aderenza (TER01), mentre una revisione del 2018, riproposta come riferimento, documenta in venti studi statunitensi il ruolo dei navigatori del paziente nell'accesso alle cure primarie (TER02). Una voce della sezione è rinviata al numero 43, perché la fonte non si è lasciata leggere.

TER01 — Regione Lazio — Determinazione n. G12829 del 23/09/2026. Approvazione del documento tecnico “Linee operative regionali per la definizione, attuazione e tracciabilità dei PDTA”

Data: 23 settembre 2026 | Tipo: determinazione | Località: Lazio | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: PDTA, presa in carico, cronicità, appropriatezza, continuità assistenziale, MMG, nomenclatore tariffario, tempi di attesa, malattia rara*, codice tracciante*, Catalogo Unico Regionale*, Lazio

Fonte: PDF fornito dal curatore

- La determinazione della Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria del Lazio, firmata dal direttore Andrea Urbani, approva come allegato A un documento tecnico che rende operative le linee di indirizzo regionali sui percorsi diagnostico terapeutico assistenziali adottate con la determinazione G15691 del 18 dicembre 2020.
- Il documento distingue il PDTA, inteso come modello organizzativo di presa in carico continuativa senza un termine predeterminato, dal Percorso ambulatoriale complesso (PAC), che è un insieme definito di prestazioni da erogare in un arco temporale circoscritto e che può essere al più uno strumento attuativo del percorso.
- Per ogni PDTA viene istituito un codice di prestazione tracciante, cioè una prestazione virtuale a costo zero inserita nel Catalogo unico regionale, lunga al massimo sette caratteri e composta dal prefisso DT, dalle ultime due cifre dell'anno di adozione e da una sigla mnemonica, come nell'esempio DT26FM per la fibromialgia.
- Il gruppo di lavoro regionale che definisce il percorso deve indicare la prestazione dirimente per l'arruolamento, distinguere primo accesso, completamento diagnostico e accessi successivi, elencare tutte le prestazioni con codice CUR, periodicità, prescrittori abilitati (MMG, PLS o specialisti) ed eventuale regime di esenzione.
- Le aziende sanitarie devono recepire ogni PDTA regionale con un proprio atto deliberativo, stimare i volumi di prestazioni attesi sulla platea dei pazienti eleggibili e attivare agende dedicate di primo accesso e di presa in carico nel sistema ReCUP, con il regime SSN-PDTA e il monitoraggio della saturazione.

- Il codice tracciante serve alla Regione per identificare i pazienti arruolati e misurare volumi, tempi di attesa e aderenza ai percorsi tramite audit periodici; i PDTA per le malattie rare passano dall'approvazione del Coordinamento regionale, e quelli già adottati dovranno essere adeguati alle nuove regole.

TER02 — BMJ Open — Patient navigators facilitating access to primary care: a scoping review [Peart e altri]

Data: n.d. | Tipo: revisione | Località: Stati Uniti, Australia | Lingua: EN | Accesso: Open

Parole chiave: navigatore del paziente*, cure primarie, accesso cure, cure centrate sulla persona*, presa in carico, integrated care, pronto soccorso, scoping review*, USA

https://bmjopen.bmj.com/content/8/3/e019252

- Si tratta di un articolo di BMJ Open del 2018, riproposto in questo numero come riferimento, in cui Annette Peart, Virginia Lewis, Ted Brown e Grant Russell, ricercatori delle università Monash e La Trobe in Australia, esaminano come i navigatori del paziente aiutino le persone prive di un riferimento stabile ad accedere alle cure primarie.
- La revisione esplorativa, condotta con il metodo di Arksey e O'Malley su MEDLINE, Embase, ProQuest Medical e letteratura grigia, ha considerato gli studi in inglese pubblicati fra il gennaio 2000 e la primavera del 2016, escludendo i Paesi non OCSE, le popolazioni detenute o residenziali e i navigatori interni a un ambulatorio.
- Dai 6.355 record iniziali sono stati inclusi 20 studi, tutti condotti negli Stati Uniti: 11 descrizioni o valutazioni di programmi, 8 studi di intervento e uno retrospettivo, con 13 programmi basati nei pronto soccorso, 6 nella comunità e uno in reparto di degenza.
- Nella maggior parte dei casi il navigatore è una persona e non un processo, ma le denominazioni del ruolo variano molto (case manager, operatore sanitario di comunità, advocate), e secondo gli autori questa varietà rende difficile descrivere in modo uniforme che cosa faccia concretamente la figura.
- Le componenti dei programmi sono state ricondotte ai nove principi di Freeman: tutti gli studi puntano a ricomporre servizi frammentati e 17 adottano un approccio centrato sul paziente secondo il modello di Epstein, mentre solo 9 definiscono le competenze richieste e nessuno valuta il rapporto fra costi ed efficacia.
- Gli autori concludono che un approccio fondato sulla relazione è centrale per chi non ha un medico di riferimento e che i navigatori possono estendere la cura centrata sulla persona fra i diversi setting, ma avvertono che la provenienza esclusivamente statunitense degli studi limita la generalizzabilità dei risultati.

TER03 — Quotidiano sanità — Medici di famiglia. Niccolò Biancalani è il nuovo segretario della Fimmg: "Basta burocrazia e carichi di lavoro insostenibili. Le Case della comunità non diventino guardie mediche diurne" [Luciano Fassari]

Data: 10 ottobre 2026 | Tipo: intervista | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: FIMMG, medicina generale, MMG, ruolo unico assistenza primaria, case della comunità, AFT, ACN, Scuola specializzazione medicina generale, carenza personale, aree interne, prevenzione, DM 77

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/medici-di-famiglia-niccolo-biancalani-e-il-nuovo-segretario-della-fimmg-basta-burocrazia-e-carichi-di-lavoro-insostenibili-le-case-della-comunita-non-diventino-guardie-mediche-diurne/

- Niccolò Biancalani, medico pratese di 44 anni, è stato eletto segretario generale della Fimmg con una lista unitaria all'85° Congresso nazionale di Villasimius, succedendo a Silvestro Scotti che ha guidato il sindacato per dieci anni e ne diventa presidente, con un esecutivo di otto componenti dall'età media di circa 48 anni.
- Il nuovo segretario presenta il cambio di guida come un rinnovamento che non rompe con il passato e indica come priorità l'attrattività della professione per i giovani, chiedendo tutele e ritmi

di lavoro sostenibili perché, a suo giudizio, non si può rendere attraente un mestiere con gli attuali carichi.

- Biancalani conferma il sostegno al ruolo unico dell'assistenza primaria, ma avverte che «non deve trasformarsi in una prigione» e propone più flessibilità, con tutele per la genitorialità e per chi assiste familiari malati anche attraverso sospensioni parziali o temporanee dell'attività oraria.
- Le Case della comunità sono considerate una componente irrinunciabile, ma il segretario respinge in modo assoluto l'idea che diventino guardie mediche diurne e precisa che l'accordo stralcio sulle ore nelle Case hub del PNRR riguarda le funzioni del DM 77, dalla valutazione del rischio alla gestione della cronicità.
- Fra le proposte figurano le Aggregazioni funzionali territoriali come nodo organizzativo dell'assistenza, la trasformazione del corso di formazione specifica in specializzazione universitaria e un «livello essenziale organizzativo» che garantisca a tutti segreteria, infermiere ed équipe, con valutazione sui risultati di salute e non sul numero di ricette.
- Il sindacato porterà queste posizioni nel rinnovo dell'Accordo collettivo nazionale e nella legge di bilancio, chiedendo risorse e interventi fiscali; Biancalani attribuisce la carenza di medici alla mancata previsione della «gobba pensionistica», segnala colleghi giovani che passano da zero a 1.500 assistiti in poche settimane e annuncia un presidio dedicato alle aree interne.

TER04 — Quotidiano sanità — Riforma sanitaria, il rischio di ripetere gli errori del Pnrr e ignorare le esigenze del territorio [Giuseppe Belleri]

Data: 16 ottobre 2026 | Tipo: lettera | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: case della comunità, DM 77, PNRR, UCCP, MMG, ACN, debito orario*, assistenza domiciliare, desertificazione sanitaria, aree interne, Istituto Mario Negri*

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/riforma-sanitaria-il-rischio-di-ripetere-gli-errori-del-pnrr-e-ignorare-le-esigenze-del-territorio/

- Giuseppe Belleri, medico di medicina generale in pensione a Brescia, commenta la proposta di riforma dell'Istituto Mario Negri di Milano, che prevede di accentrare a Roma la programmazione e la gestione dei servizi sanitari regionali e di finanziare una rete di Case della comunità da 5 a 10 mila abitanti con il passaggio dei medici di famiglia alla dipendenza.
- Secondo l'autore il PNRR ha finanziato soltanto grandi Case della comunità hub da 50 o 60 mila abitanti, poco adatte a un'assistenza primaria capillare in un Paese così vario per geografia, perché 3 miliardi della bozza del governo Conte sarebbero stati spostati sull'assistenza domiciliare, che è spesa corrente.
- La lettera sostiene che il finanziamento dell'assistenza domiciliare sia ormai esaurito, salvo circa 250 milioni residui per il 2026, e che oggi esistano 1.038 Case della comunità hub prive di personale medico e infermieristico adeguato, gestite con criteri manageriali di tipo ospedaliero e senza spazi per i gruppi di medici.
- Il debito orario di sei ore introdotto con l'accordo collettivo nazionale stralcio garantisce la copertura delle dodici ore diurne nelle Case, ma secondo Belleri produce prestazioni occasionali, ricambio continuo e medici isolati, senza un progetto professionale condiviso fra colleghi.
- L'autore ricorda che le UCCP previste dalla riforma Balduzzi del 2012 sono rimaste in gran parte sulla carta e osserva che la proposta del Mario Negri le ripropone senza indicare tempi, costi del passaggio alla dipendenza né meccanismi di monitoraggio e di responsabilità analoghi a quelli del PNRR.
- Belleri critica l'impostazione centralista e dirigista, che ignorerebbe la storia locale dei servizi, e attribuisce al DM 77 l'imposizione del modello dei grandi hub, con il risultato di favorire la desertificazione sanitaria delle aree collinari e montane per mancanza di medici di famiglia.

TER05 — Quotidiano sanità — Medicina di gruppo. Veneto, da gennaio nuovo modello con remunerazione per quota capitaria uguale per tutti

Data: 30 settembre 2026 | Tipo: articolo | Località: Veneto | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: medicina di gruppo, medicina generale, MMG, AFT, collaboratore di studio*, infermieri, quota capitaria*, Scuola specializzazione medicina generale, Veneto

https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/medicina-di-gruppo-veneto-da-gennaio-nuovo-modello-con-remunerazione-per-quota-capitaria-uguale-per-tutti/

- L'assessore alla Sanità della Regione Veneto, Gino Gerosa, ha annunciato che dal 1° gennaio 2027 la copertura economica del personale di studio e infermieristico che lavora nelle Medicine di gruppo integrate sarà uniformata su tutto il territorio regionale, superando le differenze attuali fra territori e fra Aziende Ulss.
- Secondo l'assessore oggi esiste una «disomogeneità di trattamenti economici e contrattuali» perfino all'interno della stessa Ulss, e l'attuale modalità con cui i medici di medicina generale vengono remunerati per questo personale resterà in vigore soltanto fino al 31 dicembre 2026.
- Il nuovo sistema si baserà su una remunerazione per quota capitaria identica in tutta la Regione e verrà definito insieme al nuovo modello delle Aggregazioni funzionali territoriali, ancora in costruzione, dopo un confronto già avviato con i sindacati nella delegazione trattante della medicina generale.
- L'annuncio è stato dato durante l'Open Day della Scuola di formazione specifica in medicina generale del Veneto, che Gerosa ha descritto come luogo istituzionale nel quale ricerca, formazione e programmazione possono dialogare, ribadendo che la Regione non vuole disperdere le competenze maturate dal personale degli studi.

TER06 — Quotidiano sanità — Una medicina generale buona [Giuseppe Mittiga]

Data: 2 ottobre 2026 | Tipo: lettera | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: medicina generale, MMG, relazione medico-paziente, autonomia professionale, appropriatezza, medicina difensiva, convenzione riformata, accordo integrativo regionale, AIFA, tetti di spesa

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/una-medicina-generale-buona/

- Giuseppe Mittiga, medico di medicina generale a Roma, sostiene che il dibattito in rete sulla medicina generale sia dominato dalle lamentele per un effetto di distorsione nella pubblicazione, e che non rifletta necessariamente il giudizio reale dei medici e dei cittadini sul servizio ricevuto.
- L'autore ricorda che la flessibilità e l'autonomia organizzativa fanno della categoria un insieme eterogeneo, con circa 38 mila modi diversi di esercitare la professione entro i confini della convenzione, e che la maggioranza dei medici di famiglia visita anche a domicilio, si assume responsabilità e ascolta i pazienti.
- La lettera critica la figura del «medico-poliziotto», attento più alle circolari regionali e ai propri rischi che alla clinica, che nega prestazioni come una risonanza del ginocchio rinviando allo specialista, e che finisce per perdere la fiducia dei pazienti invece di filtrare le richieste con buon senso.
- Secondo Mittiga il medico di famiglia dovrebbe tornare alla clinica e lasciare temi come il DM 77, il PNRR e la governance a chi fa management, valutando l'appropriatezza caso per caso alla luce del singolo paziente, anche nella lettura delle note AIFA e delle schede tecniche.
- L'autore richiama una giurisprudenza che riterrebbe illegittimi i provvedimenti regionali capaci di anteporre il budget ai bisogni di cura, senza però indicare sentenze precise, e attribuisce ai tentativi regionali di contenere la spesa la tensione crescente fra medici e sistemi di controllo.

TER07 — Quotidiano sanità — Riforma sanità territoriale, “senza gli specialisti ambulatoriali rischia di fallire”. Le riflessioni al Congresso SUMAI

Data: 21 ottobre 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: specialistica ambulatoriale, SUMAI*, case della comunità, ospedali di comunità, presa in carico, cronicità, integrazione ospedale-territorio, SISAC, CARD Italia*, PNRR

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/riforma-sanita-territoriale-senza-gli-specialisti-ambulatoriali-rischia-di-fallire-le-riflessioni-al-congresso-sumai/

- Al 58° Congresso nazionale del SUMAI Assoprof, svoltosi all'Ergife Palace Hotel di Roma, la tavola rotonda intitolata «La riforma della sanità territoriale senza gli specialisti ambulatoriali rischia di fallire» ha spostato il confronto dalla costruzione delle Case e degli Ospedali di comunità al loro effettivo funzionamento.
- Il presidente di CARD Italia, Antonino Trimarchi, ha chiesto che gli specialisti ambulatoriali partecipino alla programmazione, all'organizzazione e alla gestione dei percorsi diagnostico-assistenziali, mentre Andrea Costa, esperto del Ministero della Salute per l'attuazione del PNRR, ha attribuito alle Case della comunità una funzione di filtro sul territorio.
- Il presidente della Commissione Affari sociali del Senato, Francesco Zaffini, ha affermato che dal 2027 la priorità non saranno più le strutture ma i professionisti chiamati a farle funzionare, ricordando che la sanità è fatta dalle persone e non dagli edifici o dalle macchine.
- Il coordinatore della SISAC, Marco Caroli, si è detto disponibile ad affrontare con i sindacati tutti i temi contrattuali emersi, e il segretario generale del SUMAI, Antonio Magi, ha chiesto di rilanciare la specialistica ambulatoriale dopo anni di trascuratezza perché consente di prendere in carico il paziente senza ricorrere all'ospedale.
- L'articolo sottolinea come obiettivo comune la presa in carico dei pazienti cronici nelle Case della comunità, così che l'ospedale non resti il punto di riferimento per bisogni gestibili sul territorio, ma non riporta dati sul numero di specialisti, sulle ore di attività o sulle risorse necessarie.

Sezione LTC — Sanità, sociale e Long Term Care

Il mese è quello della legge sui caregiver familiari. Il testo unificato approvato alla Camera definisce quattro profili in base alle ore di assistenza, affida il riconoscimento a una piattaforma INPS dal 2027 e prevede un contributo fino a 1.200 euro a trimestre per i caregiver prevalenti con ISEE fino a 25.000 euro (LTC01); Carer ETS lo giudica una legge «sui» caregiver e non «per» i caregiver, che secondo l'associazione raggiungerà poco più di 50.000 beneficiari a fronte di oltre 12 milioni di persone impegnate nella cura (LTC03). In Veneto una proposta di legge regionale presentata a maggio prevede il giovane caregiver, il raccordo con i Punti unici di accesso nelle Case della comunità e un fondo regionale (LTC02). Due voci della sezione sono rinviate al numero 43, in attesa dei PDF di Il Sole 24 Ore.

LTC01 — Governo — Riconoscimento e tutela delle persone che assistono e si prendono cura dei propri cari

Data: 1 ottobre 2026 | Tipo: disegno di legge | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: caregiver familiare, non autosufficienza, disabilità, riforma anziani, valutazione multidimensionale, PAI, INPS, ISEE, respite care, Conferenza Unificata*, caregiver prevalente*, conciliazione vita-lavoro*

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/10/leg.19.pdl_.camera.2789_a.19pdl0203840.pdf

- Il documento è il testo approvato in sede referente dalla Commissione Affari sociali della Camera, che il 1° ottobre 2026 ha deliberato di riferire favorevolmente in Aula sul disegno di legge n. 2789 presentato il 6 febbraio 2026 dalla ministra per le Disabilità Locatelli con altri nove ministri, unificato con dodici proposte parlamentari depositate fra il 2022 e il 2024.
- Il caregiver familiare viene definito come la persona maggiorenne che assiste un figlio, il coniuge, l'unito civilmente, il convivente o un parente o affine entro il secondo grado con disabilità grave, indennità di accompagnamento o non autosufficienza certificata secondo i decreti legislativi 62 e 29 del 2024.
- Il testo distingue quattro profili in base al carico di cura: il caregiver prevalente convivente con almeno 91 ore settimanali di assistenza, il convivente da 30 a 91 ore, il non convivente con almeno 30 ore e quello con un impegno fra 10 e 30 ore, rinviando a un decreto da adottare con intesa in Conferenza unificata i criteri uniformi per calcolare e attestare il carico.
- Il riconoscimento formale passa da una piattaforma informatica dell'INPS che dovrà essere attivata entro il 2 gennaio 2027, con un'istanza presentata dalla persona assistita, che può

indicare fino a tre caregiver e revocarli; per gestire le procedure l'Istituto viene autorizzato ad assumere 100 dipendenti e due dirigenti.

- Il caregiver partecipa alla valutazione multidimensionale, al progetto di vita della persona con disabilità e al Piano assistenziale individualizzato dell'anziano non autosufficiente, nei quali vengono indicati il suo carico di cura e i supporti disponibili, mentre le associazioni rappresentative vengono consultate nella programmazione sociale nazionale.
- Per i caregiver prevalenti e conviventi sono previste misure di tutela come la sostituzione entro 24 ore in caso di emergenza, la formazione gratuita, il sostegno psicologico, le visite domiciliari, le televisite e un accesso preferenziale alle prestazioni, finanziate però nei limiti delle risorse già disponibili.
- Il testo prevede inoltre la certificazione delle competenze maturate, il diritto a chiedere lavoro agile o orari diversi con priorità nel passaggio al part-time, l'innalzamento da 14 a 18 anni dell'età del figlio disabile per il congedo parentale e l'esonero dalle tasse universitarie per gli studenti con almeno 30 ore settimanali di cura.
- Dal 2027 il caregiver prevalente che non lavora o guadagna meno di 3.000 euro annui e ha un ISEE fino a 25.000 euro riceverà un contributo fino a 1.200 euro a trimestre, decrescente oltre i 15.000 euro di ISEE, con un limite di spesa di 186,08 milioni per il 2027 e circa 251 milioni annui dal 2028; la Commissione Affari costituzionali ha suggerito di coinvolgere la Conferenza unificata anche su questa misura.

LTC02 — Regione Veneto — Disposizioni per il riconoscimento, la valorizzazione e il sostegno del caregiver familiare quale persona che presta cura e assistenza alla persona cara

Data: 25 maggio 2026 | Tipo: proposta di legge | Località: Veneto | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: caregiver familiare, non autosufficienza, PAI, PUA, case della comunità, prescrizione sociale, respite care, burnout caregiver, generazione sandwich, giovane caregiver*, terzo settore, Veneto

https://www.consiglioveneto.it/documents/34871/f1bb2411-8f25-5a94-f9a8-9590a4832b9f

- Il progetto di legge n. 81 della dodicesima legislatura del Consiglio regionale del Veneto, presentato il 25 maggio 2026 dai consiglieri Luisetto e Stefani, propone di riconoscere il caregiver familiare come persona che si prende cura gratuitamente di una persona cara non autosufficiente, senza obbligo di convivenza e all'interno del Piano assistenziale individualizzato.
- La relazione ricorda che, secondo l'ISTAT, nel 2019 quasi 8 milioni di persone, pari al 15,4% della popolazione con più di 15 anni, assistevano regolarmente familiari o amici, con il Veneto al 15,9%, e richiama il dato INPS per cui il 66% dei caregiver ha dovuto lasciare il lavoro, oltre alla condanna dell'Italia da parte del Comitato ONU nel 2022.
- Il testo, composto da 14 articoli, definisce anche la figura del giovane caregiver fino a 24 anni, prevedendo protocolli con l'Ufficio scolastico regionale e le università per conciliare cura e studio, riconoscere crediti formativi e facilitare il passaggio dalla scuola al lavoro.
- Le Aziende ULSS e gli Ambiti territoriali sociali, a regime tramite i Punti unici di accesso con sede nelle Case della comunità, dovrebbero assicurare al caregiver informazione e orientamento anche secondo le indicazioni sulla prescrizione sociale, formazione, supporto psicologico contro isolamento e burnout, interventi di sollievo e visite specialistiche a domicilio.
- La rete di sostegno comprende il responsabile del caso, il medico di medicina generale, i servizi sociali e sanitari e, in forma non sostitutiva, il volontariato e il vicinato, mentre la Regione dovrebbe promuovere polizze agevolate, accordi per il lavoro agile e il riconoscimento delle competenze acquisite ai fini dell'inserimento lavorativo.
- La proposta istituisce un tavolo permanente presso la Giunta, la Giornata regionale del caregiver il 6 ottobre, una relazione annuale con indicatori su caregiver attivi, formazione e situazione occupazionale, e un fondo regionale finanziato con un milione di euro l'anno per il 2026, 2027 e 2028, più 50 mila euro annui per la sensibilizzazione.

LTC03 — Sanità Informazione — Caregiver, Ligabue (Carer ETS): “Una legge che non riconosce il lavoro di cura” [Isabella Faggiano]

Data: 15 ottobre 2026 | Tipo: intervista | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: caregiver familiare, burnout caregiver, non autosufficienza, disabilità, INPS, ISEE, PAI, disuguaglianze, solitudine, divario territoriale, Carer ETS*, caregiver prevalente*

https://www.sanitainformazione.it/caregiver-ligabue-carer-ets-una-legge-che-non-riconosce-il-lavoro-di-cura/

- Dopo l'approvazione alla Camera del disegno di legge sul riconoscimento e la tutela dei caregiver familiari, la segretaria di Carer ETS, Loredana Ligabue, giudica il testo una legge «"sui" caregiver non "per" i caregiver», che a suo avviso non riconosce il lavoro di cura e offre un sussidio di povertà invece di opportunità.
- L'articolo riassume i quattro profili previsti dalla legge, dal caregiver prevalente convivente con almeno 91 ore settimanali fino a quello con un impegno fra 10 e 30 ore, e riporta la critica di Ligabue alla distinzione fra conviventi e non conviventi, ritenuta discriminatoria perché ignora la cura prestata da chi non abita con l'assistito.
- Il contributo previsto dal 2027 per i caregiver prevalenti che non lavorano o guadagnano meno di 3.000 euro e hanno un ISEE fino a 25.000 euro arriva al massimo a 1.200 euro a trimestre; secondo Ligabue raggiungerà poco più di 50 mila beneficiari, a fronte degli oltre 12 milioni di persone impegnate nell'aiuto secondo l'ISTAT.
- Ligabue sostiene che il requisito delle 91 ore con convivenza lasci i caregiver senza pause e li spinga a lasciare il lavoro, e sottolinea le disuguaglianze di genere, sociali e territoriali, osservando che i caregiver conviventi sono in prevalenza donne.
- Le misure su lavoro agile, part-time, congedo parentale fino ai 18 anni del figlio disabile, sostegno psicologico, formazione e sostituzioni vengono giudicate insufficienti perché non garantiscono un livello uniforme sul territorio, dato che il supporto psicologico non rientra nei livelli essenziali e le Regioni operano a risorse invariate.
- L'associazione teme che il riconoscimento formale affidato all'INPS non migliori la vita reale dei caregiver, segnati da solitudine e burnout, e che la legge confermi l'idea della cura come affare di famiglia e soprattutto delle donne, mentre servirebbe distribuire il carico fra famiglie, servizi, istituzioni e comunità.

Sezione ECN — Economia e sanità

La finanza pubblica fa da cornice: il Documento programmatico di finanza pubblica 2026 stima una crescita dell'1,0% nel 2026, attiva la clausola di salvaguardia per difesa ed energia e porta la spesa sanitaria da 141,5 a 160 miliardi nel 2029, ma con un'incidenza sul PIL ferma al 6,3% (ECN05, ECN04); la Corte dei conti segnala un fabbisogno in calo dal 6,01% al 5,78% del PIL e tetti di spesa superati per farmaci, dispositivi e privato accreditato (ECN01), e il Documento programmatico di bilancio attribuisce alla sanità un impatto sui saldi dello 0,10% del PIL nel 2027, senza importi per le singole misure (ECN07). L'ISTAT registra una spesa familiare stabile a 2.782 euro al mese, con 113 euro per la salute e un divario fra Nord-est e Sud salito al 39,3% (ECN06).

Sul fisco, Pisauro invita ad abbandonare la promessa di «meno tasse per tutti» con un debito oltre il 137% del PIL (ECN02), Visco discute la progressività continua dell'IRPEF e il significato reale del recupero dell'evasione (ECN09, ECN10) e Palumbo propone una regola generale per tassare gli extraprofitti (ECN08); Stiglitz ricorda che dal 2000 il 41% della nuova ricchezza è andato all'1% più ricco e chiede all'Italia di sostenere l'International Panel on Inequality (ECN03).

ECN01 — Quotidiano sanità — La sanità vista dalla Corte dei conti nel Dpfp 2026 [Fernanda Fraioli]

Data: 14 ottobre 2026 | Tipo: lettera | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: Corte dei Conti, finanziamento SSN, quota PIL sanità, disavanzi, piani di rientro, spesa farmaceutica, payback, dispositivi medici, privato accreditato, MMG, case della comunità, rinuncia alle cure

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/la-sanit-vista-dalla-corte-dei-conti-nel-dpfp-2026/

- Fernanda Fraioli, presidente di sezione della Corte dei conti e procuratore regionale per il Piemonte, riassume le valutazioni della Corte sul Documento programmatico di finanza pubblica 2026, che a legislazione vigente stima una spesa sanitaria superiore di 314 milioni (più 0,3%) rispetto al Documento di finanza pubblica di aprile.
- Il fabbisogno sanitario nazionale standard cresce in valore assoluto (più 4,6% nel 2026, poi più 0,61% nel 2028 e più 0,73% nel 2029) ma scende in rapporto al PIL dal 6,01% al 5,78% nel triennio 2027-2029, con una perdita di 0,23 punti.
- Il disavanzo complessivo delle Regioni cresce del 51,8% rispetto al 2024: per le sette Regioni in piano di rientro (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia, Sicilia) l'aumento è del 245%, per le altre del 23,5%, ma queste ultime restano titolari della quota prevalente del disavanzo.
- La spesa farmaceutica cresce del 5,6% e supera di 4,3 miliardi il tetto del 15,3%, assorbendo il 18,5% del fondo sanitario, mentre quella per dispositivi medici sale del 5,5% con un'incidenza del 6,5% contro un tetto del 4,4% e un payback cumulato di 13,1 miliardi, gravante soprattutto su Veneto, Piemonte, Toscana, Puglia e Campania.
- Gli acquisti dai privati accreditati crescono del 4,2% e superano il tetto dell'8,3% in tutte le 21 Regioni e Province autonome; in poco più di cinque anni la specialistica ambulatoriale acquistata è aumentata del 18,5% e l'ospedaliera del 9,6%, mentre la spesa di personale è prevista in crescita del 7,3% nel 2026.
- Sul versante dell'accesso, quasi il 10% della popolazione ha rinunciato nel 2024 a visite o accertamenti per motivi economici o di attesa (6,3% nel 2019); nella verifica LEA 2024 diciotto Regioni e Province autonome risultano sufficienti, ma persiste il gradiente Nord-Sud e l'area ospedaliera peggiora in oltre metà dei territori.
- Per l'assistenza territoriale, Case e Ospedali di comunità devono essere operativi entro fine 2026 con 1.365 milioni annui per il personale dal 2026; i medici di medicina generale sono 5.716 all'inizio del 2025 (dato riportato dalla lettera), il 36,7% fra 65 e 69 anni, e l'ACN 2022-2024 riconosce 13,62 euro l'ora aggiuntivi per l'attività nelle Case della comunità.
- La Corte chiede che la manovra garantisca un finanziamento adeguato del SSN legando le risorse aggiuntive a obiettivi verificabili su tempi di attesa e territorio, razionalizzi consumi intermedi e acquisti, affianchi al Nuovo Sistema di Garanzia indicatori più ampi e assicuri risorse per l'ADI dopo il PNRR, mentre la spesa privata intermediata cresce del 10% nel 2025.

ECN02 — Fisco Equo — Basta con «meno tasse per tutti»: i veri nodi della politica fiscale [Giuseppe Pisauro]

Data: 2 ottobre 2026 | Tipo: commento | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: pressione fiscale, IRPEF, debito pubblico, finanza pubblica, riforma fiscale, progressività fiscale, spesa sanitaria, UE, regime forfettario*, capacità fiscale europea*

https://www.fiscoequo.it/basta-con-meno-tasse-per-tutti-i-veri-nodi-della-politica-fiscale/

- L'economista Giuseppe Pisauro, in un articolo ripreso dal quotidiano Domani, osserva che da venticinque anni la politica italiana promette meno tasse e più flessibilità europea mentre la pressione fiscale resta elevata: dopo aver oscillato a lungo fra il 41 e il 42% del PIL, nel 2025 ha raggiunto il 42,9% secondo i dati ISTAT rivisti.
- Lo spunto è la polemica fra Giorgia Meloni e Matteo Renzi sul bollo auto e sui rispettivi tagli fiscali, dal bonus da 80 euro all'abolizione dell'IMU sulla prima casa, che per l'autore conferma come ridurre singole imposte, dal «meno tasse per tutti» di Berlusconi nel 2001 in poi, non abbia mai abbassato il carico complessivo.
- Per tagliare stabilmente le tasse servirebbe ridurre la spesa a parità di saldo, ma le pensioni sono difficili da toccare, mentre sanità, istruzione e ricerca hanno già una spesa relativamente bassa rispetto ai Paesi comparabili, e invecchiamento, transizione climatica e difesa aumenteranno le pressioni sul bilancio.

- L'IRPEF ha formalmente tre aliquote ma, fra detrazioni decrescenti, bonus e soglie, presenta aliquote marginali effettive vicine al 60% anche per redditi bassi, mentre regimi speciali come la tassazione al 5% degli aumenti contrattuali o il forfettario fino a 85.000 euro distorcono i comportamenti.
- Secondo l'autore la scarsità di spazio di bilancio dipende soprattutto da un debito superiore al 137% del PIL, e la flessibilità di circa 36 miliardi chiesta per difesa ed energia nel triennio 2026-2028 non è un trasferimento europeo ma la possibilità di fare più debito nazionale.
- Pisauro propone di concentrarsi su come raccogliere e distribuire le entrate, semplificare il prelievo, contrastare l'evasione e usare le risorse per la crescita, e indica come alternativa alla richiesta di flessibilità una capacità fiscale europea che finanzi beni pubblici comuni.

ECN03 — Avvenire — La disuguaglianza è una nostra scelta [Joseph E. Stiglitz]

Data: 22 settembre 2026 | Tipo: commento | Località: mondo | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: disuguaglianze, concentrazione della ricchezza*, International Panel on Inequality*, G20*, tassazione, povertà, democrazia*, Italia, giustizia sociale

https://www.avvenire.it/idee-e-commenti/la-disuguaglianza-e-una-nostra-scelta_113310

- Joseph E. Stiglitz, che presiede il Comitato straordinario di esperti indipendenti sulla disuguaglianza globale istituito dalla Presidenza sudafricana del G20, sostiene che la disuguaglianza estrema non è inevitabile ma deriva da scelte politiche su fisco, lavoro, investimenti pubblici e regole economiche.
- Secondo l'autore, negli ultimi decenni queste scelte hanno indebolito il lavoro rispetto al capitale, hanno consentito a imprese e grandi patrimoni di sfruttare le scappatoie fiscali e hanno ridotto gli investimenti pubblici, con effetti che si accumulano nel tempo.
- I dati richiamati dal Comitato indicano che dal 2000 il 41% della ricchezza creata è andato all'1% più ricco della popolazione mondiale e appena l'1% alla metà più povera, mentre 2,3 miliardi di persone, una su quattro, saltano regolarmente i pasti.
- L'articolo collega la disuguaglianza alla tenuta della democrazia, perché la ricchezza consente di orientare leggi e politiche, e ricorda che sei ultraricchi controllano nove delle dieci maggiori piattaforme social e che metà del sistema mediatico globale appartiene a miliardari.
- La proposta centrale è la creazione di un International Panel on Inequality (IPI), modellato in parte sull'IPCC, che produca valutazioni periodiche e rigorose su livelli, cause, conseguenze e politiche di contrasto, sostenuto da Brasile, Sudafrica, Spagna e Norvegia e discusso all'Assemblea generale dell'ONU.
- Per l'Italia, definita uno dei Paesi più diseguali d'Europa, il 5% più ricco delle famiglie detiene metà della ricchezza nazionale; Stiglitz chiede alla Presidente del Consiglio di sostenere l'IPI, appoggiato da oltre 1.400 economisti (quasi 140 italiani) e da una lettera di Oxfam Italia e del Forum Disuguaglianze e Diversità.

ECN04 — Quotidiano sanità — Dpfp. Nel testo approvato dal Consiglio dei Ministri la spesa sanitaria sale a 160 miliardi nel 2029. Ma l'incidenza sul Pil resta ferma al 6,3%

Data: 5 ottobre 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: spesa sanitaria, quota PIL sanità, Documento programmatico di finanza pubblica*, finanza pubblica, Missione 6 Salute, liste di attesa, piattaforma nazionale liste di attesa, fondi sanitari integrativi, CCNL, assistenza domiciliare

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/dfpb-nel-testo-approvato-dal-consiglio-dei-ministri-la-spesa-sanitaria-sale-a-160-miliardi-nel-2029-ma-lincidenza-sul-pil-resta-ferma-al-63/

- Il Documento programmatico di finanza pubblica 2026, approvato dal Consiglio dei Ministri su proposta del MEF, prevede che la spesa sanitaria pubblica passi da 141,5 miliardi nel 2025 (6,2% del Pil) a 148,8 nel 2026, 151,6 nel 2027, 155,6 nel 2028 e 160 miliardi nel 2029.

- Nonostante la crescita in valore assoluto (più 5,2% nel 2026, poi tra l'1,9% e il 2,8% annuo), l'incidenza sul Pil, dopo il 6,4% del 2026, si ferma al 6,3% per tutto il triennio 2027-2029, cioè resta sostanzialmente stabile nel periodo di programmazione.
- Per la Missione 6 del PNRR il documento rivendica 1.546.443 ultrasessantacinquenni in assistenza domiciliare contro un obiettivo di 1,48 milioni, oltre 480 Centrali operative territoriali attive e 566.321 assistiti in telemedicina contro un obiettivo di 300.000, oltre alla firma dell'ACN stralcio sulla presenza dei medici di medicina generale nelle Case della comunità.
- Sul personale vengono indicati la firma dell'ipotesi di CCNL del comparto sanità 2025-2027, le nuove lauree magistrali infermieristiche in tre indirizzi (cure primarie e comunità, area neonatale e pediatrica, area intensiva ed emergenziale) e 1.520 borse di specializzazione per la dirigenza sanitaria non medica.
- Il Piano nazionale liste di attesa 2026-2028, adottato con decreto ministeriale del 26 giugno 2026, si appoggia alla Piattaforma nazionale presso AGENAS per verificare la disponibilità reale delle agende e impedire le chiusure illecite dei blocchi di prenotazione, con un ruolo anche per la farmacia dei servizi.
- Il testo segnala inoltre il sistema di monitoraggio dei fondi sanitari integrativi nel Siaf, con attenzione alla Long Term Care, e richiama le raccomandazioni della Commissione europea su accesso tempestivo e sostenibile alle cure, carenze di personale e tutela dei soggetti vulnerabili.

ECN05 — MEF — Documento programmatico di finanza pubblica 2026

Data: 2 ottobre 2026 | Tipo: documento programmatico | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: Documento programmatico di finanza pubblica*, finanza pubblica, PIL, debito pubblico, spesa netta, PSBMT, spesa sanitaria, PNRR, liste di attesa, fondi sanitari integrativi, clausola di salvaguardia nazionale*

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/10/dpfp26_file_unico-.pdf

- Il documento, presentato dalla Presidente del Consiglio Giorgia Meloni e dal Ministro dell'economia Giancarlo Giorgetti al Consiglio dei ministri il 2 ottobre 2026, aggiorna il quadro macroeconomico e di finanza pubblica e rinvia la descrizione della manovra 2027-2029 al Documento programmatico di bilancio da inviare a Bruxelles entro il 15 ottobre.
- La crescita del PIL reale per il 2026 è stimata all'1,0% (contro lo 0,6% previsto ad aprile), con disoccupazione al 5,7% e inflazione al 3,0%; nel quadro programmatico il PIL cresce dello 0,8% nel 2027, dello 0,9% nel 2028 e dello 0,8% nel 2029, previsione validata dall'Ufficio parlamentare di bilancio il 29 settembre.
- Sul piano dei conti, il deficit del 2025 è confermato al 3,1% del PIL e il debito rivisto al 136,7%; nello scenario programmatico l'indebitamento netto sale al 3,4% nel 2027 e scende al 2,3% nel 2029, mentre il debito tocca il 138,5% nel 2027 e cala al 136,6% nel 2029.
- Il quadro programmatico attiva la clausola di salvaguardia nazionale per finanziare spese aggiuntive in difesa ed energia pari allo 0,3% del PIL ciascuna nel 2027 e nel 2028, per cui la spesa netta cresce del 3,3% nel 2027, oltre il limite dell'1,9% raccomandato dal Consiglio dell'UE, che però resta rispettato al netto di tali spese.
- La spesa sanitaria nel conto della pubblica amministrazione passa da 141,5 miliardi nel 2025 a 160,0 miliardi nel 2029, con un'incidenza sul PIL del 6,4% nel 2026 e del 6,3% negli anni successivi; il capitolo sul potenziamento del SSN richiama l'aggiornamento dei LEA, l'ipotesi di CCNL del comparto sanità 2025-2027, le nuove lauree magistrali infermieristiche e il Cruscotto dei fondi sanitari integrativi.
- Il documento cita il nuovo Piano nazionale liste di attesa 2026-2028 (decreto ministeriale del 26 giugno 2026) con la Piattaforma nazionale presso AGENAS, e riporta che la sesta raccomandazione UE del 2026, rispetto a quella del 2025, introduce indicazioni su sanità e protezione sociale: accesso più tempestivo e accessibile alle cure e superamento delle carenze di personale in alcune professioni chiave.

ECN06 — ISTAT — Stabile la spesa media mensile familiare per consumi

Data: 8 ottobre 2026 | Tipo: rapporto | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: ISTAT, spesa delle famiglie*, inflazione*, divario territoriale, Mezzogiorno, disuguaglianze, anziani, spesa out-of-pocket, rinuncia alle cure, cittadinanza straniera*

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/10/report_spese-per-consumi-2025.pdf

- Secondo il report dell'ISTAT, nel 2025 la spesa media mensile per consumi delle famiglie residenti in Italia è di 2.782 euro correnti, sostanzialmente stabile rispetto ai 2.755 euro del 2024 (più 1,0%), con un'inflazione IPCA dell'1,6%, mentre la spesa mediana si ferma a 2.338 euro.
- La spesa per prodotti alimentari e bevande analcoliche sale da 533 a 552 euro mensili (più 3,6%), anche per l'aumento dei prezzi alimentari del 3,0%, e arriva al 19,8% del totale; le voci più pesanti restano l'abitazione con le utenze (36,0%) e i trasporti (10,6%).
- Il divario territoriale si allarga: le famiglie del Nord-est spendono 3.087 euro al mese, il 39,3% in più di quelle del Sud (2.215 euro), contro il 37,9% del 2024; tra le regioni, il Trentino-Alto Adige (3.444 euro) supera di oltre il 70% la Puglia (1.975 euro), e nel Sud la quota alimentare tocca il 25,4%.
- Le famiglie di soli italiani spendono 2.859 euro al mese, circa il 38% in più di quelle con almeno uno straniero (2.074 euro), con una distanza salita da 680 a 785 euro mensili, mentre l'unico aumento significativo per tipologia familiare riguarda le persone sole, in particolare gli anziani (più 8,4%).
- Per la salute la spesa media mensile è di 113 euro (116 nel 2024); le quote più alte di spesa sanitaria si trovano nelle famiglie di anziani, in coppia (5,8%, 164 euro) o soli (5,4%, 104 euro), e il 19,6% delle famiglie dichiara di aver limitato la spesa per visite mediche e accertamenti periodici.
- Il rapporto interquintilico della spesa equivalente scende da 4,9 a 4,8, con il quinto più ricco che assorbe il 39,2% della spesa totale contro l'8,2% del più povero; tra il 2018 e il 2025 la spesa equivalente cresce del 14,0% in termini correnti ma cala del 5,9% in termini reali.

ECN07 — Quotidiano sanità — Dpb. Per la sanità la manovra vale lo 0,10% del Pil: impatto sui saldi di 2,4 miliardi per il 2027

Data: 15 ottobre 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: manovra 2027, legge bilancio, Documento programmatico di bilancio*, finanziamento SSN, finanza pubblica, PIL, LEA, liste di attesa, case della comunità, FSE

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/dpb-per-la-sanita-la-manovra-vale-lo-010-del-pil-impatto-sui-saldi-di-24-miliardi-per-il-2027/

- Il Documento programmatico di bilancio 2027 attribuisce alla voce sanità un impatto sui saldi pari allo 0,10% del PIL nel 2027, allo 0,08% nel 2028 e allo 0,07% nel 2029, all'interno di una manovra che nel complesso pesa per lo 0,54% del PIL nel 2027, lo 0,56% nel 2028 e lo 0,15% nel 2029.
- La cifra di 2,4 miliardi indicata nel titolo è una stima della testata, ottenuta applicando lo 0,10% a un PIL nominale di circa 2.400 miliardi, e non uno stanziamento quantificato dal MEF; sommandovi un miliardo già previsto si arriverebbe a 3,4 miliardi.
- L'articolo avverte che l'impatto sui saldi non coincide con una dotazione aggiuntiva per il Servizio sanitario nazionale, perché può comprendere spese, minori entrate, compensazioni e risparmi, e giudica la cifra, se confermata, molto inferiore alle richieste avanzate dal Ministero della Salute e dalle Regioni.
- Tra le priorità indicate dal MEF figurano le risorse per l'assistenza territoriale e l'edilizia sanitaria, gli standard per Case e Ospedali di comunità, l'accordo collettivo stralcio per la presenza dei medici di medicina generale nelle Case della comunità e l'ampliamento dell'offerta formativa pre e post laurea.

- Il documento richiama inoltre l'aggiornamento dei LEA con un DPCM e un decreto ministeriale, il Piano e la Piattaforma nazionale sulle liste di attesa, il Fascicolo sanitario elettronico, la telemedicina per domiciliarità e cronicità e il rafforzamento del monitoraggio delle performance regionali.
- Secondo la testata, il testo non assegna importi alle singole misure, non indica il numero di assunzioni né le risorse per i rinnovi contrattuali, e nella tabella di impatto non compaiono stanziamenti specifici per la spesa farmaceutica o per i farmaci innovativi.

ECN08 — Fisco Equo — Gli extra-profitti e ciò che la legge non vede [Carlo Palumbo]

Data: 15 ottobre 2026 | Tipo: commento | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: extraprofitti*, tassazione, fisco, capacità contributiva*, Corte costituzionale, riforma fiscale, prezzi dell'energia*, settore bancario*, rendita*

https://www.fiscoequo.it/gli-extra-profitti-e-cio-che-la-legge-non-vede/

- Carlo Palumbo osserva che il diritto tributario identifica e certifica con precisione i redditi da lavoro e da pensione, mentre gli extraprofitti generati da guerre, crisi energetiche, rialzo dei tassi o posizioni dominanti restano privi di una definizione giuridica generale e vengono colpiti solo con interventi temporanei e settoriali.
- L'autore ricorda il Regio decreto 21 novembre 1915, n. 1643, che tassò in via straordinaria i profitti di guerra eccedenti il reddito ordinario, e la sentenza della Corte costituzionale n. 111 del 2024, secondo cui il contributo sull'energia non coincideva giuridicamente con gli extraprofitti, insieme all'imposta straordinaria sui margini bancari del 2023.
- Il testo sostiene che banche, imprese energetiche e industria della difesa, per il loro peso su credito, occupazione e approvvigionamenti, creano un'asimmetria con lo Stato che deve tassarle ma anche preservarne la stabilità, e che anche la scelta di non tassare produce effetti distributivi.
- La proposta è una norma ordinaria e generale, valida per ogni settore, basata su una media pluriennale dei rendimenti corretta per inflazione e investimenti, con soglie, franchigie, esclusione degli incrementi dovuti a nuovi investimenti e attivazione solo in presenza di condizioni eccezionali definite in anticipo dalla legge.
- Secondo la conclusione, una regola generale servirebbe a sottrarre la questione distributiva alla «contrattazione occasionale» fra lo Stato e i settori economicamente più forti; l'articolo non indica tuttavia aliquote, importi o stime di gettito.

ECN09 — Fisco Equo — La progressività continua semplifica il sistema ma il vero nodo è la base imponibile [Vincenzo Visco]

Data: 22 ottobre 2026 | Tipo: commento | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: IRPEF, progressività fiscale, riforma fiscale, base imponibile*, drenaggio fiscale*, flat tax*, fisco, tassazione, programma elettorale*

https://www.fiscoequo.it/la-progressivita-continua-semplifica-il-sistema-ma-il-vero-nodo-e-la-base-imponibile/

- Vincenzo Visco interviene sul dibattito nato con i programmi elettorali del centrosinistra intorno a un'IRPEF con progressività continua, cioè determinata da una funzione matematica anziché da scaglioni, e invita alla prudenza ricordando che l'idea non è nuova: l'hanno già applicata l'imposta personale tedesca e la vecchia imposta complementare italiana, e l'aveva proposta Art.1 nel 2022.
- Tra i vantaggi l'autore indica la flessibilità nel disegnare profili diversi di progressività, la trasparenza di un'unica aliquota media per ogni livello di reddito e la difficoltà di introdurre ritocchi limitati a singole fasce, che a suo giudizio hanno reso irrazionale la progressività del sistema italiano.
- Visco aggiunge che l'indicizzazione per neutralizzare il drenaggio fiscale avverrebbe correggendo i parametri dell'intera curva, a tutela dei redditi medi, che la funzione continua

elimina i salti di aliquota ai confini degli scaglioni e che sarebbe l'unico strumento tecnico per unificare i tre prelievi oggi distinti su dipendenti, autonomi e pensionati.

- La conclusione è che la progressività continua rappresenta l'opposto logico della flat tax, ma non risolve il problema principale dell'imposta sul reddito in Italia, cioè una base imponibile carente, rispetto alla quale la scelta della formula delle aliquote resta secondaria.

ECN10 — Fisco Equo — Che cosa è l'evasione? Spesso si considera lotta agli evasori anche l'attività ordinaria degli uffici fiscali [Vincenzo Visco]

Data: 15 ottobre 2026 | Tipo: commento | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: evasione fiscale*, Agenzia delle Entrate*, fisco, entrate fiscali, Corte dei Conti, fatturazione elettronica*, tassazione, programma elettorale*

https://www.fiscoequo.it/che-cosa-e-levasione-spesso-si-considera-lotta-agli-evasori-anche-lattivita-ordinaria-degli-uffici-fiscali/

- Vincenzo Visco prende spunto da un'intervista al Corriere della Sera in cui Ernesto Maria Ruffini, già direttore dell'Agenzia delle Entrate e leader del movimento di centrosinistra «Più Uno», afferma che dal 2015 sono stati recuperati oltre 270 miliardi di evasione, mentre le stime ufficiali collocano l'evasione complessiva fra 95 e 100 miliardi di euro.
- L'autore spiega che i 12-16 miliardi annui certificati dall'Agenzia e presentati dai governi, compreso quello attuale, come frutto della lotta all'evasione derivano soprattutto dall'attività ordinaria: secondo la Corte dei conti, nel 2025 i controlli automatici sulle dichiarazioni hanno segnalato irregolarità per 8,8 miliardi e i ruoli sono valsi 9,6 miliardi.
- Il contributo degli accertamenti veri e propri risulta, secondo Visco, minimo, per cui parlare di «recupero di evasione» è improprio, dato che l'ammontare stimato dell'evasione resta invariato, anche se il gettito incassato rimane comunque positivo perché riguarda imposte altrimenti non versate.
- Le misure che hanno davvero ridotto l'evasione, portando le stime sotto la soglia dei 100 miliardi che prima veniva superata nettamente, sono indicate nel reverse charge, nello split payment e nella fatturazione elettronica; l'autore chiede più rigore lessicale nel confronto programmatico del cosiddetto campo largo.

Sezione ATT — Focus di attualità

Quattro appuntamenti segnalati dal curatore completano il numero: il workshop dell'Istituto Mario Negri e di ANCI Lombardia del 30 settembre sugli indicatori di integrazione sociosanitaria nelle Case della Comunità (ATT01), il convegno dell'Ordine dei Medici di Brescia del 10 novembre su solitudine, attivazione della comunità e prescrizione sociale, dedicato all'attuazione locale delle Raccomandazioni su «Comunità proattive e prescrizione sociale» (ATT02), la giornata della Regione Lazio per la sicurezza del paziente del 17 settembre (ATT03) e la quindicesima edizione del Premio Andrea Alesini di Cittadinanzattiva sull'umanizzazione delle cure, l'8 ottobre (ATT04).

ATT01 — Istituto Mario Negri e ANCI Lombardia — Case della Comunità: una bussola per l'integrazione sociosanitaria

Data: n.d. | Tipo: programma di evento | Località: Lombardia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: case della comunità, integrazione sociosanitaria, DM 77, indicatori, autovalutazione*, distretti, enti locali, terzo settore, ANCI*, Lombardia*

Fonte: PDF fornito dal curatore

- Il workshop, promosso nell'ambito del progetto collaborativo fra ANCI Lombardia e Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, presenta una griglia di indicatori di autovalutazione per verificare e monitorare il livello di integrazione fra sociale e sanitario raggiunto nelle Case della comunità lombarde.
- Lo strumento deriva dal documento «Proposte operative per sviluppare l'integrazione tra sociale e sanitario nelle case della comunità in Lombardia», nato da sei laboratori con amministratori,

operatori, Terzo settore e cittadini avviati dopo un primo workshop del febbraio 2025 e presentato in un secondo incontro il 31 marzo 2026.

- L'evento si tiene il 30 settembre 2026, dalle 9.00 alle 13.30, nell'Aula Guasti dell'Istituto Mario Negri in via Mario Negri 2 a Milano, con iscrizione online e diretta in streaming, e la segreteria è affidata a Gabriella Miglio (Mario Negri) e Federica Zingrone (ANCI Lombardia).
- Tra i relatori figurano l'assessora regionale Elena Lucchini, Giuseppe Remuzzi, Mauro Guerra (presidente di ANCI Lombardia), Angelo Barbato, Simonetta Di Meo e Fulvio Lonati di APRIRE, Ornella Casati di CARD Lombardia e Francesco Maria Foti della DG Famiglia regionale, oltre a esperienze di ASST Fatebenefratelli Sacco, CSV Milano e ASST Ovest Milanese.

ATT02 — Ordine dei Medici di Brescia — Solitudine e salute. Attivazione della Comunità e prescrizione sociale

Data: n.d. | Tipo: locandina | Località: Brescia* | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: solitudine, prescrizione sociale, social prescribing, comunità proattiva, attivazione comunitaria, modello Frome, case della comunità, MMG, terzo settore, volontariato, APRIRE*

Fonte: PDF fornito dal curatore

- Il convegno, organizzato dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Brescia con l'associazione APRIRE (Assistenza Primaria In Rete, Salute a Km 0) e con responsabile scientifico Fulvio Lonati, è dedicato al legame fra solitudine e salute e all'attuazione locale delle Raccomandazioni italiane su «Comunità proattive e prescrizione sociale».
- L'incontro si svolge martedì 10 novembre 2026 alle 19.00 nella Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici in via Lamarmora 167 a Brescia; la partecipazione è gratuita con iscrizione tramite SPID o CIE sul sito dell'Ordine, è aperta a operatori, studenti e cittadini ed è disponibile anche in streaming.
- Le Raccomandazioni sono presentate da Luciano Pletti (livello «meso» della programmazione e livello «micro1» dell'attivazione delle comunità) e da Fabio Bracciantini (livello «micro2» delle competenze professionali), con la videoproiezione dell'esperienza di Frome, nel Somerset, illustrata da Jenny Hartnoll e Helen Kingston.
- Nella seconda parte Ordine dei Medici, Ordine delle Professioni Infermieristiche, medicina generale, distretti dell'ASST Spedali Civili, Ambito territoriale sociale Brescia Ovest, Comune di Brescia, CSV e Forum Terzo Settore di Brescia spiegano come intendono applicare le Raccomandazioni, con il patrocinio fra gli altri di Regione Lombardia, Comune di Brescia e OPI Brescia.

ATT03 — Regione Lazio — Cure sicure per tutta la vita! Giornata mondiale della sicurezza del paziente, 17 settembre 2026

Data: n.d. | Tipo: programma di evento | Località: Lazio | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: sicurezza delle cure, rischio clinico*, OMS, cronicità, multimorbidità, malattia rara*, obesità, oncologia, associazione di pazienti, caregiver, Lazio

Fonte: PDF fornito dal curatore

- L'evento «Cure sicure per tutta la vita!», promosso dalla Regione Lazio e dal Servizio sanitario regionale (Salute Lazio) per la Giornata mondiale della sicurezza del paziente dell'Organizzazione mondiale della sanità, affronta la sicurezza delle cure lungo l'intero arco della vita e nelle principali aree di cronicità.
- La giornata si svolge il 17 settembre 2026, dalle 9.00 alle 17.00, nella Sala Tirreno della Regione Lazio, con saluti istituzionali di Andrea Siddu (Area prevenzione e promozione della salute della Regione), Enrico Di Rosa (Dipartimento di prevenzione ASL Roma 1) e Andrea Barbara (Distretto 2 ASL Roma 1).
- Le sessioni riguardano l'obesità pediatrica, il diabete come responsabilità condivisa, l'oncologia a misura del paziente, le malattie rare, i percorsi cardiovascolari fra tecnologie e transizione

delle cure, la cronicità nelle malattie neurologiche e la pneumologia nel paziente multimorbido, con spazi dedicati alla voce di associazioni, caregiver e pazienti.

- Fra moderatori e relatori figurano responsabili del rischio clinico e clinici di ASL Roma 1, Roma 2 e Roma 5, Policlinico Umberto I, Fondazione Policlinico Gemelli, Campus Bio-Medico, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù e San Giovanni Addolorata, insieme a rappresentanti di UNIAMO, Cittadinanza Attiva, ALAMA e Fondazione Incontro Donna.

ATT04 — Cittadinanzattiva — Premio Andrea Alesini. XV edizione. Buone pratiche per l'umanizzazione delle cure in sanità

Data: n.d. | Tipo: locandina | Località: Roma* | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: umanizzazione delle cure*, buone pratiche*, qualità, partecipazione, associazione di pazienti, Cittadinanzattiva*, Farmindustria*, ENPAM*

Fonte: PDF fornito dal curatore

- La locandina annuncia la quindicesima edizione del Premio Andrea Alesini, dedicato alle buone pratiche per l'umanizzazione delle cure in sanità, che la locandina presenta come progetto indipendente di Cittadinanzattiva realizzato con il contributo non condizionante di Farmindustria.
- La cerimonia si svolge l'8 ottobre 2026, dalle 10.30 alle 12.30, nella Sala Auditorium del Museo Ninfeo della Fondazione ENPAM, l'Ente nazionale di previdenza e assistenza dei medici e degli odontoiatri, in piazza Vittorio Emanuele II a Roma.
- Il documento consiste in un'unica immagine grafica e non riporta il programma della mattinata, i nomi dei relatori o della giuria, le categorie del premio né i progetti candidati o premiati, che andrebbero quindi ricercati su altre fonti degli organizzatori.
- La locandina non indica modalità di iscrizione o di partecipazione, recapiti o indirizzi web, per cui la scheda si basa soltanto sui dati essenziali riportati nell'immagine: tema, edizione, data, orario, sede, ente promotore e sostenitore dell'iniziativa.

Indice per parole chiave

Le parole chiave sono organizzate per macro-tema. Ogni identificativo è un collegamento cliccabile alla scheda corrispondente; viceversa, ogni parola chiave nel testo rimanda alla voce di questo indice.

Comunità, solitudini e salute [CSS]

associazione di pazienti — ATT03, ATT04
attivazione comunitaria — ATT02
capitale sociale — SST03
co-housing — Art01
collaboratore di studio* — TER05
comunità proattiva — ATT02
debito orario* — TER04
determinanti sociali — SAN02, SST01
discriminazione — SSN14
Emergency* — CSS03
equità in salute — CSS03, SAN02, SSN11, SST01
esperienza vissuta* — CSS01
giustizia sociale — ECN03, SST07
legge 180* — CSS01
malattie infettive* — CSS03
mediazione culturale* — CSS03
modello Frome — ATT02
partecipazione — ATT04, CSS01
Piano sanitario nazionale* — CSS02
prescrizione sociale — ATT02, LTC02
social prescribing — ATT02
solitudine — ATT02, Art03, LTC03
Spallanzani* — CSS03

Scenari della sanità [SAN]

Age-It* — SAN03
Agenda 2030 — SST02
ARS Toscana* — OHE01
aspettativa di vita — Art02
CARD Italia* — TER07
CIPA* — Art01
Consiglio Superiore di Sanità* — SAN02
copertura sanitaria universale — SST04
cure centrate sulla persona* — TER02
demografia — SAN01, SAN03, SAN04
demografia positiva* — SAN03
denatalità — SAN01, SAN03, SAN04
età media al parto* — SAN01, SAN04
fecondità — SAN01, SAN03, SAN04
genitori stranieri* — SAN01
giustizia riproduttiva* — SAN03
governance globale — SST07
indagine internazionale — SSN14
indicatori demografici — SAN01, SAN04
inverno demografico* — SAN04
ISTAT — ECN06, SAN01, SAN03, SAN04
longevità — SSN18
malattia rara* — ATT03, TER01
mortalità evitabile — Art02
nascite fuori dal matrimonio* — SAN01, SAN04
NHS — SST05
obesità — ATT03, SST01
OCSE — Art02, SST06
OMS — ATT03, CSS01, SST01, SST02, SST03, SST04
percorsi di vita generazionali — SAN01, SAN04
politiche pronataliste* — SAN03
population health — SSN03
produttività* — SAN03
salute globale — SST02, SST04
salute orale* — SAN02
SDGs — SST02
titolo di studio* — SAN01
UE — ECN02, SST03, SST06
value-based healthcare — SSN12

Scenari del SSN [SSN]

accesso cure — CSS03, TER02
acquisti diretti — SSN17
AGENAS — Art01, CSS01, SSN02, SSN10
AIFA — SSN17, TER06
albo nazionale degli idonei* — Art04
ANAAO Assomed* — SSN04, SSN06, SSN21
appropriatezza — Art03, SSN10, SSN12, SSN19, TER01, TER06
autonomia differenziata* — SSN09
azienda sanitaria — SSN20
Banchieri — Art03
bias cognitivo* — SSN19
BRAVE-WOW* — SSN14
centralizzazione* — SSN16
Choosing Wisely* — Art03
conciliazione vita-lavoro* — LTC01, SSN20
condizioni di lavoro* — SSN14
consultori* — SSN07
Corte dei Conti — ECN01, ECN10, SSN10, SSN15
Decreto Calabria* — SSN04
decreto liste attesa — SSN10
disease mongering* — Art03
distribuzione per conto* — SSN11
DM 70 — CSS02, SSN16
DM 77 — ATT01, Art04, CSS02, SSN02, SSN03, SSN10, SSN16, TER03, TER04

esenzione per reddito* — SSN11
esiti — SSN12
farmaceutica convenzionata — SSN11, SSN17
governance sanitaria — Art04, SSN09, SSN16
Hirschman* — SSN21
incertezza clinica* — SSN19
indicatori — ATT01, Art04
IRCCS — CSS03
ISS — PAN02, SSN14
Istituto Mario Negri* — SSN16, TER04
lavoro agile* — SSN06
LEA — Art02, ECN07, SAN02, SSN01, SSN02, SSN05, SSN09, SSN16
leale collaborazione — SSN16
LEPS — SSN09
macroarea sanitaria* — SSN16
Maffei — Art02
medicalizzazione* — Art03
medicina difensiva — SSN04, SSN08, SSN19, TER06
Ministero della Salute — Art04, PAN02, SSN02, SSN03, SSN08, SSN10, SSN13, SSN16, SSN18
mobilità intraziendale* — SSN20
neuropsichiatria infantile* — Art02
nomenclatore tariffario — TER01
NSIS* — SSN02, SSN03
nuovi LEA — SSN13
Nuovo Sistema di Garanzia — Art02, SSN01
Partito Democratico* — SSN07
payback — ECN01
Pesaresi — Art01
prestazioni aggiuntive* — SSN06, SSN09
prevenzione quaternaria* — Art03
privato accreditato — ECN01, SSN01, SSN05
programmazione sanitaria — SSN02, SSN03, SSN18
pubblico-privato — SSN07
qualità — ATT04
RAO — SSN19
responsabilità professionale* — SSN08, SSN19
sanità privata — SSN21
sanità pubblica — SSN07
sicurezza delle cure — ATT03
sovradiagnosi* — SSN19
specialistica ambulatoriale — SSN11, TER07
spesa farmaceutica — ECN01, SSN13, SSN17
tetti di spesa — SSN07, SSN13, SSN17, TER06
Titolo V — SSN09, SSN16
trasparenza* — Art04
universalismo — CSS02
Vannucci — Art03
welfare aziendale — SSN06

Sostenibilità della sanità [SST]

aree interne — SSN07, SSN08, TER03, TER04
bilanci regionali — SSN15, SSN17
carenza di farmaci* — SST06
catena di approvvigionamento* — SST06
compartecipazione — SSN11
cyberbullismo* — SST03
debito pubblico — ECN02, ECN05
definanziamento — SSN01, SSN05, SSN07, SSN12
desertificazione sanitaria — SSN04, TER04
disavanzi — ECN01, SSN15
divario retributivo di genere* — SSN14
divario territoriale — ECN06, LTC03, SSN11, SSN17
esperienze infantili avverse* — SST03
finanza pubblica — ECN02, ECN04, ECN05, ECN07
finanziamento SSN — ECN01, ECN07, SSN12, SSN13, SSN15
Forum Disuguaglianze e Diversità* — SST07
FSN — CSS02, SSN01, SSN05, SSN13, SSN17
G20* — ECN03, SST07
HERA* — SST06
International Panel on Inequality* — ECN03, SST07
malattie non trasmissibili* — SST01
maltrattamento infantile* — SST03
matrimonio precoce* — SST02
National Health Workforce Accounts* — SST04
Oxfam* — SST07
parità di genere* — SST02
piani di rientro — ECN01, SSN15
PIL — ECN05, ECN07
pressione fiscale — ECN02
PSBMT — ECN05
QALY* — SST03
quota PIL sanità — ECN01, ECN04, SSN01, SSN05, SSN07, SSN12
rinuncia alle cure — CSS02, ECN01, ECN06, SAN02, SSN01, SSN05
servizi informati sul trauma* — SST03
servizio nazionale di assistenza sociale* — SST05
sostenibilità — Art03, SSN12, SSN15
spesa netta — ECN05
spesa out-of-pocket — ECN06, SAN02, SSN01, SSN05, SSN11
spesa sanitaria — ECN02, ECN04, ECN05
sprechi — Art03
tassazione — ECN03, ECN08, ECN09, ECN10

violenza da partner intimo* — SST02
violenza di genere* — SST02

One Health e clima [OHE]

cambiamento climatico — OHE01
inquinamento — OHE01, SST01
Lancet Countdown — OHE01
mortalità da calore — OHE01
ondata di calore — OHE01
PM2.5 — OHE01
siccità — OHE01
sicurezza alimentare — OHE01
sussidi ai combustibili fossili* — OHE01

Pandemie in essere e in arrivo [PAN]

arbovirosi — OHE01
Bundibugyo — PAN01
contromisure mediche — PAN01, SST06
COVID-19 — PAN02
crisi umanitaria — PAN01
Ebola — PAN01
influenza — SST06
Medici senza frontiere* — PAN01
pandemic preparedness — SST06
reinfezione* — PAN02
SARS-CoV-2 — PAN02
scorte strategiche — SST06
sorveglianza — PAN01, PAN02, SAN02
terapia intensiva* — PAN02
tracciamento dei contatti — PAN01
varianti — PAN02

L'ospedale che cambia [OSP]

co-management* — OSP01
divario Nord-Sud — SSN04, SSN15
edilizia ospedaliera — SSN09, SSN16
emergenza-urgenza — OSP01
FADOI* — OSP01
integrazione ospedale-territorio — OSP01, TER07
intensità di cura — OSP01
medicina interna* — OSP01
mobilità sanitaria — SSN01, SSN09
oncologia — ATT03
ospedale — OSP01
posti letto — PAN02
pronto soccorso — TER02

Medicina territoriale [TER]

accordo integrativo regionale — TER06
ACN — TER03, TER04
AFT — TER03, TER05
assistenza domiciliare — ECN04, TER04
autonomia professionale — CSS02, TER06
case della comunità — ATT01, ATT02, CSS01, CSS02, ECN01, ECN07, LTC02, SSN07, SSN18, TER03, TER04, TER07
Catalogo Unico Regionale* — TER01
codice tracciante* — TER01
continuità assistenziale — TER01
convenzione riformata — TER06
cronicità — ATT03, SSN03, SSN12, TER01, TER07
cure primarie — SAN02, TER02
deprescribing — Art03
distretti — ATT01
équipe multiprofessionale — CSS01
hub e spoke — SSN20
integrated care — TER02
malattie croniche — SST01
medicina di gruppo — TER05
medicina di prossimità — CSS03
medicina generale — SSN08, SSN19, TER03, TER05, TER06
MMG — ATT02, ECN01, SSN19, TER01, TER03, TER04, TER05, TER06
multimorbidità — ATT03, OSP01, SSN03
navigatore del paziente* — TER02
ospedali di comunità — TER07
PAI — LTC01, LTC02, LTC03
PDTA — SSN02, TER01
presa in carico — TER01, TER02, TER07
prevenzione — SSN18, TER03
quota capitaria* — TER05
relazione medico-paziente — TER06
ruolo unico assistenza primaria — TER03
scoping review* — TER02
screening — CSS03, SSN19, SST01
Scuola specializzazione medicina generale — TER03, TER05
SISAC — TER07
stratificazione del rischio — SSN02, SSN03, SSN10
SUMAI* — TER07
tabacco — SST01
UCCP — TER04
vaccinazioni — SSN13

Nursing [NUR]

carenza infermieri — SSN05, SSN07
fuga dal SSN — SSN04, SSN20, SSN21
infermieri — SST04, TER05
professioni sanitarie — SSN08, SST04
riforma professioni sanitarie — SSN08

ritenzione del personale — SSN04, SSN20, SSN21

Sanità, sociale e Long Term Care [LTC]

active ageing — Art01
adolescenti — SST02
Alzheimer — SSN13
anziani — Art01, ECN06, OSP01, SSN18
assistenza sociale — SST05
burnout caregiver — LTC02, LTC03
caregiver — ATT03
caregiver familiare — LTC01, LTC02, LTC03
caregiver prevalente* — LTC01, LTC03
Carer ETS* — LTC03
Conferenza Unificata* — Art01, LTC01
coprogrammazione — SSN07
costo-efficacia* — SST03
cure palliative — Art02
demenza — Art02
disabilità — Art02, LTC01, LTC03
DSM — CSS01
enti locali — ATT01
finanziamento welfare — SST05
fragilità — OSP01
generazione sandwich — LTC02
giovane caregiver* — LTC02
infanzia — SST03
INPS — LTC01, LTC03
integrazione sociosanitaria — ATT01, Art04, CSS01
invecchiamento — SSN12, SST04
ISEE — LTC01, LTC03
LTC — SST05
non autosufficienza — LTC01, LTC02, LTC03, SST05
PANSM — CSS01
pensionamento — SSN04, SST04
PUA — LTC02
respite care — LTC01, LTC02
riforma anziani — Art01, LTC01
RSA — SSN14
salute mentale — Art02, CSS01, SSN18, SST03
terzo settore — ATT01, ATT02, Art01, CSS03, LTC02, SSN07
valutazione multidimensionale — LTC01
volontariato — ATT02

Digitalizzazione [DIG]

AI Act — SSN08
dispositivi medici — ECN01, SSN13, SST06
European Health Data Space — SSN03
fascicolo sanitario elettronico — OSP01, SSN02, SSN08
FSE — ECN07
intelligenza artificiale — SSN08
modello predittivo — SSN02, SSN03
telemedicina — Art01
telemonitoraggio — Art01, OSP01

Economia e sanità [ECN]

Agenzia delle Entrate* — ECN10
attrattività SSN — SSN04, SSN08, SSN20, SSN21
base imponibile* — ECN09
burnout — SSN14, SSN21
burocrazia — CSS02
capacità contributiva* — ECN08
capacità fiscale europea* — ECN02
capitale umano — SAN03
carenza personale — CSS02, SSN01, SSN04, SSN05, SSN10, SSN12, SSN13, SSN20, SST04, TER03
CCNL — ECN04, SSN06, SSN20, SSN21
cittadinanza straniera* — ECN06
clausola di salvaguardia nazionale* — ECN05
concentrazione della ricchezza* — ECN03
contratto medici — SSN06
democrazia* — ECN03
direttori generali — Art04
Documento programmatico di bilancio* — ECN07
Documento programmatico di finanza pubblica* — ECN04, ECN05
drenaggio fiscale* — ECN09
entrate fiscali — ECN10
evasione fiscale* — ECN10
extraprofitti* — ECN08
farmaci innovativi — SSN17
fatturazione elettronica* — ECN10
fisco — ECN08, ECN09, ECN10
flat tax* — ECN09
gettonisti — SSN05, SSN18
indennità di specificità — SSN06
inflazione* — ECN06
intramoenia — SSN06, SSN10
IRPEF — ECN02, ECN09
leadership — Art04, SSN14
management sanitario — Art04
odontoiatria — SAN02
previdenza — SAN03, SST05
prezzi dell'energia* — ECN08
programma elettorale* — ECN09, ECN10
progressività fiscale — ECN02, ECN09

regime forfettario* — ECN02
rendita* — ECN08
retribuzione — SSN04, SSN06, SSN21
riforma fiscale — ECN02, ECN08, ECN09
settore bancario* — ECN08
spesa delle famiglie* — ECN06
violenza operatori — SSN04, SSN06, SSN08, SSN14

Diseguaglianze e sanità USA

disuguaglianze — ECN03, ECN06, LTC03, SAN02, SST01, SST02, SST03, SST04, SST07
povertà — ECN03
USA — TER02

PNRR e implementazione

Missione 6 Salute — ECN04, SSN01
PNRR — Art01, ECN05, SSN03, SSN05, SSN21, TER04, TER07

Focus di attualità

ANCI* — ATT01
APRIRE* — ATT02
autovalutazione* — ATT01
buone pratiche* — ATT04
Cittadinanzattiva* — ATT04
classe di priorità — SSN10
conflitto armato — PAN01
ENPAM* — ATT04
Farmindustria* — ATT04
fondi sanitari integrativi — ECN04, ECN05, SSN09, SSN18
legge bilancio — CSS02, ECN07, SSN13, SSN15

28 ottobre 2026, versione 01

liste di attesa — ECN04, ECN05, ECN07, SSN02, SSN03, SSN06, SSN10, SSN18
manovra 2027 — ECN07, SSN13, SSN15, SSN18
piattaforma nazionale liste di attesa — ECN04, SSN02, SSN10
rischio clinico* — ATT03
sanità integrativa — SSN18
tempi di attesa — SSN12, TER01
umanizzazione delle cure* — ATT04

Persone e attori

ARAN — SSN06
Corte costituzionale — ECN08
FIMMG — TER03
FNOMCeO — CSS02
GIMBE — Art03, SSN01, SSN05
Ragioneria generale dello Stato — SSN11
società scientifiche — CSS01

Luoghi e ambiti territoriali

Basilicata* — SSN11
Italia — ECN03, SST07
Lazio — ATT03, CSS03, TER01
Lombardia* — ATT01, SSN09
Marche — Art02, SSN16
Mezzogiorno — ECN06, SAN01, SAN04, SSN15
Piemonte — SSN09
Regno Unito — SST05
Repubblica Democratica del Congo — PAN01
Sardegna* — SAN04, SSN17
Toscana — SSN20
Uganda* — PAN01
Veneto — LTC02, SSN09, TER05