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. 40 del 1.09.2026



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

Review realizzata in collaborazione con:

Dipartimento
di Scienze Sociali
ed Economiche

Sapienza
Università di Roma

Storia della Newsletter.

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

Nota redazionale.

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

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

Per le Istituzioni:

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

Per i dati:

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

Criteri di selezione:

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

Processata con "Claude AI":

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

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

I curatori

Giorgio Banchieri

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

Luigi Bertinato

Da Novembre 2023 a tutt'oggi è Senior Consultant presso l'Ufficio Europeo per gli Investimenti per la Salute e lo Sviluppo dell'OMS di Venezia. In precedenza è stato dal 2017 fino all'ottobre 2023 Responsabile della Segreteria Scientifica dell'Istituto Superiore di Sanità di Roma con il Prof. Brusaferro , in particolare, durante la Pandemia da Cocid-19. Direttore Sanitario dell'Azienda Sanitaria Locale n.22 di Regione Veneto, dal 2013 al 2016. Direttore UOC presso la ULSS 9 scaligera nel settore della organizzazione dei servizi sanitari di base: UOC Integrazione ospedale-territorio, UOC Disabilità e UOC Rapporti socio-sanitari internazionali. Dal 1998 al 2010 è stato Direttore dell'Ufficio per i rapporti internazionali della

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

Antonio Giulio de Belvis

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

Maurizio Dal Maso

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

Emanuele Di Simone

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

Nicoletta Dasso

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

Francesco Medici.

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

Franco Pesaresi

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

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

Maria Piane

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

Mario Ronchetti

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

Angelo Rossi Mori

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

Andrea Vannucci

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

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

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

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

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

- **"ASIQUAS Covid 19 Review" 2021-22, nu9eri 1-30**
- **"ASIQUAS Review", numeri pregressi 1-39**

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. 40

Come leggere le schede

Ogni scheda riporta l'identificativo di sezione (per esempio CSS03), la fonte, il titolo e gli autori; il bollino rosso segnala i contributi giudicati più rilevanti per la sanità e il welfare italiani.

Ogni sezione si apre con una panoramica che indica i fili conduttori e le schede principali.

L'indice per parole chiave in coda al documento rimanda, con collegamenti interni, alle schede che usano ciascun termine.

Sezione Art — Articoli scritti da soci ASIQUAS 7
Sezione CSS — Comunità, solitudini e salute 8
Sezione SAN — Scenari della sanità 10
Sezione SSN — Scenari del SSN 13
Sezione SST — Sostenibilità della sanità 16
Sezione OHE — One Health e clima 20
Sezione PAN — Pandemie in essere e in arrivo 22
Sezione TER — Medicina territoriale 27
Sezione LTC — Sanità, sociale e Long Term Care 30
Sezione DIG — Digitalizzazione 30
Sezione ECN — Economia e sanità 34
Indice per parole chiave 35
1. Comunità, solitudini e salute [CSS] 35
2. Scenari della sanità [SAN] 35
3. Scenari del SSN [SSN] 36
4. Sostenibilità della sanità [SST] 36
5. One Health e clima [OHE] 36
6. Pandemie in essere e in arrivo [PAN] 36
7. L'ospedale che cambia [OSP] 37
8. Medicina territoriale [TER] 37
9. Nursing [NUR] 37
10. Sanità, sociale e Long Term Care [LTC] 37
11. Digitalizzazione [DIG] 37
12. Economia e sanità [ECN] 37
13. Diseguaglianze e Sanità USA [USA] 38
14. PNRR e implementazione [PNR] 38
15. Focus di attualità [ATT] 38
16. Persone e attori (trasversale) 38
17. Luoghi e ambiti territoriali (trasversale) 38

Sezione Art — Articoli scritti da soci ASIQUAS

Le due lettere al direttore di Banchieri pubblicate su Quotidiano Sanità nell'agosto 2026, entrambe segnalate con il bollino rosso, leggono l'estate appena trascorsa come prova generale di un'emergenza sanitaria di natura climatica e sociale. Nella prima (Art01) Banchieri riprende il Report Europeo 2026 del Lancet Countdown, che registra un aumento dei decessi legati al caldo nel 99,6% delle regioni europee, con 52 morti in più per milione di abitanti l'anno, e una crescita del 297% dell'idoneità climatica alla dengue, e distingue, con Pesaresi, le risposte emergenziali di Regioni e aziende dalle risposte strutturali di decarbonizzazione. Nella seconda (Art02) collega la preparazione alle pandemie, con il Piano Nazionale Pandemico 2025-2029 e l'Accordo pandemico OMS, alla resilienza dei sistemi territoriali e alla prescrizione sociale, che in Italia conta 617 Unità di Prescrizione Sociale censite dal CCW, mentre la spesa sanitaria italiana scende all'8,4% del PIL contro una media OCSE del 9,4%.

⚫ Art01 — Quotidiano sanità — Come cambia il clima e quali sono i pericoli per la salute [Banchieri]

Data: 3 agosto 2026 | Tipo: lettera al direttore (analisi) | Località: Europa / Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: cambiamento climatico, mortalità da calore, Lancet Countdown, salute resiliente al clima, OMS, decarbonizzazione, PM2.5, salute urbana, pronto soccorso, confini planetari, Pan-European Commission on Climate and Health

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/come-cambia-il-clima-e-quali-sono-i-pericoli-per-la-salute/

- L'autore descrive il 2026 come l'anno in cui il clima estremo in Europa è diventato un'emergenza sanitaria: ondate di calore record già a maggio e giugno hanno causato migliaia di morti e messo sotto pressione Pronto Soccorso e DEA, mentre l'OMS ha pubblicato una nuova guida di protezione.
- Il Report Europeo 2026 del Lancet Countdown, che monitora 43 indicatori aggiornati al 2025, registra un aumento dei decessi legati al caldo nel 99,6% delle regioni europee nel periodo 2015-2024 rispetto al 1991-2000, con una media di 52 morti in più per milione di abitanti l'anno.
- Neonati sotto l'anno e ultrasessantacinquenni hanno accumulato nel 2024 oltre 2,3 miliardi di giorni-persona di esposizione alle ondate di calore, con un incremento del 254% rispetto al 1991-2000, dovuto all'invecchiamento della popolazione e alla crescita del 129% nella frequenza delle ondate.
- L'idoneità climatica alla trasmissione della dengue in Europa è cresciuta del 297% rispetto al periodo 1981-2010, con rischi in aumento anche per West Nile, chikungunya e leishmaniosi, mentre le ore annue in cui il caldo rende rischiosa l'attività fisica sono aumentate di 60 (+88%).
- Richiamando i nove confini planetari definiti nel 2009 dallo Stockholm Resilience Centre, l'articolo ricorda che secondo il Potsdam Institute for Climate Impact Research l'umanità ha già superato sette dei nove limiti di sicurezza, con effetti a catena su acqua dolce, agricoltura e diffusione di malattie.
- La Call to Action della Pan-European Commission on Climate and Health propone di trattare il cambiamento climatico come emergenza sanitaria pubblica di rilevanza internazionale, con un hub informativo europeo, strutture permanenti clima-salute nei ministeri della Salute e obiettivi di decarbonizzazione per il settore sanitario.
- Sul piano economico la Commissione propone di ridurre i sussidi alle fonti fossili, poiché circa il 94% della popolazione urbana europea resta esposta a livelli di particolato fine superiori ai limiti OMS, e di superare il PIL come unico indicatore di progresso, citando gli indicatori BES italiani.
- Riprendendo Franco Pesaresi, l'autore distingue le risposte emergenziali attivabili subito da Regioni, Comuni e aziende sanitarie (piani caldo, centri di raffrescamento, rinforzo di pronto soccorso e 118) dalle risposte strutturali, come la riqualificazione energetica degli ospedali e il prezzo del carbonio.

⚫ Art02 — Quotidiano sanità — Pandemie, resilienza e prescrizione sociale [Banchieri]

Data: 6 agosto 2026 | Tipo: lettera al direttore (analisi) | Località: Italia / OCSE | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: prescrizione sociale, sindemia, One Health, spesa sanitaria, OCSE, piano pandemico, welfare culturale, link worker, PNRR, accordo pandemico, comunità proattiva

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/pandemie-resilienza-e-prescrizione-sociale/

- Secondo OECD Health Statistics 2026 la spesa sanitaria media dei Paesi OCSE raggiunge nel 2025 il 9,4% del PIL contro l'8,8% del 2019, mentre l'Italia scende dall'8,7% all'8,4%, in controtendenza rispetto alla media internazionale, dopo il picco del 9,6% nel biennio 2020-2021.

- L'autore riprende il concetto di sindemia, coniato negli anni Novanta dall'antropologo Merrill Singer, per descrivere l'interazione tra più malattie amplificata da povertà e disuguaglianze, e propone politiche integrate che uniscano cure mediche e supporto economico diretto alle fasce deboli.
- Resilienza, salute e prossimità sono indicati come i tre concetti chiave del modello di welfare territoriale previsto dal PNRR con Case della Comunità, telemedicina e assistenza domiciliare, in coerenza con le quattro direzioni del documento OMS "Health 2020".
- La letteratura scientifica distingue quattro capacità di resilienza (adattamento, assorbimento, anticipazione e trasformazione) applicabili a individui, comunità e sistemi sociosanitari, con evidenze di riduzione dei ricoveri e della durata della degenza quando i sistemi trasformano pratiche obsolete.
- In Italia la prescrizione sociale esce dalla fase pionieristica grazie al protocollo d'intesa tra Ministero della Cultura e Ministero della Salute approvato in Conferenza Stato-Regioni e all'indagine del CCW Cultural Welfare Center, che ha censito 918 organizzazioni, 617 Unità di Prescrizione Sociale e 301 enti di welfare culturale.
- Il network "Comunità, solitudini e salute" ha prodotto le prime Raccomandazioni italiane su comunità proattive e prescrizione sociale, con una review di letteratura, una scheda di autovalutazione ispirata al modello EFQM e un glossario, e ha raccolto oltre 100 progetti italiani, 20 internazionali e oltre 200 documenti di policy.
- Tra gli strumenti di preparazione l'autore cita il Piano Nazionale Pandemico 2025-2029 e l'intesa Stato-Regioni del marzo 2025 per il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione, segnalando che i posti letto aggiuntivi di terapia intensiva promessi dopo il COVID-19 non sono a regime in tutte le Regioni.
- Le politiche di prevenzione delle pandemie poggiano su tre pilastri (approccio One Health, cooperazione multilaterale vincolante con l'Accordo pandemico dell'OMS e il meccanismo PABS, rafforzamento dei sistemi sanitari locali), in uno scenario complicato dall'uscita degli USA dall'OMS.

Sezione CSS — Comunità, solitudini e salute

Il filo che lega le tre schede è la domanda su che cosa debbano essere le Case della Comunità prima ancora di chiedersi chi ci lavorerà. Simonetti (CSS01) parte dal Quaderno di Monitor AGENAS del luglio 2026, che elenca 14 figure dell'équipe multiprofessionale, per notare che i 19.000 infermieri di famiglia e comunità previsti non hanno ancora un inquadramento contrattuale né afferenze gerarchiche definite, e che la Preintesa del CCNL rinvia la questione al prossimo rinnovo. Vannucci (CSS03) sostiene che, se concepite come poliambulatori decentrati, le Case non producono prossimità e rendono insolubile il problema del personale, e richiama le cure palliative domiciliari e il modello di Frome come esempi di comunità che cura. Dall'Inghilterra Daly (CSS02) commenta sul BMJ l'annuncio di Burnham sulla riforma dell'assistenza sociale agli adulti, con quasi due milioni di persone con bisogni non soddisfatti e cinque nodi irrisolti, dal finanziamento al rapporto con il NHS.

CSS01 — Il Sole 24 Ore — Case di comunità, servono 19mila infermieri ma ruolo e compiti sono ancora fumosi [Simonetti]

Data: 25 agosto 2026 | Tipo: analisi | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: infermiere di famiglia, IFeC, case della comunità, DM 77, AGENAS, équipe multiprofessionale, contratto comparto, competenze avanzate, formazione infermieristica

https://www.ilsole24ore.com/art/case-comunita-servono-19mila-infermieri-ma-ruolo-e-compiti-sono-ancora-fumosi-AJqnQ7t

- Il Quaderno di Monitor di AGENAS del luglio 2026, dedicato alle équipe multiprofessionali nelle Case della comunità, traduce in indicazioni operative un requisito del DM 77/2022 e nel capitolo 6 individua 14 figure dell'équipe, tra cui l'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC).
- La declaratoria AGENAS descrive l'IFoC come infermiere con formazione specifica in assistenza territoriale, educazione sanitaria e gestione delle cronicità, con via preferenziale per chi possiede il Master di I livello in Infermieristica di Famiglia e Comunità, ma non ne definisce afferenze gerarchiche e responsabilità dirette.
- L'autore rileva che il documento non menziona la laurea magistrale dedicata istituita due mesi prima, non affronta la disomogeneità dei percorsi formativi regionali e continua a usare il termine "figura professionale di riferimento", privo di valore giuridico rispetto al profilo contrattuale di infermiere.

- La Preintesa del CCNL del comparto Sanità rinvia al prossimo rinnovo l'inquadramento dell'infermiere di famiglia, richiamando nella dichiarazione congiunta n. 3 la legge 77/2020, fonte giudicata fuori contesto perché il decreto-legge 34/2020 introdusse la funzione senza definirne la natura giuridica.
- Le parti negoziali non sono del tutto responsabili della mancata contrattualizzazione, perché l'Atto di indirizzo del Comitato di settore del 2 aprile 2026 non fa alcun cenno alle problematiche dell'IFoC.
- Le aziende sanitarie potranno assumere profili come il Tecnologo alimentare o l'Assistente di studio odontoiatrico, ma non sanno come inquadrare e valorizzare i 19.000 IFoC previsti nelle Case della comunità che dal 30 giugno 2026 i decisori nazionali e regionali dichiarano funzionanti.

CSS02 — BMJ — New chapter for social care reform in England? [Daly]

Data: 25 agosto 2026 | *Tipo: editoriale* | *Località: Regno Unito (Inghilterra)* | *Lingua: EN* | *Accesso: Abbonamento*

Parole chiave: non autosufficienza, LTC, NHS, integrazione sociosanitaria, finanziamento welfare, caregiver, assistenza sociale

https://doi.org/10.1136/bmj-2026-100629

- L'editoriale, firmato da Mary Daly, professoressa emerita di sociologia e politica sociale, parte da un quadro critico: quasi due milioni di persone in Inghilterra dichiarano bisogni di cura non soddisfatti, il turnover del personale è alto, i costi crescono e l'onere del pagamento è distribuito in modo diseguale.
- Il primo ministro britannico Andy Burnham ha annunciato tre azioni: anticipare al 2027 il rapporto finale della Casey commission sull'assistenza sociale agli adulti, usare i meccanismi di "fair pay" per migliorare le condizioni dei lavoratori della cura e avviare colloqui tra i partiti.
- Burnham ha confermato il ruolo della Casey commission nel raccomandare come attuare un national care service (NCS) e nel promuovere una conversazione nazionale su ciò che l'assistenza sociale agli adulti dovrebbe garantire ai cittadini.
- Secondo l'autrice gli impegni del governo non indicano ancora una direzione per il NCS e restano da risolvere cinque problemi: contenuto dell'offerta gratuita, finanziamento, erogazione, committenza e regolazione, rapporto con il NHS; il testo completo è riservato agli abbonati.

CSS03 — Toscana Medica — Case della Comunità: il ruolo è chiaro? [Vannucci]

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

Parole chiave: case della comunità, cure primarie, MMG, infermiere di famiglia, terzo settore, modello Frome, comunità che cura, assistenza domiciliare, caregiver, cure palliative

https://www.toscanamedica.org/case-della-comunita-il-ruolo-e-chiaro/

- L'autore, direttore sanitario della Fondazione File, sostiene che il dibattito sulle Case della Comunità non può ridursi alla domanda se ci saranno abbastanza medici e infermieri, ma deve prima chiarire che cosa le Case debbano essere.
- Se concepite come poliambulatori decentrati che concentrano prestazioni, agende e turni, le Case della Comunità rendono quasi insolubile il problema del personale e non producono medicina di prossimità, perché la prossimità non coincide con la distanza chilometrica dall'ospedale.
- L'esperienza delle cure palliative domiciliari, con équipe multiprofessionali portate a casa dei pazienti, mostra che il valore nasce dall'anticipare i bisogni, sostenere i caregiver e coordinare professionisti diversi, e che il terzo settore può essere un attore competente della continuità assistenziale.
- Il caso di Frome, nel Regno Unito, richiamato come esempio di "compassionate community", indica che la salute migliora quando le cure primarie mappano le risorse locali, connettono le persone isolate e integrano medicina generale e comunità.
- Il recente ritiro della proposta di riforma ministeriale sul ruolo dei medici di medicina generale nelle Case della Comunità conferma, secondo l'autore, che la conflittualità sui MMG è sintomo dell'assenza di una visione condivisa, non riducibile alla contrapposizione tra convenzione e dipendenza.
- L'infermiere di famiglia e comunità non può essere un infermiere ambulatoriale aggiunto ma una figura che valuta bisogni, educa e lavora a domicilio, e ciò richiede riconoscimento professionale, formazione, autonomia organizzativa e condizioni di lavoro attrattive.

Sezione SAN — Scenari della sanità

Il record dei trapianti apre la sezione con l'analisi di Maragò sui dati definitivi del Centro nazionale trapianti (SAN01, bollino rosso): 4.678 trapianti di organo nel 2025, 29,8 donatori per milione di abitanti, secondo posto tra i grandi Paesi europei dopo la Spagna, donazione a cuore fermo cresciuta del 50,7%. Restano le ombre delle 8.401 persone in lista e delle opposizioni in terapia intensiva al 29,2%, che hanno impedito circa 2.400 trapianti. Sul versante della prevenzione il Sole 24 Ore (SAN06) riferisce l'analisi del Policlinico Gemelli su Nature Reviews, secondo cui gli alimenti ultra-processati alterano il microbiota e alimentano la metainfiammazione che precede le malattie croniche, con una road map dall'educazione nutrizionale alla tassazione degli additivi.

Le quattro schede internazionali guardano ai sistemi sanitari sotto stress. Lee (SAN03) descrive un NHS impreparato alle ondate di calore del 2026, con 2.877 decessi associati al caldo in maggio e giugno e l'87% degli operatori intervistati che segnala malessere, e propone una temperatura massima legale di lavoro. Markou-Pappas, Fugazzola e Ansaloni (SAN02) rileggono Alma-Ata per chiedere una medicina attenta ai determinanti sociali e all'accesso alla chirurgia essenziale come diritto, mentre Hiam (SAN05) racconta come programmi statunitensi, dalle arti terapeutiche per i veterani a Medicaid post partum in Wisconsin, abbiano trovato terreno comune in un sistema diviso. Seidu, Kar ed Emmanuel (SAN04) usano la vicenda di Jason Arday per interrogare il razzismo strutturale nell'accademia britannica, dove solo 160 professori su 22.855 sono neri.

⚫ SAN01 — Quotidiano sanità — Donazioni e trapianti. Italia seconda tra i grandi paesi europei per tasso di donazione. I dati definitivi Cnt 2025 [Maragò]

Data: 4 agosto 2026 | Tipo: analisi (sintesi di rapporto istituzionale) | Località: Italia / Europa | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: Ministero della Salute, benchmark internazionale, liste di attesa, indicatori, divario territoriale, alta specialità, Centro nazionale trapianti, trapianto di organi

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/donazioni-e-trapianti-italia-seconda-tra-i-grandi-paesi-europei-per-tasso-di-donazione-i-dati-definitivi-cnt-2025/

- Il Report analitico del Centro nazionale trapianti, oltre 350 pagine che consolidano i dati preliminari diffusi a marzo, certifica per il 2025 il record di 4.678 trapianti di organo, 36 in più rispetto ai 4.642 del 2024.
- Con 29,8 donatori per milione di abitanti l'Italia è seconda tra i grandi Paesi europei dopo la Spagna (51,9) e precede Francia (27,6), Regno Unito (20,8) e Germania (11,2); a livello regionale guidano Veneto (49,3), Toscana (45,6) ed Emilia-Romagna (42,2).
- Nel 2025 sono stati segnalati 3.290 potenziali donatori nelle rianimazioni (+3,9%), di cui 1.760 effettivi (+1,7%); l'età media dei donatori utilizzati è salita a 64,2 anni dai 58,8 del 2016 e i donatori over 65 sono stati 967, quasi il doppio dei 488 di dieci anni prima.
- La donazione a cuore fermo ha coinvolto 428 donatori (+50,7%), pari al 24,3% del totale, e ha permesso 897 trapianti (+44,2%), circa il 21% dell'attività da donatore deceduto, contro appena sei donatori nel 2015; i donatori viventi sono stati 387 (+5,7%).
- Per singolo organo si contano 2.367 trapianti di rene, 1.753 di fegato (+1,8%), 451 di cuore (+9,2%), 144 di polmone (-17,2%) e 35 di pancreas, oltre a 211 trapianti pediatrici; Torino guida i centri con 482 interventi, seguita da Padova (475) e Bari (294).
- A fine 2025 i pazienti in lista erano 8.401 (+3,1% rispetto agli 8.146 del 2024), con tempi medi di attesa di 20 mesi per il rene, 4 per il fegato, 8,1 per il cuore, 8,7 per il polmone e 8,5 per il pancreas.
- Le opposizioni alla donazione nelle terapie intensive si attestano al 29,2% (28,7% nel 2024) e hanno impedito circa 2.400 trapianti; tra le 3.766.794 dichiarazioni raccolte al rinnovo della carta d'identità il 40,1% è contrario, contro un tasso di opposizione del 22% in Spagna e del 49% in Germania.
- Crescono anche i tessuti, con 16.825 donazioni (+5,6%) e 27.354 trapianti (+2,6%), e le cellule staminali emopoietiche, con 525.682 iscritti al Registro donatori di midollo osseo e 490 donazioni effettive (+19,5%); il programma di trapianto di microbiota fecale conta 396 trattamenti dal 2020.

SAN02 — Academia Medicine & Health — Medicine and health: a necessary reunion [Markou-Pappas, Fugazzola, Ansaloni] https://www.academia.edu/3070-3530/3/2/10.20935/AcadMedHealth8277

Data: 28 aprile 2026 | Tipo: editoriale | Località: globale | Lingua: EN | Accesso: Open access

Parole chiave: salute globale, OMS, One Health, determinanti sociali, cure primarie, crisi umanitaria, protezione assistenza sanitaria, Alma-Ata, chirurgia globale

- L'editoriale motiva la ridenominazione della rivista da Academia Medicine ad Academia Medicine and Health, ripercorrendo l'ampliamento del concetto di salute dalla Costituzione OMS del 1948 alla Dichiarazione di Alma-Ata del 1978, alla Carta di Ottawa del 1986, fino a Global Health e One Health.
- Gli autori ricordano che entro un anno da Alma-Ata un articolo sul New England Journal of Medicine, presentato a una conferenza sponsorizzata dalle fondazioni Rockefeller e Ford, introdusse la "selective primary health care", spostando l'attenzione su interventi verticali e logiche di costo-efficacia.
- La Lancet Commission on Global Surgery ha documentato che cinque miliardi di persone non hanno accesso a cure chirurgiche e anestesiologiche sicure, con 143 milioni di procedure aggiuntive necessarie ogni anno, per il 90% nei Paesi a basso e medio reddito.
- Definendo la guerra l'intervento di sanità pubblica più distruttivo mai praticato, gli autori citano la documentazione ICRC sugli attacchi alle strutture sanitarie come strumento dei conflitti moderni e sostengono che la neutralità medica non può trasformarsi in silenzio.
- Una medicina adeguata al momento dovrebbe tornare alla visione comunitaria di Alma-Ata, formare clinici che conoscano i determinanti sociali e l'economia politica dei sistemi sanitari, e riconoscere l'accesso equo alla chirurgia essenziale come diritto umano misurabile ed esigibile.

SAN03 — BMJ — The NHS must adapt as extreme heat becomes inevitable [Lee]

Data: 26 agosto 2026 | *Tipo: articolo di opinione* | *Località: Regno Unito* | *Lingua: EN* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: NHS, mortalità da calore, cambiamento climatico, salute resiliente al clima, decarbonizzazione, salute urbana, medicina generale, ondata di calore

https://doi.org/10.1136/bmj-2026-100666

- Nel Regno Unito le sei ondate di calore record del 2026 hanno causato, secondo la UK Health Security Agency, circa 2.877 decessi associati al caldo nei soli mesi di maggio e giugno, e la nuova segretaria alla Salute Yvette Cooper ha chiesto al NHS di prepararsi alle pressioni estive.
- Un'indagine della Doctors' Association UK su 1.111 operatori del NHS durante l'ondata iniziata il 22 giugno 2026, con 2.124 morti, rileva che oltre due terzi ritengono compromessa la sicurezza dei pazienti e l'87% segnala malessere proprio o dei colleghi, con temperature esterne fino a 37,7°C.
- Le risposte descrivono operatori che collassano, pazienti con disidratazione, delirium e colpo di calore, mancanza di ventilatori e acqua fredda, impianti di riscaldamento obsoleti rimasti accesi e pazienti lasciati nudi con il solo pannolone per mantenerli freschi.
- L'autore ricorda che nel 2023 la UK Health Security Agency aveva previsto tra 10.000 e 20.000 decessi in eccesso l'anno per il caldo e giudica non sostenibile la chiusura temporanea degli studi di medicina generale sopra i 30°C raccomandata dal Royal College of General Practitioners.
- La proposta centrale è una temperatura massima legale di lavoro, già adottata in Paesi soggetti a ondate di calore, che obblighi a investire in aria condizionata, isolamento, tende e schermature esterne e renda le strutture NHS legalmente responsabili verso personale e pazienti.
- Le soluzioni basate sulla natura restano centrali: gli alberi riducono l'effetto isola di calore urbana di oltre 10°C, mentre nel 2026 il Regno Unito ha registrato oltre 1.100 incendi boschivi e le previsioni indicano un 2027 peggiore per l'El Niño in sviluppo.

SAN04 — BMJ — Jason Arday: Britain needs to be honest about race in academia [Seidu, Kar,]

Data: 26 agosto 2026 | *Tipo: articolo di opinione* | *Località: Regno Unito* | *Lingua: EN* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: disuguaglianze, equità, giustizia sociale, formazione, razzismo strutturale, discriminazione, Regno Unito

https://doi.org/10.1136/bmj-2026-100683

- Gli autori partono dalla morte di Jason Arday, professore di sociologia dell'educazione, avvenuta dieci giorni dopo le dimissioni dalla cattedra di Cambridge in seguito ad accuse di plagio e discrepanze biografiche, accuse che Arday aveva respinto pur ammettendo errori nel dottorato.
- I bambini neri sono tra gli studenti con i migliori risultati nelle scuole britanniche, ma solo 160 dei 22.855 professori universitari del Regno Unito sono neri, un divario tra risultati precoci e leadership accademica che gli autori leggono come realtà strutturale.

- L'articolo distingue l'inclusione consapevole dalla discriminazione positiva e chiede procedure di nomina trasparenti che separino il rimedio alla sottorappresentazione storica, il riconoscimento che le sole qualifiche non bastano a valutare il potenziale e la difesa pubblica di un corpo docente diversificato.
- Tra le caratteristiche della vicenda gli autori segnalano la velocità dell'escalation mediatica, la riduzione dell'identità di Arday a un'unica narrazione che ne ha trascurato la neurodivergenza, e il rischio che un caso individuale diventi simbolo di una guerra culturale sull'appartenenza dei neri all'accademia.

SAN05 — BMJ — The art of finding common ground: what US health programmes can teach a divided public health system [Hiam]

Data: 25 agosto 2026 | Tipo: articolo di opinione | Località: USA | Lingua: EN | Accesso: Open access

Parole chiave: USA, Trump, Medicaid, welfare culturale, salute mentale, vaccinazioni, salute materno-infantile

https://doi.org/10.1136/bmj-2026-100645

- L'autrice, Harkness fellow del Commonwealth Fund, descrive Creative Forces, la rete di arti terapeutiche del National Endowment for the Arts attiva al James A Haley Veterans' Hospital di Tampa con i Dipartimenti della Difesa e dei Veterani, per militari con trauma cranico, stress post-traumatico e dolore cronico.
- Il programma federale ha mantenuto un sostegno bipartisan attraverso amministrazioni diverse, con l'approvazione dal Congresso nel 2023 di 10 milioni di dollari per la ricerca sulle sue attività, grazie al consenso dell'opinione pubblica statunitense verso veterani e militari.
- Senza cambiare il proprio lavoro, Creative Forces si è allineato durante l'amministrazione Biden alla strategia del Surgeon General del 2023 sulla connessione sociale e, sotto l'amministrazione Trump, alla prevenzione del suicidio tra i veterani indicata nel rapporto 2025 del Department of Veterans Affairs.
- Terreno comune è stato trovato anche in ambiti contesi: in North Dakota una coalizione di allevatori conservatori, leader religiosi e organizzatori di comunità ha respinto nove proposte di legge antivaccinali in tre anni, ascoltando e guidando con empatia anziché con il dibattito.
- In Wisconsin un panel di cittadini convocato sull'aborto ha individuato un impegno condiviso per il sostegno alle madri nel primo anno dopo il parto e ha promosso l'estensione della copertura Medicaid post partum da 60 giorni a un anno, diventata legge nel marzo 2026.

SAN06 — Il Sole 24 Ore — Microbiota «specchio» delle malattie killer: perché serve un dietrofront sui cibi processati [Redazione Salute Il Sole 24 Ore]

Data: 27 agosto 2026 | Tipo: analisi (sintesi di studio scientifico) | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: prevenzione, malattie croniche, stili di vita, cronicità, sostenibilità, IRCCS, microbiota, alimento ultra-processato, additivo alimentare, EFSA

https://www.ilsole24ore.com/art/microbiota-specchio-malattie-killer-perche-serve-dietrofront-cibi-processati-AJddX7v

- Tre generazioni di scienziati della Fondazione Policlinico Gemelli IRCCS e dell'Università Cattolica hanno pubblicato su Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology un'analisi secondo cui l'alterazione del microbioma intestinale è un fattore sottovalutato delle malattie non trasmissibili, che causano 43 milioni di decessi l'anno nel mondo.
- Il microbiota intestinale, ecosistema di 38 trilioni di microrganismi, anticipa le malattie croniche attraverso la metainfiammazione, uno stato infiammatorio cronico invisibile agli esami standard che erode metabolismo, sistema immunitario e sistema nervoso anni o decenni prima di diabete, infarto o tumore.
- Gli alimenti ultra-processati, che in molti Paesi superano la metà delle calorie consumate, danneggiano il microbiota attraverso emulsionanti, dolcificanti artificiali, conservanti e coloranti, additivi approvati da EFSA e FDA senza misurarne l'effetto sull'ecosistema intestinale.
- Antonio Gasbarrini, direttore scientifico della Fondazione Gemelli, sostiene che le firme biologiche della metainfiammazione potrebbero essere rilevabili con decenni di anticipo, aprendo a una medicina anticipatoria e personalizzata; Gianluca Ianiro parla di ristrutturazione industriale del microbiota umano su scala di popolazione.

- La road map proposta ha cinque pilastri: educazione nutrizionale dalle scuole, sussidi agricoli riorientati verso alimenti freschi, stewardship degli antibiotici e deprescrizione degli inibitori di pompa protonica, tassazione degli additivi disbiotici con rimborso dei percorsi di prevenzione, finanziamento pubblico di coorti longitudinali.
- I ricercatori chiedono che la valutazione di sicurezza degli additivi includa test standardizzati sul microbiota, che vengano studiate le miscele di additivi in contesti reali e che sia superata la separazione tra regolamentazione nutrizionale e sicurezza alimentare.

Sezione SSN — Scenari del SSN

L'autunno del SSN è quello della legge di bilancio e delle tre deleghe (farmaceutica, professioni sanitarie, riorganizzazione dell'assistenza), e le schede ne fissano i termini. L'analisi di Fassari (SSN03, bollino rosso) mette in fila le sfide: un Fondo sanitario che potrebbe crescere di circa 4 miliardi nel 2027 a fronte dei 5 chiesti dal Ministero, prenotazioni salite da 13,3 a 14,9 milioni nel primo semestre 2026 secondo AGENAS, il target PNRR di 1.038 Case della Comunità. Bartoloni (SSN05) scompone i desiderata ministeriali, un miliardo per le assunzioni e 19 mila infermieri di famiglia da trovare, e prevede una dote di 3-4 miliardi. Il personale è il nodo comune: Del Bufalo (SSN04, bollino rosso) documenta che i 38.184 posti programmati nelle lauree sanitarie lasciano scoperto circa il 12% del fabbisogno regionale, con Infermieristica all'81% e domande ormai inferiori ai posti.

Completano il quadro due documenti istituzionali. Il rapporto CeDAP 2025 (SSN01, bollino rosso) certifica 348.329 nascite, 1,14 figli per donna e un tasso di cesarei del 29,8%, che sale al 43,8% in Campania, con ancora il 10% dei parti in punti nascita sotto i 500 parti annui. Lo schema di decreto-legge del 5 agosto 2026 (SSN02, bollino rosso) istituisce un Commissario straordinario per i materiali ereditati dalla gestione pandemica, con 44 milioni per il 2026, amplia le funzioni dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria e apre ai fondi integrativi per il personale pubblico, riducendo la spesa 2026 per la disabilità.

🔴 SSN01 — Ministero della Salute — Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita. Anno 2025 [Ministero della Salute]

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

Parole chiave: Ministero della Salute, salute materno-infantile, denatalità, appropriatezza, indicatori, divario Nord-Sud, CeDAP, punto nascita, parto cesareo, PMA

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/08/rapporto-cedap-anno-2025-pdf-1.pdf

La rilevazione e il calo delle nascite

- Il rapporto, curato dall'Ufficio di Statistica del Ministero della Salute sul flusso CeDAP istituito dal decreto ministeriale 16 luglio 2001, n. 349, copre nel 2025 tutte le 21 Regioni e Province autonome, 347 strutture ospedaliere e 348.329 schede pervenute.
- Il calo delle nascite prosegue in tutto il Paese: le schede CeDAP scendono da 376.925 nel 2023 a 365.238 nel 2024 e a 348.329 nel 2025, mentre il numero medio di figli per donna si attesta a 1,14 contro 1,35 del 2015.
- Le madri straniere rappresentano il 20,7% dei parti, con quote superiori al 32% in Emilia Romagna, Liguria e Marche; partoriscono in media a 31,4 anni contro 33,4 delle italiane e nel 9,8% dei casi arrivano alla prima visita dopo l'undicesima settimana, contro l'1,7%.

La rete dei punti nascita

- Il 58,8% dei parti avviene nelle 117 strutture con almeno 1.000 parti annui, soglia fissata dall'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, ma il 10,13% dei parti si svolge ancora in 113 strutture sotto i 500 parti, di cui una sola dotata di Terapia intensiva neonatale.
- Nel Sud oltre il 37% dei parti avviene in punti nascita sotto la soglia dei 1.000 parti annui e in Molise nessuna struttura la raggiunge, mentre in Emilia Romagna e Lazio oltre il 70% dei parti si concentra nelle strutture grandi.
- Nei punti nascita sotto i 500 parti privi di neonatologia o TIN la frequenza di parti pretermine è dell'1,80%, un dato che il rapporto richiama come indicatore PERISTAT e della Griglia LEA per la sicurezza dei neonati più fragili.

Cesarei, medicalizzazione e classificazione di Robson

- Il parto cesareo riguarda il 29,8% dei parti, valore stabile rispetto al 2024 e in calo dal 35,8% del 2012, ma il rapporto ne definisce ancora eccessivo il ricorso, con il 44,9% nelle case di cura accreditate contro il 28,4% negli ospedali pubblici.
- Tra le madri italiane il cesareo va dal 16,2% della Toscana e dal 18,9% della Provincia di Trento al 43,8% della Campania, dove il 37,3% dei parti avviene in case di cura accreditate, seguita da Sardegna (39,3%) e Sicilia (39,0%).
- Nella classe 1 di Robson (primipare a basso rischio) il cesareo oscilla dal 4,2% di Trento al 27,1% della Campania, mentre la classe 5 (pregresso cesareo) pesa il 12,0% dei parti ma produce 30.223 dei 90.029 cesarei classificati, con una quota dell'81,3%.
- Le gravidanze risultano medicalizzate: nel 93,8% dei casi si effettuano più di 4 visite e nel 76,9% più di 3 ecografie, con una media di 5,8 ecografie per parto (da 4,0 a Trento a 8,1 in Sardegna), che il rapporto legge come sovra-utilizzo di prestazioni diagnostiche.

Procreazione assistita ed esiti neonatali

- La procreazione medicalmente assistita riguarda 4,6 gravidanze ogni 100 (16.160 parti), con FIVET nel 49,5% e ICSI nel 35,0% dei casi, una quota di cesarei del 48,27% e valori regionali che vanno dal 7,15% della Liguria all'1,59% della Calabria.
- Il 98,3% dei nati ha un Apgar a 5 minuti tra 7 e 10, il 6,8% pesa meno di 2.500 grammi e la natimortalità è di 2,20 per 1.000 nati (784 nati morti), ma la causa del decesso è codificata solo nel 30,5% dei casi.

● SSN02 — Governo (Presidenza del Consiglio dei ministri) — Disposizioni urgenti per la funzionalità della pubblica amministrazione e degli enti territoriali (schema di decreto-legge del 5 agosto 2026) [Governo]

Data: 5 agosto 2026 | *Tipo: schema di decreto-legge* | *Località: Italia* | *Lingua: IT* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: Ministero della Salute, AGENAS, governance sanitaria, prevenzione, fondi sanitari integrativi, PNRR, commissario straordinario, Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, IRCCS, disabilità

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/08/schema-dl-pa-e-prot-civ-5.8.2026-per-bollino-rev-rgs_finale.docx.pdf

- Lo schema, bollinato dalla Ragioneria generale dello Stato dopo la deliberazione del Consiglio dei ministri del 4 agosto 2026, conta cinque capi e 26 articoli; la sanità è trattata dall'articolo 4 e dall'articolo 7, comma 17, e l'articolo 2, comma 11, finanzia con 187,5 milioni i progetti sociali PNRR.
- L'articolo 4, commi 1 e 2, prevede la nomina con DPCM, su proposta del Ministro della salute, di un Commissario straordinario per custodia, trasporto, dismissione e smaltimento dei materiali acquisiti dal Ministero in seguito al subentro previsto dall'articolo 2, comma 2, del decreto-legge 24/2022.
- Il Commissario cessa entro il 31 marzo 2027 (articolo 4, comma 3), può affidare le operazioni agli operatori che già custodiscono i materiali in deroga al codice dei contratti e derogare a termini e autorizzazioni del decreto legislativo 152/2006 (comma 4).
- Le attività commissariali sono finanziate con 44 milioni di euro per il 2026 e 40 milioni per il 2027 (articolo 4, comma 7), attinti da quattro autorizzazioni di spesa preesistenti, mentre il compenso del Commissario è fissato in 40.000 euro annui (comma 6).
- L'articolo 4, comma 10, amplia le funzioni dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria del decreto-legge 73/2024, affidandogli il monitoraggio del piano sanitario nazionale e dei patti per la salute, il riconoscimento degli IRCCS, la ricerca corrente e le funzioni del CCM.
- Il comma 9 dello stesso articolo modifica l'articolo 2 del decreto-legge 73/2024, abrogando i commi 2 e 4 e sostituendo l'Organismo con AGENAS nel comma 5 e con il Ministro della salute nel comma 6.
- L'articolo 7, comma 17, inserisce fra le materie dell'articolo 46, comma 2, del decreto legislativo 95/2017 una nuova lettera g-bis) sull'istituzione di fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 229/1999, per il personale cui quella norma si riferisce.
- Sul piano sociosanitario l'articolo 9 riduce da 165.196.120 a 119.347.088 euro la spesa 2026 autorizzata dall'articolo 9, comma 7, del decreto legislativo 62/2024 sulla disabilità e destina 23.612.251 euro nel 2026 e 8.788.509 euro nel 2027 al fondo dell'articolo 1, comma 210, della legge 213/2023.

⚫ SSN03 — Quotidiano sanità — Senza scelte coraggiose il Ssn rischia di restare universale solo sulla carta. Manovra e non solo, ecco le sfide che attendono la sanità in autunno [Fassari]

Data: 7 agosto 2026 | *Tipo: analisi* | *Località: Italia* | *Lingua: IT* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: FSN, finanziamento SSN, legge bilancio, carenza personale, liste di attesa, case della comunità, spesa farmaceutica, payback, dispositivi medici, universalismo, riforma professioni sanitarie

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/senza-scelte-coraggiose-il-ssn-rischia-di-restare-universale-solo-sulla-carta-manovra-e-non-solo-ecco-le-sfide-che-attendono-la-sanita-in-autunno/

- L'autunno 2026 è descritto come il più importante della legislatura per il SSN: oltre alla legge di Bilancio, entro fine anno dovranno avanzare tre deleghe su riordino della legislazione farmaceutica, professioni sanitarie e riorganizzazione dell'assistenza territoriale e ospedaliera.
- Il primo confronto tra i ministri Schillaci e Giorgetti ipotizza 2-3 miliardi aggiuntivi per il 2027, da sommare al miliardo già programmato, per un incremento del Fondo sanitario vicino ai 4 miliardi, mentre il Ministero della Salute punta a circa 5 miliardi per assunzioni, prevenzione, salute mentale e farmaceutica.
- Il personale è indicato come la vera emergenza nazionale e come crisi di attrattività del lavoro pubblico: servono un piano straordinario di assunzioni con programmazione dei fabbisogni e incentivi per pronto soccorso, specialità poco attrattive e aree interne dove i concorsi vanno deserti.
- Il disegno di legge delega sulle professioni sanitarie e sulla responsabilità professionale, all'esame della Commissione Affari sociali della Camera, interviene su formazione, competenze, aree disagiate, specializzandi e Ordini, con il rischio di diventare un contenitore senza risorse, tempi e responsabilità.
- La delega sulla farmaceutica ha concluso il 14 luglio l'esame in Commissione al Senato; la vera riforma dovrà affrontare tetti, payback, accesso precoce alle terapie, revisione del prontuario e ruolo strutturale della farmacia dei servizi, mentre per i dispositivi medici il payback ha generato un contenzioso ancora vivo nel 2026.
- Il primo bollettino AGENAS sul primo semestre 2026 registra prenotazioni salite da 13,3 a 14,9 milioni e oltre 1,6 milioni di prestazioni aggiuntive nei tempi previsti, mentre il nuovo Piano nazionale liste d'attesa 2026-2028 prevede agende integrate nei CUP e piani regionali entro 120 giorni.
- Il PNRR fissa per il 2026 il target di almeno 1.038 Case della Comunità attivate secondo il DM 77, ma la sostenibilità della riforma territoriale inizierà alla chiusura degli investimenti europei, perché medici e infermieri vanno assunti e retribuiti ogni anno.
- La delega sulla riorganizzazione del SSN, presentata al Senato il 3 marzo 2026 e contestata dalle Regioni per invasione di competenze, è giudicata la riforma più ambiziosa e rischiosa; il pericolo finale è un sistema universalistico nei princìpi ma sempre più selettivo nei fatti.

⚫ SSN04 — Il Sole 24 Ore — Professioni sanitarie, posti a bando non coprono richieste: infermieri tra i più carenti [Del Bufalo]

Data: 26 agosto 2026 | *Tipo: analisi* | *Località: Italia* | *Lingua: IT* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: professioni sanitarie, carenza infermieri, formazione infermieristica, attrattività professione, programmazione sanitaria, divario Nord-Sud, OCSE, fabbisogno formativo, laurea triennale

https://www.ilsole24ore.com/art/professioni-sanitarie-posti-bando-coprono-richieste-infermieri-i-piu-carenti-AJ7G2ct

- Per il 2026/27 sono stati programmati 38.184 posti nelle lauree triennali sanitarie (+3,4%), a fronte di un fabbisogno stimato dalle Regioni di 43.479 unità, con uno scarto negativo di 5.295 posti pari a circa il 12%.
- Per Infermieristica la copertura del fabbisogno regionale è dell'81% (20.672 posti su 25.479 richiesti, -4.807), con un aumento minimo di 263 posti sull'anno precedente, mentre per Educazione professionale scende al 37% (834 su 2.235).
- Terapia occupazionale copre il 48,7% del fabbisogno (258 su 530) e Assistenza sanitaria il 56,5% (502 su 888); al contrario Fisioterapia offre 936 posti in più (4.086 su 3.150, +25%) e Osteopatia 321 in più (490 su 169), pari al 290% del fabbisogno.
- Una novità rilevante è la totale assenza di posti programmati per Infermieristica pediatrica nel 2026/27, a fronte di una richiesta regionale di 257 unità, conseguenza dell'istituzione della corrispondente laurea magistrale.

- Per Medicina, con il nuovo semestre libero al posto del test d'ingresso, i posti sono 27.001 contro un fabbisogno regionale di 20.842 (+6.159, copertura del 129,6%), e anche per Odontoiatria l'offerta supera la richiesta (1.825 contro 1.599).
- Nel 2025/26 le domande per Infermieristica sono state inferiori ai posti (18.836 per 20.409, rapporto 0,92), per retribuzioni sotto la media OCSE e carichi di 8,1 pazienti per infermiere contro uno standard di 6; la coorte 2025 produrrà solo 13-14 mila laureati contro un fabbisogno di oltre 25 mila.
- Gli squilibri sono anche territoriali: in Lombardia le domande sono 1.956 per 2.538 posti (rapporto 0,8), in Puglia 2.175 per 1.020 (rapporto 2,1), con scarsa mobilità studentesca tra Sud e Nord.

SSN05 — Il Sole 24 Ore — La sanità chiede 5 miliardi, uno per le assunzioni. Ma la dote è già in bilico [Bartoloni]

Data: 27 agosto 2026 | *Tipo: analisi* | *Località: Italia* | *Lingua: IT* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: legge bilancio, FSN, finanziamento SSN, carenza personale, case della comunità, LEA, prevenzione, tetti di spesa, quota PIL sanità, indennità di specificità

https://www.ilsole24ore.com/art/la-sanita-chiede-5-miliardi-per-assunzioni-ma-dote-e-gia-bilico-AJiFKNv

- I tecnici del Ministero della Salute hanno messo in fila i desiderata per la legge di bilancio: a fine luglio il ministro Schillaci ha chiesto al ministro Giorgetti 5-5,5 miliardi in più, di cui circa metà indistinti nel Fondo sanitario contro l'inflazione e per alzare i tetti della farmaceutica.
- Un miliardo servirebbe per un piano di assunzioni di medici e infermieri destinato in via prioritaria alle Case di comunità e alla lotta alle liste d'attesa, comprendendo un possibile aumento dell'indennità di specificità di infermieri e medici.
- Un altro miliardo andrebbe all'aggiornamento dei LEA e delle tariffe, 600-700 milioni alla prevenzione con screening oncologici e vaccinazioni contro il virus sinciziale, un centinaio di milioni a una rete ospedaliera di terzo livello con gli IRCCS e 300 milioni a salute mentale, autismo, non autosufficienza e fine vita.
- Le risorse servono anche a mantenere la spesa sanitaria sulla soglia del 6,3-6,4% del PIL, ma secondo l'autore è più verosimile che la cifra scenda a 3-4 miliardi, da verificare se comprensivi del miliardo già stanziato dalla manovra dell'anno scorso.
- Per far funzionare a pieno regime le oltre 1.200 Case di comunità aperte con i 2 miliardi del PNRR servono circa 19 mila infermieri di famiglia e comunità, difficili da trovare, mentre il sindacato SMI ha annunciato uno sciopero contro le ore obbligatorie dei medici di famiglia nelle Case.
- La difficoltà di reperire personale potrebbe spingere alcune Regioni a esternalizzare i servizi al privato; sulle liste d'attesa potrebbe salire il tetto per l'acquisto di prestazioni dal privato accreditato e quello della farmaceutica dello 0,20-0,25% per attutire il payback.

Sezione SST — Sostenibilità della sanità

La sostenibilità viene declinata su tre scale: territorio, Europa e mondo. In Italia De Rossi Re (SST01) ricostruisce la consultazione AGENAS sulle équipe multiprofessionali nelle Case della Comunità, con oltre 760 contributi, e chiede una restituzione pubblica delle proposte accolte, mentre la Fondazione Di Liegro (SST02) segnala che il 60% delle chiamate al servizio SOSS arriva da familiari e che le richieste dei genitori sono salite dall'8% al 35% in un anno. A Bruxelles il programma EU4Health 2026 non ha ottenuto la maggioranza il 22 luglio (SST03) e l'European Patients' Forum lega il voto all'esclusione degli operating grants per le organizzazioni dei pazienti. Su scala globale l'OMS lancia le priorità di ricerca su clima, salute e migrazioni (SST04) e, con Africa CDC, denuncia un'epidemia di Ebola più veloce della risposta, con 3.973 casi, 1.801 decessi e un tracciamento dei contatti fermo al 75% (SST05).

Il contributo più strutturale è la revisione di Büchs e colleghi su The Lancet Planetary Health (SST09), che analizza 98 articoli sulla dipendenza degli stati sociali dalla crescita economica, dal morbo dei costi di Baumol all'invecchiamento, e ne ricava risposte come la limitazione delle rendite e la prevenzione. Mervis (SST10) documenta il taglio della NSF alle borse di dottorato in sette campi delle scienze sociali. Tre schede JAMA sul sistema statunitense bipartisan post-Trump, sui costi amministrativi dei programmi value-based e sulle strutture di assistenza alternative (SST06, SST07, SST08) sono da recuperare perché inaccessibili.

SST01 — Sanità Informazione — Case della Comunità, oltre 760 contributi alle Linee Agenas. La partecipazione prosegua nei territori [De Rossi Re]

Data: 30 luglio 2026 | Tipo: analisi | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: case della comunità, AGENAS, DM 77, équipe multiprofessionale, partecipazione, monitoraggio attuazione, COT, ospedali di comunità, coprogettazione, associazione di pazienti

https://www.sanitainformazione.it/case-della-comunit-oltre-760-contributi-alle-linee-agenas-la-partecipazione-prosegua-nei-territori/

- Le Linee di indirizzo AGENAS sulle équipe multiprofessionali e multidisciplinari nelle Case della Comunità sono state pubblicate dopo una consultazione pubblica che ha raccolto oltre 760 contributi di cittadini, professionisti ed enti, valutati secondo criteri di rilevanza e applicabilità.
- L'articolo ricorda che il DM 77 del 2022 indica la partecipazione e la valorizzazione della co-produzione, anche attraverso le associazioni di cittadini e di volontariato, come standard organizzativo per le Case della Comunità hub e spoke.
- AGENAS aveva già promosso, dal 23 febbraio al 23 marzo 2024, una consultazione sul documento di indirizzo dedicato alla partecipazione e co-produzione di pazienti, cittadini e comunità, elaborato da un gruppo di lavoro coordinato dall'Agenzia.
- Per rafforzare la fiducia nei processi partecipativi l'autore propone una restituzione pubblica più dettagliata: tipologia dei partecipanti, argomenti più segnalati, proposte accolte e ragioni per cui altre osservazioni non sono state recepite.
- Il banco di prova sarà regionale: Regioni, aziende sanitarie e distretti tradurranno le Linee in procedure e servizi, mentre AGENAS, Ministero della Salute e Regioni già monitorano l'attuazione del DM 77 con dati per Regione su Case della Comunità, COT e Ospedali di Comunità.
- Per la patient advocacy la richiesta è applicare lo stesso principio di apertura anche all'attuazione, osservando organismi locali di partecipazione, regolarità degli incontri, pubblicazione dei verbali e quali categorie di pazienti e territori siano effettivamente rappresentati.

SST02 — Sanità Informazione — Salute mentale, cresce il peso sulle famiglie: quadruplicate le richieste dei caregiver [Redazione Sanità Informazione]

Data: 31 luglio 2026 | Tipo: notizia | Località: Italia / Lazio | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: salute mentale, caregiver familiare, terzo settore, integrazione sociosanitaria, solitudine, presa in carico, Lazio

https://www.sanitainformazione.it/salute-mentale-cresce-il-peso-sulle-famiglie-quadruplicate-le-richieste-dei-caregiver/

- La Fondazione Don Luigi Di Liegro ETS riferisce che negli ultimi dodici mesi il 60% delle telefonate al servizio gratuito SOSS, attivo da oltre 25 anni, è arrivato da un parente o da una persona vicina a chi vive un disagio psichico, in prevalenza genitori.
- L'età media delle persone per cui viene chiesto sostegno è di 38 anni, il 15% delle richieste riguarda un bisogno di ascolto spesso legato alla solitudine e il 95% delle telefonate proviene dal Lazio.
- Secondo la segretaria Luigina Di Liegro le richieste di supporto ai genitori erano circa l'8% delle chiamate all'inizio del 2025 e hanno raggiunto il 35% nel primo semestre, mentre quasi l'80% delle chiamate riguarda riabilitazione e sostegno a famiglie e caregiver.
- La Fondazione, che collabora con le Asl di Roma, affianca ai percorsi di cura sportelli di ascolto, gruppi di mutuo aiuto, gruppi multifamiliari e laboratori di arteterapia, e chiede che il modello sia integrato con finanziamenti adeguati nel sistema sociosanitario della Regione Lazio.

SST03 — Sanità Informazione — EU4Health 2026, manca la maggioranza. L'EPF chiede fondi stabili per le organizzazioni dei pazienti [Redazione Sanità Informazione]

Data: 3 agosto 2026 | Tipo: notizia | Località: Unione europea | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: UE, sistemi sanitari europei, partecipazione, HTA, dispositivi medici, EU4Health, European Patients' Forum, associazione di pazienti

https://www.sanitainformazione.it/eu4health-2026-manca-la-maggioranza-lepf-chiede-fondi-stabili-per-le-organizzazioni-dei-pazienti/

- Secondo l'European Patients' Forum (EPF), il 22 luglio 2026 il programma di lavoro EU4Health per il 2026 proposto dalla Commissione europea non ha ottenuto la maggioranza necessaria, perché diversi Stati membri hanno votato contro o si sono astenuti.

- L'EPF collega l'esito, almeno in parte, alle preoccupazioni per l'esclusione degli operating grants destinati alle organizzazioni sanitarie e dei pazienti, che diversi Stati membri e 70 membri del Parlamento europeo di vari gruppi avevano chiesto di mantenere.
- Gli operating grants finanziano la partecipazione delle organizzazioni alle politiche dell'Unione: contributo dei pazienti alle valutazioni europee delle tecnologie sanitarie, attività regolatorie dell'Agenzia europea per i medicinali, sperimentazioni cliniche e dispositivi medici.
- Il Forum sostiene che l'Unione non può rafforzare il dialogo con la società civile, previsto dalla futura strategia europea per la società civile, e nello stesso tempo ritirare il sostegno strutturale alle organizzazioni sanitarie e dei pazienti.
- L'EPF si dichiara disponibile a lavorare con Commissione, Stati membri e Parlamento europeo affinché la versione definitiva del programma EU4Health 2026 includa un sostegno sostenibile alle organizzazioni che rappresentano i pazienti nei diversi Paesi dell'Unione.

SST04 — Quotidiano sanità — Clima, salute e migrazioni. L'Oms lancia le priorità globali della ricerca: "Servono più evidenze per guidare le politiche sanitarie" [Redazione Quotidiano Sanità]

Data: 6 agosto 2026 | Tipo: analisi | Località: Mondo (OMS) | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: OMS, salute globale, cambiamento climatico, migrazioni climatiche, salute resiliente al clima, equità in salute, copertura sanitaria universale

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/clima-salute-e-migrazioni-loms-lancia-le-priorita-globali-della-ricerca-servono-piu-evidenze-per-guidare-le-politiche-sanitarie/

- L'OMS ha annunciato il 5 agosto 2026 un programma globale di priorità di ricerca sull'intersezione tra cambiamento climatico, salute e migrazioni, primo approfondimento tematico della Global Research Agenda on Health, Migration and Displacement.
- Il documento nasce dal Global Research Prioritization Exercise (GRPE), che ha coinvolto esperti delle sei regioni OMS con revisioni della letteratura e consultazioni tecniche, ed è stato presentato in un webinar con oltre 300 partecipanti da più di 75 Paesi.
- Tra le priorità indicate figurano gli impatti sanitari della mobilità legata al clima, la resilienza dei sistemi sanitari, l'accesso alle cure per migranti e sfollati, le disuguaglianze nella salute e la raccolta di dati comparabili tra Paesi.
- Santino Severoni, direttore del programma OMS per Salute e Migrazione, definisce il colmare le lacune della ricerca "una questione di equità" e chiede che migranti e sfollati siano parte della soluzione per la copertura sanitaria universale.
- Diarmid Campbell-Lendrum, responsabile del Dipartimento OMS su clima, energia e qualità dell'aria, ricorda che miliardi di persone vivono in aree vulnerabili e che ondate di calore, alluvioni, incendi e siccità amplificheranno i movimenti di popolazione.

SST05 — Quotidiano sanità — Ebola in Congo. Oms e Africa Cdc: "Epidemia più veloce della risposta". Quasi 4mila casi e 1.801 morti [Redazione Quotidiano Sanità]

Data: 7 agosto 2026 | Tipo: notizia | Località: Repubblica Democratica del Congo / Uganda | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: Ebola, OMS, sorveglianza, pandemic preparedness, emerging infectious diseases, Bundibugyo, Africa CDC, tracciamento dei contatti, Repubblica Democratica del Congo

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/ebola-in-congo-oms-e-africa-cdc-epidemia-piu-veloce-della-risposta-quasi-4mila-casi-e-1-801-morti/

- Al 4 agosto 2026 l'epidemia di Ebola nella Repubblica Democratica del Congo conta 3.973 casi confermati, 1.801 decessi e 776 guarigioni in 51 zone sanitarie di cinque province, con 99 nuovi casi e 52 morti nelle ultime 24 ore.
- L'allarme segue la missione congiunta del 4 e 5 agosto in Uganda e RDC del direttore generale OMS Tedros Adhanom Ghebreyesus, del direttore generale di Africa CDC Jean Kaseya e del direttore regionale OMS per l'Africa Mohamed Janabi, con tappe a Kampala, Bunia e Kinshasa.
- L'Uganda ha dichiarato concluso il proprio focolaio il 28 luglio dopo 20 casi confermati e due decessi, mentre la provincia dell'Ituri, con le zone sanitarie di Bunia, Rwampara e Mongbwalu, concentra quasi il 90% dei casi confermati congolesi.
- Il follow-up dei contatti si ferma al 75% contro l'obiettivo operativo di almeno il 95%, le persone in cura sono 674 e nel Nord Kivu il tasso di occupazione dei centri di trattamento ha raggiunto il 139%.

- OMS e Africa CDC chiedono diagnosi più precoce, più capacità di centri di trattamento, laboratori, ambulanze e sepolture sicure, pagamenti puntuali agli operatori e il coinvolgimento dei leader comunitari, religiosi, femminili e giovanili in ogni fase della risposta.
- Le due organizzazioni continuano a sconsigliare restrizioni non necessarie a viaggi e commerci e chiedono che i finanziamenti già impegnati raggiungano senza ritardi le operazioni sul campo, mantenendo sorveglianza transfrontaliera e preparazione regionale.

SST06 — JAMA — Cinque elementi fondamentali per la creazione di un sistema sanitario statunitense bipartisan nell'era post-Trump [Butler]

Data: agosto 2026 | Tipo: analisi | Località: USA | Lingua: EN | Accesso: non verificato (pagina bloccata)

Parole chiave: USA, Trump, trasformazione sanitaria, governance sanitaria, riforma sanitaria USA, Medicaid, Medicare

https://jamanetwork.com/journals/jama-health-forum/fullarticle/2852466

ARTICOLO NON ACCESSIBILE: jamanetwork.com ha mostrato in tutti i tentativi (tre aperture in schede diverse, con attese fino a 30 secondi) solo la pagina di verifica anti-bot "Esecuzione della verifica di sicurezza"; il titolo riportato è quello della lista del curatore, perché il titolo originale non è stato leggibile.

SST07 — JAMA — Programmi obbligatori di pagamento basati sul valore e costi amministrativi ospedalieri [Zhou, Buxbaum, Ryan]

Data: agosto 2026 (data non indicata nella pagina) | Tipo: studio | Località: USA | Lingua: EN | Accesso: non verificato (pagina bloccata)

Parole chiave: USA, value-based healthcare, Medicare, ospedale, costi amministrativi, riforma dei pagamenti

https://jamanetwork.com/journals/jama-health-forum/fullarticle/2852212

ARTICOLO NON ACCESSIBILE: jamanetwork.com ha mostrato in tutti i tentativi (due aperture, con attese fino a 12 secondi) solo la pagina di verifica anti-bot "Esecuzione della verifica di sicurezza"; il titolo riportato è quello della lista del curatore, perché il titolo originale non è stato leggibile.

SST08 — JAMA — Rendere operative le strutture di assistenza alternative prima della prossima ondata: dall'improvvisazione alla capacità permanente [Hertelendy]

Data: agosto 2026 (data non indicata nella pagina) | Tipo: analisi | Località: USA | Lingua: EN | Accesso: non verificato (pagina bloccata)

Parole chiave: USA, pandemic preparedness, ospedale, posti letto, scorte strategiche, intensità di cura

https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2852462

ARTICOLO NON ACCESSIBILE: jamanetwork.com ha mostrato in tutti i tentativi (due aperture, con attese fino a 15 secondi) solo la pagina di verifica anti-bot "Esecuzione della verifica di sicurezza"; il titolo riportato è quello della lista del curatore, perché il titolo originale non è stato leggibile.

SST09 — The Lancet — Growth dependence of welfare states: a semi-systematic review of drivers and policy responses [Büchs e altri]

Data: 6 agosto 2026 | Tipo: revisione della letteratura | Località: Paesi ad alto reddito | Lingua: EN | Accesso: Open access https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(26)00064-1/fulltext

Parole chiave: sostenibilità, finanziamento welfare, effetto Baumol, invecchiamento, salute planetaria, prevenzione, tassazione, post-crescita, stato sociale

- La revisione semi-sistematica, pubblicata online su The Lancet Planetary Health, ha cercato su Scopus e Web of Science il 18 marzo 2026, vagliato 1.638 record e 187 testi integrali e incluso 98 articoli della letteratura post-crescita sulla dipendenza degli stati sociali dalla crescita economica.
- Gli autori definiscono la dipendenza dalla crescita (WSGD) come la condizione in cui tassi positivi di crescita reale del PIL sono necessari per evitare la disfunzione dello stato sociale, in particolare la non sostenibilità finanziaria di lungo periodo.
- I fattori economici individuati comprendono la dipendenza dalla crescita di occupazione e fondi di welfare (44 record), l'estrazione di rendite e la fornitura a scopo di lucro, la disuguaglianza crescente, il finanziamento in debito e il morbo dei costi di Baumol.

- Tra i fattori socioculturali, politici e ambientali figurano l'invecchiamento della popolazione (14 record), il potere politico degli interessi costituiti, gli impatti ambientali e le aspettative sociali, distinti secondo che agiscano sull'offerta di fondi o sulla domanda di spesa.
- Le risposte politiche proposte includono il mantenimento dell'occupazione senza crescita, entrate meno dipendenti dalla crescita, la limitazione delle rendite, politiche predistributive e redistributive, pensioni meno dipendenti dalla crescita e approcci preventivi in sanità e nell'assistenza sociale.
- Gli autori sostengono che una valutazione più olistica debba considerare l'interazione tra offerta di finanziamento e domanda di spesa, e riassumono le posizioni della letteratura sulla possibilità di raggiungere l'indipendenza dalla crescita entro un sistema capitalista.

SST10 — Science — NSF shrinks support for social sciences in prestigious graduate fellowship program [Mervis]

Data: 26 agosto 2026 | *Tipo: notizia* | *Località: USA* | *Lingua: EN* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: USA, Trump, formazione, NSF, finanziamento della ricerca, NIH

https://www.science.org/content/article/nsf-shrinks-support-social-sciences-prestigious-graduate-fellowship-program

- La National Science Foundation ha escluso dal Graduate Research Fellowship Program (GRFP) i dottorandi di sette campi delle scienze sociali, tra cui scienza politica, politiche pubbliche e antropologia culturale, oltre alla ricerca sull'educazione scientifica.
- Il bando prevede per il 2027 un calo dei borsisti a 1.500, dopo i 2.031 del 2024, i 1.500 del 2025 e i 2.597 del 2026, con una spesa attesa di 159 milioni di dollari: tre anni di sostegno, stipendio annuo di 37.000 dollari e 16.000 dollari di tasse.
- Secondo i dati di Gisèle Muller-Parker, ex direttrice del programma, i sette campi esclusi rappresentavano il 17% dei borsisti di scienze sociali degli ultimi cinque anni; nel 2025 i borsisti di scienze sociali erano 124 contro i 152 del 2023.
- Wendy Naus, direttrice del Consortium of Social Science Associations, legge la decisione come parte dello smantellamento della direzione SBE eliminata quest'anno dall'agenzia e prevede possibili chiusure di dipartimenti nelle università statunitensi.

Sezione OHE — One Health e clima

Il calore è il filo che attraversa le quattro schede. Lo studio di modellizzazione di Kong e colleghi (OHE03, bollino rosso) combina i limiti di tolleranza misurati in camera climatica con 14 modelli CMIP6 e mostra che a 1,5 °C di riscaldamento l'esposizione degli anziani supera quella dei giovani adulti a 4 °C, mentre gli over 60 passeranno da 1 a 2,1 miliardi entro il 2050. Voosen (OHE02) riferisce che entro il 2050 le campagne si riscalderanno più delle città, senza attenuare lo stress termico urbano. Le altre due guardano alle risposte. Padget e colleghi (OHE01) propongono di portare la sostenibilità ambientale nei sistemi di misurazione della qualità, riducendo 268 misure censite a un set minimo di emissioni, acqua e rifiuti per giornata-paziente. Mabhaudhi (OHE04) legge la siccità che il 14 agosto 2026 copriva il 71,3% dell'Inghilterra come emergenza alimentare e sanitaria, con rese di grano inferiori del 14% e prezzi dei pomodori saliti di oltre il 60%.

OHE01 — The Lancet — Advancing environmental sustainability in health care: evaluating and prioritising sustainability measures for quality reporting and improvement [Padget e altri]

Data: 4 agosto 2026 | *Tipo: analisi (Personal View)* | *Località: USA / internazionale* | *Lingua: EN* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: green healthcare, decarbonizzazione, qualità, indicatori, ospedale, salute planetaria, emissioni di gas serra, rifiuti sanitari, accreditamento

https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(26)00074-4/fulltext

- Il settore sanitario è responsabile di quasi il 5% delle emissioni globali di gas serra e gli ospedali ne portano una quota rilevante per le infrastrutture ad alta intensità di carbonio, l'attività continua e l'uso di inquinanti come i gas anestetici.
- Gli autori propongono di integrare la sostenibilità ambientale nei quadri di misurazione della qualità, come avvenuto per la sicurezza del paziente, citando la Care Quality Commission inglese, il certificato della Joint Commission statunitense e il quadro della International Society for Quality in Health Care.

- Da una revisione della letteratura su MEDLINE, Embase, Web of Science e Google Scholar (ricerca del 23 febbraio 2023) sono emerse 268 misure in sei categorie: gas serra (118), rifiuti solidi (53), energia (36), trasporti (22), acqua (11) e impatti vari (28).
- Sei misure generiche sono state valutate con i criteri della Partnership for Quality Measurement (importanza, accettabilità scientifica, fattibilità, usabilità e uso), con punteggi su tre livelli rivisti in modo iterativo fino all'unanimità tra gli autori.
- Due misure (distanza percorsa da pazienti e personale; emissioni totali di CO2 equivalente scope 1, 2 e 3 per anno) hanno mostrato debolezze di accettabilità scientifica e fattibilità, e l'energia consumata per anno è risultata correlata e meno informativa delle altre.
- Il set minimo proposto comprende emissioni di gas serra scope 1 e 2, consumo di acqua e produzione di rifiuti solidi, standardizzati per giornate-paziente aggiustate; nessuna delle misure esistenti aveva un metodo coerente di standardizzazione.

OHE02 — Science — Global warming is coming for the countryside [Voosen]

Data: 6 agosto 2026 | *Tipo: notizia scientifica* | *Località: Mondo / Unione europea* | *Lingua: EN* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: riscaldamento globale, cambiamento climatico, salute urbana, mortalità da calore, isola di calore urbana, ondata di calore

https://www.science.org/content/article/global-warming-coming-countryside

- Un modello climatico globale a 9 chilometri di risoluzione dello European Centre for Medium-Range Weather Forecasts (ECMWF), sviluppato nel programma europeo nextGEMS, ha simulato il periodo 2020-2050 su 200 città in quattro regioni climatiche: fredda, arida, temperata e tropicale.
- Secondo lo studio pubblicato a giugno su Geophysical Research Letters e guidato da Xabier Pedruzo-Bagazgoitia, entro il 2050 le città restano più calde ma le aree rurali circostanti si riscaldano più rapidamente, indebolendo l'effetto isola di calore salvo nelle regioni fredde.
- Il meccanismo, già ipotizzato quindici anni fa da uno studio sul Journal of Climate, è l'essiccamento delle campagne che riduce il raffreddamento per evaporazione; Ashish Sharma (University of Illinois) avverte che il modello non considera città più dense o più verdi.
- Gaby Langendijk (Wageningen University) precisa che le città subiranno comunque temperature assolute più alte, più notti tropicali e maggiore stress da calore, mentre i modelli che risolvono le città sono sviluppati anche nel programma Destination Earth dell'Unione europea.

OHE03 — The Lancet — Exceeding human heat tolerance in a warming, ageing world: a global projection modelling study [Kong e altri]

Data: 17 agosto 2026 | *Tipo: studio di modellizzazione* | *Località: Mondo* | *Lingua: EN* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: mortalità da calore, cambiamento climatico, riscaldamento globale, anziani, invecchiamento, migrazioni climatiche, salute planetaria, ondata di calore, piano caldo

https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(26)00067-7/fulltext

- Lo studio integra i limiti di tolleranza al calore misurati in camera climatica dal progetto HEAT della Pennsylvania State University su 52 giovani (18-39 anni), 26 adulti di mezza età (40-59 anni) e 55 anziani (60 anni e oltre) con proiezioni climatiche e demografiche.
- Le proiezioni usano dati corretti di temperatura di bulbo secco e umido di 14 modelli CMIP6 nello scenario SSP5-8.5, organizzati per livelli di riscaldamento da 1 a 4 °C sopra il periodo preindustriale, e stime di popolazione per età a circa 1 km di risoluzione.
- Gli anziani affrontano superamenti dei limiti più frequenti ed estesi: a 1,5 °C di riscaldamento la loro esposizione supera quella dei giovani adulti a 4 °C, e l'uso di soglie per età più che raddoppia la popolazione con almeno 180 ore annue di superamento.
- In Asia meridionale e nel Golfo Persico gli anziani potrebbero subire, con 3 °C o più di riscaldamento, uno stress da calore non compensabile continuo, di giorno e di notte, per tre mesi consecutivi.
- A 3 °C di riscaldamento sono individuati 13 Paesi con povertà oltre il 50% e almeno 10 milioni di anziani, o almeno l'80% degli anziani, esposti per 180 ore annue; India, Pakistan, Bangladesh, Myanmar e Niger superano entrambe le soglie.
- Gli autori ricordano che le persone con 60 anni e oltre passeranno da 1 miliardo nel 2020 a 2,1 miliardi nel 2050, pari al 21% della popolazione mondiale, per oltre due terzi residenti in Paesi a basso e medio reddito.

- Le implicazioni indicate riguardano piani di azione contro il caldo mirati, preparazione alle emergenze, affidabilità delle reti elettriche e accesso al raffrescamento, oltre a possibili spostamenti interni e migrazioni climatiche transfrontaliere; i finanziatori sono NIH, NSF, NASA, Yale e Rockefeller Foundation.

OHE04 — BMJ — The UK drought is a warning: climate change is a food and public health emergency [Mabhaudhi]

Data: 20 agosto 2026 | *Tipo: opinione* | *Località: Regno Unito* | *Lingua: EN* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: cambiamento climatico, salute planetaria, disuguaglianze, siccità, sicurezza alimentare, Regno Unito, obesità, adattamento climatico

https://doi.org/10.1136/bmj-2026-100609

- Il 14 agosto 2026 il 71,3% dell'Inghilterra è stato dichiarato in siccità dopo il luglio più secco mai registrato: i serbatoi sono al 69% della capacità, l'11,6% sotto la norma stagionale, il 78% dei fiumi è sotto i livelli normali e oltre 27 milioni di persone subiscono restrizioni idriche.
- L'autore descrive quattro stadi della siccità (meteorologica, agricola, idrologica, socioeconomica) e ritiene che l'Inghilterra, dopo le crisi del 2018-19, 2022 e 2025, sia ora in siccità idrologica con segni di passaggio a quella socioeconomica.
- Le rese di grano sono inferiori di circa il 14% alle attese, la produzione di avena è calata di almeno il 9%, le perdite di cereali e semi oleosi potrebbero raggiungere 2,5 milioni di tonnellate e alcuni produttori segnalano raccolti di broccoli dimezzati.
- I prezzi all'ingrosso dei pomodori sono saliti di oltre il 60%, la lattuga iceberg del 90% e le patate di oltre il 40%, in un Paese in cui il 66% degli adulti è in sovrappeso o obeso e le diete sane pesano di più sulle famiglie a basso reddito.
- La produzione interna copre solo il 62% del fabbisogno per una dieta equilibrata, l'84% della frutta e il 47% delle verdure sono importati e il 64% delle importazioni proviene da 10 Paesi, il 72% dei quali potrebbe subire stress idrico estremo entro il 2050.
- L'autore propone investimenti integrati in agricoltura, gestione dei bacini idrici, soluzioni basate sulla natura e sanità pubblica, sostegno mirato alle famiglie a basso reddito e lezioni dall'Africa subsahariana su raccolta dell'acqua e colture resistenti alla siccità.

Sezione PAN — Pandemie in essere e in arrivo

Ebola, long COVID e sorveglianza sono i tre assi. L'inchiesta di Kupferschmidt su Science (PAN01, bollino rosso) documenta che l'epidemia congolese è iniziata a Mongbwalu almeno quattro mesi prima della dichiarazione del 15 maggio, con oltre 500 casi sospetti ricostruiti da 97 interviste e 13 morti tra il personale di prima linea. Sul long COVID lo studio della coorte olandese Lifelines di Brunet e colleghi (PAN06, bollino rosso) segue 809 casi e stima un recupero del 92% a 24 mesi, con un tempo mediano di 226 giorni; il commento di Lemogne (PAN09) invita a rassicurare senza minimizzare, ricordando che con criteri più rigorosi il 34,5% non aveva raggiunto l'esito. Offord (PAN05) riferisce lo studio su Nature sulla riattivazione di virus latenti in quasi metà di 1.154 ricoverati. Il commento di Branda e colleghi (PAN08, bollino rosso) denuncia il blackout informativo italiano sul West Nile nel 2026, con i dati ricostruibili solo dai rapporti ECDC ed EFSA, e chiede che la sorveglianza torni a essere un bene pubblico. Il ritorno della difterite (PAN11), con il primo decesso italiano dal 1991 e 234 casi europei tra 2023 e inizio 2025, e la recensione di Burki del libro di Levenson contro la disinformazione vaccinale (PAN07) si affiancano alla checklist GHEMMS sui co-benefici della mitigazione climatica (PAN02), ai virus del permafrost (PAN03) e al Digest di salute planetaria (PAN10). Il commento di Gostin sul disinvestimento nella sanità pubblica (PAN04) è da recuperare.

PAN01 — Science — EXCLUSIVE: Congo's Ebola epidemic started at least 4 months before it was detected [Kupferschmidt]

Data: 30 luglio 2026 (aggiornato il 1° agosto 2026) | *Tipo: inchiesta giornalistica (ScienceInsider)* | *Località: Repubblica Democratica del Congo (provincia dell'Ituri); salute globale* | *Lingua: EN* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: Ebola, sorveglianza, early warning, pandemic preparedness, emerging infectious diseases, OMS, salute globale, fiducia della comunità, Repubblica Democratica del Congo

https://www.science.org/content/article/exclusive-congo-s-ebola-epidemic-started-least-4-months-it-was-detected

- L'inchiesta di Science del 30 luglio 2026 riporta un'analisi non pubblicata secondo cui l'epidemia di Ebola in Congo è iniziata a gennaio 2026, o anche prima, a Mongbwalu, città mineraria dell'Ituri, mentre la dichiarazione ufficiale è arrivata solo il 15 maggio.
- Il gruppo, formato dall'antropologo Jules Villa per conto dell'OMS, dal ricercatore Roger Buju dell'Università di Bunia e dal sociologo Alain Alithum Bero, ha intervistato 97 persone e ha lavorato oltre un mese sul posto con fondi dell'OMS.
- I ricercatori hanno individuato i casi sospetti cercando famiglie con almeno due decessi in 21 giorni e sintomi compatibili, esaminando foto, messaggi WhatsApp, appunti medici e biografie lette ai funerali; ne hanno contati oltre 500 tra metà gennaio e il 15 maggio.
- Tra il personale di prima linea di Mongbwalu (infermieri, ostetriche e soccorritori della Croce Rossa) si contano 13 morti e 42 ammalati poi guariti; alcune strutture private hanno chiuso e il cimitero ha registrato fino a 20 sepolture in un solo giorno.
- Con 3.360 casi registrati da metà maggio e 1.487 decessi, l'epidemia sta per diventare la seconda più grande mai documentata, e l'epidemiologo Manuel Albela di Medici Senza Frontiere osserva che un contenimento a Mongbwalu sarebbe stato molto più semplice.
- Le stime precedenti sull'origine si basavano sulle sequenze genetiche, che collocavano i primi casi a metà marzo, ma la maggior parte dei genomi proviene da Bunia; per Andrew Rambaut dell'Università di Edimburgo la data di gennaio è plausibile.
- Secondo il rapporto, i residenti attribuivano i sintomi ad AIDS, tubercolosi o alle condizioni di lavoro dei minatori d'oro artigianali, e le cliniche private, preferite agli ospedali pubblici, temevano di segnalare i casi per paura di multe o chiusure.
- Ancora l'8 maggio il responsabile medico della zona sanitaria di Mongbwalu, Ruben Dedja Denyo, negava l'esistenza di un'epidemia; una settimana dopo la RD Congo ha dichiarato la sua diciassettesima epidemia di Ebola, mentre MSF era stata allertata da medici anonimi a inizio maggio.

PAN02 — The Lancet Planetary Health — The GHEMMS checklist: design, conduct, and reporting guidance for studies modelling climate mitigation actions and their health cobenefits [Reynolds e altri]

Data: 30 luglio 2026 (online first) | Tipo: analisi metodologica (Personal View) con checklist | Località: Regno Unito (London School of Hygiene & Tropical Medicine); salute globale | Lingua: EN | Accesso: Open access

Parole chiave: salute planetaria, cambiamento climatico, decarbonizzazione, qualità aria, ecosistemi, co-benefici per la salute

https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(26)00047-1/fulltext

- La Personal View pubblicata online il 30 luglio 2026 su The Lancet Planetary Health, in open access, presenta la checklist GHEMMS (guidance for health effects of mitigation modelling studies) per gli studi che modellano le azioni di mitigazione climatica e i loro co-benefici per la salute.
- Gli autori partono dalle stime IPCC secondo cui 3,6 miliardi di persone vivono in aree molto vulnerabili al cambiamento climatico e dalla definizione dell'OMS del clima come la più grande minaccia per l'umanità, ricordando l'obiettivo di emissioni nette zero entro il 2050.
- La revisione ombrello condotta per la Lancet Pathfinder Commission ha mostrato un'eterogeneità nelle misure dei gas serra, nelle scale temporali e spaziali e negli esiti di salute; per esempio molti studi sull'elettricità misuravano solo la CO2, trascurando il metano.
- La checklist è stata sviluppata in cinque fasi: definizione dell'ambito, revisione degli strumenti esistenti, analisi della letteratura, coinvolgimento dei portatori di interesse e sperimentazione pilota sulla letteratura di modellizzazione già pubblicata.
- GHEMMS contiene 30 voci in sette categorie: pianificazione e protocollo, contesto, definizione degli scenari, modellizzazione dei gas serra, modellizzazione degli effetti sulla salute, validità e rendicontazione; una guida con esempi d'uso è nell'appendice (pagine 3-15).
- Tra le carenze rilevate negli studi esistenti vi sono la mancata indicazione delle unità (tonnellate metriche o imperiali), dei fattori di conversione GWP e delle funzioni esposizione-risposta, e la scarsa attenzione a equità, salute mentale e barriere all'adozione.

PAN03 — La Repubblica — I virus "zombie" intrappolati nei ghiacciai con il caldo potrebbero tornare: che cosa rischiamo? [Zorzetto]

Data: 7 agosto 2026 | Tipo: articolo divulgativo con interviste | Località: Italia (esperti intervistati); Siberia e Artico (casi citati) | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: cambiamento climatico, riscaldamento globale, emerging infectious diseases, One Health, ecosistemi, ISS

https://www.repubblica.it/salute/2026/08/07/news/virus_zombie_intrappolati_ghiacciai_rischi-425515706/

- L'articolo di Repubblica del 7 agosto 2026 descrive il rischio che il caldo estremo, accelerando lo scioglimento del permafrost, liberi microrganismi intrappolati da millenni nei ghiacciai, i cosiddetti virus zombie, finora risultati non pericolosi per l'uomo.
- Fabrizio Pregliasco, direttore sanitario dell'Ospedale Galeazzi Sant'Ambrogio di Milano, ricorda i megavirus siberiani isolati da ricercatori di Marsiglia, capaci di infettare solo amebe, e il caso del 2016 in Siberia, dove le spore di antrace di una renna scongelata causarono la morte di un bambino.
- Gianni Rezza, docente all'Università Vita-Salute San Raffaele, spiega che la ricerca nel permafrost nacque dagli studi sull'influenza Spagnola, dai cui corpi congelati furono recuperate sequenze di DNA e RNA, senza poter escludere del tutto che un virus ibernato torni vitale.
- Per Pregliasco la conseguenza principale riguarderebbe l'ecosistema microbico, con 10 mila popolazioni virali segnalate da studi su Nature, mentre Massimo Ciccozzi del Campus Bio-Medico giudica remota un'epidemia e teme di più morbillo e virus respiratori, di cui l'ISS non fornisce più i dati.

PAN04 — JAMA — Ebola e il costo catastrofico del disinvestimento nelle infrastrutture sanitarie pubbliche [Gostin]

Data: agosto 2026 (data non indicata nella pagina) | Tipo: commento (JAMA Health Forum) | Località: USA; salute globale | Lingua: EN | Accesso: non verificabile (pagina bloccata dal controllo anti-bot)

Parole chiave: Ebola, sanità pubblica, definanziamento, pandemic preparedness, USA, CdC, salute globale

https://jamanetwork.com/journals/jama-health-forum/fullarticle/2852668

ARTICOLO NON ACCESSIBILE: jamanetwork.com ha mostrato solo la pagina di verifica anti-bot ("Ci siamo quasi… Esecuzione della verifica di sicurezza") sia al primo tentativo sia al secondo, dopo attesa e ricaricamento; il titolo è riportato nella traduzione italiana della lista del curatore perché il titolo originale non è stato verificabile nella pagina.

PAN05 — Science — COVID-19 can wake up dormant viruses in the body, large study confirms [Offord]

Data: 5 agosto 2026 | Tipo: notizia scientifica (News) | Località: USA | Lingua: EN | Accesso: Open access

Parole chiave: COVID-19, long COVID, SARS-CoV-2, pandemia, varianti, costi long COVID

https://www.science.org/content/article/covid-19-can-wake-dormant-viruses-body-large-study-confirms

- L'articolo di Science del 5 agosto 2026 riferisce di uno studio pubblicato lo stesso giorno su Nature che documenta la riattivazione di virus latenti in una coorte di oltre 1.000 pazienti ricoverati per COVID-19 prima della metà del 2021.
- Il gruppo di Esther Melamed, neuroimmunologa dell'Università del Texas ad Austin, ha analizzato i trascritti genici di sangue e tamponi nasali di 1.154 persone con COVID-19 grave nei 12 mesi successivi al ricovero, trovando riattivazioni in quasi la metà dei pazienti.
- Il virus di Epstein-Barr è stato rilevato spesso al momento del ricovero, il citomegalovirus alcune settimane dopo e gli anellovirus in entrambe le fasi; la riattivazione di ciascuno era associata a una malattia più grave nelle prime settimane.
- A differenza di studi precedenti, non è emerso un legame tra EBV e sintomi di long COVID come affaticamento e nebbia cognitiva, mentre la riattivazione degli anellovirus era associata ad affaticamento e a una maggiore attività di alcuni globuli bianchi.
- Timothy Henrich dell'Università della California di San Francisco avverte che i partecipanti erano pazienti non vaccinati, infettati dai primi ceppi di SARS-CoV-2 e in condizioni critiche, per cui la rilevanza per la popolazione generale resta incerta.
- Al Mount Sinai di New York è in corso una piccola sperimentazione con Truvada, antivirale usato contro l'HIV che potrebbe inibire la replicazione di EBV, seguita da Akiko Iwasaki di Yale, con conclusione prevista entro la fine del 2026.

PAN06 — The Lancet Regional Health – Europe — Recovery trajectories and predictors of symptom resolution in post-COVID-19 condition: a population-based cohort study [Brunet e altri]

Data: ottobre 2026 (volume 69, articolo 101802) | Tipo: studio di coorte di popolazione (Articles) | Località: Paesi Bassi (regione settentrionale) | Lingua: EN | Accesso: Open access

Parole chiave: long COVID, COVID-19, SARS-CoV-2, pandemia, stratificazione del rischio, presa in carico

https://www.thelancet.com/journals/lanepe/article/PIIS2666-7762(26)00214-0/fulltext

- Lo studio, pubblicato in open access su The Lancet Regional Health – Europe (volume 69, ottobre 2026), analizza i percorsi di recupero della condizione post-COVID-19 nella coorte di popolazione olandese Lifelines, che conta 167.729 persone nel nord dei Paesi Bassi.
- I partecipanti adulti hanno compilato 31 questionari sul COVID-19 tra marzo 2020 e ottobre 2022; la condizione post-COVID è stata definita come almeno un sintomo moderatamente grave, tra 12 sintomi specifici, peggiorato 90-150 giorni dopo l'infezione rispetto al livello pre-infezione.
- Sono state analizzate le serie temporali di 809 casi, con età media di 55 anni, 73 per cento di donne e un follow-up medio di 368 giorni; il recupero è stato definito come ritorno dei sintomi al livello di base individuale precedente l'infezione.
- Il declino dei sintomi al livello pre-infezione o inferiore è stato osservato in 558 partecipanti, e la stima di Kaplan-Meier a 24 mesi è del 92 per cento; il tempo mediano al recupero è di 226 giorni, con un intervallo interquartile di 182-372 giorni.
- Ogni sintomo aggiuntivo all'esordio riduce la probabilità di recupero (hazard ratio 0,69, intervallo di confidenza 0,63-0,76), mentre la giovane età adulta la aumenta rispetto alla mezza età (hazard ratio 1,52, intervallo 1,06-2,18).
- La maggior parte del miglioramento avviene nei primi 235 giorni, dopo i quali la curva rallenta e raggiunge un plateau; gli autori identificano così un periodo critico utile per il follow-up clinico, il counselling e la tempistica degli interventi.
- Il lavoro si distingue dagli studi precedenti, spesso condotti su pazienti ospedalizzati o reclutati tramite social media, perché usa una coorte non nata per lo studio del long COVID e tiene conto del livello dei sintomi prima dell'infezione, riducendo i bias di selezione.
- Il progetto è finanziato dal programma COVID-19 di ZonMw, l'organizzazione olandese per la ricerca sanitaria, e cofinanziato dal programma Horizon Europe dell'UE; gli autori sottolineano che dati prospettici così dettagliati non potranno più essere ricreati.

PAN07 — The Lancet Respiratory Medicine — A Pox on Fools: The Grifters and Cynics Who Want Us To Reject Vaccines [Burki]

Data: 13 agosto 2026 (online first) | Tipo: recensione di libro (Spotlight) | Località: USA; Regno Unito | Lingua: EN | Accesso: Open access

Parole chiave: vaccinazioni, sanità pubblica, USA, CdC, Trump, disinformazione, esitazione vaccinale, morbillo

https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(26)00260-2/fulltext

- La recensione di Talha Burki, pubblicata online il 13 agosto 2026 su The Lancet Respiratory Medicine, presenta il libro A Pox on Fools di Thomas Levenson, professore di scrittura scientifica al MIT, edito da Head of Zeus nel maggio 2026 con 204 pagine.
- Levenson prende di mira soprattutto Robert F. Kennedy Jr, segretario alla Salute degli Stati Uniti dal 2025, che in un'intervista alla CNN dell'agosto 2026 ha ripetutamente ipotizzato un legame tra vaccini e autismo e ha negato che i vaccini anti COVID-19 proteggano i bambini.
- Tra le azioni elencate figurano la nomina di critici dei vaccini nel comitato che consiglia i CDC, il ritiro di quasi 500 milioni di dollari per progetti su vaccini a mRNA, compresa l'influenza aviaria, e la proposta di riorganizzare il programma di indennizzo dei danni da vaccino.
- Il libro, in parte polemica e in parte storia, ricostruisce gli episodi che hanno scosso la fiducia: i vaccini antipolio contaminati in California a metà anni Cinquanta, con 10 morti e 164 paralisi, e il crollo delle coperture antipertosse nel Regno Unito seguito da 36 decessi.
- Gli Stati Uniti attraversano la più grande epidemia di morbillo dal 1991 e Levenson, distinguendo chi pone domande legittime da chi lucra sulla sfiducia, propone atti espliciti di memoria per ricordare quando le malattie prevenibili con i vaccini erano comuni.

PAN08 — The Lancet Regional Health – Europe — The Cripticism of data: West Nile in Italy and the 2026 information blackout [Branda e altri]

Data: settembre 2026 (volume 68, articolo 101827) | Tipo: commento (Comment) | Località: Italia; Unione europea | Lingua: EN | Accesso: Open access

Parole chiave: sorveglianza, ECDC, ISS, pandemic preparedness, sanità pubblica, cambiamento climatico, West Nile, arbovirosi, governance dei dati

https://www.thelancet.com/journals/lanepe/article/PIIS2666-7762(26)00239-5/fulltext

- Il commento, pubblicato in open access su The Lancet Regional Health – Europe (volume 68, settembre 2026), denuncia il blackout informativo italiano sul virus West Nile nella stagione 2026, mentre l'Italia registra da quasi tre decenni il maggior numero di casi neuroinvasivi in Europa.
- Secondo gli autori, cittadini e professionisti devono ricostruire i dati su infezioni umane, distribuzione geografica e tendenze dai rapporti aggregati di ECDC ed EFSA, perché le autorità italiane non pubblicano alcun bollettino epidemiologico nazionale né aggiornano le dashboard.
- Il blackout viene attribuito a una paralisi burocratica che ha bloccato i sistemi di sorveglianza nazionali per questioni di privacy e per la mancata adozione dei decreti attuativi necessari alle nuove piattaforme digitali di sorveglianza sanitaria.
- Senza dati in tempo reale i programmi di controllo dei vettori e le campagne di educazione non possono essere mirati; a fine luglio numerose province di più regioni hanno attivato misure straordinarie di screening del sangue e l'ECDC aggiunge di continuo nuove località alla mappa delle aree endemiche.
- Gli autori ricordano che gli strumenti esistono, con il Piano nazionale di sorveglianza delle arbovirosi e le dashboard dell'Istituto Superiore di Sanità, ma restano inaccessibili, non aggiornati o scollegati dalle esigenze della stagione di trasmissione 2026.
- Il rapporto mensile ECDC-EFSA avverte che, per ritardi di diagnosi e notifica e perché la maggior parte delle infezioni è asintomatica, i casi riportati sottostimano il numero reale; l'Italia conosce il virus dal focolaio del 1998 e i fattori di espansione (clima, urbanizzazione, uso del suolo) sono documentati.
- Il testo, firmato tra gli altri da Massimo Ciccozzi del Campus Bio-Medico di Roma, definisce la situazione una violazione del patto di sanità pubblica e chiede che la sorveglianza nazionale torni a funzionare come bene pubblico e non come scatola nera burocratica.

PAN09 — The Lancet Regional Health – Europe — Long COVID in the general population: reassurance without dismissal [Lemogne]

Data: ottobre 2026 (volume 69, articolo 101829) | Tipo: commento (Comment) | Località: Francia; Paesi Bassi (studio commentato) | Lingua: EN | Accesso: Open access

Parole chiave: long COVID, COVID-19, OMS, cure primarie, stratificazione del rischio, presa in carico, sorveglianza

https://www.thelancet.com/journals/lanepe/article/PIIS2666-7762(26)00241-3/fulltext

- Il commento di Cédric Lemogne, pubblicato in open access su The Lancet Regional Health – Europe (volume 69, ottobre 2026), accompagna lo studio di Brunet e colleghi sulla coorte Lifelines e propone come messaggio di sanità pubblica una rassicurazione senza minimizzazione.
- L'autore ricorda che le stime di prevalenza dipendono dalla definizione: in un'indagine nazionale francese variavano dall'1,2 al 13,4 per cento degli adulti, con il 4,0 per cento secondo la definizione dell'OMS e il 2,4 e l'1,2 per cento richiedendo effetti moderati o gravi sulle attività quotidiane.
- Il punto di forza dello studio olandese è l'ancoraggio al livello di sintomi pre-infezione di ciascun partecipante, grazie a 31 valutazioni ripetute, perché affaticamento, dolore, dispnea e disturbi cognitivi sono comuni nella popolazione generale anche senza infezione.
- Tra gli 809 partecipanti il tempo mediano al ritorno dei sintomi al livello di base è stato di 226 giorni, circa tre quarti avevano raggiunto l'esito a 12 mesi e la stima a 24 mesi è del 92 per cento, con rallentamento dopo circa 235 giorni.
- La rassicurazione richiede precisione: con il criterio più rigoroso di un declino documentato in due valutazioni, il 34,5 per cento non aveva raggiunto l'esito a 24 mesi contro l'8,0 per cento dell'analisi principale, e il malessere post-sforzo non è stato valutato.
- Lemogne suggerisce un modello di cura stratificato, con le forme meno gravi seguite nelle cure primarie e le presentazioni polisintomatiche affidate a un supporto multidisciplinare prolungato, e indica come priorità la ricerca su chi resta disabile dopo la fase di miglioramento più rapido.

PAN10 — The Lancet Planetary Health — Planetary Health Research Digest [McQuillan]

*Data: 20 agosto 2026 (online first) | Tipo: rassegna di ricerche (Newsdesk) | Località: globale | Lingua: EN | Accesso: Open access*https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(26)00101-4/fulltext

Parole chiave: salute planetaria, cambiamento climatico, mortalità da calore, salute urbana, inquinamento, ecosistemi

- La rassegna Newsdesk di The Lancet Planetary Health, pubblicata online il 20 agosto 2026, riassume quattro ricerche recenti su foreste urbane, raffrescamento passivo degli edifici, divario nell'accesso al raffrescamento e inquinamento da plastica sulle coste.
- Nel 2007 la popolazione urbana mondiale ha superato quella rurale e nel 2050 circa il 70 per cento delle persone vivrà in città; Manuel Esperon-Rodriguez della Bangor University indica quattro priorità per trattare le foreste urbane come infrastruttura vivente essenziale.
- Secondo Constance Crassier dell'Agenzia olandese di valutazione ambientale, la domanda di energia per il raffrescamento è triplicata tra il 1990 e il 2016 e almeno 3,4 miliardi di persone resteranno senza raffrescamento accessibile nel 2100, contro i 3,6 miliardi attuali.
- Un'analisi di 5.300 rilevazioni su coste di 112 nazioni, guidata da Max Richard Kelly dell'Università di Plymouth, mostra che le plastiche per alimenti e bevande sono tra i tre rifiuti più abbondanti nel 93 per cento dei Paesi, con 460 milioni di tonnellate di plastica prodotte ogni anno.

PAN11 — Il Sole 24 Ore — È tornata la difterite? Ecco gli ultimi numeri e cosa si può fare [Redazione Il Sole 24 Ore]

Data: 28 agosto 2026 | Tipo: articolo divulgativo (rubrica "Dottore, ma è vero che", da scheda Fnomceo) | Località: Italia; Unione europea; Australia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: vaccinazioni, ECDC, OMS, sorveglianza, scorte strategiche, disuguaglianze, difterite, disinformazione

https://www.ilsole24ore.com/art/e-tornata-difterite-ecco-ultimi-numeri-e-cosa-si-puo-fare-AJQ3iFx

- L'articolo della rubrica "Dottore, ma è vero che" del Sole 24 Ore, pubblicato il 28 agosto 2026 e tratto dalla scheda Fnomceo dottoremaeveroche, parte dal primo decesso per difterite in Italia dal 1991, una bambina palermitana di 4 anni, registrato nell'agosto 2026.
- La malattia è causata dal batterio Corynebacterium diphtheriae, innocuo finché non è infettato da un virus che gli fornisce le istruzioni per produrre la tossina; i sintomi compaiono dopo due o tre giorni e le pseudomembrane in gola possono causare soffocamento.
- Il siero antidifterico e gli antibiotici hanno ridotto la mortalità già prima dei vaccini, ma il siero va somministrato precocemente e può causare reazioni gravi, mentre il vaccino induce anticorpi che neutralizzano la tossina fin dalla sua comparsa.
- Nel 2025 solo l'85 per cento dei bambini del mondo aveva completato la serie primaria di tre dosi, e nessuna delle sei macroregioni dell'OMS è libera da casi; in Europa tra gennaio 2023 e inizio 2025 si sono registrati 234 casi, contro una ventina l'anno tra 2009 e 2020.
- La Germania ha avuto il maggior numero di casi nel 2024, 55, con la morte di un bambino non vaccinato nel gennaio 2025, mentre in Australia dal 1° gennaio al 10 agosto 2026 sono stati diagnosticati 513 casi con un decesso, soprattutto tra giovani adulti aborigeni e melanesiani.
- L'ECDC, già nel luglio 2025, raccomandava di concentrare gli sforzi su senza fissa dimora, migranti e persone che usano sostanze, di sensibilizzare i medici a riconoscere la malattia, di rafforzare la sorveglianza e di garantire scorte di emergenza di antitossina.

Sezione TER — Medicina territoriale

Le schede si dividono tra il bilancio del PNRR e le trasformazioni della medicina di prossimità. Il comunicato del Ministero della Salute (TER02, bollino rosso) certifica i target della IX rata della Missione 6 e la rendicontazione di 7 obiettivi su 10 per la X e ultima: il 95,2% di medici di famiglia e pediatri alimenta il FSE, la telemedicina ha raggiunto 566.321 assistiti contro i 300.000 richiesti, e restano in corso i target su 1.038 Case della Comunità, 307 Ospedali di Comunità e 5.922 posti letto di terapia intensiva. Polillo e Tognetti (TER01) leggono l'obbligo delle 6 ore settimanali nelle Case come la molla del rinnovato interesse dei giovani medici per una medicina generale intesa come specialità in rapporto di dipendenza, mentre gli atti del convegno fiorentino (TER05) raccolgono le proposte per un territorio orientato alla presa in carico anziché alla prestazione.

L'analisi di Pesaresi (TER03, bollino rosso) sintetizza il rapporto dell'European Observatory sull'ingresso del private equity nelle residenze per anziani: nel 2024 l'Europa ha rappresentato il 22%

dei 115 miliardi di dollari di operazioni sanitarie mondiali, in Irlanda dieci società controllano un terzo dei posti letto, e i casi Southern Cross e Four Seasons mostrano che canoni e debito sottraggono risorse a personale e manutenzione; gli studi europei non includono l'Italia, dove l'interesse dei capitali per le RSA sta crescendo. La research letter JAMA di Ankuda e colleghi sulle disparità rurali-urbane nell'hospice Medicare (TER04) è da recuperare.

TER01 — Quotidiano sanità — Il nuovo interesse dei giovani medici alla Medicina Generale [Polillo, Tognetti]

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

Parole chiave: medicina generale, MMG, cure primarie, case della comunità, AFT, attrattività professione, dipendenza selettiva

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/il-nuovo-interesse-dei-giovani-medici-alla-medicina-generale/

- Nella lettera pubblicata il 6 agosto 2026 gli autori leggono come segnali di interesse dei giovani per la medicina generale il numero rilevante di iscritti ai corsi universitari e la lettera a QS del Movimento MMG per la dirigenza.
- Secondo gli autori i giovani medici vorrebbero che la medicina generale diventasse una specialità tra le altre, con un rapporto di lavoro uguale a quello degli oltre 100.000 colleghi che operano come dipendenti nelle strutture pubbliche.
- Il mantenimento dello studio privato confligge con l'obbligo di costituire ovunque le AFT, la cui sede richiede diverse sale per visite e tre bagni differenziati: requisiti reperibili nei poliambulatori delle ASL o nelle case della comunità.
- Per gli autori il rinato interesse deriva soprattutto dalla decisione del governo di obbligare i MMG a svolgere almeno 6 ore settimanali nelle case della comunità, misura da cui i massimalisti saranno esentati ma letta come fine dello studio solitario.

TER02 — Quotidiano sanità — PNRR Salute. Missione 6 verso il traguardo, in chiusura la rendicontazione degli obiettivi per la X e ultima rata [Redazione Quotidiano sanità]

Data: 7 agosto 2026 | *Tipo: comunicato istituzionale (Ministero della Salute)* | *Località: Italia* | *Lingua: IT* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: PNRR, Missione 6 Salute, milestone, target PNRR, monitoraggio attuazione, FSE, telemedicina, case della comunità PNRR, ospedali di comunità, DM 77, Ministero della Salute

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/pnrr-salute-missione-6-verso-il-traguardo-in-chiusura-la-rendicontazione-degli-obiettivi-per-la-x-e-ultima-rata/

- Il Ministero della Salute comunica il 7 agosto 2026 di aver raggiunto i due target della IX rata del PNRR Missione 6, che si aggiungono alle 10 milestone e agli 8 target già assicurati; per la X e ultima rata risultano rendicontati 7 obiettivi su 10.
- Il target M6C2-8 chiedeva l'innalzamento di almeno un livello di digitalizzazione per 280 DEA di I e II livello e il II livello di maturità digitale per 50 DEA; sono stati raggiunti rispettivamente 281 e 264 DEA.
- Il target M6C2-11 prevedeva l'utilizzo e l'alimentazione del FSE da parte di almeno l'85% di MMG e PLS: a dicembre 2025 il cruscotto di monitoraggio, consultato con la Commissione europea, indica il 95,2%.
- Per la X rata il target M6C1-9 sulla telemedicina, fissato ad almeno 300.000 assistiti, è stato rendicontato con 566.321 assistiti rilevati dalla Piattaforma nazionale di telemedicina nel periodo fino a dicembre 2025.
- La milestone M6C2-12 attesta i collaudi dell'Ecosistema Dati Sanitari, del sistema Tessera Sanitaria e dell'Infrastruttura Nazionale di Interoperabilità, mentre il target M6C2-13 raggiunge il 98,9% di documenti nativi FSE contro il 90% richiesto.
- Sono stati rendicontati anche oltre 3.170 grandi apparecchiature collaudate rispetto alle 3.100 previste, la formazione digitale e manageriale di 4.500 dipendenti e manager, 84 interventi antisismici e almeno 225 milioni di pagamenti per interventi ex articolo 20 della legge 67/1988.
- Restano in corso di rendicontazione i tre target su almeno 5.922 posti letto di terapia intensiva e subintensiva ex articolo 2 del DL 34/2020, 1.038 Case della Comunità e 307 Ospedali di Comunità operativi secondo gli standard minimi del DM 77/2022.

- Il Ministero ricorda che il percorso si è svolto in sinergia con Regioni, AGENAS e Dipartimento della Trasformazione Digitale e, per la governance, con MEF e Struttura di missione della Presidenza del Consiglio, nel rispetto delle tempistiche concordate con la Commissione europea.

TER03 — Blog di Franco Pesaresi — L'azione degli investitori finanziari nelle strutture residenziali per anziani europee [Pesaresi]

Data: 19 agosto 2026 | Tipo: analisi | Località: Europa / Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: RSA, LTC, non autosufficienza, anziani, privatizzazione, sanità privata, European Observatory, OMS, qualità, private equity

https://francopesaresi.blogspot.com/2026/08/lazione-degli-investitori-finanziari.html

- Pesaresi sintetizza un rapporto 2026 dell'European Observatory on Health Systems and Policies (Cooney, Cylus, Rechel, Greer), realizzato per l'Ufficio regionale europeo dell'OMS, sull'ingresso crescente del private equity nelle residenze per anziani non autosufficienti.
- Il modello PropCo/OpCo separa la società proprietaria dell'immobile da quella che gestisce l'assistenza, che diventa affittuaria; nelle operazioni di sale-leaseback e di leveraged buyout il canone e il debito sottraggono risorse a personale e manutenzione.
- Secondo i dati Bain & Co. citati nel rapporto, nel 2024 l'Europa ha rappresentato il 22% del valore mondiale delle operazioni di private equity in sanità, stimato in 115 miliardi di dollari a livello globale.
- In Irlanda un terzo dei posti letto in RSA è controllato da dieci società, mentre in Inghilterra, Francia, Germania e Spagna i cinque maggiori operatori detengono tra l'11% e il 13% del mercato.
- Il caso britannico Southern Cross, acquisita da Blackstone nel 2004 e cresciuta fino a oltre 750 strutture e 37.000 residenti, collassò nel 2011 per i canoni insostenibili; Four Seasons Healthcare, che ne rilevò molte strutture, fallì nel 2019.
- Gli studi europei disponibili (Paesi Bassi, Regno Unito, Svezia, Germania) mostrano effetti da misti a negativi, con minore densità e qualificazione del personale nelle strutture a controllo di private equity, pur con alcuni indicatori di processo clinico migliori.
- Il rapporto propone misure lungo il ciclo di vita dell'operazione: limiti alla quota di mercato, autorizzazione delle acquisizioni sopra soglia, tetto al debito nei leveraged buyout, standard minimi di personale, trasparenza sulla proprietà effettiva e, come in Norvegia, proprietà pubblica degli immobili.
- Nelle valutazioni personali l'autore osserva che gli otto-nove studi europei non includono l'Italia, dove il fenomeno è meno maturo che in Irlanda, Regno Unito o Francia ma cresce l'interesse dei capitali verso le RSA, con assetti proprietari ibridi (fondi immobiliari, SGR, cooperative trasformate).

TER04 — JAMA — Rural-Urban Disparities in the Delivery and Intensity of the Medicare Hospice Benefit [Ankuda e altri]

Data: 24 agosto 2026 | Tipo: research letter (studio trasversale) | Località: USA | Lingua: EN | Accesso: Abbonamento

Parole chiave: Medicare, USA, divario territoriale, anziani, cure palliative, hospice, fine vita

https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2853256

ARTICOLO NON ACCESSIBILE: la pagina di jamanetwork.com è bloccata da un controllo anti-bot (verifica di sicurezza) anche in una scheda nuova, e la scheda PubMed (PMID 42635982, DOI 10.1001/jama.2026.16190) non riporta l'abstract; l'unica indicazione disponibile è che si tratta di uno studio trasversale su come varia l'assistenza hospice del programma Medicare lungo il continuum rurale-urbano (durata della presa in carico, setting di cura, visite del personale hospice e ricorso a livelli di cura più intensivi).

TER05 — Toscana Medica — Medicina territoriale, work in progress: idee e proposte emerse dal confronto del 19 dicembre [Redazione Toscana Medica]

Data: 16 febbraio 2026 | Tipo: presentazione di atti di convegno | Località: Italia / Toscana | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: case della comunità, medicina generale, presa in carico, cronicità, fragilità, integrazione sociosanitaria, équipe multiprofessionale, formazione, digitalizzazione

https://www.toscanamedica.org/medicina-territoriale-work-in-progress-idee-e-proposte-emerse-dal-confronto-del-19-dicembre/

- L'articolo del 16 febbraio 2026 annuncia la pubblicazione digitale degli atti del convegno "Medicina territoriale: work in progress", promosso dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Firenze il 19 dicembre 2025 nella sede di via Vanini.
- Il volumetto riorganizza i contributi della giornata sul ruolo delle Case della Comunità e sul passaggio da un sistema fondato sulla prestazione a uno orientato alla presa in carico di bisogni legati a cronicità, fragilità e invecchiamento.
- Dagli interventi emergono la necessità di un'integrazione reale tra sanitario e sociale, di un lavoro in équipe che valorizzi la medicina generale e di una governance condivisa, con innovazione tecnologica, sanità digitale e formazione come strumenti essenziali.
- Gli atti, scaricabili in PDF dalla pagina che al momento della lettura contava 625 visualizzazioni, non propongono soluzioni precostituite ma uno strumento di lavoro per proseguire il confronto, in una fase in cui il territorio è chiamato a diventare l'asse portante del sistema.

Sezione LTC — Sanità, sociale e Long Term Care

L'unica scheda della sezione, segnalata con il bollino rosso, è lo studio di Urso e colleghi sul Global Burden of Disease 2023 (LTC01), che stima in 7,76 milioni le persone con demenza nell'UE-27 nel 2023, in aumento di circa il 90% dal 1990, e colloca la demenza al terzo posto tra le cause di morte. Il 41% dei DALY è attribuibile a sei fattori di rischio modificabili, a partire dal particolato atmosferico, e l'arrivo degli anticorpi anti-amiloide rende urgenti stime per Paese su eleggibilità e costi.

LTC01 — The Lancet — Burden of Dementia in Europe, 1990–2023: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2023 [Urso e altri]

Data: settembre 2026 (volume 68, The Lancet Regional Health – Europe) | Tipo: studio epidemiologico | Località: Unione europea / Regione europea OMS | Lingua: EN | Accesso: Open access

Parole chiave: anziani, invecchiamento, non autosufficienza, prevenzione, inquinamento, PM2.5, caregiver, demenza, Global Burden of Disease, Alzheimer

https://www.thelancet.com/journals/lanepe/article/PIIS2666-7762(26)00208-5/fulltext

- Lo studio usa il Global Burden of Disease 2023 per stimare prevalenza, mortalità e DALY della demenza dal 1990 al 2023 nell'UE-27 e nella Regione europea dell'OMS, con il modello DisMod-MR 2.1 per gli esiti non fatali e un quadro di mortalità in eccesso per i decessi.
- Nel 2023 vivevano con demenza 7,76 milioni di persone nell'UE-27 (intervallo di incertezza 6,69-8,72) e 12,28 milioni nella Regione europea OMS, con aumenti di circa il 90% dal 1990 nonostante cali modesti della prevalenza standardizzata per età.
- La prevalenza è quasi doppia nelle donne rispetto agli uomini e la demenza è passata dall'ottava alla terza causa di morte nell'UE-27, dove nel 2023 ha prodotto 5,49 milioni di DALY (2,44-11,41).
- Il 41% dei DALY da demenza nell'UE-27 (24,4-57,4) è attribuibile a sei fattori di rischio modificabili, soprattutto particolato atmosferico, glicemia a digiuno elevata e indice di massa corporea elevato, concentrati nelle popolazioni svantaggiate sul piano socioeconomico.
- Gli autori ricordano che nel 2019 57,4 milioni di persone vivevano con demenza nel mondo, con proiezione a 152,8 milioni nel 2050, e che in Europa oltre una persona su cinque ha già 65 anni o più, quota che si avvicinerà a un terzo nel 2050.
- Il Dementia in Europe Yearbook 2019 era limitato alla prevalenza ed escludeva gli under 60; il GBD 2023 copre invece 371 cause e 88 fattori di rischio in 204 Paesi, con stime in fasce quinquennali dai 40 anni in su e per le subregioni occidentale, centrale e orientale.
- L'approvazione da parte di FDA ed EMA degli anticorpi monoclonali anti-beta-amiloide per l'Alzheimer precoce sintomatico, sottotipo che rappresenta il 60-70% dei casi, rende urgenti stime per Paese per pianificare eleggibilità, infrastrutture e costi.
- Lo studio è finanziato da Regione Puglia e CNR per il Tecnopolo per la Medicina di Precisione e dal Piano Regionale Demenze 2021/2023, e indica nell'inquinamento dell'aria, nel fumo, nell'obesità e nei rischi metabolici le priorità di prevenzione.

Sezione DIG — Digitalizzazione

La regolazione dell'intelligenza artificiale in sanità è il tema dominante. De Rossi Re (DIG03, bollino rosso) spiega che dal 2 agosto 2026 sono applicabili gli obblighi di trasparenza dell'articolo 50 dell'AI Act: chatbot e assistenti virtuali delle aziende sanitarie devono dichiarare la propria natura artificiale, i contenuti generati vanno marcati in formato leggibile da macchina e le regole per i sistemi ad alto rischio

arriveranno dal 2 dicembre 2027. Testuzza (DIG01) ricostruisce come cambia la responsabilità medica, con la legge 132/2025 che dal 10 ottobre 2025 impone il consenso informato specifico all'uso dell'IA e con il baricentro che si sposta verso produttore e filiera per i dispositivi più autonomi. Tilburt e Montori (DIG05) elencano cinque segnali di un'integrazione a bassa integrità, dallo short-termism alla clausola del medico "in the loop" usata come surrogato della prova di sicurezza.

Sul piano metodologico van der Meijden e colleghi (DIG04) censiscono 27 definizioni di equità in 18 studi e indicano net benefit, AUROC e calibrazione come metriche di gruppo più adatte ai modelli predittivi clinici, mentre Corso e colleghi (DIG02) immaginano un co-stratega regolatorio basato sull'IA agentiva, ricordando che solo otto autorità africane hanno raggiunto il livello tre del benchmarking OMS. Baraniuk (DIG06) riferisce la guida di NHS England sulle finalità legittime di accesso ai dati dei pazienti, leggibile solo nell'incipit. La perspective di Emanuel e colleghi su JAMA, che confronta l'IA autonoma con il medico assistito dall'IA (DIG07), è da recuperare.

DIG01 — Il Sole 24 Ore — L'IA rivoluziona la sanità: così cambia la responsabilità medica [Testuzza]

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

Parole chiave: IA, intelligenza artificiale, responsabilità AI sanitaria, FSE, OMS, dispositivi medici, consenso informato, medicina difensiva, GDPR

https://www.ilsole24ore.com/art/l-ia-rivoluziona-sanita-cosi-cambia-responsabilita-medica-AJG2pZb

- Testuzza, sul Sole 24 Ore del 31 luglio 2026, esamina come l'introduzione dell'IA in sanità, basata su machine learning e deep learning addestrati su grandi quantità di dati, riapra la questione della responsabilità medica in caso di errore.
- L'articolo richiama i principi indicati dall'OMS nel giugno 2021 (autonomia umana, riservatezza, trasparenza, spiegabilità, responsabilità e accountability) e segnala il rischio che i medici diventino dipendenti da sistemi automatici non sempre trasparenti.
- Secondo la posizione giuridica prevalente l'azienda può essere ritenuta responsabile per l'uso di strumenti di IA da parte dei propri dipendenti anche quando non ne ha deliberatamente deciso l'adozione.
- L'operatore sanitario conserva il compito di verificare e interpretare criticamente i risultati dell'IA; ogni sistema ad alto rischio deve operare sotto il controllo di personale qualificato e ogni utilizzo va registrato nel Fascicolo Sanitario Elettronico.
- Per i dispositivi ad elevata autonomia e opacità l'interruzione del nesso causale sposta il baricentro verso la responsabilità del produttore e della filiera, con una responsabilità oggettiva nei casi di errore "della macchina".
- La legge 132/2025, agli articoli 7 e 13, introduce dal 10 ottobre 2025 l'obbligo di consenso informato specifico all'uso dell'IA, scritto o digitale e in armonia con la legge 219/2017, mentre resta il rischio di un uso difensivo degli strumenti rispetto alle linee guida della legge 24/2017.

DIG02 — The Lancet — Reimagining regulatory strategy development: agentic AI as an enabler of market access [Corso e altri]

Data: agosto 2026 (volume 8, numero 8, The Lancet Digital Health) | *Tipo: commento* | *Località: Mondo / Paesi a basso e medio reddito* | *Lingua: EN* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: IA, intelligenza artificiale, dispositivi medici, farmaci innovativi, salute globale, OMS, IA agentiva, FDA, EMA, accesso al mercato

https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500(26)00085-3/fulltext

- Il commento, pubblicato su The Lancet Digital Health nell'agosto 2026, propone di applicare l'IA agentiva, sul modello del Co-Scientist di Google, allo sviluppo delle strategie regolatorie che portano un prodotto sanitario dall'ideazione all'autorizzazione al mercato.
- Gli autori citano la strategia di Apple, che per la funzione di notifica dell'ipertensione dell'Apple Watch ha usato la via 510(k) della FDA anziché una domanda De Novo, e quella di Gilead per il lenacapavir con la procedura EU Medicines for All dell'EMA.
- Dopo il parere positivo EUM4All del luglio 2025, il lenacapavir ha ottenuto la prequalificazione OMS nell'ottobre 2025 e l'approvazione in oltre dieci Paesi a basso e medio reddito, tra cui Mozambico, Ruanda, Botswana e Zambia.
- La capacità regolatoria nei Paesi a basso e medio reddito è disomogenea: all'inizio del 2025 solo otto autorità nazionali africane avevano raggiunto il livello tre del WHO Global Benchmarking Tool e, secondo la Banca Mondiale (2020), solo un terzo dispone di un sito web.

- Un "co-stratega regolatorio" scomporrebbe il problema in fasi (recupero delle linee guida, analisi dei requisiti, generazione e classificazione delle strategie per rischio e costi) e si aggiornerebbe con i risultati dei trial, senza sostituire il giudizio umano.
- Per un impatto equo servono repository regolatori leggibili dalle macchine anche per i Paesi a basso reddito, un modello di accesso sostenibile e una validazione contro le decisioni regolatorie di quei contesti, non solo sui precedenti dei Paesi ad alto reddito.

DIG03 — Quotidiano sanità — AI Act, in vigore gli obblighi di trasparenza: cosa cambia per sanità e servizi rivolti ai cittadini [De Rossi Re]

Data: 5 agosto 2026 | *Tipo: analisi normativa* | *Località: Unione europea / Italia* | *Lingua: IT* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: AI Act, IA, intelligenza artificiale, UE, digitalizzazione, chatbot, deepfake

https://www.quotidianosanita.it/cronache/ai-act-in-vigore-gli-obblighi-di-trasparenza-cosa-cambia-per-sanita-e-servizi-rivolti-ai-cittadini/

- Dal 2 agosto 2026 sono applicabili gli obblighi di trasparenza dell'articolo 50 dell'AI Act, che riguardano i sistemi che interagiscono direttamente con le persone, il riconoscimento delle emozioni, la categorizzazione biometrica e i sistemi che generano o manipolano contenuti.
- I fornitori devono progettare i sistemi in modo che l'utente sia informato fin dalla prima interazione della natura artificiale dell'interlocutore, in forma chiara e accessibile; l'obbligo riguarda chatbot, agenti virtuali e avatar, salvo i casi in cui ciò risulti evidente.
- In sanità l'obbligo si applica, ad esempio, a un assistente virtuale sul sito di un'azienda sanitaria che informa su orari, prenotazioni o documenti, mentre restano esclusi i sistemi che operano in background e le comunicazioni tra macchine.
- I fornitori di sistemi che producono testi, audio, immagini o video devono contrassegnare gli output in formato leggibile da macchina; gli utilizzatori professionali (deployer) devono rendere riconoscibili i deepfake e informare sull'uso del riconoscimento delle emozioni.
- Per i testi generati dall'IA e pubblicati su questioni di interesse pubblico, tra cui i servizi pubblici e la salute pubblica, l'etichettatura non è richiesta se c'è un'effettiva revisione umana e una persona fisica o giuridica assume la responsabilità editoriale.
- Strutture sanitarie, amministrazioni e fornitori tecnologici devono censire chatbot dei portali, assistenti nei servizi di prenotazione, app informative e avatar delle campagne, chiarendo il proprio ruolo nella catena di responsabilità come fornitore o utilizzatore.
- Le regole per i sistemi ad alto rischio dell'allegato III si applicheranno dal 2 dicembre 2027 e quelle per i sistemi integrati in prodotti regolamentati dal 2 agosto 2028, ma il differimento di queste scadenze non sospende l'articolo 50.
- Una fase transitoria è prevista solo per i sistemi immessi sul mercato prima del 2 agosto 2026 e limitatamente all'obbligo di marcatura e rilevabilità dei contenuti generati, per i quali la conformità è richiesta dal 2 dicembre 2026.

DIG04 — The Lancet — Navigating fairness in artificial intelligence-based prediction models: theoretical constructs and practical applications [van der Meijden e altri]

Data: 11 agosto 2026 (online first, The Lancet Digital Health) | *Tipo: viewpoint* | *Località: Internazionale* | *Lingua: EN* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: IA, intelligenza artificiale, machine learning, AI diagnostica, equità, health equity, stratificazione del rischio, bias algoritmico, modello predittivo

https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500(26)00058-0/fulltext

- Il Viewpoint, pubblicato online l'11 agosto 2026 su The Lancet Digital Health, vuole accompagnare il passaggio dell'equità (fairness) dei modelli predittivi basati sull'IA dalla teoria alla pratica attraverso la scelta di metriche appropriate.
- Una revisione della letteratura ha incluso 18 studi e identificato 27 definizioni di equità, messe in relazione con l'uso previsto del modello, il tipo di decisione influenzata e i principi etici di giustizia distributiva.
- Gli autori distinguono l'equità di gruppo (prestazioni uguali tra sottogruppi definiti da attributi protetti come etnia, genere ed età) dall'equità individuale (predizioni simili per individui simili), che richiede metriche di similarità complesse.

- Per le applicazioni mediche gli autori indicano come metriche di gruppo più rilevanti l'utilità clinica (net benefit), le metriche di prestazione come l'AUROC, la calibrazione e la parità statistica, dati i limiti di altre nozioni di equità.
- Le strategie di mitigazione dei bias (preprocessing, inprocessing, postprocessing) vanno applicate lungo tutto il ciclo di vita del modello, con checkpoint a ogni fase, e comportano un compromesso tra equità dei sottogruppi e accuratezza complessiva.
- Due casi d'uso mostrano che metriche diverse possono essere appropriate secondo l'uso previsto e il quadro etico, distinguendo le decisioni "polari", in cui il paziente beneficia di predizioni orientate verso l'alto o il basso rischio, da quelle non polari.

DIG05 — BMJ — We can, but should we? Red flags for hasty, low integrity AI integration into healthcare [Tilburt, Montori] https://doi.org/10.1136/bmj-2026-100589

Data: 20 agosto 2026 | *Tipo: opinione* | *Località: USA* | *Lingua: EN* | *Accesso: Open access*

Parole chiave: IA, intelligenza artificiale, Big Tech sanità, responsabilità AI sanitaria, leadership, management sanitario, integrità del sistema, USA

- Tilburt e Montori, nell'opinione pubblicata sul BMJ il 20 agosto 2026, partono da tre casi recenti: un paziente che ha citato OpenAI per consigli medici dannosi di ChatGPT, un whistleblower su un centro accademico e un grande assicuratore accusato di algoritmi per dimissioni premature.
- Gli autori contrappongono un'implementazione dell'IA "ad alta integrità", guidata da missione, evidenze, trasparenza e valutazione continua, a una "a bassa integrità", reattiva e orientata a pressioni finanziarie, politiche o competitive.
- Il primo segnale d'allarme è lo short-termism, alimentato dalla mentalità "se possiamo, dobbiamo" e da partnership commerciali con vantaggi immediati; il secondo sono le scorciatoie procedurali, come l'adozione di strumenti rivolti ai pazienti senza valutazione indipendente.
- Il terzo segnale è la valutazione selettiva degli esiti, misurati solo su produttività, throughput, efficienza documentale o riduzione dei costi, trascurando equità, competenze dei clinici, esperienza dei pazienti e clima.
- Il quarto è l'elusione della sicurezza: la sola clausola del medico "in the loop" è un sostituto insufficiente della dimostrazione che una tecnologia sia sicura, e la responsabilità finale non va trasferita per decreto ai clinici di prima linea.
- Il quinto è l'eccesso di enfasi comunicativa: le organizzazioni ad alta integrità riportano i fallimenti accanto ai successi e, per gli autori, l'IA ha valore solo se fa avanzare lo scopo centrale della sanità, che è prendersi cura.

DIG06 — BMJ — NHS clarifies "legitimate purposes" for which staff can access patient data [Baraniuk]

Data: 24 agosto 2026 | *Tipo: notizia* | *Località: Regno Unito* | *Lingua: EN* | *Accesso: Abbonamento*

Parole chiave: NHS, NHS England, big data sanitari, privacy, governance dei dati, Regno Unito

https://doi.org/10.1136/bmj-2026-100659

- La notizia del BMJ del 24 agosto 2026 riferisce che NHS England, in una guida aggiornata al personale, ha chiarito che non è illecito accedere ai dati dei pazienti per "finalità di lavoro legittime e appropriate", con il favore della BMA.
- Il mese precedente l'amministratore delegato di NHS England Jim Mackey aveva avvertito che il personale poteva essere licenziato o incarcerato per accessi impropri, definendo la consultazione per curiosità o motivi personali una violazione della fiducia dei pazienti e della legge.
- La pagina mostra solo l'incipit della notizia: il testo completo è riservato agli abbonati, con accesso per un giorno a 50 sterline o abbonamento da 184 sterline, per cui la scheda si limita ai dati visibili.

DIG07 — JAMA — Will Autonomous AI Exceed AI-Aided Physicians as the Best Medical Care? [Emanuel e altri]

Data: 17 agosto 2026 | *Tipo: perspective* | *Località: USA* | *Lingua: EN* | *Accesso: Abbonamento*

Parole chiave: IA, intelligenza artificiale, AI diagnostica, responsabilità AI sanitaria, USA, IA agentiva, relazione medico-paziente

https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2852952

ARTICOLO NON ACCESSIBILE: la pagina di jamanetwork.com è bloccata da un controllo anti-bot (verifica di sicurezza) anche in una scheda nuova, e la scheda PubMed (PMID 42606838, DOI 10.1001/jama.2026.15380; autori Emanuel, Baker-Butler, N. Khosla e V. Khosla) non riporta l'abstract; l'unica indicazione disponibile è che la

perspective discute vantaggi e svantaggi dell'assistenza medica guidata dal medico rispetto a quella fornita dall'intelligenza artificiale.

Sezione ECN — Economia e sanità

Lo studio presentato da Fisco Equo (ECN01, bollino rosso) mostra, con i Distributional Wealth Accounts della Banca d'Italia, che il sistema fiscale italiano è diventato regressivo al vertice: lo 0,1% più ricco paga un'aliquota effettiva del 32,6% contro circa il 45% di un dipendente della classe media, e un'imposta dell'1,3% sull'1% più abbiente raccoglierebbe circa 30 miliardi l'anno, risorse che gli autori destinerebbero anche alla sanità. Alessandrello e colleghi (ECN03) propongono un quadro per appalti dell'innovazione permeabili al valore lungo l'intero ciclo di vita del contratto, con 122 risultati prioritizzati da 22 stakeholder di sei Paesi e applicazioni a due appalti pre-commerciali Horizon 2020 in oncologia e scompenso cardiaco. Chiude la rassegna dal mondo di Fisco Equo (ECN02) sull'accordo da 18 miliardi di dollari con cui Meta chiude la causa di 29 Stati americani sui danni ai minori, introducendo limiti di due ore giornaliere per gli utenti tra 13 e 17 anni.

ECN01 — Fisco Equo — Tasse e disuguaglianze, secondo un nuovo studio il sistema fiscale italiano è diventato ancora più regressivo: gli scenari di riforma [Redazione Fisco Equo]

Data: 30 luglio 2026 | Tipo: analisi (presentazione di uno studio) | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: fisco, IRPEF, tassazione, pressione fiscale, entrate fiscali, disuguaglianze, equità, spesa sanitaria, progressività fiscale, imposta patrimoniale, redditi da capitale

https://www.fiscoequo.it/tasse-e-disuguaglianze-secondo-un-nuovo-studio-il-sistema-fiscale-italiano-e-diventato-ancora-piu-regressivo-gli-scenari-di-riforma/

- Fisco Equo presenta il 30 luglio 2026 lo studio pubblicato su Review of Income and Wealth da Dalle Luche (LMU Monaco), Guzzardi (Università della Calabria), Palagi e Roventini (Scuola Superiore Sant'Anna) e Santoro (Milano-Bicocca) sulla regressività del sistema fiscale italiano.
- Lo studio usa i nuovi Distributional Wealth Accounts della Banca d'Italia e mostra che il 7% più abbiente paga un'aliquota effettiva inferiore a quella del restante 93% dei contribuenti, in contrasto con il principio di progressività dell'articolo 53 della Costituzione.
- L'aliquota effettiva dello 0,1% più ricco è pari al 32,6%, mentre un lavoratore dipendente della classe media paga circa il 45%; i rendimenti della ricchezza restano intorno al 2,5% per il 90% inferiore e sfiorano il 5% per lo 0,1% più ricco.
- Tre scenari di riforma (tassazione unificata di lavoro e capitale, imposte differenziate, interventi mirati sui redditi da capitale) porterebbero l'aliquota media effettiva del 7% più ricco ad aumentare fino al 60% per lo 0,1% più abbiente.
- Roventini propone anche un'imposta sulle grandi ricchezze con aliquote dallo 0,1% all'1,3% sul patrimonio netto del 7% più ricco; lo 0,1% più ricco conta 50.000 individui con un patrimonio netto medio superiore a 20 milioni di euro.
- Un'imposta dell'1,3% sull'1% più ricco raccoglierebbe circa 30 miliardi di euro l'anno, 13,5 miliardi se applicata solo allo 0,1% e circa 2 miliardi se limitata ai miliardari; il 7% più ricco detiene circa il 40% del patrimonio altamente liquido.
- Secondo gli autori le risorse aggiuntive potrebbero finanziare investimenti in sanità, istruzione e transizione ecologica e ridurre la pressione fiscale sulla classe media e sui contribuenti a basso reddito, che costituiscono il 93% dei contribuenti.

ECN02 — Fisco Equo — Big tech rallentano: accordo da 18 miliardi di dollari sui social e appelli a sospendere lo sviluppo dell'intelligenza artificiale [Redazione Fisco Equo]

Data: 28 agosto 2026 | Tipo: notizia (rassegna dal mondo) | Località: USA | Lingua: IT | Accesso: Open access

Parole chiave: Big Tech sanità, adolescenti, minori, salute mentale, IA, intelligenza artificiale, USA, social media

https://www.fiscoequo.it/big-tech-rallentano-accordo-da-18-miliardi-di-dollari-sui-social-e-appelli-a-sospendere-lo-sviluppo-dellintelligenza-artificiale/

- Fisco Equo riprende il 28 agosto 2026 un reportage della CNN: Meta ha accettato di pagare 18 miliardi di dollari in dieci anni per chiudere, senza ammettere colpe, la causa intentata da 29 Stati americani sui danni ai minori.

- L'accordo è arrivato poco più di una settimana dopo l'inizio del processo, in cui quattro Stati chiedevano 1.400 miliardi di dollari; la somma è una frazione dei 200 miliardi guadagnati da Meta l'anno scorso e un terzo dipende da pagamenti analoghi di YouTube e TikTok.
- Meta introdurrà per gli utenti tra 13 e 17 anni un limite giornaliero di due ore modificabile solo dai genitori, avvisi ogni 15 minuti, una modalità notturna dalle 24 alle 6, una modalità scolastica e un feed non algoritmico come impostazione predefinita.
- L'articolo collega la vicenda all'appello di Bill Gates, che in un saggio di 6.000 parole chiede limiti allo sviluppo dell'IA, definita "il più grande strumento di uguaglianza mai inventato, o la peggiore fonte di ingiustizia".

ECN03 — Academia — Permeability to value in healthcare innovation procurements: a framework for design and assessment [Alessandrello e altri]

Data: 26 agosto 2026 | Tipo: brief communication (Academia Medicine and Health, volume 3, numero 3) | Località: Unione europea | Lingua: EN | Accesso: Open access

Parole chiave: value-based healthcare, UE, fondi europei, oncologia, esiti, appalti pubblici, procurement dell'innovazione

https://www.academia.edu/3070-3530/3/3/10.20935/AcadMedHealth8442

- La brief communication, pubblicata il 26 agosto 2026 su Academia Medicine and Health, propone un quadro metodologico per appalti pubblici dell'innovazione "permeabili al valore", nei quali il valore è generato e riconosciuto lungo l'intero ciclo di vita del contratto.
- Gli autori richiamano i quattro pilastri del valore dell'Expert Panel della Commissione europea (personale, tecnico, allocativo, societario), più ampi della definizione di Porter e Teisberg del 2006, e il criterio MEAT introdotto dal Parlamento europeo nel 2014.
- Il framework applica la "teoria del cambiamento" e un insieme di 122 risultati indipendenti dalla sfida, prioritizzati con i criteri CARE da 22 stakeholder di sei Paesi UE, e procede in sei passi dalla revisione dei risultati all'analisi degli esiti di lungo periodo.
- Il metodo è stato applicato a due appalti pre-commerciali transfrontalieri cofinanziati da Horizon 2020, oncNGS (diagnostica NGS in oncologia) e TIQUE (scompenso cardiaco avanzato), e a un appalto di innovazione del progetto EcoQUIP Plus (programma COSME).
- L'applicazione ha mostrato la fattibilità del framework nel far considerare ai compratori pubblici le prospettive di più gruppi di stakeholder (pazienti, professionisti, provider, sistemi sanitari, contesto socioeconomico) e nel valutare il valore mentre viene generato.
- Gli autori osservano che le pratiche di acquisto sanitario restano ancorate a una specificazione del valore ex ante e a una valutazione puntuale al momento dell'aggiudicazione, sotto-rappresentando i miglioramenti di medio e lungo termine che contano per pazienti e sistemi.

Indice per parole chiave

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

1. Comunità, solitudini e salute [CSS]

associazione di pazienti — SST01, SST03
comunità che cura — CSS03
comunità proattiva — Art02
determinanti sociali — SAN02
discriminazione — SAN04
equità in salute — SST04
fiducia della comunità — PAN01
giustizia sociale — SAN04
health equity — DIG04
link worker — Art02
modello Frome — CSS03
partecipazione — SST01, SST03
prescrizione sociale — Art02
razzismo strutturale — SAN04
salute urbana — Art01, SAN03, OHE02, PAN10
solitudine — SST02
welfare culturale — Art02, SAN05

2. Scenari della sanità [SAN]

Alma-Ata — SAN02
benchmark internazionale — SAN01
chirurgia globale — SAN02
copertura sanitaria universale — SST04
denatalità — SSN01
EU4Health — SST03
European Observatory — TER03
Global Burden of Disease — LTC01
microbiota — SAN06
NHS — CSS02, SAN03, DIG06
NHS England — DIG06

obesità — OHE04
OCSE — Art02, SSN04
OMS — Art01, SAN02, SST04, SST05, PAN01, PAN09, PAN11, TER03, DIG01, DIG02
salute globale — SAN02, SST04, PAN01, PAN04, DIG02
sistemi sanitari europei — SST03
stato sociale — SST09
trasformazione sanitaria — SST06
UE — SST03, DIG03, ECN03
value-based healthcare — SST07, ECN03

3. Scenari del SSN [SSN]

accreditamento — OHE01
AGENAS — CSS01, SSN02, SST01
appropriatezza — SSN01
commissario straordinario — SSN02
consenso informato — DIG01
DM 77 — CSS01, SST01, TER02
esiti — ECN03
governance sanitaria — SSN02, SST06
indicatori — SAN01, SSN01, OHE01
IRCCS — SAN06, SSN02
ISS — PAN03, PAN08
LEA — SSN05
medicina difensiva — DIG01
Ministero della Salute — SAN01, SSN01, SSN02, TER02
payback — SSN03
privatizzazione — TER03
programmazione sanitaria — SSN04
qualità — OHE01, TER03
sanità privata — TER03
sanità pubblica — PAN04, PAN07, PAN08
spesa farmaceutica — SSN03
tetti di spesa — SSN05
universalismo — SSN03

4. Sostenibilità della sanità [SST]

definanziamento — PAN04
divario territoriale — SAN01, TER04
finanziamento SSN — SSN03, SSN05
FSN — SSN03, SSN05
integrità del sistema — DIG05
pressione fiscale — ECN01
quota PIL sanità — SSN05
sostenibilità — SAN06, SST09
spesa sanitaria — Art02, ECN01
tassazione — SST09, ECN01

5. One Health e clima [OHE]

adattamento climatico — OHE04
cambiamento climatico — Art01, SAN03, SST04, OHE02, OHE03, OHE04, PAN02, PAN03, PAN08, PAN10
co-benefici per la salute — PAN02
confini planetari — Art01
decarbonizzazione — Art01, SAN03, OHE01, PAN02
ecosistemi — PAN02, PAN03, PAN10
emissioni di gas serra — OHE01
green healthcare — OHE01
inquinamento — PAN10, LTC01
isola di calore urbana — OHE02
Lancet Countdown — Art01
migrazioni climatiche — SST04, OHE03
mortalità da calore — Art01, SAN03, OHE02, OHE03, PAN10
ondata di calore — SAN03, OHE02, OHE03
One Health — Art02, SAN02, PAN03
piano caldo — OHE03
PM2.5 — Art01, LTC01
post-crescita — SST09
qualità aria — PAN02
rifiuti sanitari — OHE01
riscaldamento globale — OHE02, OHE03, PAN03
salute planetaria — SST09, OHE01, OHE03, OHE04, PAN02, PAN10
salute resiliente al clima — Art01, SAN03, SST04
siccità — OHE04
sicurezza alimentare — OHE04
sindemia — Art02

6. Pandemie in essere e in arrivo [PAN]

accordo pandemico — Art02
arbovirosi — PAN08
Bundibugyo — SST05
costi long COVID — PAN05
COVID-19 — PAN05, PAN06, PAN09
difterite — PAN11
disinformazione — PAN07, PAN11
early warning — PAN01
Ebola — SST05, PAN01, PAN04
ECDC — PAN08, PAN11
emerging infectious diseases — SST05, PAN01, PAN03
esitazione vaccinale — PAN07
long COVID — PAN05, PAN06, PAN09
morbillo — PAN07
pandemia — PAN05, PAN06
pandemic preparedness — SST05, SST08, PAN01, PAN04, PAN08
piano pandemico — Art02
SARS-CoV-2 — PAN05, PAN06
scorte strategiche — SST08, PAN11
sorveglianza — SST05, PAN01, PAN08, PAN09, PAN11
tracciamento dei contatti — SST05
varianti — PAN05
West Nile — PAN08

7. L'ospedale che cambia [OSP]

alta specialità — SAN01
divario Nord-Sud — SSN01, SSN04
intensità di cura — SST08
oncologia — ECN03
ospedale — SST07, SST08, OHE01
posti letto — SST08
pronto soccorso — Art01
trapianto di organi — SAN01

8. Medicina territoriale [TER]

additivo alimentare — SAN06
AFT — TER01
alimento ultra-processato — SAN06
assistenza domiciliare — CSS03
case della comunità — CSS01, CSS03, SSN03, SSN05, SST01, TER01, TER05
CdC — PAN04, PAN07
COT — SST01
cronicità — SAN06, TER05
cure primarie — CSS03, SAN02, PAN09, TER01
dipendenza selettiva — TER01
malattie croniche — SAN06
medicina generale — SAN03, TER01, TER05
MMG — CSS03, TER01
ospedali di comunità — SST01, TER02
presa in carico — SST02, PAN06, PAN09, TER05
prevenzione — SAN06, SSN02, SSN05, SST09, LTC01
relazione medico-paziente — DIG07
stili di vita — SAN06
stratificazione del rischio — PAN06, PAN09, DIG04
vaccinazioni — SAN05, PAN07, PAN11
équipe multiprofessionale — CSS01, SST01, TER05

9. Nursing [NUR]

attrattività professione — SSN04, TER01
carenza infermieri — SSN04
competenze avanzate — CSS01
contratto comparto — CSS01
fabbisogno formativo — SSN04
formazione infermieristica — CSS01, SSN04
IFeC — CSS01
infermiere di famiglia — CSS01, CSS03
laurea triennale — SSN04
professioni sanitarie — SSN04
riforma professioni sanitarie — SSN03

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

adolescenti — ECN02
Alzheimer — LTC01
anziani — OHE03, TER03, TER04, LTC01
assistenza sociale — CSS02
caregiver — CSS02, CSS03, LTC01
caregiver familiare — SST02
CeDAP — SSN01
coprogettazione — SST01
cure palliative — CSS03, TER04
demenza — LTC01
disabilità — SSN02
effetto Baumol — SST09
finanziamento welfare — CSS02, SST09
fine vita — TER04
fragilità — TER05
hospice — TER04
integrazione sociosanitaria — CSS02, SST02, TER05
invecchiamento — SST09, OHE03, LTC01
LTC — CSS02, TER03
minori — ECN02
non autosufficienza — CSS02, TER03, LTC01
parto cesareo — SSN01
PMA — SSN01
punto nascita — SSN01
RSA — TER03
salute materno-infantile — SAN05, SSN01
salute mentale — SAN05, SST02, ECN02
terzo settore — CSS03, SST02

11. Digitalizzazione [DIG]

AI Act — DIG03
AI diagnostica — DIG04, DIG07
bias algoritmico — DIG04
big data sanitari — DIG06
Big Tech sanità — DIG05, ECN02
chatbot — DIG03
deepfake — DIG03
digitalizzazione — TER05, DIG03
dispositivi medici — SSN03, SST03, DIG01, DIG02
FSE — TER02, DIG01
GDPR — DIG01
governance dei dati — PAN08, DIG06
HTA — SST03
IA — DIG01, DIG02, DIG03, DIG04, DIG05, DIG07, ECN02
IA agentiva — DIG02, DIG07
intelligenza artificiale — DIG01, DIG02, DIG03, DIG04, DIG05, DIG07, ECN02
machine learning — DIG04
modello predittivo — DIG04
privacy — DIG06
responsabilità AI sanitaria — DIG01, DIG05, DIG07
social media — ECN02
telemedicina — TER02

12. Economia e sanità [ECN]

accesso al mercato — DIG02
appalti pubblici — ECN03

carenza personale — SSN03, SSN05
costi amministrativi — SST07
entrate fiscali — ECN01
farmaci innovativi — DIG02
finanziamento della ricerca — SST10
fisco — ECN01
formazione — SAN04, SST10, TER05
imposta patrimoniale — ECN01
indennità di specificità — SSN05
IRPEF — ECN01
leadership — DIG05
management sanitario — DIG05
private equity — TER03
procurement dell'innovazione — ECN03
progressività fiscale — ECN01
redditi da capitale — ECN01
riforma dei pagamenti — SST07

13. Diseguaglianze e Sanità USA [USA]

disuguaglianze — SAN04, OHE04, PAN11, ECN01
equità — SAN04, DIG04, ECN01
Medicaid — SAN05, SST06
Medicare — SST06, SST07, TER04
NIH — SST10
riforma sanitaria USA — SST06
Trump — SAN05, SST06, SST10, PAN07
USA — SAN05, SST06, SST07, SST08, SST10, PAN04, PAN07, TER04, DIG05, DIG07, ECN02

14. PNRR e implementazione [PNR]

case della comunità PNRR — TER02
fondi europei — ECN03
milestone — TER02
Missione 6 Salute — TER02
monitoraggio attuazione — SST01, TER02
PNRR — Art02, SSN02, TER02
target PNRR — TER02

15. Focus di attualità [ATT]

crisi umanitaria — SAN02
fondi sanitari integrativi — SSN02
legge bilancio — SSN03, SSN05
liste di attesa — SAN01, SSN03
protezione assistenza sanitaria — SAN02

16. Persone e attori (trasversale)

Africa CDC — SST05
Centro nazionale trapianti — SAN01
EFSA — SAN06
EMA — DIG02
European Patients' Forum — SST03
FDA — DIG02
NSF — SST10
Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria — SSN02
Pan-European Commission on Climate and Health — Art01

17. Luoghi e ambiti territoriali (trasversale)

Lazio — SST02
Regno Unito — SAN04, OHE04, DIG06
Repubblica Democratica del Congo — SST05, PAN01