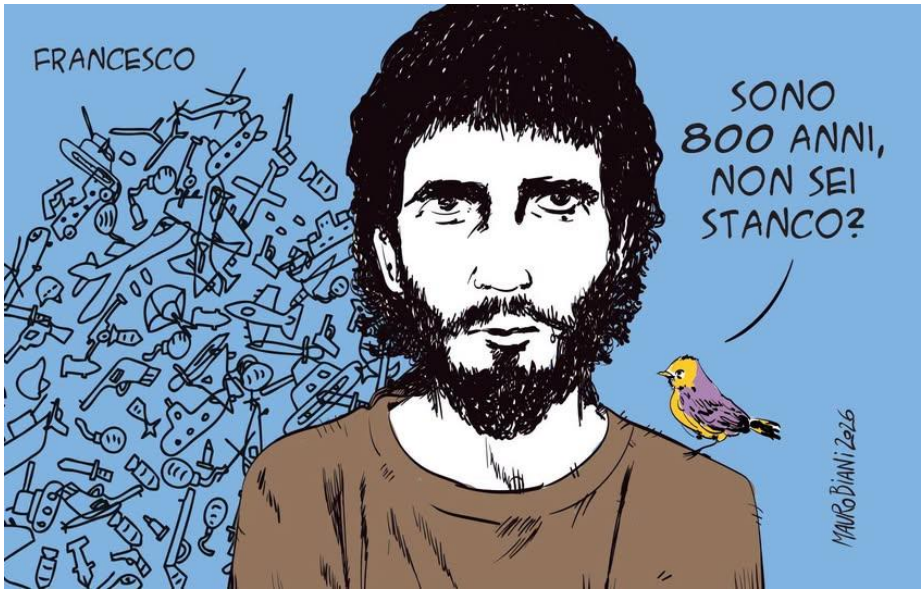
Associazione Italiana per la
Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

ASIQUAS Review

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

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

n. 41 del 1.10.2026



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

Review realizzata in collaborazione con:

Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche

Sapienza Università di Roma

Storia della Newsletter.

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

Nota redazionale.

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

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

Per le Istituzioni:

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

Per i dati:

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

Criteri di selezione:

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

Processata con "Claude AI":

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

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

I curatori

Giorgio Banchieri

Segretario Nazionale del CDN ASIQUAS, Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale; Docente presso il Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche, Progettista e Coordinatore Didattico dei Master MIAS, MEU e MaRSS, Università "Sapienza" Roma; Già Direttore dell'Osservatorio della Qualità del SSR del Molise; Docente ai master e Direttore di progetti di ricerca e di consulenza organizzativa e gestionale in aziende sanitarie (Asl e AO) presso la LUISS Business School di Roma, presso L'Università Politecnico della Marche, presso Università del Salento; Direttore di www.osservatoriosanita.it; già Direttore FIASO, Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere, membro Comitato Programma Nazionale Esiti – PNE; Membro Comitato del Tavolo Tecnico AGENAS e Regioni Re.Se.T., Reti per i Servizi Territoriali. Board Scientifico del Network Italia "Comunità, solitudini e salute", 2026

Luigi Bertinato

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

Dal 1998 al 2010 è stato Direttore dell'Ufficio per i rapporti internazionali della Regione Veneto, dove ha gestito, per conto della Commissione Salute delle Regioni, anche tutte le emergenze sanitarie internazionali: Guerra Libano 2006, Medevac Iraq 2003, Tzunami 2004, Kossovo (1999-2008), Beslan 2004, Terremoto Ban 2003, Angola epidemia di febbre di Marburg 2004.

Ha lavorato per l'Organizzazione Mondiale della Sanità in Africa (Zimbabwe)dal 1988 al 1990 in Primary Health Care, per l'UNESCO come consulente nel campo dell'educazione preventiva a Parigi nel 1994 e per la UE nel gruppo di esperti dell'UE sugli Investimenti in salute a Bruxelles nel 2009.

È attualmente membro delle seguenti società scientifiche: SITI, SIMEDI, SIMIT, ANMDO. Laureato a Padova in medicina e chirurgia e specializzato a Verona in Medicina Interna.

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

Antonio Giulio de Belvis

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

Maurizio Dal Maso

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

Emanuele Di Simone

Socio di ASIQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Laureato in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, ha conseguito nel 2020 il Dottorato di Ricerca in Scienze Infermieristiche e Sanità Pubblica. Dopo aver lavorato per diversi anni nella sanità privata è poi passato al Servizio Sanitario Nazionale (Policlinico Universitario di Ferrara). Ha coordinato le attività di innovazione e sviluppo per le professioni sanitarie presso un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico oncologico e dermatologico (IRCCS IFO di Roma). La sua attività assistenziale è stata da sempre affiancata a quella di ricerca soprattutto nell'ambito della prevenzione degli errori farmacologici; autore e co-autore di numerose pubblicazioni scientifiche di rilievo nazionale e internazionale, da diversi anni ricopre incarichi di docenza presso diversi corsi di laurea negli atenei romani di "Sapienza" e "Tor Vergata". Attualmente è ricercatore presso l'Università "Parthenope" di Napoli. Board Scientifico del Network Italia "Comunità, solitudini e salute", 2026

Nicoletta Dasso

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

Francesco Medici.

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

Franco Pesaresi

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

Maria Piane

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

Mario Ronchetti

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

Angelo Rossi Mori

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

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

Andrea Vannucci

Socio ASIQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Già Direttore dell'Agenzia regionale di sanità della Toscana, Coordinatore della Commissione Qualità e Sicurezza del Consiglio sanitario regionale e Rappresentante per la Regione Toscana nel Comitato Scientifico del Programma Nazionale Esiti – PNE. Ad oggi Membro del Consiglio Direttivo di Accademia nazionale di Medicina e co-coordinatore della sezione Informazione Scientifica e Innovazione, Direttore Scientifico del Forum sistema salute 2019 e 2020; Vice Presidente di AISSMM - Associazione Italiana di Medicina e Sanità Sistemica; Professore a contratto per l'insegnamento di Organizzazione e programmazione delle aziende sanitarie del corso di laurea in Ingegneria gestionale dell'Università di Siena. Board Scientifico del Network Italia "Comunità, solitudini e salute", 2026

Contatti.

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

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

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

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

- **"ASIQUAS Covid 19 Review" 2021-22, numeri 1-30**
- **"ASIQUAS Review", numeri pregressi 1-40**

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. 41

Nota metodologica

Da gennaio 2026 con il numero 34 la “Review” viene elaborata tramite un sistema di intelligenza artificiale.
È un esperimento per rendere più snella e consultabile la pubblicazione: il sistema legge gli articoli selezionati e produce le sintesi.

Le sintesi non sono state verificate e possono essere imprecise o errate.

Il link al testo integrale serve da stimolo per consultare la fonte originale e non sostituisce la lettura completa.

Come leggere le schede

Ogni scheda riporta l’identificativo di sezione (per esempio CSS03), la fonte, il titolo e gli autori. Seguono una riga con data, tipo, località, lingua e modalità di accesso, la riga delle parole chiave, il collegamento cliccabile alla fonte e i punti di sintesi.

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

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

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

Sezione Art — Articoli scritti da soci ASIQUAS 8
Sezione CSS — Comunità, solitudini e salute 15
Sezione SAN — Scenari della sanità 19
Sezione SSN — Scenari del SSN 24
Sezione SST — Sostenibilità della sanità 37
Sezione OHE — One Health e clima 41
Sezione PAN — Pandemie in essere e in arrivo 43
Sezione OSP — L’ospedale che cambia 45
Sezione TER — Medicina territoriale 46
Sezione LTC — Sanità, sociale e Long Term Care 49
Sezione DIG — Digitalizzazione 50
Sezione ECN — Economia e sanità 55
Indice per parole chiave 62

Sezione Art — Articoli scritti da soci ASIQUAS

Tre fili attraversano le dieci schede di settembre: l'indipendenza delle sedi tecniche, il definanziamento con il travaso della spesa sulle famiglie, il mancato incontro fra sanità e sociale. Sul primo Vannucci (Art01) parte dalla nomina contestata del commissario dell'ARS Toscana per chiedere regole trasparenti di selezione dei vertici e garanzie di autonomia scientifica per ISS, Agenas e AIFA. Maffei contesta al Catalogo dei rischi corruttivi dell'Anac, delibera n. 318 del 29 luglio 2026, di avere saltato la prima delle nove categorie della tassonomia GIMBE delle 65 tipologie di frodi e abusi, quella del policy-making (Art02), e documenta nelle Marche un Masterplan ospedaliero oltre il miliardo di euro che porterebbe i DEA a quattordici contro i dieci del DM 70 (Art07); D'Innocenzo elenca dieci pressioni strutturali e otto dimensioni del management, con un contratto di mandato fra Regione e direttore generale (Art05).

Sul secondo filo la spesa pubblica resta al 6,2 % del PIL contro il 7,1 della media europea, con un divario di 36 miliardi, l'Italia quindicesima su 27 e ultima nel G7 (Art10, Art08); l'out-of-pocket raggiunge 41,3 miliardi nel 2024 e gli iscritti ai fondi integrativi passano dai 5,8 milioni del 2013 a oltre 16,3 milioni (Art08), mentre cataratta e buona parte della chirurgia prostatica sono fuori dai LEA (Art04).

Sul terzo, Banchieri conta 46 Case della Comunità attive con medico e infermiere su 1.038 previste (Art03), Pesaresi accusa il decreto 29 del 2024 di sancire per legge la frammentazione dello SNAA (Art06) e il 35% degli adulti italiani risulta in analfabetismo funzionale secondo PIAAC 2024 (Art09).

Art01 — Quotidiano sanità — Sanità, in Toscana come altrove: chi guida non vuole essere disturbato [Andrea Vannucci]

Data: 3 settembre 2026 | Tipo: lettera al direttore | Località: Toscana | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: ARS Toscana*, indipendenza delle agenzie tecniche*, commissario straordinario, Toscana, punto nascita, stratificazione del rischio, case della comunità, PNRR, ISS, AGENAS, AIFA, CDC

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/sanita-in-toscana-come-altrove-chi-guida-non-vuole-essere-disturbato/

- La lettera prende spunto dalla nomina del nuovo commissario dell'ARS Toscana, contestata su tre fronti distinti: il clientelismo della scelta, il calcolo politico di tenere insieme le componenti della maggioranza regionale e l'inadeguatezza tecnica del profilo selezionato.
- Secondo l'autore, già direttore dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, il curriculum del nominato è privo di competenze epidemiologiche e di programmazione sociosanitaria, ma il dibattito pubblico si è concentrato sulla persona anziché sull'indipendenza delle agenzie tecniche.
- Nei mesi successivi la Toscana rinnoverà la governance dell'ARS e, a cascata, di altre agenzie regionali, e proprio in quel passaggio si verificherà se l'ente resterà autonomo oppure userà i dati per confermare decisioni già assunte altrove.
- Il caso portato come esempio è la chiusura dei punti nascita che restano sotto la soglia di sicurezza per numero di parti annui, una decisione che dovrebbe basarsi sugli esiti e sulla sicurezza e non sulla mappa del consenso.
- Sul versante della medicina di prossimità l'autore osserva che il valore delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità dipende dalla capacità di stratificare i bisogni della popolazione, senza la quale il PNRR rischia di lasciare soltanto contenitori vuoti.
- La lettera estende l'interrogativo al livello nazionale, chiedendo quali garanzie esistano sull'indipendenza scientifica dei rapporti tra l'esecutivo e l'Istituto Superiore di Sanità, l'Agenas e l'AIFA, e richiama come monito il deterioramento dei rapporti statunitensi con CDC, FDA e NIH.
- Le tre misure proposte sono regole chiare e trasparenti per la selezione dei vertici tecnici, garanzie formali di autonomia scientifica e un impegno esplicito a usare i dati per correggere le scelte, con stakeholder civici, ordini professionali e società scientifiche chiamati a presidiare il tema.

Art02 — Quotidiano sanità — A proposito della corruzione in sanità, perché l'Anac salta quella che coinvolge di più la politica? [Claudio Maria Maffei]

Data: 3 settembre 2026 | Tipo: lettera al direttore | Località: Marche | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: Anac*, frodi in sanità, GIMBE, Marche, edilizia ospedaliera, DM 70, HTA, chirurgia robotica, case della comunità, ospedali di comunità, privato accreditato, governance sanitaria

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/a-proposito-della-corruzione-in-sanita-perche-lanac-salta-quella-che-coinvolge-di-piu-la-politica/

- La lettera commenta il Catalogo dei rischi corruttivi e delle misure di prevenzione nel settore sanitario, approvato dall'Autorità nazionale anticorruzione con la delibera n. 318 del 29 luglio 2026, e ne contesta un'omissione di fondo.
- Il Catalogo si ispira al report dell'Osservatorio della Fondazione GIMBE denominato Tassonomia GIMBE frodi e abusi in sanità, che preferisce la formula frodi e abusi al solo termine corruzione e richiama la definizione di Transparency International dell'abuso di un potere affidato per ottenere un vantaggio privato.
- La tassonomia GIMBE elenca 65 tipologie di frodi e abusi distribuite in nove categorie, che vanno dal policy-making e governance alla regolamentazione, alla ricerca clinica, al marketing, agli acquisti di beni e servizi, alla distribuzione, alle risorse finanziarie e umane e all'erogazione dei servizi.
- Il rilievo centrale dell'autore è che il documento dell'Anac salta proprio la prima categoria, quella del policy-making e della governance, sottovalutando così l'impatto sistemico delle decisioni politiche su priorità, allocazione delle risorse, equità di accesso e qualità dell'assistenza.
- A sostegno della tesi la lettera richiama l'analisi GIMBE pubblicata il giorno precedente sulla stessa testata, secondo cui la spesa pubblica sanitaria italiana vale il 6,2 per cento del PIL contro una media europea del 7,1 per cento, con un divario stimato di 36 miliardi di euro.
- Dalla Regione Marche l'autore trae esempi di scelte orientate al consenso: un programma di edilizia ospedaliera da oltre un miliardo di euro incoerente con il DM 70, un ospedale di area disagiata collocato in una struttura destinata a ospedale di comunità e oltre 40 milioni di adeguamento sismico finanziati da PNRR e Piano Nazionale Complementare.
- Gli altri esempi riguardano l'autorizzazione e la contrattualizzazione in deroga sperimentale al DM 70 di una casa di cura privata multispecialistica, l'annuncio di una chirurgia robotica tramite social e stampa locale senza una struttura regionale di Health Technology Assessment e anomalie distributive nelle Case e negli Ospedali di Comunità.
- La conclusione chiede chi difenda un Servizio sanitario nazionale già sottofinanziato dalle frodi e dagli abusi dei decisori politici, osservando che il Ministero della Salute e quello dell'Economia e delle Finanze hanno rinunciato al controllo sui programmi di edilizia ospedaliera.

Art03 — Quotidiano sanità — Il sociale e la sanità: due separati in casa [Giorgio Banchieri]

Data: 4 settembre 2026 | Tipo: lettera al direttore | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: integrazione sociosanitaria, case della comunità, DM 77, AGENAS, équipe multiprofessionale, PUA, terzo settore, coprogettazione, PNRR, prescrizione sociale, solitudine, interoperabilità

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/il-sociale-e-la-sanita-due-separati-in-casa/

- La tesi della lettera è che le politiche sanitarie e quelle sociali in Italia procedano su circuiti di gestione separati, con tagli che hanno ridotto i fondi del sociale e contenuto quelli della sanità e con dispersione di risorse e di competenze.
- Il testo analizza le linee di indirizzo AGENAS del 28 luglio 2026 sulle équipe multiprofessionali e multidisciplinari nelle Case della Comunità, che distinguono un'équipe di base, formata da medici di medicina generale o pediatri e infermieri di famiglia, da un'équipe allargata con specialisti, psicologi, biologi e assistenti sociali.

- Gli standard del DM 77 del 2022 prevedono una struttura hub ogni 40.000-50.000 abitanti secondo il modello hub and spoke, con hub attivi ventiquattro ore su ventiquattro e diagnostica di base, spoke a minore intensità nelle aree interne e il Punto Unico di Accesso come porta unitaria.
- Il dato più critico riguarda l'attuazione: delle 1.038 Case della Comunità previste a livello nazionale nel 2026 risultano attive con presenza medica e infermieristica soltanto 46 secondo AGENAS, mentre la rimodulazione per anno scende dalle 3.010 del 2021 alle 781 del 2026, con una percentuale di realizzazione sul 2025 del 45,53 per cento.
- Sul Terzo Settore la lettera riporta oltre 140.000 enti iscritti al RUNTS con circa mille nuove iscrizioni al mese, distribuiti per il 23,3 per cento nel Nord-Ovest, il 23,2 nel Centro, il 21,9 nel Nord-Est, il 21,5 nel Sud e il 10,1 nelle Isole.
- La base giuridica della coprogettazione è individuata nell'articolo 55 del Codice del Terzo Settore, nella sentenza della Corte Costituzionale n. 131 del 2020 e nel decreto ministeriale del Lavoro n. 72 del 2021, dentro un quadro che richiama gli articoli 32 e 38 della Costituzione, la legge 833 del 1978 e la legge 328 del 2000.
- Fra le raccomandazioni riprese dal Network Comunità, solitudini e salute figurano il riconoscimento di solitudine e isolamento come determinanti di salute, la coincidenza geografica fra Distretti sociosanitari e Ambiti Territoriali Sociali, microaree di 4.000-10.000 abitanti e linee guida nazionali sulla prescrizione sociale con registrazione nel FSE 2.0 e codifica SNOMED-CT.
- L'autore denuncia l'assenza di una sede di coordinamento istituzionale fra il Ministero della Salute e il Ministero del Lavoro, con organizzazioni a silos a tutti i livelli che ritardano le Misure 5 e 6 del DM 77, e lamenta che milioni di volontari, caregiver e badanti siano considerati soltanto erogatori di prestazioni.

Art04 — Quotidiano sanità — Chi governa la sanità ne dovrebbe conoscere la trincea [Claudio Maria Maffei]

Data: 9 settembre 2026 | Tipo: editoriale | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: definanziamento, salute mentale, cure palliative, assistenza domiciliare, LEA, rinuncia alle cure, carenza personale, sanità integrativa, pubblico-privato, divario territoriale, GIMBE, screening

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/chi-governa-la-sanita-ne-dovrebbe-conoscere-la-trincea/

- La lettera risponde alle affermazioni del senatore Zaffini, che difende la politica sanitaria del governo citando l'aspettativa di vita alla nascita, la bassa mortalità evitabile e il numero contenuto di posti letto per acuti come prova di buoni esiti del sistema.
- L'autore riconosce favorevoli anche i tassi di ospedalizzazione per le patologie croniche, ma sostiene che questi indicatori non dicano nulla delle aree in cui il Servizio sanitario nazionale sta arretrando in modo serio e documentabile.
- L'elenco delle criticità comprende la salute mentale per tutte le età, con la neuropsichiatria infantile giudicata particolarmente grave, i servizi di sostegno alle persone con demenza e alle loro famiglie e le reti di cure palliative ancora sottosviluppate.
- Sul versante dei livelli essenziali di assistenza la lettera ricorda che l'intervento di cataratta e buona parte della chirurgia per l'ipertrofia prostatica benigna sono stati estromessi dai LEA, mentre l'accesso alle cure domiciliari e residenziali resta limitato per molti anziani.
- Il titolo richiama il monologo In trincea di Roberto Saviano, visto dall'autore la sera precedente, e serve a contrapporre la conoscenza diretta dei servizi alla rappresentazione istituzionale offerta da chi governa la sanità.
- Crescono la spesa out-of-pocket, il ricorso a fondi integrativi e assicurazioni private e il numero di persone che rinunciano alle cure, mentre persistono ampie diseguaglianze territoriali e sociali nella salute e nell'accesso ai servizi.

- Sul personale l'autore segnala carenze nella medicina generale, nell'infermieristica e in varie specialità mediche, soprattutto nell'emergenza-urgenza, con un numero crescente di professionisti che scelgono la libera professione o il lavoro all'estero.
- La conclusione è che il disegno di legge delega per il riordino del Servizio sanitario nazionale presentato a inizio anno non contenga proposte significative, e che il definanziamento resti un problema grave che la capacità di arrangiarsi dei cittadini non può compensare.

Art05 — Quotidiano sanità — Il management che costruisce sistema [Marinella D'Innocenzo]

Data: 9 settembre 2026 | Tipo: lettera al direttore | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: management sanitario, direttori generali, leadership, leadership distribuita*, DM 77, PNRR, reti cliniche, governance sanitaria, PNE, HTA, intelligenza artificiale, FSE

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/il-management-che-costruisce-sistema/

- La lettera sostiene che il futuro del management sanitario non consista nell'evoluzione del ruolo del direttore generale né nell'aggiunta di strutture e di tecnologia, ma richieda autonomia responsabile, leadership distribuita e reti di cura effettive.
- Il principio guida enunciato dall'autrice, già direttore generale di aziende sanitarie e presidente dell'associazione L'AltraSanità, è più autonomia responsabile al vertice e più leadership distribuita nei processi, con maggiore capacità di rete nel territorio e più trasparenza sugli esiti per le persone.
- Il testo elenca dieci pressioni strutturali che obbligano a cambiare: invecchiamento e cronicità, fragilità sociale, diseguaglianze territoriali, carenza di personale, liste di attesa, riforma territoriale del DM 77 del 2022, attuazione degli investimenti del PNRR, digitalizzazione e cybersicurezza, pressione di bilancio e domanda di trasparenza.
- Al centro dell'analisi c'è il paradosso della responsabilità: i direttori rispondono di garanzia dei LEA, equilibrio economico, liste di attesa, qualità ed esiti del PNRR, mentre leve decisive come finanziamento, vincoli di assunzione, regole di acquisto e sistemi informativi restano in parte fuori dall'azienda.
- Le otto dimensioni del management futuro proposte sono indirizzo strategico, leadership distribuita, reti e continuità delle cure, governo clinico con appropriatezza e valore, persone e competenze, dati e intelligenza artificiale responsabile, alleanze istituzionali con partecipazione comunitaria e infine accountability e fiducia.
- Gli strumenti di governance suggeriti comprendono un contratto di mandato fra Regione e direttore generale con basi di partenza, obiettivi, fonti dei dati e regole di revisione, un patto aziendale di leadership diffusa in otto elementi e una relazione annuale sul valore prodotto.
- La roadmap si articola su tre orizzonti: nei primi dodici mesi profili di missione, contratti di mandato e primo rapporto sul valore; fra dodici e trentasei mesi cruscotti unificati, patti territoriali e servizi condivisi; fra trentasei e sessanta mesi valutazione di impatto e uno standard nazionale di competenze manageriali.

Art06 — Quaderni del Patto — Il sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA). La situazione, le aspettative [Franco Pesaresi]

Data: 1 gennaio 2026 | Tipo: rapporto | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: SNAA, non autosufficienza, riforma anziani, Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza, integrazione sociosanitaria, coprogettazione, terzo settore, enti locali, PNRR, anziani, programmazione sanitaria, CIPA*

https://www.academia.edu/175452147/IL_SISTEMA_NAZIONALE_PER_LA_POPOLAZIONE_ANZIANA_NON_AUTOSUFFICIENTE_SNAA_

- Il quaderno, primo numero del 2026 della collana I Quaderni del Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza, ricostruisce lo stato di attuazione del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente e le aspettative che lo accompagnano.

- La base normativa è la legge delega 33 del 2023, collegata alla missione M5C2 del PNRR, e il decreto legislativo attuativo 29 del 2024, al quale dovrebbero seguire altri decreti non ancora adottati al momento della pubblicazione.
- La governance descritta si articola su tre livelli: a livello statale opera il CIPA presieduto dal Presidente del Consiglio, mentre a livello locale agiscono insieme l'Ambito territoriale sociale e il Distretto sanitario, con un livello regionale intermedio.
- Gli strumenti di programmazione previsti sono un Piano nazionale triennale con aggiornamento annuale e una relazione annuale alle Camere, che deve essere presentata entro il 31 maggio di ogni anno.
- La critica più netta riguarda il decreto 29 del 2024, perché la programmazione integrata resta limitata ai soli servizi sociali e il decreto finisce per sancire per legge la frammentazione del sistema anziché superarla.
- Le raccomandazioni finali indicano di avviare il sistema in modo graduale, coinvolgere tutti i soggetti del settore, sostenere il monitoraggio integrato, costruire un budget unitario a livello locale e attivare la coprogettazione con gli enti del Terzo Settore secondo l'articolo 55 del Codice.
- Il documento, curato da Franco Pesaresi con contributi di Teresa Andreani, Michelangelo Caiolfa e Cristiano Gori, si appoggia al contributo tecnico del Patto di agosto 2023 e al volume Alla Ricerca del Futuro pubblicato da Maggioli nel settembre 2024.
- Fra i rischi segnalati figurano l'appesantimento burocratico e la difficoltà di una governance condivisa, in un Paese che il testo definisce il secondo più longevo e più vecchio del mondo dopo il Giappone.

Art07 — Quotidiano sanità — Un programma regionale di edilizia ospedaliera può trasformarsi in una bolla? [Claudio Maria Maffei]

Data: 16 settembre 2026 | Tipo: lettera al direttore | Località: Marche | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: bolla edilizia*, edilizia ospedaliera, Marche, DM 70, DEA, programmazione regionale, salute mentale, posti letto, ospedale, populismo sanitario, finanza pubblica, Ministero della Salute

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/un-programma-regionale-di-edilizia-ospedaliera-puo-trasformarsi-in-una-bolla/

- La lettera sostiene che il Masterplan di edilizia ospedaliera della Regione Marche rischi di trasformarsi in una bolla, con una speculazione di natura elettorale più che economica, e richiama la voce bolla edilizia della Treccani.
- Il programma comprende il completamento di tre nuovi ospedali ereditati dalle giunte precedenti, la costruzione di altri tre nuovi ospedali, sei nuove palazzine DEA e il rifacimento ex novo di un ospedale di area disagiata.
- Il costo complessivo supera di molto il miliardo di euro e risulta in parte non ancora coperto, mentre la cifra di un miliardo era stata indicata nel 2024 dall'Assessore ai Lavori Pubblici in una dichiarazione ripresa dall'ANSA.
- Il nuovo ospedale di Pesaro sarebbe passato da 204 a 300 milioni di euro, benché i 204 milioni fossero quelli previsti dall'Accordo di Programma firmato circa un anno prima con i ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze.
- Il programma non è sostenuto da un piano regolatore della rete ospedaliera e risulta disallineato dal DM 70 del 2015, dato che l'ultimo atto regionale in materia è una delibera del 2018 che indicava tredici ospedali con DEA contro i dieci previsti dallo standard.
- Il Masterplan, approvato nel 2022 nella sua seconda edizione, porterebbe i DEA a quattordici, in assenza di analisi di sostenibilità sui costi di costruzione e di gestione e sulla effettiva disponibilità di personale.
- Le conseguenze paventate sono immobili incompiuti o sottoutilizzati e un ulteriore sbilanciamento verso un ospedale già definito ipertrofico e frammentato, a danno della sanità

territoriale e in particolare della salute mentale, con richiamo al Rapporto Salute Mentale del Ministero della Salute.

- L'autore afferma di avere segnalato ripetutamente questi rilievi alla Giunta regionale, agli Assessorati, alle Commissioni consiliari competenti e alle Direzioni del Ministero della Salute senza ottenere esito, e conclude denunciando populismo di chi governa e disattenzione di chi dovrebbe controllare.

Art08 — Quotidiano sanità — Quanto ci costano il sociale e la sanità [Giorgio Banchieri]

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

Parole chiave: spesa sanitaria, spesa out-of-pocket, rinuncia alle cure, povertà assoluta, sanità integrativa, fondi sanitari integrativi, ISTAT, GIMBE, invecchiamento, divario territoriale, integrazione sociosanitaria, quota PIL sanità

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/quanto-ci-costano-il-sociale-e-la-sanita/

- La tesi di fondo è che quando il servizio pubblico non garantisce cure tempestive e accessibili la prestazione non scompare, ma si sposta dal fondo pubblico al portafoglio del cittadino, alimentando disuguaglianze e povertà sanitaria.
- Sul fronte demografico il testo riporta dati ISTAT con circa 14,57 milioni di over 65 pari al 24,7 per cento della popolazione, 4,6 milioni di over 80 che per la prima volta superano i bambini sotto i dieci anni, e un indice di vecchiaia di circa 207 anziani ogni cento giovani.
- Sulla povertà la lettera cita il monitoraggio dell'Alleanza Contro la Povertà del 25 maggio 2026, con circa 5,7 milioni di persone in povertà assoluta, 2,2 milioni di famiglie pari all'8,4 per cento, circa 1,28 milioni di minori e 2,4 milioni di lavoratori poveri.
- Il Fondo per le politiche sociali del 2025 vale 10.451.083.000 euro suddivisi in venticinque fondi distinti, di cui il 71,2 per cento destinato al contrasto della povertà e l'11 per cento alla disabilità, in calo dagli 11,89 miliardi del 2022.
- La spesa sanitaria pubblica è indicata al 6,2 per cento del PIL contro il 6,3 del 2023 e del 2024 e una media OCSE europea del 7,1 per cento, con l'Italia quindicesima su ventisette per spesa pubblica pro capite e ultima nel G7, e un divario stimato di almeno 36 miliardi di euro.
- La spesa privata out-of-pocket raggiunge 41,3 miliardi di euro nel 2024, circa il 22-23 per cento del totale e oltre 1.400 euro l'anno per famiglia, molto sopra la soglia del 15 per cento raccomandata dall'OMS, mentre 3,1 milioni di persone pari al 5,3 per cento dichiarano di aver rinunciato a visite o esami.
- Gli iscritti ai fondi sanitari integrativi passano dai 5,8 milioni del 2013 a oltre 16,3 milioni, con 6,36 miliardi gestiti da terzi paganti e oltre 4,4 miliardi di premi raccolti nel ramo malattia secondo IVASS, mentre circa due terzi dei fondi rimborsano prestazioni già garantite dal pubblico.
- Fra le proposte riprese dal DM 71 ritirato figurano i Distretti sociosanitari come Agenzie di Salute territoriali con Piani di Zona condivisi, il ruolo pubblico nella stratificazione dei bisogni, la riforma della sanità integrativa e il coinvolgimento programmato di MMG, PLS e SUMAI nelle AFT, UCCP e Case della Comunità.

Art09 — Quotidiano sanità — Analfabetismo funzionale e salute delle persone [Giorgio Banchieri]

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

Parole chiave: analfabetismo funzionale*, alfabetizzazione sanitaria*, disinformazione, determinanti sociali, equità in salute, aspettativa di vita, MMG, prescrizione sociale, co-housing, disuguaglianze, mortalità evitabile, OCSE

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/analfabetismo-funzionale-e-salute-delle-persone/

- La lettera distingue l'analfabetismo funzionale, definito dall'UNESCO dal 1978 come difficoltà a comprendere e a usare le informazioni nella vita quotidiana, dalla semplice incapacità di leggere e di scrivere.
- Secondo il secondo ciclo dell'indagine OCSE PIAAC del 2024 circa il 35 per cento degli adulti italiani fra i sedici e i sessantacinque anni si trova in questa condizione, contro il 28 per cento del primo ciclo del 2013 e una media OCSE del 26 per cento.
- Il dieci per cento della popolazione comprende soltanto frasi molto brevi e semplici, e la rilevazione, coordinata in Italia dall'INAPP, misura comprensione del testo, competenze logico-matematiche e risoluzione adattiva dei problemi su una scala da zero a cinquecento punti articolata in sei livelli.
- Sul versante dell'alfabetizzazione sanitaria il testo indica il 23 per cento della popolazione a un livello inadeguato e il 35 per cento a un livello problematico, con rischi di errori nell'assunzione dei farmaci, fiducia nelle notizie false e minore adesione alla prevenzione.
- Le diseguaglianze sono misurate con l'aspettativa di vita, pari a settantasette anni per chi ha un basso titolo di studio contro ottantadue per i laureati, con un divario ISTAT di 5,2 anni per gli uomini e di 2,7 anni per le donne.
- Il testo segnala posti letto ospedalieri dimezzati fra il 1996 e il 2023 fino a circa tre ogni mille abitanti contro la soglia di 3,7 del DM 70 del 2015, famiglie responsabili del 26 per cento della spesa sanitaria e un calo dei medici di medicina generale del 17 per cento in dieci anni secondo GIMBE.
- Fra gli strumenti proposti figurano il metodo teach-back, in cui il medico chiede al paziente di spiegare con parole proprie cosa deve fare, la riscrittura di moduli e cartelli, la misurazione dei pazienti cronici che sanno ripetere la terapia alla dimissione e l'educazione alla salute nelle scuole.
- La lettera richiama inoltre i modelli di social prescribing, il co-housing e le piazze del sapere, e le prime Raccomandazioni italiane prodotte fra il 2025 e il 2026 dal Network Italia Comunità, solitudini e salute, corredate di review, scheda di autovalutazione legata al Modello EFQM e glossario.

Art10 — Quotidiano sanità — Fortunato il Ssn che non ha bisogno di ottimisti a tutti i costi [Claudio Maria Maffei]

Data: 29 settembre 2026 | Tipo: lettera al direttore | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: definanziamento, spesa sanitaria, OCSE, Health at a Glance, GIMBE, aspettativa di vita, mortalità evitabile, LEA, cure primarie, carenza personale, Eurostat, tasso di ospedalizzazione

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/fortunato-il-ssn-che-non-ha-bisogno-di-ottimisti-a-tutti-i-costi/

- La lettera contesta la rappresentazione ottimistica del Servizio sanitario nazionale, sostenendo che gli indicatori OCSE favorevoli riflettano condizioni passate e che il sistema sia in crisi, con un peggioramento già prevedibile di quegli stessi indicatori.
- Il riferimento principale è Health at a Glance 2025 dell'OCSE, che copre trentotto Paesi membri utilizzando in prevalenza dati del 2023, insieme al dataset OECD Health Statistics aggiornato al 17 luglio 2026 e rielaborato dalla Fondazione GIMBE.
- Da quella rielaborazione emerge che l'Italia è quindicesima su ventisette Paesi europei dell'area OCSE per spesa sanitaria pubblica pro capite e ultima fra i Paesi del G7, con un divario rispetto alla media europea che supera i 36 miliardi di euro.
- Il bersaglio polemico sono le affermazioni del senatore Francesco Zaffini, presidente della Commissione Sanità del Senato, che aveva citato aspettativa di vita alla nascita, bassa mortalità evitabile e pochi posti letto per acuti e aveva definito disfattisti i critici.
- Dalla audizione del Direttore della programmazione sanitaria del Ministero della Salute, in un documento del 15 settembre 2026 presentato all'indagine conoscitiva della Camera sui LEA, la lettera riprende l'aspettativa di vita di 84,1 anni nel 2024, la più alta nell'Unione europea insieme alla Svezia.

- Lo stesso documento indica una mortalità prevenibile inferiore di circa un terzo alla media europea, una mortalità trattabile più bassa di circa il trenta per cento e ricoveri evitabili per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva e scompenso cardiaco pari a meno della metà della media europea.
- In senso opposto vengono richiamati i dati di un articolo del 6 maggio con le dichiarazioni del ministro Schillaci e del presidente del CNEL Renato Brunetta, secondo cui i medici sono circa il 25 per cento e gli infermieri circa il 20 per cento rispetto alla media europea, con una spesa pro capite di 3.086 euro, inferiore del 19 per cento.
- Le indicazioni finali chiedono di affrontare i fattori strutturali della crisi, di rafforzare l'assistenza territoriale dai servizi distrettuali ai Dipartimenti di Prevenzione e di intervenire sulla carenza di personale e sul collasso della medicina generale, in una popolazione che invecchia, si isola e si impoverisce.

Sezione CSS — Comunità, solitudini e salute

Le sei schede di settembre si dispongono su due fili: chi lavora nelle Case della Comunità e chi vi partecipa. Sul primo Belleri (CSS01) ricostruisce la contraddizione dell'ACN stralcio di giugno 2026, che introduce sei ore settimanali di debito orario per la continuità diurna mentre la legge Balduzzi del 2012 affidava l'H12 alle UCCP; porta a esempio le 77 Medicine di Gruppo Integrate venete, 639 medici per quasi un milione di assistiti, minacciate dal taglio lineare previsto dal 2027 con un migliaio di collaboratori a rischio, e propone di riconoscerle come Spoke, che il DM 77 avrebbe dovuto prevedere almeno al doppio degli Hub. Scotti (CSS02) difende quella firma come scelta obbligata dalle scadenze del PNRR e rinvia al rinnovo 2025-2027; Iannone (CSS06) rivendica per il collaboratore di studio la figura di supporto amministrativo che le linee AGENAS del 2026 collocano nell'équipe di base accanto a medico, infermiere e assistente sociale senza nominarla.

Sul secondo filo il documento di indirizzo AGENAS (CSS04), ventidue pagine licenziate il 6 maggio 2024 e riviste a novembre, costruisce la ruota della partecipazione su informazione, consultazione, partecipazione attiva ed empowerment, con co-programmazione, co-progettazione, co-erogazione e co-valutazione, PREMs, PROMs e audit civico, e propone un Comitato per la partecipazione stabile; la lettura giornalistica (CSS03) indica come criticità la carenza di personale, il divario digitale e il rischio che la consultazione resti un passaggio burocratico.

Il protocollo Delphi europeo di Petrazzuoli e colleghi (CSS05), tre round con circa sessanta esperti e consenso fissato all'ottanta per cento, prova a definire ruolo e formazione dei **link worker** fuori dal Regno Unito.

CSS01 — Quotidiano sanità — Debito orario e Case di Comunità: la contraddizione del PNRR che mette in crisi le Medicine di Gruppo [Giuseppe Belleri]

Data: 4 settembre 2026 | Tipo: lettera al direttore | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: case della comunità, DM 77, PNRR, ACN, debito orario*, medicina di gruppo, UCCP, AFT, continuità assistenziale, MMG, Veneto, Marche

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/debito-orario-e-case-di-comunita-la-contraddizione-del-pnrr-che-mette-in-crisi-le-medicine-di-gruppo/

- L'ACN stralcio firmato a giugno 2026, alla vigilia della scadenza del PNRR, introduce sei ore settimanali di debito orario nelle Case di Comunità per la continuità assistenziale diurna, ma la sua applicazione nelle regioni si sta rivelando difficile.
- Secondo l'autore, Giuseppe Belleri, medico di medicina generale in pensione a Brescia, la legge Balduzzi del 2012 attribuisce la continuità diurna H12 alla rete delle UCCP, cioè poliambulatori aperti tutto il giorno, anche nei prefestivi e nei festivi.
- Il DM 77 prevede assistenza medica H12 nelle Case di Comunità Hub sette giorni su sette e nelle Spoke sei giorni su sette, affidata ai medici di medicina generale delle AFT del distretto in aggiunta alla loro attività ordinaria.
- Le linee di indirizzo regionali di settembre 2025 sull'attività oraria indicano la Casa di Comunità come riferimento naturale delle UCCP, che dovrebbero collocarsi prioritariamente nelle strutture Hub, evitando così di retribuire due volte la stessa funzione.

- In Veneto operano 77 Medicine di Gruppo Integrate con 639 medici che assistono quasi un milione di cittadini, descritte dall'autore come le Case di Comunità Spoke ante litteram, dotate di collaboratori di studio, apertura H12 e ambulatori per i bisogni non differibili.
- Dal 2027 è previsto un taglio finanziario lineare che disarticolerebbe quella rete, con un migliaio di collaboratori a rischio di licenziamento, mentre il debito orario in Casa di Comunità, retribuito in Veneto con sessanta euro, avrebbe compromesso i conti regionali.
- A Mirano, nel Veneziano, sindaco e cittadini chiedono una Casa di Comunità Spoke per riunire i medici della zona, perché l'Hub del circondario non risponde ai bisogni locali, mentre nelle Marche è stata inaugurata la Spoke a gestione generalista di Sant'Elpidio a Mare.
- Il limite principale del PNRR e del DM 77, sostiene la lettera, è non avere previsto un numero adeguato di Case di Comunità Spoke, almeno il doppio delle Hub, e la proposta avanzata è riconoscere le Medicine di Gruppo Integrate come Spoke.

CSS02 — Quotidiano sanità — Medici di famiglia nelle Case della Comunità. Scotti (Fimmg) agli altri sindacati: "Si dimentica perché fu firmato l'Accordo stralcio. La memoria è corta"

Data: 11 settembre 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: case della comunità, ACN, FIMMG, medicina generale, cure primarie, MMG, PNRR, convenzione riformata, autonomia professionale, burocrazia, Italia

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/medici-di-famiglia-nelle-case-della-comunita-scotti-fimmg-agli-altri-sindacati-si-dimentica-perche-fu-firmato-laccordo-stralcio-la-memoria-e-corta/

- Quotidiano sanità riporta l'intervento del segretario generale della FIMMG, Silvestro Scotti, pubblicato sulla sua pagina Facebook, in replica alle organizzazioni sindacali che contestano l'ACN stralcio della medicina generale firmato a giugno.
- Secondo Scotti la firma fu una scelta obbligata, dettata dalla necessità di rispettare le scadenze del PNRR e dal rischio che alcune materie fossero regolate per legge anziché nella sede propria della contrattazione nazionale.
- L'argomento centrale della replica è che l'accordo serviva a mantenere nella contrattazione nazionale la gestione di una parte rilevante delle trasformazioni della medicina generale, invece di lasciarla a disposizioni legislative unilaterali.
- Scotti sostiene che alcune responsabilità attribuite all'ACN derivino in realtà da scelte legislative precedenti, richiamando la riforma della medicina generale avviata con il decreto Balduzzi del 2012 e le disposizioni successive.
- Nella ricostruzione del segretario lo stralcio non è un punto di arrivo, ma una tappa verso il rinnovo dell'ACN 2025-2027, che resta il passaggio in cui definire gli aspetti rimasti aperti.
- I temi che l'articolo indica come aperti per il nuovo accordo collettivo nazionale sono le modalità organizzative, le tutele professionali, la gestione dei carichi di lavoro e la semplificazione degli adempimenti burocratici.
- Il pezzo insiste sulla distinzione fra contratto e legge: una norma di legge si modifica soltanto con un intervento legislativo, mentre gli aspetti contrattuali restano negoziabili fra i sindacati e la parte pubblica.
- La frase scelta come titolo, sulla memoria corta di alcuni sindacati, riassume il tono polemico di una replica che non nomina mai le organizzazioni criticate e che non porta dati numerici a sostegno.

CSS03 — Quotidiano sanità — Case della Comunità, i cittadini siano dentro le scelte. Agenas traccia la roadmap: dai tavoli civici a WhatsApp, fino alla co-progettazione dei servizi

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

Parole chiave: case della comunità, DM 77, AGENAS, partecipazione, coprogettazione, coprogrammazione, empowerment*, audit civico, PREMs, PROMs, terzo settore, divario digitale

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/case-della-comunita-i-cittadini-siano-dentro-le-scelte-agenas-traccia-la-roadmap-dai-tavoli-civici-a-whatsapp-fino-alla-co-progettazione-dei-servizi/

- L'articolo riassume il documento di indirizzo di Agenas sulla partecipazione nelle Case della Comunità, ricordando che il DM 77 del 2022 rende la partecipazione della comunità e la co-produzione uno standard organizzativo obbligatorio per le strutture hub e spoke.
- Il modello proposto distingue quattro livelli, informazione, consultazione, partecipazione attiva con co-produzione ed empowerment, ordinati secondo il peso decisionale effettivamente riconosciuto ai cittadini e alle loro associazioni.
- Per l'informazione Agenas elenca portali, social network, mailing list, WhatsApp e Telegram, app, podcast, QR code, sportelli, giornate informative e materiali tradotti per le comunità straniere, da usare anche in scuole, mercati, circoli, teatri e piazze.
- La consultazione passa per questionari e survey, bacheche delle idee, tavoli stabili, giurie dei cittadini, town meeting e Agorà della salute, con spazi di ascolto dedicati ad associazioni, gruppi di advocacy e comunità marginali o fragili.
- La partecipazione attiva comprende co-programmazione, co-progettazione, co-erogazione e co-valutazione, con ambiti concreti come sportelli di accoglienza, trasporto verso i luoghi di cura, caregiving volontario a domicilio, educazione terapeutica e sostegno all'aderenza terapeutica.
- L'empowerment riguarda alfabetizzazione sanitaria e digitale, formazione sull'intelligenza artificiale e sulla qualità dei dati sanitari, gruppi di cammino e gruppi di auto-aiuto, rivolti a cronici, fragili, adolescenti, famiglie, donne, migranti e caregiver.
- La valutazione partecipata si appoggia a segnalazioni di disservizi, rilevazioni di soddisfazione, PREMs e PROMs, audit civici e audit di equità, confrontando i risultati con gli standard della Carta dei servizi.
- Le criticità emerse dalla consultazione pubblica sono la carenza di personale e di formazione, il divario digitale, la difficoltà di raggiungere anziani e comunità straniere e il rischio che la consultazione resti un mero passaggio burocratico.

CSS04 — AGENAS — Documento di indirizzo contenente indicazioni per la promozione della partecipazione/co-produzione dei pazienti, dei cittadini e della comunità nell'ambito delle Case della Comunità [AGENAS]

Data: novembre 2024 | Tipo: documento di indirizzo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: case della comunità, AGENAS, DM 77, partecipazione, coprogettazione, coprogrammazione, terzo settore, sussidiarietà, audit civico, PREMs, PROMs, link worker

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/09/documento_di_indirizzo_partecipazione_cdc_pub.pdf

- Il documento di indirizzo di Agenas, ventidue pagine, è rivolto a Regioni e Province autonome, Aziende sanitarie, Distretti e singole Case della Comunità, con versione definitiva licenziata il 6 maggio 2024 e revisione di novembre 2024.
- La base normativa richiamata comprende il decreto ministeriale 23 maggio 2022 numero 77, attuativo della Componente 1 della Missione 6 del PNRR, l'articolo 118 comma 4 della Costituzione sulla sussidiarietà e la legge 833 del 1978 che istituisce il Servizio sanitario nazionale.
- Sono citati anche il decreto legislativo 117 del 2017, Codice del Terzo settore, con l'articolo 55 su co-programmazione e co-progettazione, il decreto legislativo 36 del 2023 sui contratti pubblici e la sentenza della Corte costituzionale numero 131 del 2020.
- Il metodo di elaborazione ha combinato il monitoraggio degli standard del DM 77 con l'analisi di tutti i piani regionali trasmessi, una ricerca desk con revisione della letteratura, una raccolta di esperienze e una consultazione pubblica svolta dal 23 febbraio al 23 marzo 2024.
- Il gruppo di lavoro riunisce referenti regionali (Fabrizia Paltrinieri per l'Emilia-Romagna, Chiara Marinacci per il Lazio, Elisa Lidonnici per ALISA in Liguria, Antonella Caroli per la Puglia), tre esperti di Agenas e rappresentanti di Sapienza, ALTEMS e CARD Italia.

- La ruota della partecipazione articola quattro processi, informazione, consultazione, partecipazione attiva ed empowerment, e dentro la partecipazione attiva colloca quattro tipologie di co-produzione: co-programmazione, co-progettazione, co-erogazione e co-valutazione.
- Fra le indicazioni operative, la co-erogazione prevede di affidare alle associazioni accoglienza, trasporto e gruppi di sostegno e di inserire figure come agenti di comunità, peer support e link worker, mentre la co-valutazione impiega PROMs, PREMs, audit civico e audit di equità in salute.
- Le conclusioni propongono una funzione stabile dentro la Casa della Comunità, per esempio un Comitato per la partecipazione, e una roadmap in quattro tappe che parte dalla formazione del personale e arriva a modalità strutturate e permanenti di partecipazione.

CSS05 — Advances in Clinical and Experimental Medicine — Best practice approaches to social prescribing in European Primary Care: A Delphi protocol focused on link workers [Petrazzuoli, Vidal-Alaball, Kenkre, Kloppe, Evers e altri]

Data: 1 agosto 2025 | Tipo: studio | Località: Europa | Lingua: EN | Accesso: Open

Parole chiave: social prescribing, prescrizione sociale, link worker, connettore sociale, cure primarie, integrated care, salute di comunità, equità in salute, coesione sociale, Delphi*, EGPRN*, Europa

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40748770/

- Il protocollo, pubblicato online il 1 agosto 2025 e poi nel fascicolo di settembre 2025 (volume 34, numero 9, pagine 1589-1595) con DOI 10.17219/acem/208216, descrive uno studio Delphi internazionale sui social prescribing link worker.
- Gli autori sono ventiquattro, con primo firmatario Ferdinando Petrazzuoli, e il lavoro nasce dentro la rete europea della medicina generale, con reclutamento avviato a novembre 2024 attraverso il gruppo di interesse SPCO di WONCA Europe.
- Il problema dichiarato è che fuori dal Regno Unito responsabilità, formazione e requisiti dei link worker restano poco definiti, e mancano indicazioni su quali pazienti traggano maggiore beneficio e su quali strumenti di valutazione adottare.
- Il disegno prevede tre round con un panel multidisciplinare di circa sessanta esperti, contro una media di circa quaranta nella letteratura Delphi, e fissa il consenso ad almeno l'ottanta per cento di accordo su una scala Likert a cinque punti.
- I round sono scadenzati nel tempo: questionario aperto con analisi qualitativa ad aprile 2025, valutazione degli item su scala Likert fra maggio e giugno 2025, finalizzazione di definizioni, ruolo, formazione e popolazione target fra luglio e agosto 2025.
- La conduzione segue le linee guida CREDES, la dichiarazione di Helsinki e il regolamento europeo 2016/679 sulla protezione dei dati, con approvazione etica del comitato di ricerca dell'IDIAP Jordi Gol in Catalogna nella versione V2.
- Gli strumenti dichiarati sono la piattaforma Welphi per la somministrazione, IBM SPSS Statistics versione 29 per i dati quantitativi e l'analisi di contenuto secondo Mayring per le risposte aperte, con questionari di circa quindici minuti e round di due settimane.
- L'obiettivo finale è unificare una comprensione frammentata della prescrizione sociale per preparare l'integrazione dei link worker nei sistemi sanitari, con ricadute attese sulla riduzione delle disuguaglianze di salute e sulla coesione sociale.

CSS06 — Quotidiano sanità — Case di Comunità: MMG e Collaboratore di Studio integrati per una nuova governance territoriale [Giuseppina Iannone]

Data: 23 settembre 2026 | Tipo: lettera al direttore | Località: Campania | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: case della comunità, MMG, collaboratore di studio*, équipe multiprofessionale, AGENAS, FSE, fascicolo sanitario elettronico, telemedicina, presa in carico, cronicità, screening, Campania*

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/case-di-comunita-mmg-e-collaboratore-di-studio-integrati-per-una-nuova-governance-territoriale/

- La lettera è firmata da Giuseppina Iannone, collaboratrice di studio del medico di medicina generale presso la ASL Napoli 1 Centro, e sostiene che la sfida delle Case di Comunità non sia aprire nuove strutture ma renderle capaci di funzionare.
- Le attività quotidiane del collaboratore di studio elencate nel testo sono la gestione di agende e accessi, i rapporti con il CUP, l'orientamento ai servizi territoriali, la documentazione, il supporto ai programmi di prevenzione e l'organizzazione dei percorsi della cronicità.
- L'autrice tiene ferma la distinzione delle responsabilità: al medico restano la responsabilità clinica e le decisioni diagnostiche e terapeutiche, mentre il collaboratore opera sul piano organizzativo, amministrativo e informativo, senza sovrapposizioni di competenze.
- Nelle linee di indirizzo tecniche AGENAS del 2026 l'équipe di base della Casa di Comunità comprende il medico di assistenza primaria o il pediatra di libera scelta, l'infermiere, l'assistente sociale e una figura per il supporto amministrativo.
- A quella figura AGENAS attribuisce supporto organizzativo e gestionale, orientamento dell'utenza, gestione amministrativa dei percorsi, prenotazioni, accettazione, gestione documentale, supporto ai flussi informativi e raccolta dei dati per il monitoraggio, senza però identificarla con il collaboratore di studio.
- Secondo la lettera questo spazio lasciato aperto può essere colmato da Regioni e Aziende sanitarie, che dovrebbero definire funzioni, responsabilità, formazione e modalità di integrazione della figura dentro le équipe territoriali.
- La trasformazione digitale citata comprende FSE 2.0, CUP, ricetta dematerializzata, Patient Summary, telemedicina e piattaforme regionali come SINFONIA Salute in Campania, strumenti che richiedono tracciabilità dei processi, competenze digitali, interoperabilità e una chiara distribuzione delle responsabilità.
- Gli indicatori di governance proposti sono l'adesione agli screening, la continuità dei percorsi della cronicità, l'appropriatezza organizzativa degli accessi, l'utilizzo dei servizi digitali, la riduzione delle attività amministrative improprie a carico del medico e la soddisfazione dei cittadini.

Sezione SAN — Scenari della sanità

Le sette schede di settembre seguono tre fili: come si misura l'invecchiamento, chi entra nelle decisioni di cura, quanto conta la rete che protegge. Strozza e Vignoli (SAN05) sostituiscono i 65 anni con una soglia prospettiva di circa venti anni di vita attesa: l'indice di vecchiaia italiano del 2025 scenderebbe da 179 a 145 per gli uomini e da 238 a 167 per le donne, con il Sud da 165 a 133. Hamaui (SAN02) riferisce il working paper di Acemoglu, Autor, Beirne e Scott secondo cui bassa natalità e invecchiamento non frenano la crescita: i paesi con meno giovani hanno più produttività, capitale e brevetti su tecnologie che risparmiano lavoro.

Lo studio polacco su 64 organizzazioni di pazienti con malattie rare (SAN03) registra un coinvolgimento assente o molto basso nel 46,8% dei casi e la mancanza di finanziamenti come prima barriera (57,8 per cento): una coproduzione vincolata, cui l'Italia risponde con il Registro unico delle associazioni della salute (legge di bilancio 2025). Il programma Surgical Pause, attivo in 42 Veterans Affairs Medical Centers (SAN06), riconduce a quattro categorie l'obiettivo di ogni intervento e fa annotare in cartella una frase del paziente. CARD Italia (SAN01) chiede di collegare i reparti alle AFT e di riconoscere i Dipartimenti di Prevenzione come nodi della rete territoriale; il rapporto UNICEF, ECPAT e INTERPOL conta circa 20 milioni di minori fra 12 e 17 anni colpiti da abusi sessuali facilitati dalla tecnologia, con rischio suicidario quadruplicato (SAN04); fra gli operatori sanitari solo il 61 per cento indovina il numero degli strumenti di misura dell'alfabetizzazione sanitaria (SAN07).

SAN01 — Quotidiano sanità — Vaccinazioni, la governance spetta alla rete dei servizi e delle comunità [A. Trimarchi, L. Rossi, R. Squicciarini]

Data: 2 settembre 2026 | Tipo: lettera al direttore | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: vaccinazioni, prevenzione, distretti, case della comunità, AFT, MMG, PLS, integrazione ospedale-territorio, enti locali, terzo settore, governance sanitaria, CARD Italia*

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/vaccinazioni-la-governance-spetta-alla-rete-dei-servizi-e-delle-comunita/

- La Presidenza di CARD Italia, la Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto, interviene con una lettera al direttore per sostenere che la governance delle strategie vaccinali appartiene alla rete della sanità pubblica territoriale.
- Il punto di partenza è la tragica vicenda di Palermo, richiamata senza dettagli, che secondo gli autori non va letta come occasione per restituire centralità a un singolo livello assistenziale, ma come richiamo a rafforzare una governance di rete a responsabilità condivisa.
- Gli autori rifiutano esplicitamente la contrapposizione fra ospedale e territorio e descrivono ospedali, Dipartimenti di Prevenzione, Distretti, cure primarie, Case della Comunità, sistema sociale ed Enti locali come parti di un unico ecosistema di salute.
- La prima proposta operativa chiede che i reparti ospedalieri siano collegati stabilmente alle Aggregazioni Funzionali Territoriali dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, in modo da superare la frammentazione organizzativa esistente.
- Una seconda richiesta riguarda il riconoscimento dei Dipartimenti di Prevenzione come parte integrante della rete di cura territoriale, collocati sullo stesso piano degli altri nodi e non come struttura separata.
- Distretti e Case della Comunità vengono indicati come i luoghi dove si realizza concretamente l'integrazione fra cure primarie, prevenzione, servizi sanitari e servizi sociali, con un rapporto strutturale fra Distretto, amministrazioni comunali e sistema sociale.
- La lettera assegna ai Comuni il ruolo di protagonisti delle politiche di promozione della salute e sostiene che la prevenzione non si esaurisce nell'atto vaccinale, perché comprende educazione sanitaria, informazione, intercettazione delle fragilità e recupero delle mancate adesioni.

SAN02 — Lavoce.info — E se l'inverno demografico non fosse una tragedia? [Rony Hamaui]

Data: 1 settembre 2026 | Tipo: articolo | Località: Mondo | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: denatalità, demografia, fecondità, invecchiamento, PIL, capitale umano, percorsi di vita generazionali, produttività*, automazione*, stagnazione secolare*, crescita economica*

https://lavoce.info/archives/112346/e-se-linverno-demografico-non-fosse-una-tragedia/

- L'articolo di Rony Hamaui, professore a contratto all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano e segretario generale dell'Associazione per gli Studi Banca e Borsa, discute un working paper che mette in dubbio la lettura catastrofista dell'inverno demografico.
- Lo studio commentato è firmato da Daron Acemoglu, premio Nobel per l'Economia nel 2024, insieme a David Autor, Keelan Beirne e Andrew Scott, ricercatori del Massachusetts Institute of Technology e della London School of Economics.
- L'analisi copre gli ultimi sette decenni, utilizza i dati del secondo dopoguerra riferiti a un ampio numero di paesi, confronta anche diverse regioni degli Stati Uniti ed è disponibile come working paper su SSRN con identificativo 7063343.
- Secondo gli autori il calo della natalità e l'invecchiamento non rallentano la crescita economica, perché la scarsità di giovani favorirebbe produttività, prodotto interno lordo pro capite e salari, mentre il prodotto complessivo resterebbe relativamente invariato.
- I paesi con natalità più bassa mostrano una maggiore produttività totale dei fattori, uno stock di capitale più elevato, esportazioni a più alto contenuto tecnologico e un numero superiore di brevetti su tecnologie che risparmiano lavoro.
- Non trova invece supporto empirico l'ipotesi che la crescita del prodotto per lavoratore dipenda da una maggiore partecipazione femminile al mercato del lavoro oppure da una migliore qualità del capitale umano disponibile.
- Hamaui colloca il lavoro nel dibattito aperto dal modello di crescita di Robert Solow, dalla tesi della stagnazione secolare di Lawrence Summers pubblicata su Foreign Affairs il 15 febbraio 2016 e dagli studi di Robert Gordon e Charles Jones.

- Il paper ha già ricevuto una critica su The Economist del 17 agosto 2026 e nei nove commenti dei lettori si discute la scelta della regressione lineare sui grafici a dispersione e si propone di parlare di glaciazione demografica anziché di inverno demografico.

SAN03 — Sanità Informazione — Malattie rare, la ricerca dà ragione all'Italia: "I pazienti devono entrare nelle decisioni" [Isabella Faggiano]

Data: 2 settembre 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: malattia rara*, associazione di pazienti, partecipazione, coproduzione*, AIFA, Ministero della Salute, dispositivi medici, finanziamento della ricerca, terzo settore, Polonia*, RUAS*

https://www.sanitainformazione.it/malattie-rare-la-ricerca-da-ragione-allitalia-i-pazienti-devono-entrare-nelle-decisioni/

- L'articolo di Isabella Faggiano, pubblicato il 2 settembre 2026 nella sezione Advocacy e Associazioni di Sanità Informazione, commenta uno studio uscito su BMC Health Services Research e firmato da Jan Domaradzki e Dariusz Walkowiak.
- La ricerca ha coinvolto 64 organizzazioni polacche di pazienti con malattie rare attraverso un questionario somministrato fra gennaio e aprile 2026, rilevando che il 65,7 per cento dichiara un coinvolgimento almeno occasionale nella ricerca scientifica.
- Il quadro resta però sbilanciato, perché il 46,8 per cento delle organizzazioni riferisce un coinvolgimento assente o molto basso, soltanto il 15,6 per cento lo giudica alto o molto alto e il 57,8 per cento non ha mai avviato direttamente una attività di ricerca.
- Le barriere più citate sono la mancanza di finanziamenti per il 57,8 %, la scarsa influenza su priorità e processi della ricerca per il 54,7 %, l'assenza di quadri di collaborazione definiti per il 40,6 % e la percezione di essere trattate come semplici fonti di dati per il 37,5 %.
- Il coinvolgimento si concentra nella ricerca non clinica, come le indagini sociali, i registri di pazienti e la diffusione dei risultati, mentre nella ricerca clinica e traslazionale resta più raro e soprattutto di supporto, con il reclutamento dei partecipanti e l'assistenza a chi è arruolato.
- Gli autori definiscono questa condizione una coproduzione vincolata e osservano che le organizzazioni dotate di maggiori risorse finanziarie collaborano più spesso in modo regolare con i clinici e con i ricercatori.
- Sul versante italiano l'articolo richiama la legge di bilancio 2025, art.1, commi dal 293 al 297, che istituisce il Registro unico delle associazioni della salute e obbliga il Ministero della Salute a inserire un rappresentante delle associazioni iscritte nei propri comitati, gruppi di lavoro e osservatori.
- Nel 2026 sono stati pubblicati gli avvisi per la partecipazione di associazioni di pazienti e cittadini all'Osservatorio nazionale sui dispositivi medici, con due rappresentanti previsti, mentre lo studio polacco non analizza il sistema italiano e non può dimostrare l'efficacia della norma del 2025.

SAN04 — Sanità Informazione — Abusi sessuali online, vittime 20 milioni di minori. UNICEF: "Il rischio di pensieri suicidi è 4 volte più alto" [Isabella Faggiano]

Data: 3 settembre 2026 | Tipo: articolo | Località: Mondo | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: minori, adolescenti, salute mentale, suicidio, UNICEF, social media, intelligenza artificiale, privacy, abuso sessuale online*, autolesionismo*, piattaforma digitale*

https://www.sanitainformazione.it/abusi-sessuali-online-vittime-20-milioni-di-minori-unicef-il-rischio-di-pensieri-suicidi-4-volte-pi-alto/

- L'articolo, firmato I.F. e pubblicato il 3 settembre 2026, presenta il rapporto Through Children's Eyes: How Digital Technologies Enable Child Sexual Abuse, realizzato da UNICEF, ECPAT International e INTERPOL nell'ambito del progetto Disrupting Harm.
- La base empirica comprende indagini su circa 21.000 minorenni fra 12 e 17 anni che usano Internet in 21 Paesi e cento interviste approfondite a giovani che hanno subito abusi durante l'infanzia.

- Il primo ciclo di ricerca, svolto principalmente fra 2020 e 2021, ha riguardato Cambogia, Etiopia, Indonesia, Kenya, Malesia, Mozambico, Namibia, Filippine, Tanzania, Thailandia, Uganda e Vietnam, mentre il secondo ciclo del 2024 e 2025 ha aggiunto Armenia, Brasile, Colombia, Repubblica Dominicana, Messico, Montenegro, Macedonia del Nord, Pakistan e Serbia.
- Circa 20 milioni di minori fra 12 e 17 anni, quasi uno su cinque fra gli utenti di Internet, hanno subito nell'arco di un anno almeno una forma di abuso o di sfruttamento sessuale facilitato dalla tecnologia.
- Il rischio di pensieri o comportamenti suicidi e autolesionistici risulta quattro volte più alto rispetto ai coetanei non coinvolti, con punte superiori a otto volte in Messico e in Macedonia del Nord e oltre sette volte per l'autolesionismo in Pakistan.
- La disaggregazione indica oltre 15 milioni di bambini esposti a contenuti sessuali indesiderati, 9 milioni invitati a conversazioni a sfondo sessuale o a condividere immagini contro la propria volontà e circa 4 milioni le cui immagini sono state diffuse senza consenso.
- Nel 57 % dei casi l'autore era già conosciuto dal minore come coetaneo, partner, amico o familiare, nel 38 % era stato conosciuto online, quasi il 60 per cento degli episodi è avvenuto su Facebook, Instagram, Snapchat, TikTok e WhatsApp e il 14 % nei giochi online.
- Oltre il 40 % degli episodi non è stato raccontato a nessuno e meno dell'uno per cento è arrivato alle autorità, per cui la direttrice generale Catherine Russell chiede a governi, servizi sanitari e piattaforme di intervenire su leggi, percorsi di assistenza e progettazione sicura dei servizi.

SAN05 — Lavoce.info — Non si diventa anziani a 65 anni [Cosmo Strozza, Daniele Vignoli]

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

Parole chiave: anziani, invecchiamento, aspettativa di vita, longevità, indicatori demografici, demografia, ISTAT, previdenza, pensionamento, LTC, età prospettiva*, indice di vecchiaia*

https://lavoce.info/archives/112560/non-si-diventa-anziani-a-65-anni/

- Cosmo Strozza, ricercatore dell'Interdisciplinary Centre on Population Dynamics della University of Southern Denmark, e Daniele Vignoli, professore ordinario di demografia all'Università di Firenze, propongono di abbandonare la soglia dei 65 anni per definire la popolazione anziana.
- L'alternativa suggerita è una soglia prospettiva basata sulla speranza di vita residua, che individua la popolazione con circa venti anni di vita attesa davanti a sé e che si sposta nel tempo seguendo i progressi della sopravvivenza.
- Il riferimento di calcolo adottato è la speranza di vita residua di un sessantacinquenne italiano nel 2005, pari a circa diciassette anni e mezzo per gli uomini, su elaborazioni degli autori di dati Istat delle tavole di mortalità della popolazione residente.
- Applicando le due misure all'indice di vecchiaia italiano del 2025, che rapporta per cento la popolazione anziana a quella fra zero e quattordici anni, il valore scende da 179 a 145 per gli uomini e da 238 a 167 per le donne.
- Con la misura tradizionale il Centro registra i livelli più alti, con 188 uomini e 254 donne ogni cento giovani, seguito da Nord-Ovest e Nord-Est, mentre il Sud passa da 165 a 133 per gli uomini e da 216 a 146 per le donne.
- Nelle Isole l'indice scende da 176 a 142 per gli uomini e da 233 a 158 per le donne, con una riduzione generale di circa trenta o trentacinque punti per gli uomini e di oltre settanta o ottanta punti per le donne in tutte le aree.
- Gli autori avvertono che la speranza di vita residua varia per genere e per livello socioeconomico, quindi una soglia media rischia di mascherare le disuguaglianze, ed estendono il ragionamento all'età di ingresso nel lavoro, spesso fissata attorno ai venti anni, e alle soglie pensionistiche di uscita.
- Un ultimo avvertimento riguarda il fatto che l'aspettativa di vita in buona salute potrebbe non crescere quanto quella totale, con un possibile aumento della domanda di assistenza sanitaria e di long term care; l'articolo è pubblicato in contemporanea sul Menabò di Etica ed Economia.

SAN06 — Sanità Informazione — Cure centrate sulla persona, come trasformare “ciò che conta” in scelte cliniche [Isabella Faggiano]

Data: 18 settembre 2026 | Tipo: articolo | Località: USA | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: fragilità, anziani, consenso informato, cure palliative, PROMs, équipe multiprofessionale, presa in carico, qualità, USA, cure centrate sulla persona*, chirurgia elettiva*

https://www.sanitainformazione.it/cure-centrate-sulla-persona-come-trasformare-cio-che-conta-in-scelte-cliniche/

- L’articolo di Isabella Faggiano, pubblicato il 18 settembre 2026, riassume un commento uscito su BMJ Quality & Safety e firmato da Margaret Schwarze, Kate Telma e Lauren J. Taylor sulla traduzione operativa delle cure centrate sulla persona.
- Il caso esaminato è il programma Surgical Pause sviluppato nei Veterans Affairs Medical Centers, che prevede uno screening della fragilità per i candidati alla chirurgia elettiva e, per i pazienti fragili, una pausa dedicata alla discussione degli obiettivi di cura.
- Il programma risulta implementato in 42 Veterans Affairs Medical Centers, mentre la fase preliminare ha comportato l’osservazione del personale chirurgico in diciotto ambulatori, con osservazione etnografica, focus group e interviste.
- Il concetto di What Matters è una componente dei programmi statunitensi Age-Friendly per il miglioramento dell’assistenza agli anziani, e il coinvolgimento della persona viene richiamato come pilastro della qualità assistenziale da circa cinquant’anni.
- Gli autori propongono di ricondurre l’obiettivo plausibile di ogni intervento a quattro categorie, cioè vivere più a lungo, sentirsi meglio, preservare la funzionalità oppure formulare una diagnosi, da esplicitare al paziente insieme alle valutazioni cliniche del chirurgo.
- Viene raccomandato di descrivere con chiarezza gli oneri del trattamento, compresi gli eventi avversi e la possibilità concreta che l’obiettivo non venga raggiunto, superando una informazione limitata ai soli aspetti tecnici della procedura.
- La documentazione in cartella clinica dovrebbe riportare la categoria dell’obiettivo, il significato che essa assume per la persona e una frase pronunciata dalla persona stessa, come pratica ordinaria per tutti i pazienti chirurgici e non soltanto per i fragili o per chi è in fine vita.
- Il percorso prevede inoltre un team di revisione multidisciplinare che comprenda anestesia, cure palliative e assistenza sociale, oltre a strumenti come la pianificazione anticipata delle cure, le consulenze specialistiche e i calcolatori prognostici per valutare l’idoneità chirurgica.

SAN07 — IMR Consulting — Alfabetizzazione sanitaria

Data: data non indicata nella pagina | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: promozione della salute, formazione, ECM, comunicazione del rischio, determinanti sociali, Italia, alfabetizzazione sanitaria*, health literacy*, educazione sanitaria*, questionario di valutazione*

https://ecmitalianmr.it/view/alfabetizzazione-sanitaria

- La pagina, pubblicata da Italian Medical Research S.r.l, non è un corso con crediti ECM ma un articolo che riporta i risultati di un sondaggio rivolto agli operatori sanitari.
- Il questionario è stato costruito dalla Direzione Scientifica IMR con il dottor Luigi Roberto Biasio e inviato per posta elettronica a un indirizzario raccolto durante giornate di formazione tenute in tutta Italia, con compilazione anonima.
- Dal punto di vista tecnico l’invio è avvenuto con la piattaforma MailUp, la raccolta delle risposte è stata automatizzata attraverso la piattaforma Survio.com e l’elaborazione è stata condotta con software statistici dedicati.
- Hanno aperto il sondaggio 387 utenti, di cui 199 lo hanno soltanto visualizzato e 188 lo hanno completato, per un tasso di completamento pari al 48,6 per cento e una media di 2,165 risposte non corrette, con un minimo di zero e un massimo di sei.

- Le domande con maggiori difficoltà riguardano il numero degli strumenti di misura disponibili, dove soltanto il 61 per cento ha indicato la risposta esatta meno di dieci, e i livelli di alfabetizzazione sanitaria, dove il 34 per cento ha risposto in modo errato.
- Sulla posizione italiana nel confronto europeo il 70 per cento ha risposto correttamente, mentre il 19 per cento ha collocato l'Italia all'ultimo posto fra i Paesi europei e il 30 per cento ha fornito nel complesso una risposta errata.
- Il 71 per cento risponde correttamente sulla natura degli strumenti di misura, benché il 25 per cento ritenga che i questionari debbano essere soltanto oggettivi, e il 68 per cento risponde bene su chi deve essere valutato, mentre il 23 per cento esclude gli operatori sanitari dalla valutazione.
- L'interesse per il tema risulta elevato, perché l'87 per cento si dichiara interessato, con il 33 per cento molto interessato e il 54 per cento abbastanza interessato, e soltanto l'uno per cento afferma di non essere per nulla interessato.

Sezione SSN — Scenari del SSN

Quattro fili attraversano le diciannove schede di settembre: tempi di attesa, integrità del sistema, divario fra fondi e bisogni, personale che manca. Il Piano nazionale liste di attesa 2026-2028, in Gazzetta il 24 agosto 2026 (SSN01), introduce liste di tutela con ricontatto entro cinque giorni in classe B, vieta di chiudere le agende e fa pagare il ticket a chi non disdice; il decreto PA (133 voti contro 66 alla Camera) proroga al 2027 i fondi Covid per le attese (SSN19) e il Lazio apre la prescrizione a carico del SSR ai medici del privato accreditato (SSN08).

Il Catalogo dei rischi dell'ANAC (delibera n. 318 del 29 luglio 2026) copre una sanità pari a circa il venticinque per cento dei contratti pubblici (SSN02, SSN03); su settantanove ospedali fra 2017 e 2021 la continuità della maggioranza regionale abbatte del sessantatré per cento il turnover dei direttori generali, mentre i risultati gestionali non contano (SSN06).

La spesa pubblica resta al 6,2 per cento del PIL contro il 7,1 europeo, divario di 36,1 miliardi (SSN05, SSN09); le Regioni stimano scostamenti fra spesa e fondo da 7,5 miliardi nel 2025 a 11 nel 2028 (SSN11), Schillaci cita un FSN da 126 a quasi 143 miliardi (SSN10), il monitoraggio LEA passa alla performance (SSN12) e Gimbe nota che con diciotto Regioni adempienti su ventuno le rinunce salgono dal 7,6 al 9,9 per cento (SSN17); l'AIFA manda gli Omega 3 verso la fascia C (SSN18) e il Mario Negri propone nove macroaree al posto delle Regioni (SSN13). Mancano circa 5.700 medici di famiglia (SSN14), le borse di specializzazione coprono il trentanove per cento del fabbisogno (SSN07), le assunzioni salgono a 58.311 nel 2024 contro 47.238 cessazioni (SSN15), l'Unione europea prevede 950.000 professionisti mancanti entro il 2030 (SSN16) e la UIL FP contesta i diritti compressi nel Terzo settore (SSN04).

SSN01 — Quotidiano sanità — Liste d'attesa, cambia il rapporto con il cittadino: Cup unico, richiamata automatica, percorsi di tutela e più trasparenza. Ma se non disdici l'appuntamento paghi anche se sei esente. Ecco cosa prevede il nuovo Piano 2026-2028 [Luciano Fassari]

Data: 31 agosto 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: liste di attesa, tempi di attesa, classe di priorità, piattaforma nazionale liste di attesa, CUP unico*, Ministero della Salute, AGENAS, televisita, PDTA, fascicolo sanitario elettronico, compartecipazione, privato accreditato

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/liste-dattesa-cambia-il-rapporto-con-il-cittadino-cup-unico-richiamata-automatica-percorsi-di-tutela-e-piu-trasparenza-ma-se-non-disdici-lappuntamento-paghi-anche-se-sei-esente/

- Il Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2026-2028, adottato con decreto del ministro della Salute del 26 giugno e pubblicato nel supplemento ordinario della Gazzetta Ufficiale del 24 agosto 2026, si articola in sette allegati dedicati a prescrizioni, CUP, priorità dei ricoveri, trasparenza dei siti web e informazione ai cittadini.
- Regioni e Province autonome hanno centoventi giorni dall'entrata in vigore del Piano per adottare i rispettivi piani regionali, che vanno poi aggiornati ogni anno, mentre il provvedimento

non stanzia risorse aggiuntive e va attuato con le dotazioni umane, finanziarie e strumentali già disponibili.

- Le liste di tutela, o preliste, prevedono che quando al primo contatto non si riesce ad assegnare una prestazione compatibile con la classe di priorità il sistema registri la richiesta e ricontatti l'assistito entro cinque giorni per la classe B, dieci giorni per le visite in classe D, quindici giorni per gli esami diagnostici in classe D e trenta giorni per la classe P.
- Il CUP deve rendere visibile l'intera offerta pubblica e privata accreditata su base regionale o infraregionale, compresa l'attività libero professionale intramuraria, ed è vietato chiudere o rendere indisponibili le agende di prenotazione, che restano soggette anche ai controlli dell'AGENAS.
- Il sistema di richiamata automatica ricorda la data della prestazione e consente di confermare o cancellare la prenotazione anche da remoto almeno due giorni lavorativi prima, mentre chi non si presenta senza disdetta né giustificazione deve versare la quota ordinaria di partecipazione alla spesa anche se esente dal ticket.
- Per le persone con patologie croniche e oncologiche il Piano prevede agende dedicate ai percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, gestibili dallo specialista o dalla struttura individuata dalla ASL, e il rafforzamento del modello Day Service per concentrare visite, accertamenti e interventi in un percorso coordinato.
- Sui ricoveri programmati, se la struttura non rispetta il tempo massimo della classe di priorità deve essere proposta una struttura alternativa con livelli assistenziali equivalenti mantenendo la data di ingresso in lista, e al paziente va consegnato un documento con classe di priorità, tempo massimo di attesa e riferimenti organizzativi.
- Regioni e aziende sanitarie sono tenute a predisporre sezioni web accessibili dedicate alle liste di attesa, con verifica di disponibilità, dati monitorati e prenotazione online, mentre i risultati del monitoraggio saranno diffusi sul portale del Ministero della Salute insieme a un glossario rivolto ai cittadini.

SSN02 — Quotidiano sanità — Corruzione in sanità. Anac mette nel mirino liste d'attesa, intramoenia, appalti, concorsi e rapporti con l'industria. Ecco il nuovo Catalogo dei rischi

Data: 31 agosto 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: frodi in sanità, integrità del sistema, ANAC*, liste di attesa, intramoenia, appalti pubblici, conflitto di interessi*, whistleblowing*, HTA, dispositivi medici, privato accreditato, accreditamento

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/corruzione-in-sanita-anac-mette-nel-mirino-liste-dattesa-intramoenia-appalti-concorsi-e-rapporti-con-lindustria-ecco-il-nuovo-catalogo-dei-rischi/

- L'articolo, che non riporta alcuna firma, riferisce il contenuto del Catalogo dei rischi corruttivi e delle misure di prevenzione nel settore sanitario, approvato dall'Autorità nazionale anticorruzione con delibera n. 318 del 29 luglio 2026 e destinato alla sottosezione sui rischi corruttivi del Piano integrato di attività e organizzazione delle aziende del SSN.
- Secondo il presidente dell'ANAC Giuseppe Busìa la sanità rappresenta circa il venticinque per cento della spesa complessiva dei contratti pubblici italiani, mentre l'otto per cento delle segnalazioni di whistleblowing raccolte dall'Autorità riguarda proprio il settore sanitario.
- Sul fronte delle liste di attesa e dell'attività libero professionale intramuraria il Catalogo chiede la tracciabilità dei volumi, la pubblicazione di tariffe e professionisti, controlli a campione sull'orario di lavoro, il tracciamento di ogni modifica alle liste e indicatori sugli scostamenti fra tempi pubblici e privati.
- Per concorsi e incarichi l'Autorità propone maggiore trasparenza nella scelta delle commissioni, la verifica preventiva dei conflitti di interesse, la pubblicazione di criteri e atti, limiti agli incarichi temporanei e, per alcuni incarichi di struttura semplice, la presenza di almeno un componente esterno in commissione.

- Chi lavora contemporaneamente nel pubblico e nel privato accreditato nella stessa specialità dovrebbe essere soggetto a clausole di non concorrenza, obblighi di segnalazione e astensione e controlli sulle dichiarazioni rese, per evitare lo spostamento della domanda verso il privato.
- In materia di appalti il documento chiede la mappatura dell'intero ciclo di procurement e l'uso di indicatori di rischio, con attenzione ai frazionamenti artificiosi, alle dichiarazioni di infungibilità, ai capitolati costruiti su un vincitore predeterminato, alle collusioni e all'abuso di varianti e proroghe.
- Nei grandi centri i proventi delle sperimentazioni cliniche possono arrivare a decine di milioni di euro l'anno, e per questo il Catalogo chiede regolamenti trasparenti sulla ripartizione dei ricavi, dichiarazioni annuali sui conflitti di interesse, audit indipendenti sugli arruolamenti e sistemi digitali che impediscano modifiche retroattive dei dati.
- Nell'area farmaci e dispositivi medici si raccomandano report per individuare anomalie fra farmaco, prescrittore e paziente, l'applicazione del Sunshine Act sui trasferimenti di valore, il ricorso all'Health Technology Assessment e il tracciamento degli incontri con gli informatori scientifici.

SSN03 — ANAC — Catalogo dei rischi corruttivi e delle misure di prevenzione nel settore sanitario [ANAC]

Data: 29 luglio 2026 | Tipo: delibera | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: frodi in sanità, integrità del sistema, ANAC*, appalti pubblici, conflitto di interessi*, whistleblowing*, intramoenia, liste di attesa, GIMBE, accreditamento, HTA, dispositivi medici

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/08/delibera-n.-318-del-29-luglio-2026-rischi-corruttivi-e-prevenzione-settore-sanitario.pdf

- La delibera n. 318, approvata dall'Autorità nazionale anticorruzione nell'adunanza del 29 luglio 2026 e depositata il 4 agosto, è un atto a carattere generale firmato dal presidente Giuseppe Busia e rivolto alle aziende e agli enti del Servizio sanitario nazionale per la sottosezione sui rischi corruttivi dei PIAO.
- Il percorso di elaborazione è documentato nel testo: la decisione di predisporre il catalogo risale al primo aprile 2026, lo schema è stato approvato il 18 maggio e la consultazione pubblica si è svolta dal 3 giugno al 3 luglio 2026, prima dell'approvazione definitiva.
- Il documento sostituisce i rischi e le misure contenuti negli approfondimenti sulla sanità dell'aggiornamento 2015 al Piano nazionale anticorruzione e del Piano nazionale anticorruzione 2016, e si appoggia sulla tassonomia delle frodi e degli abusi elaborata da GIMBE nell'ottavo Rapporto sul SSN presentato l'8 ottobre 2025.
- Nell'area della regolamentazione del sistema sanitario l'Autorità individua il rischio di abuso dell'autonomia prescrittiva del medico e di influenze indebite nell'accreditamento dei professionisti, e chiede reportistica annuale delle prescrizioni extra ospedaliere, controlli amministrativi, rotazione dei funzionari e criteri oggettivi e misurabili per accreditamento e convenzionamento.
- Per la ricerca biomedica, dove i proventi delle sperimentazioni possono raggiungere decine di milioni di euro l'anno nelle grandi aziende, il catalogo prescrive regolamenti aziendali sulla ripartizione dei proventi, dichiarazioni annuali di assenza di conflitto di interessi, registrazione obbligatoria dei trial e schede elettroniche non modificabili retroattivamente.
- Sul capitolo appalti la delibera chiede la motivazione dei fabbisogni e delle infungibilità, alert automatici sui frazionamenti, la verifica a campione di circa il 10% degli affidamenti di valore appena inferiore alla soglia, la rotazione degli operatori negli affidamenti diretti e patti di integrità.
- In tema di risorse finanziarie il testo richiama la pubblicazione dei dati sul patrimonio immobiliare prevista dall'articolo 30 del decreto legislativo n. 33 del 2013, procedure di alienazione con pubblicità per almeno trenta giorni e la sincronizzazione fra sistemi sanitari e anagrafi per cancellare i pazienti deceduti.
- Nella gestione delle risorse umane si prevedono la verifica della coerenza dei concorsi con la programmazione dei fabbisogni, la limitazione degli incarichi temporanei e ad interim, commissioni con almeno un componente esterno per le strutture semplici e la verifica delle incompatibilità ai sensi dell'articolo 4, comma 7, della legge n. 412 del 1991.

SSN04 — Quotidiano sanità — La trappola del non profit [Rita Longobardi]

Data: 1 settembre 2026 | Tipo: lettera al direttore | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: terzo settore, volontariato, economia sociale, coprogettazione, CCNL, retribuzione, costo del lavoro, assistenza sociale, disabilità, attrattività professione, welfare di comunità

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/la-trappola-del-non-profit/

- Nella lettera pubblicata il primo settembre 2026 Rita Longobardi, segretaria generale della UIL FP, sostiene che il Terzo settore è una componente strutturale dell'economia e del welfare italiano e non può essere ridotto a un ambito di puro volontariato.
- L'autrice ricorda che il comparto occupa centinaia di migliaia di lavoratrici e lavoratori fra cooperative sociali, fondazioni, associazioni e imprese sociali, attive in assistenza, salute, disabilità, educazione, fragilità, marginalità, cultura, formazione e inclusione.
- Il nucleo della tesi è che la natura non lucrativa riguarda l'organizzazione e la sua missione, non le persone che vi lavorano, perché chi è assunto con un contratto di lavoro non sta svolgendo attività di volontariato.
- La trappola denunciata nel titolo consiste nell'idea che, essendo l'ente non profit, il personale debba accettare condizioni peggiori, riconoscimenti minori e tutele più deboli, una logica che l'autrice respinge in modo esplicito.
- Longobardi riconosce che i problemi di sostenibilità economica, di risorse, di convenzioni e di accreditamenti sono reali, ma sostiene che vanno affrontati nelle sedi proprie e non possono giustificare ritardi contrattuali né la compressione dei diritti.
- La lettera segnala la difficoltà del settore ad attrarre giovani pur richiedendo competenze sempre più qualificate, e contesta che il valore sociale del lavoro si traduca in un valore economico e professionale inferiore su orario, riposi, ferie, permessi, formazione e sicurezza.
- L'autrice avverte che anche il sindacato deve evitare di cadere nella stessa trappola, perché la contrattazione serve a conciliare interessi diversi, e ribadisce che il volontariato è una scelta libera della persona mentre essere lavoratrice o lavoratore è un'altra cosa.

SSN05 — Quotidiano sanità — Anelli (FNOMCeO): "Se continua il definanziamento del Ssn cambia il modello sociale del Paese"

Data: 3 settembre 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: definanziamento, finanziamento SSN, spesa sanitaria, quota PIL sanità, GIMBE, FNOMCeO, rinuncia alle cure, articolo 32 Costituzione, universalismo, case della comunità, carenza personale, legge bilancio

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/anelli-fnomceo-se-continua-il-definanziamento-del-ssn-cambia-il-modello-sociale-del-paese/

- L'articolo riporta le dichiarazioni di Filippo Anelli, presidente della FNOMCeO, a commento dei dati della Fondazione GIMBE sulla spesa sanitaria pubblica del 2025.
- Secondo i dati GIMBE citati la spesa sanitaria pubblica italiana si attesta al 6,2 per cento del prodotto interno lordo, contro il 7,1 % della media dei Paesi OCSE e della media europea.
- L'Italia risulta quindicesima in Europa per spesa sanitaria pubblica pro capite e ultima fra i Paesi del G7, con un divario di 36,1 miliardi di euro rispetto alla media europea dell'area OCSE.
- Nel 2024, 5,8 milioni di italiani hanno rinunciato a visite specialistiche o a esami diagnostici, mentre crescono la spesa privata e le disuguaglianze sociali e territoriali.
- Anelli avverte che il rischio è una selezione dei diritti in base al reddito, con implicazioni dirette sull'articolo 32 della Costituzione e sul principio di uguaglianza sostanziale, e chiede che la prossima legge di bilancio segni un cambio di passo.
- Il presidente della FNOMCeO ricorda che la federazione ha posto la questione medica già nel 2021 e che dopo cinque anni molte aspettative dei medici sono state deluse su retribuzioni, condizioni di lavoro, autonomia professionale, sicurezza e conciliazione fra vita e lavoro.

- Case della Comunità e Ospedali di Comunità, secondo Anelli, vanno dotati di personale motivato per non restare strutture inefficaci, mentre GIMBE avverte che potrebbero rimanere scatole vuote in assenza di dati sui servizi erogati e sul personale.
- L'articolo riferisce infine che le istituzioni europee avrebbero chiesto all'Italia un accesso più tempestivo alle cure e un intervento strutturale sulle carenze di personale sanitario, tema che Anelli collega direttamente alla tenuta del modello sociale del Paese.

SSN06 — Quotidiano sanità — Direttori generali, il ruolo della politica nella scelta dei manager: il merito è entrato nelle regole, ma non orienta ancora pienamente le scelte [Gianluca Maistri, Chiara Leardini, Gianluca Veronesi, Enrico Zaninotto]

Data: 3 settembre 2026 | Tipo: lettera al direttore | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: direttori generali, management sanitario, governance sanitaria, azienda sanitaria, leadership, turnover, capitale umano, performance, Corte costituzionale, politicizzazione*, albo nazionale degli idonei*

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/direttori-generali-il-ruolo-della-politica-nella-scelta-dei-manager-il-merito-e-entrato-nelle-regole-ma-non-orienta-ancora-pienamente-le-scelte/

- La lettera, firmata da Gianluca Maistri, Chiara Leardini, Gianluca Veronesi ed Enrico Zaninotto dell'Healthcare Management Research Group dell'Università di Verona, presenta i risultati dello studio "Old Habits Die Hard: Formal Politicization and the Turnover of Public Hospital CEOs", pubblicato sulla rivista Administration & Society.
- L'indagine ha analizzato i direttori generali di settantanove ospedali pubblici italiani nel periodo compreso fra il 2017 e il 2021, mettendo a confronto risultati organizzativi, capitale umano del manager e stabilità politica regionale.
- Il risultato principale è che quando la maggioranza regionale mantiene lo stesso orientamento politico il rischio di turnover del direttore generale si riduce di circa il sessantatré per cento, segno che la continuità politica pesa più dei risultati aziendali.
- Gli indicatori gestionali considerati, ossia il risultato economico, l'efficienza gestionale, l'utilizzo dei posti letto e l'attività chirurgica rapportata al personale, non mostrano alcuna relazione statisticamente significativa con l'uscita dall'incarico, e nemmeno l'anzianità nella stessa azienda produce effetti rilevanti; gli autori precisano che lo studio non misura l'appartenenza politica dei singoli manager e non distingue fra uscite volontarie e non volontarie.
- L'esperienza maturata nel SSN riduce il rischio di turnover di circa il cinque per cento per ogni anno aggiuntivo, mentre l'esperienza nel settore privato è associata a una minore probabilità di uscita nell'ordine dell'undici per cento, con significatività statistica più contenuta.
- Il quadro normativo richiamato è quello della legge 124 del 2015 e del decreto legislativo 171 del 2016, che prevedono una selezione nazionale, una commissione regionale incaricata di individuare una rosa di candidati e la scelta finale affidata al presidente di Regione, con nomina, conferma e revoca motivate e pubblicate.
- Sul piano giurisprudenziale la lettera cita la sentenza della Corte costituzionale n. 34 del 2010, secondo cui i direttori generali non ricoprono incarichi meramente fiduciari, e il parere del Consiglio di Stato n. 1113 del 2016 reso nell'ambito della riforma Madia della dirigenza sanitaria.
- Il testo ricorda infine che in Italia operano circa duecentoventi aziende sanitarie pubbliche secondo la FIASO nel 2025 e che nel giugno dello stesso anno il presidente Giovanni Migliore ha proposto di rafforzare i criteri di accesso all'albo nazionale degli idonei.

SSN07 — Quotidiano sanità — Dai biologi ai farmacisti. Per le specializzazioni sanitarie finanziate 1.520 borse statali per il 2025/26. Ma il fabbisogno formativo è di 3.866 posti: coperto solo il 39%. Il decreto in Gazzetta

Data: 9 settembre 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: fabbisogno formativo, borsa di studio, scuole specializzazione, specializzazione, formazione, professioni sanitarie, carenza personale, Ministero della Salute, spesa sanitaria, rete formativa

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/dai-biologi-ai-farmacisti-per-le-specializzazioni-sanitarie-finanziate-1-520-borse-statali-per-il-2025-26-ma-il-fabbisogno-formativo-e-di-3-866-posti-coperto-solo-il-39-il-decreto-in-gazzetta/

- Il decreto interministeriale del 31 luglio 2026, firmato dai ministri della Salute, dell'Università e della ricerca e dell'Economia e delle finanze e pubblicato in Gazzetta Ufficiale, definisce le borse statali e il fabbisogno formativo per gli anni accademici dal 2025 al 2027.
- Per il primo anno delle scuole di specializzazione dell'anno accademico 2025/2026 sono finanziate 1.520 borse statali, destinate alle professioni di biologo, chimico, farmacista, fisico, odontoiatra, veterinario e psicologo.
- Ogni borsa vale 4.773 euro lordi annui per l'intera durata legale del corso secondo la legge di bilancio 2025, con un incremento della spesa sanitaria di 30 milioni di euro nel 2025 e ulteriori 30 milioni di euro annui a partire dal 2026.
- Il fabbisogno formativo complessivo del triennio 2025-2027 è di 11.643 specialisti, articolato in 3.986 unità per il 2025, 3.866 per il 2026 e 3.791 per il 2027, mentre la copertura statale per il 2025/2026 supera appena il trentanove per cento e lascia scoperti 2.346 posti.
- La ripartizione del fabbisogno 2026 per professione assegna 1.107 posti ai biologi, 809 ai farmacisti, 607 agli psicologi, 598 ai veterinari, 440 agli odontoiatri, 159 ai chimici e 146 ai fisici.
- Fra le singole specializzazioni le borse più numerose vanno a patologia clinica e biochimica clinica con 225 posti, farmacia ospedaliera con 214, specializzazioni veterinarie con 172, psicologia clinica con 159 e farmacologia e tossicologia clinica con 135.
- Il finanziamento complessivo per il 2025/2026 a legislazione vigente ammonta a 32,026 milioni di euro, di cui 7,254 milioni assorbiti dalle borse del primo anno, e le risorse raggiungono le università solo dopo la definizione del relativo decreto del Presidente del Consiglio dei ministri.
- Un successivo decreto del ministro dell'Università, acquisito il parere del ministro della Salute, ripartirà le borse fra le scuole, mentre Regioni, Province autonome, università e altri enti pubblici o privati potranno finanziare posti aggiuntivi nei limiti della capacità formativa di ciascuna scuola.

SSN08 — Quotidiano sanità — Lazio, prescrizioni a carico del Ssn estese ai medici del privato accreditato. Rocca: "Semplificazione a vantaggio del cittadino"

Data: 9 settembre 2026 | Tipo: articolo | Località: Lazio | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: Lazio, privato accreditato, pubblico-privato, liste di attesa, appropriatezza, continuità assistenziale, presa in carico, medico di famiglia, programmazione regionale, ricetta dematerializzata*, monitoraggio attuazione

https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/lazio-prescrizioni-a-carico-del-ssn-estese-ai-medici-del-privato-accreditato-rocca-semplificazione-a-vantaggio-del-cittadino/

- La Regione Lazio ha approvato (delibera di giunta n. 629 del 30/7/2026, pubblicata sul Bollettino ufficiale del 4/8/2026) una sperimentazione che estende la capacità prescrittiva a carico del SSR ai medici dipendenti di strutture private accreditate e contrattualizzate.
- La sperimentazione ha una durata di sei mesi, con data di avvio da fissare attraverso successive linee guida operative regionali, e l'adesione delle strutture è volontaria mediante richiesta alla Direzione Salute con informativa alla ASL competente.
- Possono partecipare le strutture che dispongono di almeno sei branche specialistiche accreditate, escluso il laboratorio, oppure che sono dotate di pronto soccorso, e l'abilitazione dei medici avviene attraverso il sistema informativo regionale SISMED.
- La capacità prescrittiva riguarda soltanto le branche accreditate con percorsi di presa in carico integrati nella programmazione della ASL, e la ricetta dematerializzata serve a prenotare nelle agende digitali della stessa struttura dedicate a quei percorsi.
- I farmaci restano prescrivibili quando la terapia è clinicamente necessaria dopo la visita specialistica, mentre ogni prescrizione deve passare obbligatoriamente da SISMED e può riguardare solo l'attività istituzionale per conto del Servizio sanitario regionale, con esclusione della libera professione.

- A tutela dell'accesso la delibera impone che le agende per il primo accesso con priorità B e D siano almeno pari ai volumi erogati nel 2025, salvo diversa percentuale stabilita dalla ASL, e prevede un monitoraggio periodico per singolo medico prescrittore, branca e struttura.
- Gli scostamenti significativi dagli indicatori di appropriatezza, valutati su dati normalizzati relativi ai volumi di prescrizione, comportano la sospensione o la revoca dell'abilitazione del singolo medico e della partecipazione della struttura alla sperimentazione.
- Il presidente della Regione Francesco Rocca, le cui dichiarazioni sono riprese dall'ANSA, ha definito la misura un modo per semplificare la vita al cittadino e ha giudicato assolutamente ridicola la definizione di assegno in bianco, ricordando che il budget delle strutture private non viene modificato da queste prescrizioni.

SSN09 — Quotidiano sanità — Non si garantisce la sanità pubblica con soluzioni low cost [Costantino Troise]

Data: 15 settembre 2026 | Tipo: lettera al direttore | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: definanziamento, spesa sanitaria, rinuncia alle cure, privato accreditato, liste di attesa, CCNL, retribuzione, autonomia professionale, prestazioni aggiuntive*, sanità integrativa, devolution, GIMBE

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/non-si-garantisce-la-sanit-pubblica-con-soluzioni-low-cost/

- Nella lettera pubblicata il 15 settembre 2026 Costantino Troise sostiene che il Servizio sanitario nazionale attraversa una crisi strutturale e che la sanità pubblica non può essere garantita con soluzioni low cost basate su personale sottopagato e precario.
- L'autore ricorda che l'autonomia differenziata è ormai operativa in quattro Regioni e ritiene che questo processo ampli le disuguaglianze, tanto da richiedere un patto sociale che limiti i danni del regionalismo.
- Secondo la lettera nel 2025 il privato accreditato ha assorbito circa la metà delle risorse destinate alla riduzione delle liste di attesa, mentre 5,8 milioni di cittadini rinunciano alle cure, attendono o si indebitano per potersi curare privatamente.
- Richiamando i dati GIMBE, il testo osserva che l'Italia ha la quota più bassa di spesa sanitaria complessiva fra i Paesi OCSE e risulta ultima nel G7 sia in rapporto al prodotto interno lordo sia in termini di spesa per abitante.
- Sul personale la lettera stima in circa duemila l'anno i medici ospedalieri che abbandonano il servizio, segnala concorsi che restano deserti e ricorda che un tetto di spesa sulle assunzioni è in vigore da due decenni, mentre la Corte dei conti individua nel sovraccarico di lavoro il costo nascosto del sistema.
- Il contratto collettivo nazionale aumenta le retribuzioni nominali ma non il potere d'acquisto, eroso da inflazione, imposte e fiscal drag, mentre le prestazioni aggiuntive detassate vengono criticate come ritorno agli accordi retributivi individuali degli anni ottanta.
- Troise propone una riforma del decreto legislativo 502 del 1992 che riconosca al tempo clinico il valore di tempo di relazione e di cura, anche sul piano retributivo, e doti il dirigente ospedaliero di uno stato giuridico coerente con il suo ruolo specifico.
- La lettera qualifica la spesa sanitaria come spesa costituzionalmente necessaria richiamando la sentenza della Corte costituzionale n. 169 del 2017, critica l'ingresso della sanità integrativa nei contratti pubblici attraverso il recente contratto nazionale del comparto scuola e cita Filippo Anelli sul mutamento del rapporto fra cittadini, diritti e Stato quando l'accesso alle cure dipende dalla capacità di pagare.

SSN10 — Quotidiano sanità — Verso la Manovra. Schillaci: "Per la sanità i fondi ci saranno. Priorità a personale e prevenzione"

Data: 10 settembre 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: manovra 2027, legge bilancio, FSN, finanziamento SSN, carenza personale, prevenzione, case della comunità, CCNL, ARAN, Ministero della Salute, retribuzione, emergenza-urgenza

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/verso-la-manovra-schillaci-per-la-sanita-i-fondi-ci-saranno-priorita-a-personale-e-prevenzione/

- L'articolo, non firmato, riferisce le dichiarazioni del ministro della Salute Orazio Schillaci rese a Roma a margine di una raccolta straordinaria di sangue in piazza Mastai, in vista della prossima legge di bilancio.
- Secondo i dati del Ministero della Salute citati nel testo il Fondo sanitario nazionale è passato da circa 126 miliardi di euro nel 2022 a quasi 143 miliardi di euro nel 2026.
- Il ministro ha indicato come priorità il personale, la prevenzione e il rafforzamento del Servizio sanitario nazionale, affermando che i fondi per la sanità ci saranno come è accaduto negli ultimi anni.
- Sul fronte delle assunzioni Schillaci ha dichiarato di volere più medici e professionisti, mentre l'articolo ricorda che la normativa prevede già fondi specifici per nuove assunzioni destinati a ridurre le liste di attesa e a colmare le carenze di personale.
- Fra i temi aperti ci sono un trattamento più uniforme fra le professioni sanitarie per le indennità, la tassazione degli straordinari e il lavoro nei servizi di emergenza-urgenza, con trattative avviate con l'ARAN e con il Ministero dell'economia e delle finanze.
- Il contratto del comparto sanità 2025-2027, firmato di recente, viene citato come parte della strategia di valorizzazione retributiva, insieme alla dichiarazione del ministro secondo cui bisogna pagare meglio gli operatori sanitari.
- Sulla prevenzione Schillaci propone di separare la relativa spesa dalle altre voci e di collocarla in un capitolo specifico, anche a livello europeo, sostenendo che la prevenzione non è una spesa ma un investimento.
- Il ministro ha difeso il progetto delle Case di comunità affermando che i risultati si vedranno fra due o cinque anni, mentre l'articolo segnala che l'attuazione di queste strutture è contestata dai sindacati dei medici di medicina generale.

SSN11 — Conferenza delle Regioni e delle Province autonome — Documento delle Regioni e delle Province Autonome per l'indagine conoscitiva sull'attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e sull'erogazione delle prestazioni sanitarie nelle Regioni [Conferenza delle Regioni e delle Province autonome]

Data: 23 luglio 2026 | Tipo: documento di indirizzo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: LEA, Nuovo Sistema di Garanzia, Comitato LEA, FSN, finanziamento SSN, Conferenza Stato-Regioni, piani di rientro, bilanci regionali, spesa farmaceutica, mobilità sanitaria, DM 70, DM 77

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/09/leg19.com12.audizioni.memoria.pubblico.ideges.100288.15-09-2026-12-45-17.989.pdf

- Il documento, protocollato come 26/115/CR07/C7 e approvato a Roma il 23 luglio 2026, raccoglie il contributo delle Regioni e delle Province autonome all'indagine conoscitiva parlamentare sull'attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e sull'erogazione delle prestazioni sanitarie, con gli approfondimenti dei Coordinamenti delle Aree Assistenza Territoriale e Assistenza Ospedaliera.
- Il Nuovo Sistema di Garanzia, introdotto con il decreto ministeriale del 12 marzo 2019 e operativo dal 1° gennaio 2020, misura l'assistenza con 88 indicatori, di cui 16 per la prevenzione, 33 per l'assistenza distrettuale, 24 per quella ospedaliera, 4 di contesto, 1 di equità sociale e 10 dedicati ai PDTA.
- Il Fondo sanitario nazionale passa da 136,536 miliardi nel 2025 a 142,905 miliardi nel 2026 (più 6,369 miliardi, pari al 4,7 per cento), poi a 143,909 miliardi nel 2027 e a 144,778 miliardi nel 2028, con un'incidenza sul prodotto interno lordo che scende dal 6,15 al 5,9 per cento.

- Le Regioni segnalano uno scostamento fra spesa prevista e finanziamento pari a 7,5 miliardi nel 2025, 7 miliardi nel 2026, 7,9 miliardi nel 2027 e 11 miliardi nel 2028, secondo il rapporto numero 12 della Ragioneria generale dello Stato, con risorse vincolate che superano i 6 miliardi nel 2026 contro i 2,6 miliardi del 2024.
- Il confronto internazionale mostra per il 2024 una spesa sanitaria pubblica italiana pari al 6,3 per cento del prodotto interno lordo contro il 10,6 per cento della Germania, il 9,7 per cento della Francia e il 6,7 per cento della Spagna, con 2.375 euro pro capite in parità di potere d'acquisto contro i 5.004 euro tedeschi e i 3.486 francesi.
- Sul personale il documento denuncia la carenza di 5.716 medici di medicina generale rilevata da GIMBE al 1° gennaio 2025, 8.180 pensionamenti previsti entro il 2028 e 502 pediatri di libera scelta mancanti, con infermieri praticanti oltre il 20 per cento sotto la media europea secondo l'OCSE 2025.
- Per la farmaceutica si registra nel 2025 una spesa di 24,938 miliardi, pari al 18,42 per cento del Fondo contro la soglia del 15,30 per cento, con acquisti diretti a 17,221 miliardi, uno sforamento di circa 4,7 miliardi rispetto al tetto di 11,234 miliardi e un payback atteso superiore a 2,3 miliardi.
- Fra le richieste figurano criteri espliciti di uscita dai piani di rientro (equilibrio economico e sufficienza nei LEA verificata per due o tre anni), la revisione dei criteri di riparto affidata a un pool di Università pubbliche e l'aggiornamento del DM 70 del 2015 in coordinamento con il DM 77 del 2022.

SSN12 — Quotidiano sanità — Lea. Cambia il monitoraggio: arrivano gli indicatori di performance

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

Parole chiave: LEA, Nuovo Sistema di Garanzia, indicatori, performance, esiti, Ministero della Salute, Comitato LEA, AGENAS, piani di rientro, commissariamento, divario territoriale, Molise

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/lea-cambia-il-monitoraggio-arrivano-gli-indicatori-di-performance/

- L'articolo riferisce l'audizione di Walter Bergamaschi, direttore generale della Programmazione del Ministero della Salute, davanti alla Commissione Affari sociali della Camera sul futuro del monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza, e rinvia al documento consegnato in quella sede.
- Il Ministero intende affiancare al Nuovo Sistema di Garanzia un sistema di indicatori di performance, previsti dalle leggi di bilancio 2025 e 2026, capaci di misurare gli esiti di salute e il rapporto fra risorse impiegate e servizi effettivamente erogati, spostando il monitoraggio dagli adempimenti ai risultati.
- Nel 2023 otto Regioni risultavano sotto la soglia di sufficienza, mentre nel 2024 restano tre sole situazioni critiche: la Provincia autonoma di Bolzano e la Sicilia nell'area della prevenzione e la Calabria nell'area dell'assistenza distrettuale.
- Il Centro-Sud recupera circa cinque o sei punti rispetto al Centro-Nord, ma il divario territoriale resta e in alcune macroaree lo scarto fra la Regione migliore e quella più in difficoltà raggiunge ancora circa trenta punti di punteggio.
- Il sistema di monitoraggio attuale nasce circa vent'anni fa da disavanzi regionali superiori a sei miliardi di euro, mentre oggi tutte le Regioni tranne il Molise presentano bilanci in equilibrio oppure disavanzi contenuti entro il cinque per cento.
- Sono uscite dal commissariamento Abruzzo, Lazio, Campania e Calabria e il Molise resta l'unica Regione commissariata, mentre nei piani di rientro rimangono coinvolte Abruzzo, Puglia, Molise, Calabria e Sicilia.
- L'affiancamento di AGENAS alle Regioni in difficoltà riguarda la revisione della rete ospedaliera e dei punti nascita, la revisione delle reti tempo-dipendenti e l'analisi della mobilità evitabile, accanto al monitoraggio dell'assistenza domiciliare integrata, degli screening oncologici e delle centrali operative 116117 previste dal PNRR.

SSN13 — Salute Internazionale — Rilanciare il Servizio Sanitario Nazionale [Luigi Bracchitta, Alessandro Nobili, Livio Garattini]

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

Parole chiave: governance sanitaria, programmazione sanitaria, Titolo V, finanziamento SSN, universalismo, cure primarie, MMG, case della comunità, intramoenia, medicina difensiva, società scientifiche, macroarea sanitaria*

https://www.saluteinternazionale.info/2026/09/rilanciare-il-servizio-sanitario-nazionale/

- L'articolo, pubblicato il 16 settembre 2026 da Luigi Bracchitta, Alessandro Nobili e Livio Garattini del Centro Studi di Politica e Programmazione Socio-Sanitaria dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS di Milano, propone una riforma complessiva del Servizio sanitario nazionale ed è corredato da dieci riferimenti bibliografici.
- Gli autori ricordano che il Servizio sanitario nazionale, istituito nel 1978 con copertura universale finanziata dalla fiscalità generale, è stato progressivamente decentrato a partire dal 1992, quando poteri gestionali ed economici sono stati trasferiti alle regioni.
- La sanità assorbe spesso oltre l'ottanta per cento del bilancio regionale e le disparità organizzative sono rilevanti, tanto che la Lombardia conta quasi tre volte il numero di aziende sanitarie e di ospedali accreditati del Veneto.
- La proposta centrale esclude le regioni dalla gestione finanziaria e organizzativa, lasciando loro il solo controllo esterno, e accorpa il territorio in nove macroaree guidate dal Ministero della Salute: due al Nord, due al Centro, due al Sud, la Lombardia da sola e le due isole maggiori.
- Tutti i professionisti sanitari, compresi i medici di medicina generale, diventerebbero dipendenti del Servizio sanitario nazionale, l'attività intramoenia sarebbe abolita e gli stipendi andrebbero avvicinati alla media europea e ancorati al reddito medio nazionale per lavoratore dipendente.
- Le Case di Comunità sono immaginate come strutture multifunzionali per microaree da cinque a diecimila residenti, con personale integrato, specialisti ospedalieri a rotazione e assistenti sociali, per estendere gli orari, potenziare le cure domiciliari e filtrare gli accessi impropri al pronto soccorso.
- Gli autori chiedono inoltre una Scuola Superiore di Sanità per la formazione post-laurea obbligatoria dei dirigenti apicali, con selezione svincolata dalla politica, una maggioranza parlamentare di almeno due terzi per modificare le leggi di politica sanitaria e una drastica riduzione del numero delle società scientifiche.
- Lo Stato resterebbe unico assicuratore del rischio di malattia, finanziato solo dalla fiscalità generale e senza agevolazioni fiscali ai fondi privati, con un budget aumentato e ancorato stabilmente al prodotto interno lordo, mentre concorrenza e tariffazione interna lascerebbero il posto a pianificazione territoriale e logiche di budget.

SSN14 — Bees Sanità Magazine — Chi curerà l'Italia di domani? [Enzo Chilelli]

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

Parole chiave: carenza personale, carenza infermieri, MMG, medicina generale, formazione infermieristica, attrattività professione, retribuzione, gettonisti, burocrazia, spesa sanitaria, GIMBE, OCSE

https://beesanitamagazine.it/chi-curera-litalia-di-domani/

- L'articolo, firmato da Enzo Chilelli e pubblicato il 14 settembre 2026 su Bees Sanità Magazine nelle sezioni "Comunità di Welfair" e "Governance", si interroga sulla disponibilità futura di professionisti sanitari in Italia richiamando un rapporto della Fondazione GIMBE e il Libro Bianco di Welfair 2025, giunto alla terza edizione.
- L'Italia conta 5,4 medici ogni mille abitanti, secondo posto fra i Paesi dell'OCSE contro una media di 3,9, ma oltre novantamila medici non lavorano come dipendenti o convenzionati del Servizio sanitario nazionale né risultano in formazione specialistica.
- Al 1° gennaio 2026 mancano circa 5.700 medici di medicina generale e circa sei milioni di persone risultano prive di un medico di famiglia, con carenze segnalate anche in emergenza-

urgenza, medicina di laboratorio, radioterapia, medicina nucleare, cure palliative e medicina di comunità.

- Sul fronte infermieristico l'Italia occupa il ventitreesimo posto su trentuno Paesi europei dell'OCSE con 6,9 infermieri ogni mille abitanti contro una media di 9,5, e per raggiungere quella media servirebbero circa centocinquantamila professionisti in più.
- Nell'anno accademico 2025-2026 le domande di iscrizione ai corsi di infermieristica sono per la prima volta inferiori ai posti disponibili, con un rapporto fra domande e posti scivolato da 1,6 nel 2020-2021 a 0,9 nell'anno in corso.
- Nel 2023 lo stipendio medio di un infermiere ospedaliero italiano superava appena i quarantamila euro annui contro i circa cinquantacinquemila della media europea, con un divario di quindicimila euro che pesa direttamente sull'attrattività della professione.
- Fra il 2012 e il 2024 la quota di spesa sanitaria pubblica destinata al personale dipendente e convenzionato è calata del 3,1 per cento, equivalente secondo l'articolo a trentatré miliardi sottratti in dodici anni, mentre nel biennio 2024-2025 il ricorso ai gettonisti è costato oltre un miliardo di euro.
- L'autore propone infine di contrastare la burocrazia sanitaria con "Black List" aziendali che eliminino le procedure non utili alla cura, pur senza fornire dati numerici a sostegno di questa parte dell'analisi.

SSN15 — Bees Sanità Magazine — L'Italia ha ricominciato ad assumere personale sanitario [Arrigo Bellelli]

Data: 18 settembre 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: carenza personale, carenza infermieri, infermieri, dotazione di personale, medicina generale, MMG, PLS, pensionamento, ritenzione del personale, fuga dal SSN, Ministero della Salute, FIMMG

https://beesanitamagazine.it/litalia-ha-ricominciato-ad-assumere-personale-sanitario/

- L'articolo di Arrigo Bellelli, pubblicato il 18 settembre 2026 su Bees Sanità Magazine nella sezione "Persone e Professioni", riassume la monografia del Ministero della Salute sul personale delle ASL e degli istituti di ricovero pubblici ed equiparati, fondata sul Conto Annuale previsto dal titolo V del decreto legislativo 165 del 2001.
- Nel 2024 il personale a tempo indeterminato del Servizio sanitario nazionale cresce dell'1,6 per cento rispetto al 2023, con 58.311 assunzioni (circa tre quarti per concorso o stabilizzazione) e 47.238 cessazioni, di cui il 71,6 per cento per pensionamenti, dimissioni o risoluzioni.
- Il personale del Servizio sanitario nazionale e delle strutture equiparate ammonta a 751.146 unità, mentre ASL, aziende ospedaliere e universitarie, IRCCS pubblici e agenzie regionali contano 727.829 persone, di cui 694.765 a tempo indeterminato, 28.882 a tempo determinato e 10.508 universitari.
- I medici sono 116.672, di cui 107.657 dipendenti a tempo indeterminato pari a 1,8 ogni mille abitanti, i medici specialisti complessivi sono 123.103 e gli infermieri 297.983, con un rapporto fra infermieri e medici pari a 2,58. Gli infermieri hanno un'età media di 46,9 anni, 17,4 anni di anzianità di servizio e una densità di 4,7 ogni mille abitanti, che sale a 5,1 includendo le strutture equiparate.
- Il personale della riabilitazione conta 24.306 unità, di cui il 53,9 per cento fisioterapisti, i tecnici sanitari superano le quarantamila unità e l'area della prevenzione impiega 10.213 persone, delle quali il 72,8 per cento tecnici della prevenzione.
- L'età media del personale sanitario è di 48,4 anni con 15,4 anni di anzianità, i medici scendono a 49,3 anni di media dai 51,4 del 2019 e le donne rappresentano il 54,6 per cento del personale, con presenza maggiore fra i medici più giovani.
- Secondo le stime di GAPMED mancano circa 5.500 professionisti in medicina generale, 3.300 in pediatria, 2.000 in medicina interna e 1.400 in anestesia, mentre la FIMMG segnala un calo dei medici di base da 45.000 a meno di 38.000, con oltre cinque milioni di cittadini privi di medico di riferimento.

SSN16 — Quotidiano sanità — L'Europa ha capito che va curato chi cura. Il nostro Paese, finora, no [Saverio Proia]

Data: 22 settembre 2026 | Tipo: lettera al direttore | Località: Europa | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: carenza personale, UE, EU4Health, sistemi sanitari europei, burnout, salute mentale, prevenzione, retribuzione, desertificazione sanitaria, telemedicina, formazione, divario salariale di genere*

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/leuropa-ha-capito-che-va-curato-chi-cura-il-nostro-paese-finora-no/

- Saverio Proia commenta la relazione Fourlas-Razza sulla crisi del personale sanitario approvata dal Parlamento europeo a Strasburgo e ne chiede il recepimento da parte di Parlamento, Governo, Regioni e Province autonome italiane.
- L'autore osserva che la proposta di Quadro finanziario pluriennale per il periodo 2028-2034 non prevede una dotazione dedicata alla salute, mentre la relazione chiede una linea di bilancio autonoma accanto a EU4Health, Orizzonte Europa, fondi strutturali, Erasmus+, Europa Digitale, FSE+ e politica di coesione.
- Fra i dati citati, le malattie non trasmissibili pesano nell'Unione europea per oltre settecento miliardi di euro l'anno e le patologie cardiovascolari causano circa 1,7 milioni di decessi annui, oltre un quinto dei ricoveri ospedalieri, mentre la prevenzione renderebbe fino a quattordici volte l'investimento.
- Nel 2022 il deficit di professionisti sanitari nell'Unione superava 1,2 milioni di persone e si prevedono 950.000 professionisti mancanti entro il 2030, con stime che arrivano a oltre quattro milioni considerando tutti gli operatori sanitari e assistenziali, da cui l'obiettivo di almeno un milione di professionisti in più entro il 2034.
- Il trenta per cento dei medici e il diciotto per cento degli infermieri dell'Unione ha superato i cinquantacinque anni e in dodici Stati membri il quaranta per cento dei medici è prossimo alla pensione, mentre nel 2024 il 3,6 per cento dei cittadini non ha avuto accesso a visite o cure necessarie per costi, liste d'attesa o distanza.
- Sul disagio professionale la lettera riferisce che un operatore su tre dichiara sintomi di depressione o ansia e uno su dieci pensieri suicidari o autolesionismo, con burnout al 79% fra gli infermieri e al sessantacinque per cento fra i medici dell'area cardiovascolare.
- Le donne costituiscono circa il settantotto per cento del personale sanitario europeo e superano il novanta per cento degli infermieri in metà degli Stati membri, con un divario retributivo mensile medio di ventiquattro punti percentuali nel settore sanitario e assistenziale.
- Fra le proposte riportate figurano standard europei comuni su dotazioni di personale e carichi di lavoro, il riconoscimento del carattere usurante delle professioni sanitarie, un programma Erasmus dedicato, misure contro i "deserti sanitari" e la possibilità di escludere la spesa sanitaria dalle logiche restrittive della disciplina di bilancio.

SSN17 — Quotidiano sanità — Lea: 18 Regioni su 21 promosse. Ma le rinunce alle cure salgono al 9,9%, Gimbe: "La pagella ignora chi resta fuori"

Data: 23 settembre 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: LEA, Nuovo Sistema di Garanzia, indicatore CORE, performance, GIMBE, rinuncia alle cure, liste di attesa, equità in salute, divario territoriale, Mezzogiorno, Valle d'Aosta, Ministero della Salute

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/lea-18-regioni-su-21-promosse-ma-le-rinunce-alle-cure-salgono-al-9-9-gimbe-la-pagella-ignora-chi-resta-fuori/

- L'articolo, pubblicato nella sezione "Studi e Analisi", riprende l'analisi della Fondazione Gimbe sul monitoraggio dei LEA relativo al 2024 e riporta le dichiarazioni del presidente Nino Cartabellotta.
- Nel 2024 risultano adempienti diciotto Regioni e Province autonome su ventuno, contro le tredici del 2023 quando le inadempienti erano otto, ma nello stesso periodo quasi 5,8 milioni di persone hanno rinunciato ad almeno una visita o un accertamento diagnostico.

- La quota di cittadini che rinunciano alle cure sale dal 7,6 al 9,9 per cento, un andamento che Cartabellotta definisce paradossale rispetto all'aumento delle Regioni promosse e che motiva la critica secondo cui la pagella ignora chi resta fuori dal sistema.
- Il Nuovo Sistema di Garanzia, in vigore dal 2020, comprende ottantotto indicatori, ma la pagella 2024 ne utilizza un sottoinsieme di ventisette denominati "Core", con un punteggio da zero a cento per ciascuna delle tre macro-aree e una soglia di adempienza fissata a sessanta punti.
- Le tre inadempienze del 2024 riguardano la Calabria nell'area distrettuale e la Provincia autonoma di Bolzano insieme alla Sicilia nell'area della prevenzione collettiva e sanità pubblica, mentre tutte le altre Regioni superano la soglia in ciascuna delle tre macro-aree.
- Nella classifica Gimbe costruita sulla somma dei punteggi, le prime dieci posizioni comprendono sette Regioni del Nord, due del Centro e una del Sud, la Puglia, mentre le ultime sette appartengono tutte al Mezzogiorno con l'eccezione della Provincia autonoma di Bolzano.
- Rispetto al 2023 quindici Regioni migliorano, cinque peggiorano e il Veneto resta stabile, con gli incrementi maggiori in Valle d'Aosta (più quarantotto punti) e in Abruzzo (più quarantasette) e riduzioni comprese fra il meno uno del Molise e il meno undici delle Marche.
- Sei delle diciotto Regioni adempienti hanno almeno una macro-area fra sessanta e sessantanove punti, cosicché alzando la soglia a settanta punti le adempienti scenderebbero a dodici e portandola a ottanta soltanto cinque resterebbero promosse.

SSN18 — Quotidiano sanità — Al via la revisione del Prontuario farmaceutico: gli Omega 3 verso la fascia C, risparmio da 120 milioni [Luciano Fassari]

Data: 25 settembre 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: AIFA, spesa farmaceutica, prontuario farmaceutico*, Ministero della Salute, appropriatezza, compartecipazione, accesso cure, tetti di spesa, farmaceutica convenzionata, sostenibilità

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/al-via-la-revisione-del-prontuario-farmaceutico-gli-omega-3-verso-la-fascia-c-risparmio-da-120-milioni/

- L'articolo di Fassari, pubblicato nella sezione "Scienza e Farmaci", riferisce che il Consiglio di amministrazione dell'AIFA ha recepito nella seduta del 23 settembre l'atto di indirizzo strategico del Ministero della Salute sulla revisione del Prontuario farmaceutico nazionale.
- Si ipotizza il passaggio in fascia C dei medicinali a base di Omega 3 oggi a carico del SSN, con un risparmio stimato intorno ai centoventi milioni di euro su base annua.
- Nella stessa seduta il Consiglio di amministrazione dell'Agenzia ha approvato rinegoziazioni di prezzo che valgono complessivamente 34,9 milioni di euro di risparmi per il SSN.
- I criteri annunciati per la revisione del Prontuario sono l'efficacia clinica e la sicurezza, l'appropriatezza d'uso, l'accessibilità per i pazienti, il rapporto fra costo e beneficio e l'economicità complessiva per il Servizio sanitario nazionale.
- Il percorso dovrebbe evitare in generale aumenti della quota a carico dei cittadini, con l'eccezione dei farmaci che non presentano più i presupposti per restare a carico del Servizio sanitario nazionale e che possono quindi essere riclassificati in fascia C.
- La legge prevede che l'AIFA aggiorni il Prontuario farmaceutico nazionale con cadenza annuale, mentre l'articolo non indica nomi di altri farmaci coinvolti, commissioni tecniche incaricate né date di entrata in vigore delle riclassificazioni ipotizzate.

SSN19 — Quotidiano sanità — Decreto PA. Via libera dalla Camera. Commissario per i materiali Covid, riordino funzioni sanitarie e proroga al 2027 dei fondi per le liste d'attesa

Data: 29 settembre 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: liste di attesa, COVID-19, scorte strategiche, rifiuti sanitari, Ministero della Salute, AGENAS, ISS, IRCCS, commissario straordinario, direttori generali, governance sanitaria, Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/decreto-pa-via-libera-dalla-camera-commissario-per-i-materiali-covid-riordino-funzioni-sanitarie-e-proroga-al-2027-dei-fondi-per-le-liste-dattesa/

- L'articolo, pubblicato il 29 settembre 2026 nella sezione "Governo e Parlamento" di Quotidiano Sanità, dà conto dell'approvazione alla Camera del decreto-legge 7 agosto 2026 numero 144, in vigore dall'8 agosto 2026 e composto da ventisei articoli ripartiti in cinque Capi.
- Il voto favorevole alla Camera è stato espresso da centotrentatré deputati contro sessantasei contrari, e il provvedimento passa ora all'esame del Senato per la seconda lettura entro i termini di conversione.
- I commi da uno a sette dell'articolo 4 istituiscono un Commissario per i materiali Covid, nominato con decreto del Presidente del Consiglio su proposta del Ministro della salute, che cessa al completamento delle attività e comunque entro il 31 marzo 2027, con compenso di quarantamila euro annui e oneri di quarantaquattro milioni per il 2026 e quaranta milioni per il 2027.
- I materiali ancora stoccati ammontano a 312.504 metri cubi, pari a circa 22.692 tonnellate, distribuiti in sedici magazzini, e per il 98,69 per cento sono mascherine, tute, camici e guanti classificati come rifiuti non pericolosi, la cui gestione è passata al Ministero nel luglio 2023.
- Il comma 8-bis proroga al 31 dicembre 2027 la possibilità per Regioni e Province autonome di utilizzare per le liste d'attesa le risorse Covid che erano state erogate nel 2020 e nel 2021.
- I commi 9 e 10 riordinano le funzioni, trasferendo alle direzioni generali del Ministero il monitoraggio dei tempi di attesa e i poteri sostitutivi, con AGENAS destinataria del rapporto RUAS, e assegnando all'Organismo di verifica e controllo competenze su monitoraggio del Piano sanitario nazionale, riconoscimento degli IRCCS, ricerca corrente, ISS, AGENAS e CCM.
- Il comma 8 destina a interventi contro le dipendenze le somme residue del riparto 2024 dell'otto per mille dell'IRPEF, pari a 41.732.206 euro, con effetti sull'indebitamento netto di dieci milioni nel 2026, quindici milioni nel 2027 e sedici milioni nel 2028, coperti dal Fondo per la compensazione degli effetti finanziari.
- Il comma 10-bis mantiene valide le iscrizioni all'elenco nazionale dei direttori generali, pubblicato il 16 dicembre 2022, fino all'elenco aggiornato e comunque non oltre il 31 dicembre 2027, mentre il Comitato per la legislazione rileva che l'espressione "ospedali di caratura nazionale" non ha corrispondenza nell'ordinamento.

Sezione SST — Sostenibilità della sanità

La crisi del personale sanitario, il divario retributivo di genere nelle professioni della cura e lo sfondo delle disuguaglianze sociali europee sono i tre fili delle sei schede di settembre 2026. La relazione del Parlamento europeo (SST03) parte da 1,2 milioni fra medici, infermieri e ostetriche mancanti nell'Unione nel 2022 e da 950.000 operatori in meno previsti entro il 2030, con il 30 per cento dei medici oltre i 55 anni, il burnout fino al 79 per cento degli infermieri dell'area cardiovascolare e la richiesta di un milione di assunzioni aggiuntive nel bilancio 2028-2034. Il primo rapporto della serie OMS sui National Health Workforce Accounts allarga lo sguardo al mondo (SST06): densità cresciuta da 44,8 a 67,9 operatori per 10.000 abitanti fra il 2006 e il 2025, ma carenza fino a 11,1 milioni di unità entro il 2030 e medici tredici volte più densi nella Regione europea che in quella africana.

L'evidence brief dell'OMS Europa su 43 Paesi (SST05) misura un divario orario grezzo del 19 per cento e uno mensile del 28, che scendono a 6 e 10 dopo i controlli e salgono dal 2 per cento del primo decile al 23 del nono; in Italia valgono circa il 10 e il 15 per cento (SST04). Fanno da sfondo i 92,7 milioni di europei a rischio di povertà o esclusione sociale, il 20,9 per cento della popolazione (SST02), e i vent'anni di cooperazione internazionale dello Spallanzani come infrastruttura della preparedness (SST01).

SST01 — Quotidiano sanità — Cooperazione sanitaria internazionale: una funzione strategica della sanità pubblica [E. Nicastri, F. Maggi, E. Girardi, A. Antinori, F. Vairo]

Data: 10 settembre 2026 | Tipo: articolo | Località: Mondo | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: cooperazione sanitaria internazionale*, salute globale, pandemic preparedness, sorveglianza, Ebola, Repubblica Democratica del Congo, HIV, tubercolosi, IRCCS, OMS, AICS*

https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/cooperazione-sanitaria-internazionale-una-funzione-strategica-della-sanita-pubblica/

- L'articolo è firmato da cinque ricercatori dell'Istituto nazionale per le malattie infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS e cade nel 2026, anno in cui l'istituto celebra i novanta anni dalla fondazione e i trenta dal riconoscimento come IRCCS.
- Fra il 2005 e il 2019 l'istituto ha condotto in Tanzania programmi di cooperazione su HIV, malaria, tubercolosi e patogeni emergenti, prima con la Direzione generale per la cooperazione allo sviluppo e poi con l'Agenzia italiana per la cooperazione allo sviluppo.
- Nel settembre 2025 l'istituto ha rinnovato l'accordo quadro con l'AICS, consolidando una rete di partner che comprende università, INTERSOS, EMERGENCY, Medici senza frontiere, Caritas Italiana, Comunità di Sant'Egidio e Fondazione Assisi Missio ETS.
- Con l'AICS l'istituto ha realizzato un intervento sanitario a Sighetu, in Romania, rivolto ai profughi ucraini e alle comunità ospitanti, mentre con AICS, INAIL e un consorzio di organizzazioni non governative lavora sulle infezioni emergenti nelle popolazioni civili e militari.
- In Brasile, con la Fondazione Assisi Missio ETS, l'istituto analizza i bisogni di salute nell'Alto Rio Solimões, in Amazzonia, e partecipa al progetto AVITHRAPID, finanziato da Horizon Europe, dedicato a dengue e chikungunya.
- Nella Repubblica Democratica del Congo l'istituto segue un focolaio di Ebola Bundibugyo, prevede l'invio di un team nell'ambito del Global Outbreak Alert and Response Network dell'OMS e avvierà entro l'anno un progetto AICS per rafforzare le capacità diagnostiche, epidemiologiche e cliniche locali.
- Gli autori sostengono che la preparedness si costruisce prima delle emergenze, con investimenti di lungo periodo in sorveglianza, ricerca, formazione e capacità di risposta condivisa, considerate vere e proprie infrastrutture della sanità pubblica.
- La cooperazione viene presentata come bidirezionale, perché rafforza i sistemi sanitari dei Paesi partner e al tempo stesso accresce conoscenze, competenze e preparazione del Servizio sanitario nazionale italiano di fronte alle minacce emergenti.

SST02 — Eurostat — Key figures on European living conditions, 2026 edition [Eurostat]

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

Parole chiave: Eurostat, UE, disuguaglianze, povertà, determinanti sociali, aspettativa di vita, disabilità, spesa out-of-pocket, rinuncia alle cure, qualità della vita, salute percepita*, EU-SILC*

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/09/ks-01-26-036-en-n.pdf

- Il reddito disponibile equivalente mediano dell'Unione europea nel 2025 è di 22.630 PPS per abitante, con i valori minimi in Ungheria (11.958) e Romania (12.861) e i massimi in Lussemburgo (37.673) e Austria (32.002).
- L'indice di Gini dell'Unione è pari al 29,2 per cento, con i valori più alti in Bulgaria (37,7), Lettonia (35,6) e Lituania (35,5) e valori sotto il 25 per cento in Slovacchia, Belgio, Cechia, Slovenia e Polonia.
- Le persone a rischio di povertà o esclusione sociale sono 92,7 milioni, il 20,9 per cento della popolazione e mezzo milione in meno rispetto al 2024, di cui 72,4 milioni a rischio di povertà e 5,7 milioni esposte a tutte e tre le dimensioni di rischio.
- Il rischio di povertà o esclusione sociale riguarda il 24,3 per cento dei minori e il 18,8 per cento delle persone con almeno 65 anni, con punte del 33,8 per cento fra i bambini in Spagna e del 40,0 per cento fra gli anziani in Croazia.
- Il 67,9 per cento della popolazione di sedici anni e più giudica la propria salute buona o molto buona e l'8,8 per cento cattiva o molto cattiva, con uno scarto netto fra chi ha istruzione bassa (56,1 per cento) e alta (79,1 per cento).

- I bisogni di visita medica non soddisfatti riguardano il 2,4 per cento della popolazione, per liste di attesa (1,2), costo (1,0) e distanza (0,1), e tutte le tredici regioni greche registrano i valori più alti dell'Unione, fra il 9,1 e il 13,4 per cento.
- La spesa sanitaria delle famiglie è di 930 euro per abitante nel 2024, sotto i 500 euro in Slovacchia, Cechia, Ungheria, Slovenia e Romania e sopra i 1.200 euro in Belgio, Lussemburgo e Germania.
- L'aspettativa di vita alla nascita è di 81,5 anni nel 2024 (84,1 per le donne e 78,9 per gli uomini) dopo la caduta a 80,1 anni nel 2021, mentre il 24,2 per cento delle persone di sedici anni e più dichiara una disabilità.

SST03 — Parlamento europeo — Piano di crisi dell'UE per il personale sanitario. Sostenibilità dei sistemi sanitari e condizioni occupazionali e lavorative nel settore sanitario [Loucas Fourlas, Ruggero Razza]

Data: 11 giugno 2026 | Tipo: rapporto | Località: Europa | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: Parlamento europeo*, UE, carenza personale, carenza infermieri, safe nurse staffing, dotazione di personale, burnout, attrattività professione, ritenzione del personale, salute mentale, EU4Health, sostenibilità

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/09/fourlas_razza_copertina_e_parte_i_definitivo.pdf

- Il documento, con riferimento A10-0168/2026 e datato 11 giugno 2026, raccoglie la relazione del Parlamento europeo sulla sostenibilità dei sistemi sanitari e sulle condizioni occupazionali nel settore della salute, firmata dai relatori Loucas Fourlas e Ruggero Razza.
- Nel 2022 mancavano nell'Unione europea circa 1,2 milioni fra medici, infermieri e ostetriche rispetto al personale necessario per la copertura sanitaria universale, e la sanità risulta fra i tre settori con le carenze di manodopera più gravi negli Stati membri.
- Le proiezioni indicano 950.000 operatori sanitari mancanti entro il 2030, mentre una stima più ampia, riferita al complesso dei lavoratori della salute e della cura, colloca il deficit oltre i 4 milioni di unità alla stessa data.
- Il 30 per cento dei medici e il 18 per cento degli infermieri ha almeno 55 anni, e in dodici Stati membri già nel 2022 il 40 per cento dei medici aveva superato quella soglia di età.
- Un operatore sanitario su tre riferisce depressione o ansia, uno su dieci pensieri suicidari o autolesivi, un medico su quattro lavora oltre cinquanta ore settimanali e fra il 60 e il 90 per cento degli infermieri segnala ogni anno disturbi muscoloscheletrici.
- Il burnout arriva al 79 per cento degli infermieri e al 65 per cento dei medici nell'area cardiovascolare, e medici e infermieri hanno una probabilità cinque volte maggiore di sintomi depressivi rispetto alla popolazione generale (32 per cento contro 6).
- Le malattie non trasmissibili costano all'Unione oltre 700 miliardi di euro l'anno e le malattie cardiovascolari causano 1,7 milioni di morti annue e il 22 per cento dei ricoveri, mentre ogni euro speso in prevenzione può rendere fino a quattordici euro.
- Fra le raccomandazioni figurano un milione di operatori aggiuntivi nel ciclo di bilancio 2028-2034, standard di dotazione sicura con possibili rapporti minimi personale-paziente, una strategia europea permanente, un Erasmus dedicato alle professioni sanitarie e una linea di bilancio sanitaria in ogni quadro finanziario pluriennale.

SST04 — Quotidiano sanità — Donne e lavoro. Oms Europa: "Nel settore sanitario guadagnano il 19% in meno all'ora e il 28% in meno al mese" [Elisabetta Magrò]

Data: 18 settembre 2026 | Tipo: articolo | Località: Europa | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: OMS, divario retributivo di genere*, medicina di genere, equità in salute, disuguaglianze, retribuzione, infermieri, UE, salute e lavoro, capitale umano, Eurostat

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/donne-e-lavoro-oms-europa-nel-settore-sanitario-guadagnano-il-19-in-meno-allora-e-il-28-in-meno-al-mese/

- L'articolo riferisce un rapporto dell'OMS Europa secondo cui nel settore della salute e della cura le donne guadagnano il 19 per cento in meno all'ora e il 28 per cento in meno al mese rispetto agli uomini, su dati di 43 Paesi.
- Le donne costituiscono quasi il 77 per cento della forza lavoro della salute e della cura nella Regione europea dell'OMS, ma rappresentano soltanto il 55 per cento degli occupati collocati nella fascia retributiva più alta.
- In Italia il divario è di circa il 10 per cento su base oraria e di circa il 15 per cento su base mensile, valori che restano inferiori alle medie regionali richiamate dal rapporto dell'organizzazione.
- Il divario cresce lungo la scala retributiva, passando da circa il 2 per cento in meno all'ora nella fascia più bassa a quasi il 23 per cento nella fascia più alta, segnale di una barriera verticale alla progressione di carriera.
- Il settore della salute e della cura è il quarto datore di lavoro della Regione, con circa il 10 per cento degli occupati, e assorbe quasi il 17 per cento dell'occupazione femminile contro il 5 per cento di quella maschile.
- La quota di donne occupate nel settore varia molto fra i Paesi, da circa una su quattro in Belgio, Danimarca e Norvegia a una su cinque in Francia, Germania, Irlanda, Paesi Bassi e Svizzera, fino a una su sette nella Federazione Russa e una su dieci in Kirghizistan.
- Dopo l'aggiustamento per età, istruzione, ore lavorate e natura pubblica o privata del datore, il divario orario scende dal 19 al 6 per cento e quello mensile dal 28 al 10 per cento, su dati EU-SILC 2023 e ILOSTAT 2022.
- Natasha Azzopardi Muscat, direttrice della divisione sistemi sanitari dell'OMS Europa, afferma che il divario non è una coincidenza e non dipende dalle qualifiche, e il rapporto chiede rendicontazione obbligatoria, dati retributivi disaggregati, rafforzamento della normativa sulla parità e rimozione delle barriere ai ruoli di vertice.

SST05 — WHO Europe — Gender pay gap in the health and care sector in the WHO European Region: evidence brief [Amo-Agyei, McIsaac]

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

Parole chiave: OMS, divario retributivo di genere*, medicina di genere, equità in salute, disuguaglianze, retribuzione, costo del lavoro, infermieri, UE, Eurostat, capitale umano

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/09/who-euro-2026-13697-53471-83924-eng.pdf

- L'evidence brief dell'Ufficio regionale europeo dell'OMS, pubblicato a Copenaghen nel 2026 con il codice WHO/EURO:2026-13697-53471-83924, analizza il divario retributivo di genere nel settore della salute e della cura in 43 dei 53 Stati membri della Regione.
- L'analisi empirica è di Silas Amo-Agyei dell'Università di Manchester, la stesura è di Michelle McIsaac e dello stesso Amo-Agyei, e le fonti sono Eurostat EU-SILC 2023, ILOSTAT 2022 e il rapporto congiunto ILO e OMS del 2022.
- Il divario orario grezzo è del 19 per cento sulla media e del 14 per cento sulla mediana, contro il 13 e l'11 per cento negli altri settori, mentre il divario mensile grezzo medio raggiunge il 28 per cento.
- Dopo il controllo per età, istruzione, settore pubblico o privato e tempo pieno o parziale, il divario orario medio scende dal 19 al 6 per cento e quello mensile dal 28 al 10 per cento, lasciando comunque un ampio residuo inspiegato.
- Lungo la distribuzione salariale oraria il divario sale da circa il 2 per cento al primo decile a quasi il 23 per cento al nono, dove la componente inspiegata sfiora il 30 per cento mentre quella spiegata è appena superiore a meno uno.
- Il settore è il quarto per occupazione nella Regione con circa il 10 per cento del totale (12 per cento nei Paesi ad alto reddito e 8 per cento in quelli a reddito medio e basso), e l'80 per cento dei lavoratori ha un contratto a tempo indeterminato contro il 68 per cento negli altri settori.

- I dirigenti della salute e della cura guadagnano in media 22,00 euro l'ora contro 24,70 euro dei pari ruolo di altri settori, indizio di una sottovalutazione sistematica delle occupazioni a forte presenza femminile.
- Le raccomandazioni chiedono dati disaggregati sulla forza lavoro, rendicontazione obbligatoria del divario soprattutto per i ruoli dirigenziali, leggi sulla parità retributiva con monitoraggio ed esecuzione, rimozione delle barriere alla progressione di carriera e rivalutazione del lavoro di cura tramite job evaluation.

SST06 — Quotidiano sanità — Personale sanitario. Oms: un medico su quattro vicino alla pensione. Carenza globale verso 11,1 milioni di operatori entro il 2030

Data: 21 settembre 2026 | Tipo: articolo | Località: Mondo | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: OMS, carenza personale, carenza infermieri, ritenzione del personale, attrattività professione, invecchiamento, salute globale, disuguaglianze, fabbisogno formativo, previdenza, National Health Workforce Accounts*

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/personale-sanitario-oms-un-medico-su-quattro-vicino-alla-pensione-carenza-globale-verso-111-milioni-di-operatori-entro-il-2030/

- L'articolo riferisce il rapporto dell'OMS intitolato "National health workforce accounts: health workforce levels and trends 2026", primo di una serie annuale costruita sui dati di 122 Paesi.
- La densità di medici, infermieri e ostetriche, dentisti e farmacisti è cresciuta del 52 per cento in due decenni, passando da 44,8 a 67,9 operatori per 10.000 abitanti fra il 2006 e il 2025.
- Nel mondo lavorano oltre 70 milioni di operatori della salute e della cura, ma quasi un medico su quattro ha superato i 55 anni e andrà in pensione entro il prossimo decennio.
- Nei Paesi ad alto reddito la quota di medici oltre i 55 anni sale a quasi uno su tre, condizione che il rapporto descrive come una doppia pressione sui sistemi sanitari già in difficoltà.
- La carenza globale di operatori della salute e della cura potrebbe raggiungere 11,1 milioni di unità entro il 2030, e 67 Paesi non avranno personale sufficiente per mantenere una densità adeguata data la crescita e l'invecchiamento della popolazione.
- La densità di medici è tredici volte più alta nella Regione europea dell'OMS che nella Regione africana, mentre quella di infermieri e ostetriche è sei volte superiore, misura cruda della disuguaglianza fra aree del mondo.
- Nel 2025 oltre il 90 per cento degli Stati membri dell'OMS ha trasmesso attivamente dati sul personale sanitario, con una disponibilità di informazioni cresciuta di quasi venti volte dall'avvio dei National Health Workforce Accounts nel 2017.
- Khassoum Diallo, responsabile ad interim dell'unità politiche e dati sulla forza lavoro sanitaria della WHO Academy, parla di crisi nascosta e chiede di rafforzare pianificazione, formazione, impiego e ritenzione del personale per la sicurezza sanitaria e lo sviluppo sostenibile.

Sezione OHE — One Health e clima

Il ritorno economico dell'approccio One Health e la biodiversità invisibile del suolo sono i due fili delle due schede di settembre 2026. Il rapporto del Centro Investimenti della FAO con OMS e WOAH (OHE01) poggia su 97 studi, positivi nell'80 per cento dei casi, e calcola 10,9 dollari di ritorno per ogni dollaro investito contro la resistenza antimicrobica nello scenario al 2035 e 14,2 in quello al 2050, con un bisogno di 10,3-11,5 miliardi l'anno per prevenire le pandemie. Guido Bezzi, del Consorzio Italiano Biogas, ricorda che il suolo ospita almeno un quarto della biodiversità del pianeta e propone le dieci azioni di «Farming For Future» (OHE02).

OHE01 — Quotidiano sanità — Zoonosi e resistenza antimicrobica. Costi per miliardi. Fao, Oms e Woah: "Investire nell'approccio One Health"

Data: 31 agosto 2026 | Tipo: articolo | Località: Mondo | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: One Health, zoonosi, antibiotico-resistenza, pandemic preparedness, sorveglianza, sicurezza sanitaria, sicurezza alimentare, biodiversità, FAO*, WOAH*, Banca Mondiale*, ritorno sull'investimento*

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/zoonosi-e-resistenza-antimicrobica-costi-per-miliardi-fao-oms-e-woah-investire-nellapproccio-one-health/

- L'articolo dà conto del rapporto «Ritorni finanziari ed economici degli investimenti in One Health: evidenze e prospettive future», realizzato dal Centro Investimenti della FAO insieme all'OMS e alla WOAH, che raccoglie le prove economiche a favore dell'approccio integrato fra salute umana, animale e ambientale.
- Secondo le stime della Banca Mondiale riportate nel documento, la resistenza antimicrobica potrebbe determinare entro il 2050 una perdita annua pari a circa il 3,8 per cento del prodotto interno lordo globale, mentre le zoonosi avevano già prodotto, nel decennio precedente al 2010, oltre 20 miliardi di dollari di perdite economiche dirette e 200 miliardi di costi indiretti.
- La revisione sistematica alla base del rapporto ha analizzato 97 studi e ha riscontrato nell'80 per cento dei casi un valore economico o un ritorno positivo delle iniziative One Health, pur segnalando che l'83 % dei lavori considera soltanto due settori e non l'insieme del sistema.
- Sul fronte della resistenza antimicrobica il documento calcola che ogni dollaro investito in un pacchetto combinato di interventi genera un ritorno netto globale di 10,9 dollari nello scenario al 2035 e di 14,2 dollari nello scenario al 2050.
- Per la prevenzione delle pandemie il rapporto stima un bisogno di investimenti compreso fra 10,3 e 11,5 miliardi di dollari l'anno, di cui 2,1 miliardi per i servizi veterinari, 5 miliardi per la biosicurezza negli allevamenti e fra 3,2 e 4,4 miliardi per ridurre la deforestazione nei Paesi ad alto rischio.
- Il testo osserva che l'intera somma necessaria alla prevenzione resta inferiore all'uno per cento di quanto è costata la risposta al Covid-19 nel solo 2020, e cita il programma indonesiano sulle zoonosi del periodo 2016-2019, in particolare sulla rabbia, con benefici economici fra 6,56 e 14,35 dollari per ogni dollaro investito ogni anno.
- Fra gli ostacoli il rapporto elenca la difficoltà di quantificare in modo robusto i ritorni, i bilanci e i sistemi di rendicontazione organizzati per singolo settore, i costi iniziali di coordinamento e la difficoltà di attribuire un valore economico a sicurezza sanitaria globale, sicurezza alimentare, equità e biodiversità.
- La WOAH e la FAO raccomandano di investire in prevenzione con strategie che superino la separazione fra i settori, rafforzando i servizi veterinari, la sorveglianza e la collaborazione intersettoriale, mentre l'OMS si impegna a consolidare con i partner le evidenze sull'impatto e sul ritorno degli interventi One Health.

OHE02 — Ecquologia — La biodiversità del "mondo di sotto" e il biogas [Guido Bezzi]

Data: 1 settembre 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: biodiversità, ecosistemi, servizi ecosistemici, rinnovabili, salute planetaria, FAO, suolo*, biogas*, digestato*, agricoltura rigenerativa*, CIB*

https://ecquologia.com/biodiversita-mondo-di-sotto-biogas/

- L'articolo, firmato da Guido Bezzi, responsabile dell'area agronomia del Consorzio Italiano Biogas, ricorda che il suolo ospita almeno un quarto della biodiversità del pianeta e che questo patrimonio resta in gran parte invisibile a chi coltiva la terra.
- Il testo richiama la figura della rete alimentare del suolo tratta dal documento FAO «Suoli e biodiversità» del 2015 e cita il contributo dello scienziato del suolo Rattan Lal, indicato nella pagina come docente alla Ohio University.
- La descrizione della fauna del suolo distingue la mesofauna, formata da organismi compresi fra 0,2 e 2 millimetri come acari e collemboli, la macrofauna di lombrichi, formiche e ragni, e la microflora di batteri, funghi, alghe e protozoi.

- Secondo l'autore questi organismi governano i cicli dell'azoto, del fosforo, del potassio e del carbonio, e la loro attività determina la fertilità effettiva del terreno al di là degli apporti esterni di fertilizzanti chimici.
- Le pratiche agronomiche raccomandate comprendono la riduzione delle lavorazioni al solo strato superficiale, l'impiego del digestato come concime organico in sostituzione dei fertilizzanti di sintesi, l'inserimento di colture di copertura o doppie colture e la riduzione dei trattamenti e delle perdite di nutrienti in falda.
- Queste indicazioni sono raccolte nel modello «Farming For Future», articolato in dieci azioni e documentato sul sito www.farmingforfuture.it, nato dalle esperienze di agricoltori italiani dopo l'installazione di un impianto di biogas in azienda.

Sezione PAN — Pandemie in essere e in arrivo

Il costo dell'impreparazione pandemica e la geografia disuguale di chi la finanzia sono i due fili delle tre schede di settembre 2026. Il rapporto OCSE «Beyond Lockdowns» (PAN01, PAN02) dà una probabilità su due a una nuova pandemia simile al Covid-19 entro venticinque anni e, su 51 Paesi simulati, terapie intensive sature fra 9 e 139 giorni e un prodotto interno lordo giù fra il 2,7 e il 16,2 per cento, contro una preparazione da 7,1 miliardi di dollari l'anno. Il policy brief del 24 settembre la misura nei fatti: 75,7 dollari per abitante nei Paesi ad alto reddito contro 3,7 in quelli a basso reddito, dove il 74 per cento del finanziamento è esterno (PAN03).

PAN01 — Quotidiano sanità — Pandemie. Ocse: rischio 50% di un nuovo Covid entro 25 anni. Senza contromisure terapie intensive al collasso in 1-2 mesi e Pil giù del 16% [Luciano Fassari]

Data: 17 settembre 2026 | Tipo: articolo | Località: Mondo | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: OCSE, pandemic preparedness, piano pandemico, COVID-19, influenza aviaria, morbillo, terapia intensiva*, PIL, sorveglianza delle acque reflue*, scorte strategiche, contromisure mediche, cambiamento climatico

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/pandemie-ocse-rischio-50-di-un-nuovo-covid-entro-25-anni-senza-contromisure-terapie-intensive-al-collasso-in-1-2-mesi-e-pil-gi-del-16/

- Il rapporto dell'OCSE intitolato "The Economic Case for Pandemic Preparedness and Response: Beyond Lockdowns" stima attorno al 50 per cento, cioè una probabilità su due, il rischio di una nuova pandemia di scala paragonabile a quella di Covid-19 entro venticinque anni.
- Lo strumento di modellizzazione Strategic Public Health Planning for Pandemic Preparedness and Response ha simulato cinque tipi di epidemia nei primi nove mesi di diffusione su 51 Paesi appartenenti all'area OCSE, all'Unione europea e allo Spazio economico europeo e al G20.
- In assenza di contromisure la mortalità stimata arriverebbe all'1,2 per cento della popolazione nello scenario simile al coronavirus e al 5,4 per cento nello scenario di influenza aviaria, con valori ancora più elevati per uno scenario simile al morbillo.
- Le terapie intensive dei Paesi OCSE si saturerebbero in un intervallo compreso fra 9 e 139 giorni secondo lo scenario considerato, con circa 42 giorni per l'influenza A, circa 80 giorni per il simile al coronavirus e poco più di un mese per l'influenza aviaria.
- Un aumento del 30 per cento della capacità di terapia intensiva farebbe guadagnare soltanto da 5,5 a 20,6 giorni, mentre la caduta del prodotto interno lordo nei primi nove mesi oscillerebbe fra il 2,7 e il 16,2 per cento, con perdite del 13,4 al 18,9 per cento nei trasporti e nella logistica.
- Il pacchetto di misure non farmacologiche definito "safer contact", basato su igiene, mascherine, ventilazione e quarantena volontaria, eviterebbe almeno il 40 % dei decessi, mentre il solo lockdown come ultima risorsa produrrebbe perdite di prodotto interno lordo fra l'11,7 e il 28,9 %.
- La sorveglianza delle acque reflue eviterebbe un ulteriore 41 per cento dei decessi nello scenario simile al coronavirus, salendo al 51 per cento con misure più articolate, e potrebbe ridurre di oltre il 90 per cento la durata dei lockdown.

- Il costo della preparazione è stimato in circa 7,2 miliardi di dollari a parità di potere d'acquisto per anno nei Paesi OCSE, pari a circa 5,9 dollari per abitante, e in circa 2,6 miliardi nell'area dell'Unione europea e dello Spazio economico europeo, pari a 6,3 dollari per abitante.

PAN02 — OECD — The Economic Case for Pandemic Preparedness and Response: Beyond Lockdowns [OECD]

Data: data non indicata | Tipo: rapporto | Località: Mondo | Lingua: EN | Accesso: Open

Parole chiave: OCSE, pandemic preparedness, piano pandemico, COVID-19, influenza aviaria, morbillo, Ebola, terapia intensiva*, PIL, sorveglianza delle acque reflue*, scorte strategiche, aspettativa di vita

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/09/b7b3852e-en.pdf

- Il rapporto appartiene alla serie OECD Health Policy Studies, è stato predisposto per il Comitato salute dell'OCSE dal gruppo di sanità pubblica della Direzione occupazione, lavoro e affari sociali e porta il DOI 10.1787/b7b3852e-en e l'ISBN 978-92-64-66521-7 per l'edizione stampata.
- Fra il 2020 e il maggio 2023 sono stati ufficialmente registrati nel mondo quasi 7 milioni di decessi da Covid-19, il prodotto interno lordo per abitante globale è scivolato di circa il 4 per cento nel 2020 e l'aspettativa di vita media nell'area OCSE si è ridotta di sette mesi.
- In 28 Paesi OCSE il bilancio del quinquennio 2020-2024 è di 2,4 mesi di aspettativa di vita perduti, di una crescita della spesa sanitaria dello 0,4 per cento annuo e di una perdita di prodotto interno lordo dello 0,1 per cento per anno.
- Le simulazioni su 51 Paesi dell'area OCSE, dell'Unione europea e dello Spazio economico europeo e del G20 indicano quote di popolazione deceduta pari a circa l'1,2 per cento per uno scenario simile al coronavirus, al 3,4 per cento per uno scenario simile a Ebola e fino a circa il 20 per cento per uno scenario simile al morbillo.
- Lo scenario simile al morbillo raggiunge il picco a 83 giorni e arriva a infettare il 62 per cento della popolazione, mentre la capacità delle terapie intensive dei Paesi OCSE si esaurisce in un intervallo compreso fra 9 e 139 giorni a seconda dell'agente considerato.
- Durante la pandemia la prevalenza del tabagismo è risultata superiore di circa il 10 per cento alle proiezioni, i ricoveri cardiovascolari sono calati di circa il 26 per cento in 17 Paesi e le procedure di screening oncologico sono diminuite di circa il 26 per cento in sei Paesi nel 2020.
- L'investimento necessario è quantificato in 7,1 miliardi di dollari a parità di potere d'acquisto per anno nell'area OCSE, di cui circa 4,4 miliardi per le scorte di dispositivi di protezione individuale e di materiali igienici, pari a 3,2 dollari per abitante.
- L'aggiunta della sorveglianza delle acque reflue evita un ulteriore 41 per cento dei decessi nello scenario "safer contact", il 51 per cento nello scenario "reduced contact" e il 73 per cento in caso di solo lockdown, riducendone la durata fino al 90 per cento.

PAN03 — OECD — Tracking spending on prevention, preparedness and response to global health threats [OECD]

Data: 24 settembre 2026 | Tipo: rapporto | Località: Mondo | Lingua: EN | Accesso: Open

Parole chiave: OCSE, pandemic preparedness, salute globale, finanziamento salute globale, spesa sanitaria, sorveglianza, vaccinazioni, prevenzione, OMS, Repubblica Democratica del Congo, disuguaglianze

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/09/899eabea-en.pdf

- Il policy brief dell'OCSE, pubblicato dalla Divisione, misura la spesa per prevenzione, preparazione e risposta alle minacce sanitarie globali distinguendo i Paesi per livello di reddito.
- Nel 2023 la spesa per abitante destinata a prevenzione, preparazione e risposta nel settore sanitario è stata di circa 75,7 dollari nei Paesi ad alto reddito, di 11,9 dollari in quelli a reddito medio-alto, di 5,5 dollari in quelli a reddito medio-basso e di 3,7 dollari nei Paesi a basso reddito.

- I Paesi ad alto reddito spendono per abitante circa venti volte più di quelli a basso reddito, pur destinandovi meno del 2 per cento della spesa sanitaria complessiva, mentre nei Paesi a basso e a medio-basso reddito la quota sale a un intervallo fra il 5 e il 10 per cento.
- In rapporto al prodotto interno lordo la spesa del 2023 è pari allo 0,5 per cento nei Paesi a basso reddito, allo 0,2 per cento in quelli a reddito medio-basso e allo 0,15 per cento nei Paesi a reddito medio-alto e alto, restando complessivamente circa il 13 per cento sopra i livelli del 2019.
- Nei Paesi a basso reddito il finanziamento proviene per il 74 per cento da fonti esterne, per il 19 per cento dal bilancio pubblico nazionale e soltanto per il 7 per cento da fonti private, una struttura che espone questi sistemi alla contrazione degli aiuti internazionali.
- L'aiuto pubblico allo sviluppo in sanità dei membri del Comitato per l'aiuto allo sviluppo è previsto in calo fra il 29 e il 46 per cento tra il 2024 e il 2026, per 5-8 miliardi di dollari in meno, portandolo circa il 63 per cento sotto il picco del 2022.
- Per il 2026 la Repubblica Democratica del Congo e l'Uganda si attendono riduzioni dell'aiuto pubblico allo sviluppo in sanità rispettivamente del 47 e del 54 per cento rispetto al 2024, mentre un panel del G20 aveva stimato nel 2021 un divario annuo di finanziamento fra 10,5 e 15 miliardi di dollari.
- L'OCSE propone di sviluppare con l'OMS e la Banca mondiale un Global Health and Resilience Tracker che unisca dati di spesa sanitaria e di aiuto allo sviluppo, estendendolo poi a salute animale, agricoltura, sorveglianza ambientale e sistemi informativi sanitari.

Sezione OSP — L'ospedale che cambia

La durata della degenza come indicatore da leggere insieme alla tenuta del territorio e la complessità dei pazienti ricoverati in area medica sono i due fili delle due schede di settembre. I dati OCSE riferiti al 2022 collocano l'Italia a 7,2 giorni di degenza media, appaiata alla Corea, dietro a Giappone (16,1), Portogallo (9,3) e Germania (7,5) e sopra a Francia (5,6) e Turchia (4,2), con l'avvertenza che l'obiettivo non è ridurre i ricoveri, ma eliminare le giornate clinicamente non necessarie e verificare che la dimissione sia accompagnata da una presa in carico reale (OSP01). Montagnani, presidente nazionale della FADOI, riporta che circa il 60% dei ricoveri in area medica riguarda persone oltre i 75 anni e oltre il 70% dei pazienti ha almeno tre patologie croniche, mentre il 61,5% degli internisti chiede di riclassificare le Medicine Interne come reparti a medio-alta intensità di cura (OSP02).

OSP01 — Quotidiano sanità — Degenza ospedaliera, l'Italia a 7,2 giorni: siamo tra i Paesi con le permanenze più lunghe. I dati Ocse

Data: 8 settembre 2026 | Tipo: articolo | Località: Mondo | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: ospedale, degenza media*, OCSE, OECD Health Statistics, benchmark internazionale, case della comunità, ospedali di comunità, assistenza domiciliare, cure intermedie*, integrazione ospedale-territorio, dimissioni protette, Italia

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/degenza-ospedaliera-l-italia-a-7-2-giorni-siamo-tra-i-paesi-con-le-permanenze-pi-lunghe-i-dati-ocse/

- L'articolo, pubblicato l'8 settembre 2026 nella sezione Studi e analisi di Quotidiano sanità, rielabora i dati OCSE sulla durata media della degenza ospedaliera riferiti al 2022 e colloca l'Italia a 7,2 giorni, un valore che la pone fra i Paesi con le permanenze più lunghe.
- Nella graduatoria OCSE il Giappone si colloca largamente al primo posto con 16,1 giorni di degenza media, seguito dal Portogallo con 9,3 giorni, dal Canada con 8,0, dal Regno Unito con 7,9, dalla Germania con 7,5 e dal Lussemburgo con 7,3.
- L'Italia, con i suoi 7,2 giorni, risulta appaiata alla Corea, mentre restano al di sotto del valore italiano la Svizzera con 6,9 giorni, la Finlandia e il Costa Rica con 6,6, la Repubblica Slovacca con 6,5, la Polonia e la Slovenia con 6,4 e la Norvegia con 5,9.
- Le degenze più brevi fra i Paesi considerati si registrano in Turchia con 4,2 giorni, in Israele con 4,6, in Australia e in Nuova Zelanda con 4,9, in Svezia con 5,4 e in Francia con 5,6 giorni di permanenza media per ricovero.

- Il commento che accompagna i dati precisa che l'obiettivo di politica sanitaria non è ridurre i giorni di ricovero in quanto tali, bensì eliminare le giornate clinicamente non necessarie, distinguendo quindi fra efficienza organizzativa reale e semplice compressione dei tempi di degenza.
- L'articolo invita a leggere la durata della degenza insieme alla capacità del territorio di prendere in carico il paziente dopo la fase acuta, chiamando in causa le Case della Comunità, l'assistenza domiciliare, gli Ospedali di Comunità, la riabilitazione e le cure intermedie.
- Sono indicate tre condizioni da verificare caso per caso: se il ricovero sia realmente necessario, se esista un setting alternativo appropriato e se la dimissione sia accompagnata da una effettiva presa in carico da parte dei servizi territoriali.
- Il testo suggerisce infine di studiare i modelli organizzativi dei Paesi con degenze più brevi, come la Francia e la Svezia, senza però assumere in via automatica che quei modelli siano migliori di quello italiano.

OSP02 — Quotidiano sanità — Più complessità, più fragilità: la Medicina Interna al centro del SSN che cambia [Andrea Montagnani]

Data: 15 settembre 2026 | Tipo: lettera al direttore | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: medicina interna*, FADOI*, ospedale, intensità di cura, pronto soccorso, sovraffollamento, ricovero fuori reparto, multimorbidità, anziani, burnout, carenza personale, integrazione ospedale-territorio

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/piu-complessita-piu-fragilita-la-medicina-interna-al-centro-del-ssn-che-cambia/

- Andrea Montagnani, nella sua veste di Presidente nazionale della FADOI, propone di collocare la Medicina Interna al centro del SSN che cambia, in apertura del triennio associativo 2026-2028.
- Secondo i dati citati nel testo, circa il 60% dei ricoveri in area medica riguarda persone con più di 75 anni e oltre il 70% dei pazienti presenta almeno tre patologie croniche concomitanti, un profilo di complessità che la classificazione attuale dei reparti non riesce a rappresentare.
- L'indagine condotta nel 2026 fra gli internisti registra che il 65,4% degli intervistati ha vissuto almeno una volta una condizione di burnout, che più di uno su quattro pensa al pensionamento anticipato e che circa uno su cinque valuta il passaggio al settore privato.
- Fra le priorità indicate dai professionisti, il 61,5% chiede di riclassificare le Medicine Interne come reparti a medio-alta intensità di cura, mentre il 57,2% chiede l'assunzione di nuovo personale medico e infermieristico.
- La lettera chiede di adeguare gli standard di personale, le dotazioni e i posti letto alla complessità reale dei pazienti, creando aree a diversa intensità di cura, comprese le semi-intensive, e rafforzando il co-management con le altre specialità.
- Viene sollecitata una risposta strutturale al fenomeno del boarding, cioè la permanenza in Pronto soccorso dei pazienti in attesa di un posto letto, tema su cui la FADOI era già intervenuta nel 2024 a proposito del sovraffollamento, e nel 2025 sui ricoveri evitabili con la prevenzione.
- Il documento propone di costruire una rete integrata fra ospedale e territorio, con responsabilità e percorsi definiti nelle transizioni di cura, coinvolgendo le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità, l'assistenza domiciliare e la medicina generale.
- Completano le richieste la necessità di rendere attrattiva la professione attraverso carriera, ricerca, formazione e condizioni di lavoro sostenibili, l'integrazione della prevenzione anche durante il ricovero e un governo consapevole di telemedicina, sistemi digitali e IA.

Sezione TER — Medicina territoriale

Il ruolo del medico di famiglia, l'allargamento dei compiti della farmacia e la dotazione tecnologica del territorio sono i tre fili delle tre schede di settembre 2026. Nicola Ragone, medico a ruolo unico nell'AUSL di Bologna e vicesegretario FIMMG, difende il rapporto fiduciario con la formula «un medico scelto non è un medico assegnato» e sostiene che il rischio di privatizzazione nasce

dall'indebolimento della medicina generale nel servizio pubblico, non dalle AFT né dalle case della comunità (TER01). Il decreto del sottosegretario Marcello Gemmato autorizza il deblistering nelle farmacie, sulla base del parere 992 del 2 settembre 2025 del Consiglio di Stato, per le sole forme solide orali ed esclusi gli antineoplastici (TER02). Il decreto ministeriale del 27 luglio 2026 ripartisce 235.834.000 euro in quota capitaria, fino al 50 per cento alle case della comunità e il resto agli studi dei convenzionati, con novanta giorni alle Regioni per il piano dei fabbisogni (TER03).

TER01 — Quotidiano sanità — La Medicina Generale non si salva tornando indietro [Nicola Ragone]

Data: 31 agosto 2026 | Tipo: lettera al direttore | Località: Emilia-Romagna | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: medicina generale, MMG, ruolo unico assistenza primaria, AFT, case della comunità, COT, telemedicina, relazione medico-paziente, autonomia professionale, pronto soccorso, FIMMG, Emilia-Romagna*

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/la-medicina-generale-non-si-salva-tornando-indietro/

- La lettera è firmata da Nicola Ragone, medico di assistenza primaria a ruolo unico presso l'AUSL di Bologna e vicesegretario provinciale della FIMMG di Bologna, e sostiene che denunciare i problemi della medicina generale non basta, perché serve un ruolo propositivo capace di orientare il cambiamento in corso.
- Il centro dell'argomentazione è la difesa del rapporto fiduciario fra medico e paziente, perché la conoscenza continuativa della persona assistita, secondo l'autore, migliora la qualità della diagnosi e l'appropriatezza delle scelte cliniche, come riassume la formula «un medico scelto non è un medico assegnato».
- La crisi dei pronto soccorso viene ricondotta a un insieme di fattori, fra cui la difficoltà dei ricoveri, la carenza di personale, l'invecchiamento della popolazione e la multimorbilità, e non alla sola domanda impropria che spesso viene attribuita ai cittadini.
- Nel modello organizzativo dell'Emilia-Romagna, richiamato nella lettera, l'accesso dell'assistito è affidato in via prioritaria al medico scelto e alla rete della propria aggregazione funzionale territoriale, mentre il ricorso ad altri medici resta residuale e il numero 116117, se ben governato, deve orientare senza sostituire il medico di riferimento.
- Sul ruolo unico di assistenza primaria l'autore chiede una valutazione basata sulla pratica quotidiana e un miglioramento attraverso la contrattazione futura, con il sindacato chiamato a vigilare perché le ore non si trasformino in manodopera generica a disposizione dell'azienda sanitaria.
- La contrattazione viene indicata come lo strumento con cui preservare l'autonomia del medico convenzionato, sulla base dell'argomento che un'autonomia professionale priva delle risorse necessarie non è in concreto esercitabile dal singolo professionista.
- Il vero rischio di privatizzazione, secondo la lettera, non deriva dalle aggregazioni funzionali territoriali né dalle case della comunità, ma dall'indebolimento della medicina generale all'interno del servizio pubblico, che aprirebbe la strada alla frammentazione dell'assistenza.
- Le nuove strutture e i nuovi strumenti, cioè AFT, case della comunità, ospedali di comunità, centrali operative territoriali e telemedicina, vanno sostenuti quando rafforzano il ruolo del medico di riferimento e contrastati quando lo sostituiscono con prestazioni anonime e discontinue.

TER02 — Quotidiano sanità — Il farmacista potrà sconfezionare e riconfezionare le dosi di farmaci per il singolo paziente. Pronto il decreto per il deblistering nelle farmacie [Giovanni Rodriquez]

Data: 11 settembre 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: farmacia dei servizi, farmacie, deblistering*, aderenza terapeutica, politerapia, cronicità, Ministero della Salute, Consiglio di Stato*, norme di buona preparazione*, tracciabilità del farmaco*, accordo integrativo regionale, DPR 309/1990*

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/il-farmacista-potr-sconfezionare-e-riconfezionare-le-dosi-di-farmaci-per-il-singolo-paziente-pronto-il-decreto-per-il-deblistering-nelle-farmacie/

- Il decreto, firmato dal sottosegretario di Stato alla Salute Marcello Gemmato, approva le linee guida sull'erogazione del servizio di accesso personalizzato ai farmaci nelle farmacie aperte al pubblico, pratica comunemente indicata con il termine inglese deblistering.
- Il presupposto giuridico è il parere numero 992 del 2 settembre 2025 della Sezione I del Consiglio di Stato, secondo cui l'attività è consentita in assenza di divieti normativi specifici, purché svolta nel rispetto delle norme di buona preparazione e delle eventuali cautele stabilite dalle Regioni.
- Il servizio riguarda soltanto le formulazioni solide per uso orale e resta escluso per i farmaci antineoplastici e per le forme solide instabili, cioè altamente friabili, effervescenti, igroscopiche oppure sensibili alla luce e al calore.
- La divisione delle compresse è ammessa solo quando è espressamente prevista nel riassunto delle caratteristiche del prodotto, perché la semplice presenza della linea di frattura sulla compressa non è considerata condizione sufficiente per procedere all'operazione.
- Per i medicinali compresi nelle sezioni B, C, D ed E della tabella del DPR 309 del 1990 la terapia personalizzata è un'attività aggiuntiva che non deroga agli obblighi vigenti, compresa la registrazione di entrata e uscita, mentre i medicinali della sezione A restano esclusi.
- L'etichetta della confezione personalizzata deve riportare l'identificazione del paziente, un numero univoco, la data di allestimento, denominazione, dosaggio e lotto di ciascun farmaco, modalità di assunzione, durata, conservazione, data limite di utilizzo, avvertenze e recapito della farmacia.
- Le responsabilità sono distinte fra il farmacista direttore, che risponde dell'organizzazione del servizio, e il farmacista esecutore, che risponde della corretta realizzazione tecnica dell'allestimento, formalizzata nella scheda di allestimento e tracciabilità.
- Le farmacie che attivano il servizio devono comunicarne l'avvio all'autorità territoriale competente, le Regioni ne monitorano la diffusione e l'erogazione in regime convenzionale sarà definita negli accordi integrativi regionali, poiché le linee guida fissano standard minimi nazionali.

TER03 — Quotidiano sanità — Diagnostica sul territorio. In Gazzetta il decreto con i 235,8 milioni per apparecchiature a Case di comunità, studi di medici di famiglia e pediatri

Data: 23 settembre 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: case della comunità, CdC, MMG, PLS, medicina di gruppo, diagnostica di primo livello*, telemedicina, fascicolo sanitario elettronico, PNRR, Missione 6 Salute, aree interne, liste di attesa

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/diagnostica-sul-territorio-in-gazzetta-il-decreto-con-i-2358-milioni-per-apparecchiature-a-case-di-comunita-studi-di-medici-di-famiglia-e-pediatri/

- Il decreto del Ministero della Salute del 27 luglio 2026, pubblicato in Gazzetta Ufficiale, aggiorna e modifica il decreto del 29 luglio 2022 relativo al programma straordinario di investimenti in sanità, finanziato con le risorse dell'articolo 20 della legge 67 del 1988.
- L'importo complessivo messo a disposizione è di 235.834.000 euro, già ripartiti fra le Regioni in quota capitaria, mentre l'articolo non riporta la cifra assegnata a ciascuna singola Regione.
- Fino al 50 per cento della quota di ciascuna Regione può essere destinato alle case della comunità, sia hub sia spoke, mentre le risorse residue vanno agli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e alle aggregazioni di medicina di gruppo.

- Le somme non impegnate per gli studi dei medici convenzionati possono essere riprogrammate a favore delle case della comunità, meccanismo che introduce una flessibilità nella destinazione finale delle risorse fra le due linee di intervento previste.
- Le Regioni hanno novanta giorni dalla pubblicazione per trasmettere al Ministero il piano dei fabbisogni relativo alle case della comunità e altri novanta giorni dalla conclusione dei lavori del tavolo tecnico sulle apparecchiature per il piano pluriennale su studi e aggregazioni.
- Le apparecchiature finanziate devono essere integrate con la piattaforma nazionale di telemedicina e con il fascicolo sanitario elettronico, coerentemente con la Missione 6 del PNRR, e le prestazioni erogate restano confermate nei livelli essenziali di assistenza sanitaria di base.
- Le priorità territoriali indicate dal decreto riguardano cronicità, fragilità, aree interne, zone rurali, piccole isole e periferie urbane, con l'invito a considerare le caratteristiche orografiche e demografiche dei territori nella distribuzione delle apparecchiature.
- Gli obiettivi dichiarati sono il rafforzamento della diagnostica di primo livello sul territorio, il miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici e fragili e un contributo alla riduzione delle liste di attesa, mentre per gli accordi integrativi regionali va considerato l'accordo collettivo nazionale del 30 ottobre 2020.

Sezione LTC — Sanità, sociale e Long Term Care

La convenienza economica della prevenzione della demenza e il passaggio dai singoli progetti a una programmazione nazionale strutturata sono i due fili delle due schede di settembre. Lavalle quantifica in circa 23 miliardi di euro l'anno il costo sociosanitario della demenza in Italia secondo l'Istituto Superiore di Sanità del 2023, con il 63% a carico delle famiglie, e stima in circa 10,3 miliardi i costi potenzialmente evitabili applicando alla prevalenza nazionale il 45% di prevenibilità indicato dalla Lancet Standing Commission on Dementia del 2024; le Palestre della Memoria di Modena e Bologna restituiscono 4,44 euro di valore sociale per ogni euro speso (LTC01). Il nuovo Piano nazionale demenze 2027-2031, presentato il 21 settembre 2026, si articola in sette aree di azione, 43 obiettivi, 58 azioni e 64 indicatori, stima in 23,5 miliardi il costo annuo e in circa 1,22 miliardi i risparmi per il Servizio sanitario nazionale (LTC02).

LTC01 — Salute Internazionale — Prevenire la demenza conviene [Tiziana Lavalle]

Data: 9 settembre 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: demenza, Alzheimer, prevenzione, anziani, invecchiamento, ISS, caregiver, spesa LTC, Piano Nazionale Prevenzione, fattori di rischio modificabili*, costo-efficacia*, SROI*

https://www.saluteinternazionale.info/2026/09/prevenire-la-demenza-conviene/

- L'articolo, firmato da Tiziana Lavalle e pubblicato nella sezione Innovazione e management, quantifica in circa 23 miliardi di euro l'anno il costo sociosanitario della demenza in Italia secondo l'Istituto Superiore di Sanità del 2023, di cui il 63% a carico delle famiglie.
- La prevalenza italiana è indicata in 1.150.691 casi dalle Linee Guida nazionali del 2024, sulla base di uno studio della Facoltà di Economia di Tor Vergata, mentre l'Italia risulta il terzo Paese al mondo per quota di persone con più di 65 anni, pari al 24%.
- Il testo richiama la stima dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 2019, secondo cui circa il 30% dei casi è prevenibile, e quella della Lancet Standing Commission on Dementia del 2024, che porta la quota al 45% agendo su quattordici fattori di rischio modificabili lungo tutto il corso della vita.
- Applicando il 45% di prevenibilità alla prevalenza nazionale, l'autrice stima in circa 10,3 miliardi di euro l'anno i costi potenzialmente evitabili, avvertendo però che si tratta di un limite teorico raggiungibile soltanto a regime e non di un risparmio immediatamente disponibile.
- Fra le evidenze internazionali sul ritorno economico sono citati il programma australiano Maintain Your Brain, con oltre 6.000 partecipanti di età compresa fra 55 e 77 anni e almeno due fattori di rischio valutati a tre anni nell'ambito del Sax Institute's 45 and Up Study, e il finlandese FINGER, avviato nel 2015.

- Sul versante delle politiche italiane il Fondo per l'Alzheimer e le demenze, istituito nel 2021 con 15 milioni di euro per il triennio 2021-2023 e rifinanziato con 34,9 milioni per il 2024-2026, viene indicato come leva per programmi strutturati nel prossimo triennio 2027-2029.
- L'analisi di Salemme e colleghi del 2024 sui 21 Piani Regionali di Prevenzione mostra che tutte le regioni intervengono sull'inattività fisica, ma nessuna ha programmi strutturati su istruzione, depressione e ipoacusia, quest'ultima con il quoziente preventivo più elevato, pari all'8,2%.
- L'esperienza delle Palestre della Memoria di Modena e Bologna, rivolte agli over 65, restituisce un valore sociale generato di 4,44 euro per ogni euro speso, ottenuto rapportando 3.600 euro di valore proxy annuo a 810 euro di costi complessivi.

LTC02 — Quotidiano sanità — Demenze. Verso il nuovo Piano nazionale 2027-2031: risorse più efficienti, assistenza sul territorio e sostegno ai caregiver. Schillaci: "Dai singoli progetti a un investimento strutturale" [Ester Maragò]

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

Parole chiave: demenza, Alzheimer, Piano Nazionale Demenze*, Ministero della Salute, ISS, caregiver, assistenza domiciliare, RSA, PDTA, case della comunità, LEA, Conferenza Unificata*

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/demenze-verso-il-nuovo-piano-nazionale-2027-2031-risorse-pi-efficienti-assistenza-sul-territorio-e-sostegno-ai-caregiver-schillaci-dai-singoli-progetti-a-un-investimento-strutturale/

- Il nuovo Piano nazionale demenze, presentato al Ministero della Salute il 21 settembre 2026 dopo l'approvazione del Tavolo permanente sulle demenze dell'8 settembre, si articola in sette aree di azione, 43 obiettivi, 58 azioni e 64 indicatori, con durata quinquennale dal 2027 al 2031 e monitoraggio annuale.
- Il quadro epidemiologico riportato indica circa 1,19 milioni di persone con demenza fra gli over 65, circa 25.000 casi a esordio precoce e circa un milione di persone con decadimento cognitivo lieve, per un totale di circa sei milioni di persone coinvolte considerando le famiglie, pari a circa il 10% della popolazione.
- Il costo annuo di demenze e decadimento cognitivo lieve è stimato in 23,5 miliardi di euro, con il 63% sostenuto dalle famiglie, mentre la piena attuazione delle azioni previste porterebbe risparmi di circa 1,22 miliardi per il Servizio sanitario nazionale e di 664,5 milioni per le famiglie.
- Il ministro Orazio Schillaci ha dichiarato che occorrerà chiedere circa 500 milioni di euro aggiuntivi nella prossima legge di bilancio, pur ribadendo che il Piano si fonda su un uso più efficiente e strutturale delle risorse già esistenti e non su nuovi stanziamenti.
- Sul fronte della prevenzione il Piano attribuisce a undici fattori di rischio modificabili il 39,6% dei casi di demenza e prevede l'inserimento di una scheda strutturata di rilevazione dei fattori di rischio nei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali e nei percorsi della medicina generale, dopo l'analisi dei ventuno piani regionali di prevenzione.
- La rete dei servizi contava 534 Centri per i disturbi cognitivi e le demenze mappati nel 2022, di cui il 46,8% collocati in ospedale e il 44% sul territorio, e soltanto 70 percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali al 31 dicembre 2023, con circa due terzi delle persone prive di accesso nel territorio di residenza.
- L'indagine dell'Istituto Superiore di Sanità su oltre 2.300 caregiver rileva che solo il 34,1% ha ricevuto una formazione specifica e che il 43% esprime giudizi negativi sui servizi, da cui le proposte di standardizzare la formazione, stabilizzare sollievo e supporto psicologico e rafforzare Caffè Alzheimer e Meeting Center.
- Il Piano prevede inoltre una Piattaforma Digitale Nazionale di Sorveglianza delle Demenze presso l'Osservatorio demenze dell'ISS, con dashboard per il monitoraggio dei LEA, e registra per il periodo 2021-2025 un censimento di 142 studi finanziati per 66,1 milioni di euro.

Sezione DIG — Digitalizzazione

La governance dell'intelligenza artificiale in sanità, i servizi digitali sul territorio e l'ingresso dell'IA nella ricerca sono i tre fili delle sei schede di settembre 2026.

La Knowledge Community dell'Ufficio regionale europeo dell'OMS, fra ottobre e dicembre 2025, ha raccolto 898 iscrizioni ma solo 86 contributori effettivi, e conclude che l'IA responsabile è una sfida di governance e non di tecnologia, fino al rifiuto o al rinvio dell'adozione (DIG01). Il commento all'enciclica Magnifica Humanitas di Leone XIV lega il tema al calo del 21% degli aiuti allo sviluppo per la salute fra il 2024 e il 2025 (DIG02). Il Centro Studi Anaao Assomed stima un risparmio fra 18,5 e 27 miliardi l'anno su una spesa di circa 185 miliardi, con il 40% del tempo dei medici ospedalieri assorbito dalla burocrazia, e chiede un Piano nazionale 2026-2030 vincolante (DIG04). Le linee di indirizzo AGENAS sulla telemedicina nelle farmacie convenzionate, nate dal protocollo con Federfarma del 21 marzo 2025, destinano il modello anzitutto alle farmacie rurali, con postazione finanziata dal PNRR (DIG03).

Nella ricerca, agenti Claude hanno prodotto in undici giorni la formalizzazione in Lean dell'ultimo teorema di Fermat, mentre una dichiarazione guidata da Terry Tao critica l'uso dei problemi aperti come banco di prova (DIG05); il wet lab aperto da Anthropic nella Bay Area conferma la verifica sperimentale come test finale delle ipotesi generate dai modelli (DIG06).

DIG01 — WHO Europe — Report of the Knowledge Community on responsible artificial intelligence in health: from promise to practice [WHO Regional Office for Europe]

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

Parole chiave: intelligenza artificiale, IA, OMS, governance dei dati, interoperabilità, bias algoritmico, equità in salute, responsabilità AI sanitaria, privacy, divario digitale, digitalizzazione

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/09/who-euro-2026-13381-53155-83077-eng.pdf

- Il rapporto raccoglie gli esiti di una Knowledge Community online di cinque settimane, promossa dall'Ufficio regionale europeo dell'OMS e cofinanziata dall'Unione europea, che si è svolta dal 13 ottobre a dicembre 2025 con un webinar di apertura e uno di chiusura.
- Alla consultazione si sono iscritte 898 persone (52% donne, 47% uomini, 1% non specificato), il 61% delle quali proveniente dalla Regione europea dell'OMS, con una composizione per settore che vedeva il 32% dal mondo accademico, il 21% dal settore privato, il 20% da governi e autorità sanitarie e il 16% da organizzazioni non governative.
- La partecipazione effettiva è stata molto più ristretta, poiché 456 persone si sono registrate sulla piattaforma, 166 si sono presentate, soltanto 86 hanno pubblicato almeno un contributo oltre la presentazione e 55 di queste hanno scritto più di una volta, con Stati Uniti (9%), Canada (5%) e India (5%) come principali gruppi extraeuropei.
- La discussione è stata organizzata in sei domini tematici, ovvero principi etici e valori, equità, accesso e bias, governance dei dati e privacy, sostenibilità e sostenibilità economica, validazione, evidenze e sicurezza, infine regolazione, politiche e fiducia.
- La tesi centrale del documento è che l'intelligenza artificiale responsabile in sanità costituisca anzitutto una sfida di governance e di sistema e non una sfida tecnologica, e che i sistemi sanitari debbano talvolta rifiutare o rinviare l'adozione di uno strumento.
- Il testo, redatto da Stein Olav Skrøvseth dell'University Hospital of North Norway, individua cinque condizioni fondamentali, cioè governance e responsabilità, governance e interoperabilità dei dati, validazione continua con sorveglianza dopo l'adozione, capacità del personale con supervisione umana effettiva e coprogettazione per prevenire danni evitabili.
- Fra le azioni proposte compaiono le valutazioni di impatto etico, i gruppi consultivi di etica, i criteri di acquisto, un registro dei sistemi di intelligenza artificiale e dei dataset, i ruoli di data stewardship, gli standard minimi di evidenza per classe di rischio e la segnalazione non punitiva degli incidenti.
- Il rapporto segnala i propri limiti, poiché i partecipanti erano autoselezionati, già impegnati sul tema e in prevalenza anglofoni, e precisa che le conclusioni non sono statisticamente rappresentative né riflettono necessariamente le posizioni formali dell'OMS.

DIG02 — Salute Internazionale — Leone XIV e l'intelligenza artificiale [Lucia Re, Thomas Casadei]

Data: 7 settembre 2026 | Tipo: articolo | Località: Mondo | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: intelligenza artificiale, IA, Big Tech sanità, governance dei dati, salute globale, equità in salute, determinanti sociali, disinformazione, conflitto armato, privacy, alfabetizzazione sanitaria*

https://www.saluteinternazionale.info/2026/09/leone-xiv-e-lintelligenza-artificiale/

- L'articolo, pubblicato il 7 settembre 2026 nella categoria «Salute globale» del blog SaluteInternazionale, è la versione ridotta di un saggio degli stessi autori uscito il 21 luglio 2026 sulla rivista Calumet. Intercultural Law and Humanities Review con il titolo «MAGNIFICA HUMANITAS. Diritto, tecnologie e sfide educative: per un altro realismo».
- Il testo commenta la lettera enciclica Magnifica Humanitas di Papa Leone XIV sulla custodia della persona umana nel tempo dell'intelligenza artificiale, firmata il 15 maggio 2026 nel centotrentacinquesimo anniversario della Rerum novarum del 1891.
- Lucia Re dell'Università di Firenze ha scritto i paragrafi primo e secondo, Thomas Casadei dell'Università di Modena e Reggio Emilia il terzo e il quarto, mentre le conclusioni sono state redatte congiuntamente dai due autori.
- Gli autori richiamano il calo del 21% degli aiuti allo sviluppo destinati alla salute fra il 2024 e il 2025, dato citato dal documento strategico dell'Unione europea «Reinforcing global health resilience amidst geopolitical change», articolato in cinque priorità e nove iniziative da avviare fra il 2026 e il 2027.
- I fattori di vulnerabilità individuati dall'Unione europea comprendono sistemi sanitari deboli e dipendenti dagli aiuti esterni, scarsa capacità di prevenzione e risposta alle pandemie, catene di approvvigionamento fragili, scarso coordinamento fra gli attori globali e crescita della disinformazione sanitaria.
- L'enciclica è citata nei paragrafi 132 sulla produzione di materiali falsi con l'intelligenza artificiale, 137 e 138 sull'«ecologia della comunicazione» e 146 sull'«igiene dell'attenzione», con le immagini bibliche di Babele e delle mura di Gerusalemme.
- Sul versante sanitario gli autori osservano che triage, supporto diagnostico, programmazione delle risorse e sorveglianza epidemiologica possono migliorare tempestività e continuità, ma anche trasferire decisioni opache, perché dati incompleti o non rappresentativi producono diagnosi e accessi diseguali.
- Le proposte conclusive chiedono controllo democratico, ricerca pubblica, tutela dei dati, patti educativi digitali fra famiglie, scuole, università, enti territoriali e servizi, limiti di età e responsabilità dei fornitori per bambini e adolescenti, oltre a servizi sanitari e sociali universali come condizione della salute.

DIG03 — AGENAS — Linee di indirizzo per l'erogazione di servizi di telemedicina nelle farmacie convenzionate [AGENAS]

Data: data non indicata nella pagina | Tipo: documento di indirizzo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: telemedicina, telemedicina in farmacia, farmacia dei servizi, farmacia rurale, televisita, telemonitoraggio, AGENAS, PNRR, FSE, interoperabilità, DM 77, GDPR

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/09/linee-di-indirizzo-per-lerogazione-di-servizi-di-telemedicina-nelle-farmacie-convenzionate.pdf

- Il documento di indirizzo, redatto da Lorenzo Bandini, Alice Borghini e Cecilia Valeria Sposato per AGENAS, non ha carattere prescrittivo e propone un modello organizzativo orientativo che Regioni e Aziende sanitarie locali devono recepire con appositi accordi attuativi locali.
- Il testo discende dal protocollo d'intesa fra AGENAS e Federfarma firmato il 21 marzo 2025, ad adesione volontaria, e richiama il comma 351 dell'articolo 1 della legge 199/2025 (legge di bilancio 2026), che integra stabilmente nel Servizio sanitario nazionale i servizi delle farmacie.

- I destinatari principali sono le farmacie rurali, mentre le farmacie urbane possono aderire su base volontaria soltanto se dotate di apparecchiature idonee, nel quadro dell'accordo collettivo nazionale pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 19 marzo 2025, il cui allegato 4 è dedicato anche alla telemedicina.
- Le prestazioni erogabili comprendono televisita, telemonitoraggio con telecontrollo di pressione arteriosa, glicemia e saturazione, teleconsulto e teleassistenza, fermo restando che la responsabilità clinica resta in capo al medico e che il farmacista non interpreta i dati rilevati.
- Sul versante strumentale le farmacie possono eseguire per gli assistiti del SSN l'Holter pressorio delle ventiquattro ore, l'Holter cardiaco estendibile a quarantotto o settantadue ore, l'ECG con telerefertazione cardiologica e l'auto-spirometria assistita dal farmacista.
- La postazione base, finanziata dal PNRR e concessa in comodato d'uso, prevede tablet o personal computer con almeno 16 GB di memoria, unità a stato solido di almeno 512 GB, Windows 11 Pro a 64 bit, processore con almeno 6 core, webcam Full HD 1080p e connessione protetta con VPN oppure TLS 1.2 o superiore.
- La rendicontazione avviene con un tracciato mensile trasmesso via SFTP, PEC o web service, con i codici di prestazione TVIS, TCONS, TMON, TECG, THOLP, THOLC e TSPI, mentre la remunerazione è rinviata agli accordi integrativi regionali in attesa dell'aggiornamento del nomenclatore nazionale.
- Il monitoraggio nazionale affidato ad AGENAS, soggetto attuatore della misura PNRR M6C1 1.2.3, si basa su indicatori core quali il tasso di copertura territoriale, la riduzione dei tempi di attesa, il tasso di adesione delle farmacie, il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e il tasso di autosostenibilità.

DIG04 — Quotidiano sanità — L'IA in sanità può generare fino a 22 miliardi di risparmi. L'analisi e le proposte dell'Anaao [Centro Studi Anaao Assomed]

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

Parole chiave: intelligenza artificiale, IA, spesa sanitaria, sostenibilità, FSE, AI diagnostica, telemonitoraggio, governance dei dati, appropriatezza, burocrazia, PNRR, interoperabilità

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/l-ia-in-sanit-pu-generare-fino-a-22-miliardi-di-risparmi-l-analisi-e-le-proposte-dell-anaao/

- L'analisi del Centro Studi Anaao Assomed, pubblicata il 16 settembre 2026 su Quotidiano Sanità e aggiornata il 21 settembre, stima che un'adozione sistematica e controllata dell'intelligenza artificiale possa ridurre dal 10 al 15% i costi complessivi del sistema sanitario italiano.
- Partendo da una spesa sanitaria totale, pubblica e privata, di circa 185 miliardi di euro, il documento quantifica un risparmio potenziale fra 18,5 e 27 miliardi l'anno, con un valore medio di circa 21,7 miliardi, richiamato nel titolo come 22 miliardi.
- Il quadro di contesto muove dal divario di finanziamento indicato dal Documento programmatico di finanza pubblica, pari a 6,8 miliardi nel 2026, 7,6 miliardi nel 2027 e oltre 10,7 miliardi nel 2028, e OCSE stima che dal 20 al 25% della spesa sanitaria dei Paesi avanzati è inefficiente.
- Le tre aree di inefficienza individuate sono i ricoveri inappropriati (circa il 30% dei ricoveri in area medica, con un costo medio fra 3.000 e 4.500 euro contro un costo territoriale da otto a dieci volte inferiore), la burocrazia (il 40% del tempo dei medici ospedalieri) e gli esami duplicati o inappropriati (circa il 15% del totale).
- Fra i dati sulla diffusione degli strumenti digitali il testo riporta che il FSE è usato stabilmente dal 41% dei cittadini, che il 26% degli specialisti e il 46% dei medici di medicina generale impiega già l'intelligenza artificiale generativa e che gli investimenti in sanità digitale nel 2026 hanno raggiunto 3 miliardi di euro, con una crescita del 12% in tre anni.
- Sulle evidenze di efficacia il documento cita una precisione superiore al 95% nella diagnostica per immagini, una riduzione del 30% del tempo di lettura delle mammografie, il trial statunitense PRISM e uno studio danese su 50.000 screening con il 25% in più di tumori invasivi rilevati e il 15% in meno di richiami inutili, oltre a una riduzione del 38% dei ricoveri per scompenso cardiaco con il telemonitoraggio.

- Fra le eccellenze italiane sono richiamati l'IRCCS Sant'Orsola di Bologna per la diagnosi precoce dei noduli polmonari, l'algoritmo Sphinks sviluppato da ricercatori italiani negli Stati Uniti, l'ospedale Molinette di Torino per i tumori del fegato e la piattaforma Telemo del CNR di Pisa con la Regione Toscana per lo screening del melanoma.
- Le proposte dell'Anaao comprendono un Piano nazionale di intelligenza artificiale sanitaria 2026-2030 vincolante, il Fascicolo sanitario elettronico come unica cartella del paziente, un Polo nazionale dei dati sanitari sul modello dell'Health Data Hub francese o della Danish Health Data Authority, la gestione contrattata delle ore liberate dall'intelligenza artificiale e un audit pubblico annuale affidato a una commissione mista con la Corte dei Conti.

DIG05 — Scienza in rete — I matematici artificiali sono arrivati, li aspettavamo da un secolo [Hykel Hosni]

Data: 14 settembre 2026 | Tipo: articolo | Località: Mondo | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: intelligenza artificiale, IA, IA agentiva, machine learning, benchmark internazionale, digitalizzazione, matematica artificiale*, dimostrazione automatica di teoremi*, Anthropic*, OpenAI*

https://www.scienzainrete.it/articolo/matematici-artificiali-sono-arrivati-li-aspettavamo-da-secolo/hykel-hosni/2026-09-14

- L'articolo di Hykel Hosni, pubblicato il 14 settembre 2026 su Scienza in rete con un tempo di lettura stimato di diciannove minuti e aggiornato il 17 settembre per correggere la descrizione del teorema di Fermat, ricostruisce un secolo di tentativi di automatizzare la dimostrazione matematica.
- Il primo fatto nuovo riguarda Anthropic, che intorno al 4 settembre 2026 ha reso noto come un insieme di agenti Claude abbia prodotto una formalizzazione completa in Lean dell'ultimo teorema di Fermat, impiegando undici giorni e circa tredici milioni di righe di codice.
- Il secondo fatto riguarda OpenAI, che l'8 settembre 2026 ha annunciato una costruzione che risponderebbe al problema del millennio sulle equazioni di Navier-Stokes, con un articolo di 166 pagine e una formalizzazione in Lean completata in diciassette ore, mentre al 12 settembre 2026 il Clay Mathematics Institute classificava ancora il problema come non risolto.
- La ricostruzione storica parte da Gottlob Frege, dai Principia Mathematica di Bertrand Russell e Alfred North Whitehead pubblicati fra il 1910 e il 1913, da Giuseppe Peano, dalla critica di Henri Poincaré alla logistique e dal «Pensiero assiomatico» di David Hilbert del 1918.
- L'autore richiama poi i risultati di Kurt Gödel del 1931, la macchina di Turing del 1936 e la lezione di Alan Turing alla London Mathematical Society del 20 febbraio 1947 dedicata all'Automatic Computing Engine e alle prospettive del calcolo automatico.
- Fra i primi sistemi effettivi sono citati il Logic Theorist di Allen Newell, Herbert Simon e Cliff Shaw della metà degli anni Cinquanta e il lavoro di Hao Wang che nel 1956 dimostrò quasi quattrocento teoremi dei Principia in tempi di pochi minuti.
- La catena dei sistemi di dimostrazione assistita comprende Automath di Nicolaas de Bruijn negli anni Sessanta, poi LCF, Coq, HOL e Isabelle, fino a Lean presentato nel 2015 da Leonardo de Moura e collaboratori, oltre al teorema dei quattro colori della metà degli anni Settanta.
- La dichiarazione «A Severe Misalignment of AI in Mathematics», promossa da medaglie Fields e guidata da Terry Tao, critica l'uso dei problemi aperti come banco di prova per l'intelligenza artificiale, mentre il Clay Institute offre un milione di dollari per Navier-Stokes.

DIG06 — Quotidiano sanità — L'AI non sostituirà gli scienziati. Moltiplicherà gli esperimenti che possono permettersi di fare [Giovanni Rodriquez]

Data: 21 settembre 2026 | Tipo: articolo | Località: USA | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: intelligenza artificiale, IA, IA agentiva, machine learning, finanziamento della ricerca, farmaci innovativi, big data sanitari, governance dei dati, USA, Anthropic*, laboratorio automatizzato*

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/lai-non-sostituira-gli-scienziati-moltiplichera-gli-esperimenti-che-possono-permettersi-di-fare/

- L’articolo di Giovanni Rodriquez, pubblicato nella sezione Scienza e farmaci di Quotidiano Sanità, analizza l’apertura da parte di Anthropic di un laboratorio sperimentale di tipo wet lab nella Bay Area di San Francisco, sulla base di notizie riportate da Reuters.
- Eric Kauderer-Abrams, responsabile life sciences di Anthropic, sostiene che la verifica sperimentale resterà per anni il test finale di qualsiasi ipotesi biologica generata da un modello, e che parte del lavoro sarà interna mentre parte verrà affidata a partner esterni.
- L’azienda sta lavorando perché il modello Claude guidi sistemi robotici capaci di eseguire esperimenti con intervento umano limitato, mantenendo però la supervisione umana per ragioni di sicurezza nella conduzione delle attività di laboratorio.
- Le infrastrutture collegate comprendono un Model Hardware Standard per connettere i modelli alla strumentazione di laboratorio e Claude Science, ambiente per ricercatori lanciato in versione beta alla fine di giugno 2026, che integra decine di banche dati scientifiche.
- Anthropic ha annunciato programmi preclinici in aree poco attraenti per l’industria farmaceutica, comprese le malattie definite undruggable, pur dichiarando che il laboratorio non è stato creato specificamente per la scoperta di farmaci e che l’azienda intende evitare gli studi clinici per non competere con le imprese farmaceutiche.
- L’obiettivo dichiarato è accelerare di un ordine di grandezza il progresso delle scienze della vita, con l’immagine di una macchina che esegue mille esperimenti nel tempo in cui un essere umano ne esegue dieci, promessa che l’autore invita a prendere con cautela.
- Il testo ricorda che Anthropic ha pubblicato rapporti su tentativi di uso improprio dei propri modelli per lo sviluppo di armi biologiche e che l’azienda sviluppa sistemi di sicurezza dedicati specificamente alla ricerca biologica.
- La conclusione dell’autore propone di riformulare il dibattito, spostandolo dalla sostituzione di medici e ricercatori alla questione di chi possa sperimentare, su cosa, con quali controlli e con quale responsabilità, temi che riguardano direttamente i sistemi sanitari e regolatori.

Sezione ECN — Economia e sanità

La polemica sul metodo con cui si misura il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, le proiezioni ufficiali di spesa in uno scenario demografico in contrazione e i costi che restano fuori dal bilancio sanitario sono i tre fili delle nove schede di settembre.

Sul primo filo la Fondazione GIMBE, su OECD Health Statistics del 17 luglio 2026, colloca la spesa pubblica italiana al 6,2% del PIL nel 2025 contro il 7,1% della media europea, con un divario di 612,4 euro per abitante, circa 36,1 miliardi (ECN01). Cricelli (LEDECS) condivide la diagnosi sull’accesso ma contesta l’indicatore: il dato OCSE 2025 è preliminare, il Documento di finanza pubblica certifica un 6,3% invariato con 3,2 miliardi in più, in dodici mesi tre fonti istituzionali hanno indicato 6,2%, 6,3% e 6,6% e sulla spesa totale l’Italia è all’8,4% contro il 9,3% medio (ECN02). Cartabellotta replica che la diagnosi di sottofinanziamento non dipende da quel decimale, difende il System of Health Accounts e cita il Focus 3/2026 dell’Ufficio parlamentare di bilancio sul 73,1% di copertura pubblica e sul 23,6% di spesa diretta delle famiglie (ECN03).

Sul secondo filo la Ragioneria generale dello Stato porta la spesa sanitaria da 141,539 miliardi nel 2025 a 148,522 nel 2026 (+4,9%, dal 6,3% al 6,4% del PIL) e fino al 7,4% del PIL nel 2070, con la popolazione a 48,1 milioni e l’indice di dipendenza degli anziani dal 38,4% al 62,4% (ECN07, ECN08). TrendSanità registra la richiesta di Schillaci a Giorgetti di 5 miliardi aggiuntivi, con il Fondo sanitario passato da 126 miliardi nel 2022 a quasi 143 nel 2026 (ECN05); il CER segnala inflazione oltre il 3% e BTP decennale oltre il 4% (ECN06).

Il terzo filo misura ciò che resta fuori: 156.000 italiani partiti nel 2024 (+36,5%) e almeno 16 miliardi di capitale umano perduto ogni anno (ECN04); per l’eccesso di peso 20,3 miliardi in Italia, lo 0,9% del PIL, contro i 55,2 miliardi della Germania (ECN09).

ECN01 — Quotidiano sanità — Spesa sanitaria. Gimbe: Italia sempre più lontana dall’Europa: la pubblica è al 6,2% del Pil contro una media del 7,1%. E questo gap vale 36 miliardi

Data: 2 settembre 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: spesa sanitaria, quota PIL sanità, definanziamento, GIMBE, OECD Health Statistics, benchmark internazionale, rinuncia alle cure, manovra 2027, articolo 32 Costituzione, G7*, Germania, Italia

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/spesa-sanitaria-gimbe-italia-sempre-pi-lontana-dall-europa-la-pubblica-al-6-2-del-pil-contro-una-media-del-7-1-e-questo-gap-vale-36-miliardi/

- L'analisi della Fondazione GIMBE diffusa il 2 settembre 2026 e basata sull'aggiornamento di OECD Health Statistics del 17 luglio 2026 colloca la spesa sanitaria pubblica italiana al 6,2% del PIL nel 2025, in calo di un decimale rispetto al 6,3% del 2024.
- La media dei Paesi OCSE e quella dei Paesi europei dell'area OCSE si attestano entrambe al 7,1% del PIL, e quattordici Paesi europei dell'area spendono una quota superiore all'Italia, con differenziali che vanno dai 4,8 punti della Germania (11%) ai 0,2 punti della Repubblica Slovacca (6,4%).
- In termini di spesa pubblica pro capite a parità di potere d'acquisto l'Italia si ferma a 3.952 dollari, contro una media OCSE di 4.861 dollari e una media europea di 4.965 dollari, quindicesima su ventisette Paesi europei dell'area e ultima fra i Paesi del G7.
- Il divario rispetto alla media europea viene quantificato in 612,4 euro per abitante e, applicato ai quasi 59 milioni di residenti rilevati dall'ISTAT al 1° gennaio 2026, produce la cifra complessiva di circa 36,1 miliardi di euro all'anno.
- Fino al 2011 la spesa pro capite italiana era sostanzialmente allineata alla media europea, mentre il distacco è cresciuto con i tagli successivi fino a 424 dollari nel 2019 e si è ulteriormente ampliato durante la pandemia e poi nel biennio 2023-2024.
- L'articolo collega l'analisi al contesto istituzionale europeo, richiamando il Country Report 2026 della Commissione europea e la raccomandazione formale adottata dal Consiglio dell'Unione europea il 10 luglio 2026 su accesso tempestivo alle cure e carenze di personale nelle professioni chiave.
- Cartabellotta osserva che nel 2024 hanno rinunciato a visite specialistiche o esami diagnostici 5,8 milioni di persone, quasi una su dieci, e avverte che selezionare i diritti in base al reddito equivarrebbe a negare l'articolo 32 della Costituzione.

ECN02 — Quotidiano sanità — Spesa sanitaria e PIL: cinque osservazioni di metodo sull'analisi GIMBE [Claudio Alberto Cricelli]

Data: 4 settembre 2026 | Tipo: lettera al direttore | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: spesa sanitaria, quota PIL sanità, Documento di finanza pubblica, DFP, GIMBE, parità di potere d'acquisto*, ricovero per condizioni evitabili*, cure primarie, medicina generale, rinuncia alle cure, benchmark internazionale, Italia

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/spesa-sanitaria-e-pil-cinque-osservazioni-di-metodo-sullanalisi-gimbe/

- Claudio Cricelli, fondatore e direttore scientifico di LEDECS a Firenze e presidente emerito vicario della SIMG, condivide la diagnosi della Fondazione GIMBE sul peggioramento dell'accesso ma contesta il metodo con cui si misura il fenomeno attraverso la quota di PIL.
- Sulla prima osservazione l'autore ricorda che il dato OCSE 2025 è una stima preliminare, che il Documento di finanza pubblica certifica per il 2025 un 6,3% invariato con 3,2 miliardi in più in valore assoluto, e che con i PIL nominali dell'Ufficio parlamentare di bilancio il rapporto passa dal 6,29% al 6,26%.
- Sempre sul decimale, Cricelli segnala che in dodici mesi tre fonti istituzionali hanno indicato per il 2025-2026 valori diversi (6,2%, 6,3% e 6,6%) per effetto di definizioni diverse del numeratore, e che la stessa GIMBE in aprile aveva definito stabile il rapporto.
- La seconda osservazione riguarda i perimetri: l'11% tedesco è in larga parte contribuzione assicurativa e comprende l'assicurazione per la non autosufficienza, mentre il confronto omogeneo sulla spesa sanitaria corrente totale vede l'Italia all'8,4% del PIL contro il 9,3% della media OCSE.

- La terza osservazione sostiene che le parità di potere d'acquisto correggono il livello generale dei prezzi e non quello sanitario, composto per due terzi da retribuzioni, cosicché i 36 miliardi misurerebbero il costo dei servizi altrui ai loro prezzi e non le prestazioni mancanti ai cittadini italiani.
- Con la quarta osservazione l'autore nota che fra il 2019 e il 2024 la spesa pubblica è cresciuta, con un aumento del Fondo sanitario definito senza precedenti dalla stessa GIMBE, mentre la rinuncia alle cure è passata dal 6,3% al 9,9% della popolazione.
- La quinta osservazione riguarda il rendimento della spesa marginale: la Germania spende quasi il doppio in quota pubblica e ricovera per condizioni evitabili quasi quattro volte di più, mentre in Italia la medicina generale assorbe circa il 5% della spesa e gestisce quasi tutta la cronicità.
- In conclusione Cricelli propone di passare dalla quota di PIL spesa dallo Stato alla spesa complessiva e al risultato prodotto per unità di risorsa, annunciando un protocollo LEDECS in sei passi già applicato a sei sistemi OCSE e in corso di sottomissione a una rivista internazionale.

ECN03 — Quotidiano sanità — Spesa sanitaria: il metodo conta, ma non cancella il sottofinanziamento [Nino Cartabellotta]

Data: 7 settembre 2026 | Tipo: lettera al direttore | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: spesa sanitaria, quota PIL sanità, definanziamento, GIMBE, System of Health Accounts*, OECD Health Statistics, Eurostat, spesa out-of-pocket, equità in salute, LEA, carenza personale, Italia

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/spesa-sanitaria-il-metodo-conta-ma-non-cancella-il-sottofinanziamento/

- Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione GIMBE, replica il 7 settembre 2026 alle cinque osservazioni di metodo di Claudio Cricelli, precisando che l'analisi GIMBE non valuta l'efficienza dei sistemi sanitari né stabilisce relazioni causali fra spesa ed esiti di salute.
- Sul decimale la replica ammette che il dato OCSE 2025 è preliminare, ma sostiene che la diagnosi di sottofinanziamento non si fonda su quella variazione e che i confronti temporali vanno condotti dentro la stessa fonte e lo stesso perimetro, perché il Documento di finanza pubblica usa definizioni diverse.
- Cartabellotta considera tecnicamente impropria l'espressione «scarto quattro volte inferiore alla varianza tra definizioni», perché valori costruiti con numeratori diversi non rappresentano la varianza statistica di una stessa stima, e richiama Health at a Glance 2025 sulla discesa del rapporto sotto i livelli pre-pandemici.
- Sui perimetri la lettera difende il System of Health Accounts adottato da OCSE, Eurostat e OMS e osserva che fra l'8,4% italiano e il 9,3% medio della spesa totale ci sono gli stessi 0,9 punti percentuali che separano il 6,2% dal 7,1% della componente pubblica e obbligatoria.
- A sostegno dell'argomento sull'equità la replica cita il Focus 3/2026 dell'Ufficio parlamentare di bilancio, secondo cui la componente pubblica copre il 73,1% della spesa sanitaria italiana contro oltre l'80% della media europea, mentre la spesa diretta delle famiglie arriva al 23,6%.
- Sulle parità di potere d'acquisto Cartabellotta riconosce il limite segnalato, ma ricorda che l'OCSE indica le parità riferite ai consumi individuali effettivi come i coefficienti più affidabili disponibili, e precisa che i 36,1 miliardi sono un differenziale comparativo di spesa e non una stima delle prestazioni mancanti.
- La lettera contesta la formula «più spesa, meno accesso» ricavata dal confronto 2019-2024, perché nello stesso periodo sono intervenuti pandemia, inflazione, arretrato assistenziale, aumento dei bisogni, carenza di personale e perdita di potere d'acquisto, senza che risulti dimostrato alcun nesso causale.
- La conclusione indica un sistema di misura che integri spesa pubblica e obbligatoria, spesa privata e out-of-pocket, risorse reali pro capite, personale, capacità produttiva, tempi di attesa, rinuncia alle cure, equità ed esiti di salute, e accoglie con interesse il protocollo condiviso proposto da LEDECS.

ECN04 — Fisco Equo — Strategie Ue del diritto al rimanere: l'Italia perde 16 miliardi di "capitale umano" l'anno, + 36,5% nel 2024 [Luciano Cerasa]

Data: 10 settembre 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: capitale umano, emigrazione giovanile*, diritto di rimanere*, retribuzione, povertà, asili nido*, Mezzogiorno, liste di attesa, LEA, Germania, Francia, Italia

https://www.fiscoequo.it/strategie-ue-del-diritto-al-rimanere-litalia-perde-16-miliardi-di-capitale-umano-lanno-365-nel-2024/

- L'articolo di Luciano Cerasa su Fisco Equo, testata dell'associazione LEF per la legalità e l'equità fiscale, prende spunto dalla consultazione pubblica aperta dalla Commissione europea sulla strategia del diritto di rimanere per misurare il costo economico dell'emigrazione italiana.
- Nel 2024 sono partiti 156.000 italiani, con un aumento del 36,5% rispetto al 2023, mentre nello stesso periodo sono rientrate 53.000 persone, e per ogni nove under 34 che lasciano il Paese ne arriva soltanto uno dai principali Paesi ad alto reddito.
- Il valore del capitale umano perduto nel triennio 2022-2024 è stimato in almeno 16 miliardi di euro l'anno, contando i costi di istruzione e il contributo produttivo e scientifico di chi parte, una cifra che l'autore paragona alla spesa italiana per il riarmo.
- L'87% degli emigrati giudica positivamente l'esperienza all'estero, soto il 16% si dichiara certo di tornare e il 51% andrà dove troverà le opportunità migliori, indicando come ostacoli al rientro la mancanza di lavoro, la qualità della vita e l'assenza di un ambiente meritocratico e aperto.
- Fra le cause retributive l'articolo segnala che i salari orari italiani sono scesi di circa il 7% rispetto al 1996, mentre nello stesso arco temporale sono cresciuti del 18,2% in Germania e del 19% in Francia secondo i dati riferiti al 2023.
- Sul fronte della povertà da lavoro il 21% dei lavoratori italiani guadagna meno di 1.000 euro al mese e il 10,2% degli occupati è a rischio di povertà, mentre gli affitti nelle grandi città sono cresciuti in media del 3-5% l'anno negli ultimi anni.
- Sui servizi l'Italia si colloca agli ultimi posti in Europa con 31,6 posti di asilo nido per 100 bambini, e più della metà degli italiani indica tempi di attesa e accesso alle cure come i problemi principali del servizio sanitario, con il Mezzogiorno molto sotto i LEA.
- Fra il 2011 e il 2024 circa il 20% dei giovani adulti del Mezzogiorno ha lasciato la propria regione, componente interna di un fenomeno che l'articolo legge come perdita strutturale di capitale umano e non come semplice mobilità individuale.

ECN05 — Trend Sanità — Sanità, tutti la vogliono salvare. Ma chi paga il conto? [Carlo M. Buonamico]

Data: 11 settembre 2026 | Tipo: articolo | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: FSN, finanziamento SSN, quota PIL sanità, manovra 2027, legge bilancio, GIMBE, spesa out-of-pocket, rinuncia alle cure, non autosufficienza, carenza personale, liste di attesa, Italia

https://trendsanita.it/sanita-tutti-la-vogliono-salvare-ma-chi-paga-il-conto/

- Carlo M. Buonamico, giornalista professionista esperto di sanità e sostenibilità, apre su TrendSanità il tema del finanziamento del Servizio sanitario nazionale in vista della legge di Bilancio 2027 e delle elezioni politiche, chiedendo chi paghi il conto delle promesse elettorali.
- Nell'incontro di fine luglio sulla manovra il ministro della Salute Orazio Schillaci ha chiesto al ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti 5 miliardi di euro aggiuntivi per mantenere stabile il rapporto fra Fondo sanitario nazionale e PIL, nel 2026 poco sopra il 6%, oltre a più di 1 miliardo per la non autosufficienza nel 2027.
- Il Fondo sanitario nazionale è passato da circa 126 miliardi nel 2022 a quasi 143 miliardi nel 2026, con 128,9 miliardi nel 2023 e 134 miliardi nel 2024 secondo i dati del Ministero della Salute riportati nell'articolo.

- Le proiezioni GIMBE citate indicano 143,1 miliardi nel 2026, 144,1 nel 2027 e 145 nel 2028, con incrementi rispettivamente di 6,6 miliardi, 995 milioni e 867 milioni, e una quota sul PIL che scende dal 6,16% del 2026 al 5,93% del 2028.
- Sempre secondo GIMBE la perdita controfattuale del periodo 2023-2026 rispetto alla quota del 6,3% del PIL registrata nel 2022 ammonta a 17,5 miliardi, mentre il divario fra risorse assegnate e fabbisogno stimato cresce da 6,8 miliardi nel 2026 a 10,7 miliardi nel 2028.
- L'articolo ricorda che nel 2024 hanno rinunciato a prestazioni sanitarie 5,8 milioni di persone e che la spesa sanitaria diretta delle famiglie supera i 41 miliardi di euro, mentre parte delle risorse aggiuntive del 2027 sarebbe già destinata a difesa ed energia.
- La senatrice Beatrice Lorenzin critica la contraddizione fra i risultati dichiarati dal Governo e la richiesta di 5 miliardi aggiuntivi, osservando che restano irrisolti la carenza di personale, le liste di attesa e la medicina territoriale.
- L'autore chiede che ogni promessa elettorale sia accompagnata dalla stima del costo e dall'indicazione della copertura, elencando come alternative l'aumento delle entrate, il taglio di altre voci di spesa, lo spostamento di risorse da capitoli meno prioritari o il finanziamento in deficit entro i vincoli europei.

ECN06 — CER, Centro Europa Ricerche — La congiuntura italiana [CER]

Data: 4 settembre 2026 | Tipo: rapporto | Località: Italia | Lingua: IT | Accesso: Open

Parole chiave: congiuntura economica*, CER*, produzione industriale*, inflazione*, prezzi dell'energia*, spesa delle famiglie*, fiducia dei consumatori*, titoli di Stato*, finanza pubblica, debito pubblico, PIL, Italia

https://www.centroeuroparicerche.it/la-congiuntura-italiana-101/

- La pagina del Centro Europa Ricerche pubblicata il 4 settembre 2026 presenta nella categoria News la sintesi del numero della serie «La congiuntura italiana», riassumendo in cinque punti l'andamento dell'economia italiana senza riportare il testo integrale del rapporto.
- Il titolo visibile nell'intestazione della pagina è semplicemente «La congiuntura italiana», mentre il numero 101 compare soltanto nell'indirizzo e non trova riscontro in alcuna numerazione del fascicolo riportata nel corpo della pagina.
- Il primo elemento di quadro segnalato dal CER è il rallentamento della produzione industriale, collocato in apertura della sintesi congiunturale diffusa dal centro di ricerca romano come tendenza in atto dell'economia italiana.
- Sul fronte dei prezzi la sintesi registra un'inflazione che supera il 3% e un aumento del 17% dei prezzi dei beni energetici, due indicazioni che il CER colloca fra i tratti distintivi della congiuntura di quel periodo.
- La spesa delle famiglie viene descritta in accelerazione, con un incremento del 4,2% nel secondo trimestre, dato che il CER affianca al miglioramento della fiducia rilevato sia fra le famiglie sia fra le imprese manifatturiere.
- Sul versante finanziario la sintesi segnala che il rendimento del BTP decennale supera il 4%, unico riferimento ai mercati e al costo del debito fra i cinque punti diffusi dal Centro Europa Ricerche.

ECN07 — Quotidiano sanità — Spesa sanitaria a 148,5 miliardi nel 2026 (+4,9%). Nel 2029 salirà a 159,4 miliardi ma resterà al 6,4% del Pil. Ma con l'invecchiamento salirà al 7,4% nel 2070

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

Parole chiave: spesa sanitaria, quota PIL sanità, Ragioneria generale dello Stato, modellizzazione spesa, proiezioni 2050, invecchiamento, farmaceutica convenzionata, consumi intermedi*, costo del lavoro, CCNL, PNRR, Italia

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/spesa-sanitaria-a-1485-miliardi-nel-2026-49-nel-2029-salira-a-1594-miliardi-ma-restera-al-64-del-pil-ma-con-linvecchiamento-salira-al-74-nel-2070/

- L'articolo di Quotidiano Sanità del 22 settembre 2026 riassume il rapporto della Ragioneria generale dello Stato sulle tendenze di medio e lungo periodo del sistema pensionistico e socio sanitario, aggiornamento 2026, il cui testo integrale è linkato nella pagina in formato PDF.
- Nel consuntivo 2025 la spesa sanitaria pubblica risulta pari a 141,539 miliardi di euro, con una crescita del 2,5% sul 2024 e un'incidenza sul PIL invariata al 6,3%, inferiore alla crescita del 4,1% che il documento programmatico di finanza pubblica del 2025 aveva stimato.
- Per il 2026 la previsione indica 148,522 miliardi di euro, con un aumento del 4,9% e un'incidenza che sale dal 6,3% al 6,4% del PIL, sospinta dai redditi da lavoro dipendente che arrivano a 47,985 miliardi con un incremento del 7,3% legato ai contratti 2025-2027 e agli standard del PNRR.
- I consumi intermedi sono previsti a 49,239 miliardi con un aumento del 3,4%, mentre le prestazioni sociali in natura acquistate da produttori market raggiungono 46,747 miliardi con un incremento del 4,2%, di cui 8,389 miliardi di farmaceutica convenzionata in crescita del 4,9%.
- All'interno delle prestazioni acquistate l'assistenza medico generica vale 7,710 miliardi con un aumento del 3,9% e le altre prestazioni, fra cui ospedaliera, specialistica e protesica, valgono 30,648 miliardi con una crescita del 4,2%, mentre le componenti residue arrivano a 4,551 miliardi.
- Il triennio successivo prevede 151,222 miliardi nel 2027, 155,059 miliardi nel 2028 e 159,443 miliardi nel 2029, con una crescita media annua del 2,4% contro un PIL nominale medio del 2,6% e un'incidenza che resta stabile al 6,4% del PIL.
- Nel lungo periodo lo scenario di base della Ragioneria porta l'incidenza della spesa sanitaria dal 6,4% del 2029 al 7,4% del PIL nel 2070, con una crescita più sostenuta nella prima parte dell'orizzonte, un rallentamento dal 2042 e una stabilizzazione nell'ultimo decennio.
- L'aumento di circa un punto di PIL è attribuito principalmente alla crescita della popolazione anziana in valore assoluto e relativo, che l'articolo indica come fattore demografico dominante delle proiezioni di medio e lungo periodo della spesa sanitaria.

ECN08 — MEF, Ragioneria generale dello Stato — Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Aggiornamento 2026 [MEF, Ragioneria generale dello Stato]

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

Parole chiave: Ragioneria generale dello Stato, modellizzazione spesa, proiezioni 2050, spesa LTC, previdenza, quota PIL sanità, invecchiamento, demografia, fecondità, aspettativa di vita, indice di dipendenza degli anziani*, tasso di sostituzione*

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/09/ltdmlpdspess-2026.pdf

- Il rapporto della Ragioneria generale dello Stato del Ministero dell'Economia e delle Finanze, elaborato con la collaborazione di Sogei e pubblicato a Roma nel luglio 2026, aggiorna le previsioni di medio e lungo periodo della spesa pensionistica, sanitaria e per assistenza di lungo termine fino al 2070.
- Nello scenario nazionale di base la spesa pensionistica passa dal 15,3% del PIL nel 2024 al picco del 17,1% nel 2041, livello mantenuto per il triennio successivo, per poi scendere al 16,2% nel 2050 e al 14,0% nel 2070, dopo il massimo pandemico del 16,9% toccato nel 2020.
- La spesa sanitaria pubblica, pari al 6,4% del PIL nel 2019 e al 6,3% nel 2025, è prevista al 7,4% del PIL nel 2070, con uno scostamento di soli 0,04 punti fra reference scenario e pure ageing scenario alla fine dell'orizzonte di previsione.
- La spesa per assistenza di lungo termine sale dall'1,6% del PIL nel 2024 all'1,7% nel 2025, livello stabile fino al 2033, per raggiungere il 2,5% nel 2070, con il reference scenario sostanzialmente sovrapposto al pure ageing scenario fino al 2060 e poi su valori leggermente inferiori.
- Le ipotesi demografiche adottano lo scenario mediano ISTAT con base al 1° gennaio 2024 e prevedono fra il 2024 e il 2070 una fecondità in risalita da 1,18 a 1,44 figli per donna, una speranza di vita maschile da 81,5 a 85,8 anni e femminile da 85,6 a 89,2 anni.

- La popolazione residente è prevista in calo dai 59 milioni del 2024 a 58,5 milioni nel 2030, 54,7 milioni nel 2050, 48,1 milioni nel 2070 e 45,8 milioni nel 2080, mentre l'indice di dipendenza degli anziani sale dal 38,4% al 62,4% con circa venti punti guadagnati fra il 2030 e il 2050.
- Sul versante macroeconomico il PIL reale cresce dello 0,5% nel 2025 e dello 0,6% medio annuo nel biennio 2026-2027, con una media dello 0,5% fra il 2026 e il 2070, mentre la produttività totale dei fattori converge allo 0,8% dopo la revisione al ribasso approvata in sede EPC nel marzo 2026.
- L'analisi di sensitività mostra che la rimozione permanente di tutti i meccanismi automatici aggiungerebbe 21 punti al rapporto debito su PIL al 2045 e circa 60 punti al 2070, mentre la sola rimozione dell'adeguamento dei requisiti alla speranza di vita produrrebbe 17 e 38 punti.

ECN09 — Office of Health Economics (OHE) — The economic burden of overweight and obesity in Europe [Bray, Oyalo, El Banhawi, Subramaniyan, Skedgel]

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

Parole chiave: obesità, sovrappeso*, Global Burden of Disease, Office of Health Economics*, EFPIA*, costi indiretti*, rischio cardiovascolare, diabete di tipo 2*, caregiver, stigma, Germania, Italia

https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/09/the-economic-burden-of-elevated-bmi.pdf

- Il rapporto di ricerca su commissione dell'Office of Health Economics di Londra, firmato da George Bray, Paul Oyalo, Hania El Banhawi, Sukanya Subramaniyan e Chris Skedgel e finanziato da EFPIA, quantifica il peso economico di sovrappeso e obesità in otto Paesi europei.
- I Paesi considerati sono Regno Unito, Germania, Francia, Italia, Spagna, Irlanda, Grecia e Romania, e la stima si basa sulle frazioni attribuibili di popolazione del Global Burden of Disease 2023, limitate alle sedici malattie con oltre un milione di DALY globali attribuibili a un indice di massa corporea elevato.
- Ogni anno nei soli otto Paesi si contano 278.000 decessi attribuibili e quasi 8 milioni di DALY, con le malattie cardiovascolari come prima causa, oltre la metà dei decessi per diabete di tipo 2, il 44% di quelli per malattie digestive e il 31% per malattia renale cronica.
- Il costo annuo più elevato è quello della Germania con 55,2 miliardi di euro, di cui 30,3 miliardi diretti e 24,9 miliardi indiretti, pari a 662 euro per abitante e all'1,3% del PIL, seguita dal Regno Unito con 43,2 miliardi e dalla Francia con 23,3 miliardi.
- Per l'Italia il costo complessivo è stimato in 20,3 miliardi di euro l'anno, dei quali 12,9 miliardi di costi diretti e 7,5 miliardi di costi indiretti, pari a 345 euro per abitante e allo 0,9% del prodotto interno lordo.
- Fra le voci dirette italiane spiccano 3,8 miliardi per il diabete di tipo 2, 2,5 miliardi per le patologie muscolo scheletriche e 2,5 miliardi per quelle cardiovascolari, mentre in Germania pesano soprattutto le cardiovascolari con 8,7 miliardi e la malattia renale cronica con 8,3 miliardi.
- Il confronto con la spesa pubblica del 2024 mostra che nel Regno Unito il costo dell'indice di massa corporea elevato vale l'1,4% del PIL, più della spesa per alloggi (0,9%) e la metà di quella per la difesa (2,2%), mentre in Germania l'1,3% supera sia gli alloggi (0,5%) sia la difesa (1,1%).
- Le raccomandazioni chiedono di riconoscere l'obesità come malattia cronica e recidivante, contrastare lo stigma legato al peso, garantire l'accesso all'intero continuum di prevenzione e cura, produrre evidenze utili ai decisori e integrare la politica sull'obesità nell'EU Safe Hearts Plan.

Indice per parole chiave

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

Comunità, solitudini e salute [CSS]

associazione di pazienti — SAN03
audit civico — CSS03, CSS04
Campania* — CSS06
co-housing — Art09
coesione sociale — CSS05
collaboratore di studio* — CSS06
connettore sociale — CSS05
debito orario* — CSS01
Delphi* — CSS05
determinanti sociali — Art09, DIG02, SAN07, SST02
EGPRN* — CSS05
equità in salute — Art09, CSS05, DIG01, DIG02, ECN03, SSN17, SST04, SST05
Europa — CSS05
link worker — CSS04, CSS05
partecipazione — CSS03, CSS04, SAN03
prescrizione sociale — Art03, Art09, CSS05
promozione della salute — SAN07
salute di comunità — CSS05
salute e lavoro — SST04
social prescribing — CSS05
solitudine — Art03
sussidiarietà — CSS04
welfare di comunità — SSN04

Scenari della sanità [SAN]

abuso sessuale online* — SAN04
alfabetizzazione sanitaria* — Art09, DIG02, SAN07
Anac* — Art02, SSN02, SSN03
analfabetismo funzionale* — Art09
ARS Toscana* — Art01
aspettativa di vita — Art09, Art10, ECN08, PAN02, SAN05, SST02
autolesionismo* — SAN04
automazione* — SAN02
benchmark internazionale — DIG05, ECN01, ECN02, OSP01
bolla edilizia* — Art07
CARD Italia* — SAN01
chirurgia elettiva* — SAN06
CIPA* — Art06
coproduzione* — SAN03
crescita economica* — SAN02
cure centrate sulla persona* — SAN06
demografia — ECN08, SAN02, SAN05
denatalità — SAN02
devolution — SSN09
educazione sanitaria* — SAN07
empowerment* — CSS03
età prospettiva* — SAN05
EU4Health — SSN16, SST03
fecondità — ECN08, SAN02
finanziamento salute globale — PAN03
Global Burden of Disease — ECN09
Health at a Glance — Art10
health literacy* — SAN07
indicatori demografici — SAN05
indice di vecchiaia* — SAN05
indipendenza delle agenzie tecniche* — Art01
ISTAT — Art08, SAN05
leadership distribuita* — Art05
longevità — SAN05
malattia rara* — SAN03
medicina di genere — SST04, SST05
mortalità evitabile — Art09, Art10
obesità — ECN09
OCSE — Art09, Art10, OSP01, PAN01, PAN02, PAN03, SSN14
OECD Health Statistics — ECN01, ECN03, OSP01
OMS — DIG01, PAN03, SST01, SST04, SST05, SST06
percorsi di vita generazionali — SAN02
piattaforma digitale* — SAN04
Polonia* — SAN03
PREMs — CSS03, CSS04
produttività* — SAN02
PROMs — CSS03, CSS04, SAN06
questionario di valutazione* — SAN07
rischio cardiovascolare — ECN09
RUAS* — SAN03
salute globale — DIG02, PAN03, SST01, SST06
sicurezza sanitaria — OHE01
sistemi sanitari europei — SSN16
stagnazione secolare* — SAN02
UE — SSN16, SST02, SST03, SST04, SST05

Scenari del SSN [SSN]

accesso cure — SSN18
accreditamento — SSN02, SSN03
AGENAS — Art01, Art03, CSS03, CSS04, CSS06, DIG03, SSN01, SSN12, SSN19
AIFA — Art01, SAN03, SSN18
albo nazionale degli idonei* — SSN06

ANAC* — Art02, SSN02, SSN03
appropriatezza — DIG04, SSN08, SSN18
articolo 32 Costituzione — ECN01, SSN05
azienda sanitaria — SSN06
commissario straordinario — Art01, SSN19
Conferenza Stato-Regioni — SSN11
conflitto di interessi* — SSN02, SSN03
consenso informato — SAN06
CUP unico* — SSN01
divario salariale di genere* — SSN16
DM 70 — Art02, Art07, SSN11
DM 77 — Art03, Art05, CSS01, CSS03, CSS04, DIG03, SSN11
esiti — SSN12
farmaceutica convenzionata — ECN07, SSN18
governance sanitaria — Art02, Art05, SAN01, SSN06, SSN13, SSN19
indicatore CORE — SSN17
indicatori — SSN12
IRCCS — SSN19, SST01
ISS — Art01, LTC01, LTC02, SSN19
LEA — Art04, Art10, ECN03, ECN04, LTC02, SSN11, SSN12, SSN17
macroarea sanitaria* — SSN13
medicina difensiva — SSN13
Ministero della Salute — Art07, LTC02, SAN03, SSN01, SSN07, SSN10, SSN12, SSN15, SSN17, SSN18, SSN19, TER02
Nuovo Sistema di Garanzia — SSN11, SSN12, SSN17
performance — SSN06, SSN12, SSN17
PNE — Art05
politicizzazione* — SSN06
populismo sanitario — Art07
prestazioni aggiuntive* — SSN09
privato accreditato — Art02, SSN01, SSN02, SSN08, SSN09
programmazione regionale — Art07, SSN08
programmazione sanitaria — Art06, SSN13
prontuario farmaceutico* — SSN18
pubblico-privato — Art04, SSN08
qualità — SAN06
ricetta dematerializzata* — SSN08
spesa farmaceutica — SSN11, SSN18
tetti di spesa — SSN18
Titolo V — SSN13
universalismo — SSN05, SSN13
whistleblowing* — SSN02, SSN03

Sostenibilità della sanità [SST]

AICS* — SST01
aree interne — TER03
bilanci regionali — SSN11
commissariamento — SSN12
compartecipazione — SSN01, SSN18
cooperazione sanitaria internazionale* — SST01
debito pubblico — ECN06
definanziamento — Art04, Art10, ECN01, ECN03, SSN05, SSN09
desertificazione sanitaria — SSN16
DFP — ECN02
divario retributivo di genere* — SST04, SST05
divario territoriale — Art04, Art08, SSN12, SSN17
Documento di finanza pubblica — ECN02
EU-SILC* — SST02
finanza pubblica — Art07, ECN06
finanziamento SSN — ECN05, SSN05, SSN10, SSN11, SSN13
frodi in sanità — Art02, SSN02, SSN03
FSN — ECN05, SSN10, SSN11
integrità del sistema — SSN02, SSN03
National Health Workforce Accounts* — SST06
Parlamento europeo* — SST03
piani di rientro — SSN11, SSN12
PIL — ECN06, PAN01, PAN02, SAN02
quota PIL sanità — Art08, ECN01, ECN02, ECN03, ECN05, ECN07, ECN08, SSN05
rinuncia alle cure — Art04, Art08, ECN01, ECN02, ECN05, SSN05, SSN09, SSN17, SST02
salute percepita* — SST02
sostenibilità — DIG04, SSN18, SST03
spesa out-of-pocket — Art08, ECN03, ECN05, SST02
spesa sanitaria — Art08, Art10, DIG04, ECN01, ECN02, ECN03, ECN07, PAN03, SSN05, SSN07, SSN09, SSN14

One Health e clima [OHE]

agricoltura rigenerativa* — OHE02
Banca Mondiale* — OHE01
biodiversità — OHE01, OHE02
biogas* — OHE02
cambiamento climatico — PAN01
CIB* — OHE02
digestato* — OHE02
ecosistemi — OHE02
FAO* — OHE01, OHE02
One Health — OHE01
rifiuti sanitari — SSN19
rinnovabili — OHE02
ritorno sull'investimento* — OHE01
salute planetaria — OHE02
servizi ecosistemici — OHE02
sicurezza alimentare — OHE01

suolo* — OHE02
WOAH* — OHE01
zoonosi — OHE01

Pandemie in essere e in arrivo [PAN]

antibiotico-resistenza — OHE01
comunicazione del rischio — SAN07
contromisure mediche — PAN01
COVID-19 — PAN01, PAN02, SSN19
disinformazione — Art09, DIG02
Ebola — PAN02, SST01
HIV — SST01
influenza aviaria — PAN01, PAN02
morbillo — PAN01, PAN02
pandemic preparedness — OHE01, PAN01, PAN02, PAN03, SST01
piano pandemico — PAN01, PAN02
scorte strategiche — PAN01, PAN02, SSN19
sorveglianza — OHE01, PAN03, SST01
sorveglianza delle acque reflue* — PAN01, PAN02
terapia intensiva* — PAN01, PAN02
tubercolosi — SST01

L'ospedale che cambia [OSP]

chirurgia robotica — Art02
cure intermedie* — OSP01
DEA — Art07
degenza media* — OSP01
dimissioni protette — OSP01
edilizia ospedaliera — Art02, Art07
emergenza-urgenza — SSN10
FADOI* — OSP02
integrazione ospedale-territorio — OSP01, OSP02, SAN01
intensità di cura — OSP02
medicina interna* — OSP02
mobilità sanitaria — SSN11
ospedale — Art07, OSP01, OSP02
posti letto — Art07
pronto soccorso — OSP02, TER01
reti cliniche — Art05
ricovero fuori reparto — OSP02
sovraffollamento — OSP02
tasso di ospedalizzazione — Art10

Medicina territoriale [TER]

accordo integrativo regionale — TER02
ACN — CSS01, CSS02
aderenza terapeutica — TER02
AFT — CSS01, SAN01, TER01
assistenza domiciliare — Art04, LTC02, OSP01
autonomia professionale — CSS02, SSN09, TER01
case della comunità — Art01, Art02, Art03, CSS01, CSS02, CSS03, CSS04, CSS06, LTC02, OSP01, SAN01, SSN05, SSN10, SSN13, TER01, TER03
CDC — Art01, TER03
CdC — Art01, TER03
Consiglio di Stato* — TER02
continuità assistenziale — CSS01, SSN08
convenzione riformata — CSS02
COT — TER01
cronicità — CSS06, TER02
cure primarie — Art10, CSS02, CSS05, ECN02, SSN13
deblistering* — TER02
diagnostica di primo livello* — TER03
distretti — SAN01
DPR 309/1990* — TER02
Emilia-Romagna* — TER01
équipe multiprofessionale — Art03, CSS06, SAN06
farmacia dei servizi — DIG03, TER02
farmacia rurale — DIG03
farmacie — TER02
integrated care — CSS05
medicina di gruppo — CSS01, TER03
medicina generale — CSS02, ECN02, SSN14, SSN15, TER01
medico di famiglia — SSN08
MMG — Art09, CSS01, CSS02, CSS06, SAN01, SSN13, SSN14, SSN15, TER01, TER03
multimorbidità — OSP02
norme di buona preparazione* — TER02
ospedali di comunità — Art02, OSP01
PDTA — LTC02, SSN01
Piano Nazionale Prevenzione — LTC01
PLS — SAN01, SSN15, TER03
politerapia — TER02
presa in carico — CSS06, SAN06, SSN08
prevenzione — LTC01, PAN03, SAN01, SSN10, SSN16
relazione medico-paziente — TER01
ruolo unico assistenza primaria — TER01
screening — Art04, CSS06
stratificazione del rischio — Art01
telemedicina in farmacia — DIG03
tracciabilità del farmaco* — TER02
UCCP — CSS01
vaccinazioni — PAN03, SAN01

Nursing [NUR]

attrattività professione — SSN04, SSN14, SST03, SST06
carenza infermieri — SSN14, SSN15, SST03, SST06
dotazione di personale — SSN15, SST03
fabbisogno formativo — SSN07, SST06
formazione infermieristica — SSN14
fuga dal SSN — SSN15
infermieri — SSN15, SST04, SST05
professioni sanitarie — SSN07
ritenzione del personale — SSN15, SST03, SST06
safe nurse staffing — SST03

Sanità, sociale e Long Term Care [LTC]

adolescenti — SAN04
Alzheimer — LTC01, LTC02
anziani — Art06, LTC01, OSP02, SAN05, SAN06
assistenza sociale — SSN04
caregiver — ECN09, LTC01, LTC02
Conferenza Unificata* — LTC02
coprogettazione — Art03, Art06, CSS03, CSS04, SSN04
coprogrammazione — CSS03, CSS04
costo-efficacia* — LTC01
cure palliative — Art04, SAN06
demenza — LTC01, LTC02
disabilità — SSN04, SST02
economia sociale — SSN04
enti locali — Art06, SAN01
fattori di rischio modificabili* — LTC01
fragilità — SAN06
integrazione sociosanitaria — Art03, Art06, Art08
invecchiamento — Art08, ECN07, ECN08, LTC01, SAN02, SAN05, SST06
LTC — SAN05
minori — SAN04
modellizzazione spesa — ECN07, ECN08
non autosufficienza — Art06, ECN05
pensionamento — SAN05, SSN15
Piano Nazionale Demenze* — LTC02
proiezioni 2050 — ECN07, ECN08
PUA — Art03
punto nascita — Art01
qualità della vita — SST02
riforma anziani — Art06
RSA — LTC02
salute mentale — Art04, Art07, SAN04, SSN16, SST03
SNAA — Art06
spesa LTC — ECN08, LTC01
SROI* — LTC01
stigma — ECN09
suicidio — SAN04
terzo settore — Art03, Art06, CSS03, CSS04, SAN01, SAN03, SSN04
volontariato — SSN04

Digitalizzazione [DIG]

AI diagnostica — DIG04
Anthropic* — DIG05, DIG06
bias algoritmico — DIG01
big data sanitari — DIG06
Big Tech sanità — DIG02
digitalizzazione — DIG01, DIG05
dimostrazione automatica di teoremi* — DIG05
dispositivi medici — SAN03, SSN02, SSN03
divario digitale — CSS03, DIG01
fascicolo sanitario elettronico — CSS06, SSN01, TER03
FSE — Art05, CSS06, DIG03, DIG04
GDPR — DIG03
governance dei dati — DIG01, DIG02, DIG04, DIG06
HTA — Art02, Art05, SSN02, SSN03
IA — DIG01, DIG02, DIG04, DIG05, DIG06
IA agentiva — DIG05, DIG06
intelligenza artificiale — Art05, DIG01, DIG02, DIG04, DIG05, DIG06, SAN04
interoperabilità — Art03, DIG01, DIG03, DIG04
laboratorio automatizzato* — DIG06
machine learning — DIG05, DIG06
matematica artificiale* — DIG05
OpenAI* — DIG05
privacy — DIG01, DIG02, SAN04
responsabilità AI sanitaria — DIG01
social media — SAN04
telemedicina — CSS06, DIG03, SSN16, TER01, TER03
telemonitoraggio — DIG03, DIG04
televisita — DIG03, SSN01

Economia e sanità [ECN]

appalti pubblici — SSN02, SSN03
asili nido* — ECN04
borsa di studio — SSN07
burnout — OSP02, SSN16, SST03
burocrazia — CSS02, DIG04, SSN14
capitale umano — ECN04, SAN02, SSN06, SST04, SST05
carenza personale — Art04, Art10, ECN03, ECN05, OSP02, SSN05, SSN07, SSN10, SSN14, SSN15, SSN16, SST03, SST06

CCNL — ECN07, SSN04, SSN09, SSN10
CER* — ECN06
congiuntura economica* — ECN06
consumi intermedi* — ECN07
costi indiretti* — ECN09
costo del lavoro — ECN07, SSN04, SST05
diabete di tipo 2* — ECN09
direttori generali — Art05, SSN06, SSN19
diritto di rimanere* — ECN04
ECM — SAN07
EFPIA* — ECN09
emigrazione giovanile* — ECN04
farmaci innovativi — DIG06
fiducia dei consumatori* — ECN06
finanziamento della ricerca — DIG06, SAN03
formazione — SAN07, SSN07, SSN16
G7* — ECN01
gettonisti — SSN14
indice di dipendenza degli anziani* — ECN08
inflazione* — ECN06
intramoenia — SSN02, SSN03, SSN13
leadership — Art05, SSN06
management sanitario — Art05, SSN06
Office of Health Economics* — ECN09
parità di potere d'acquisto* — ECN02
previdenza — ECN08, SAN05, SST06
prezzi dell'energia* — ECN06
produzione industriale* — ECN06
rete formativa — SSN07
retribuzione — ECN04, SSN04, SSN09, SSN10, SSN14, SSN16, SST04, SST05
ricovero per condizioni evitabili* — ECN02
scuole specializzazione — SSN07
sovrappeso* — ECN09
specializzazione — SSN07
spesa delle famiglie* — ECN06
System of Health Accounts* — ECN03
tasso di sostituzione* — ECN08
titoli di Stato* — ECN06
turnover — SSN06

Diseguaglianze e sanità USA

disuguaglianze — Art09, PAN03, SST02, SST04, SST05, SST06
povertà — ECN04, SST02
povertà assoluta — Art08
USA — DIG06, SAN06

PNRR e implementazione

Missione 6 Salute — TER03
monitoraggio attuazione — SSN08
PNRR — Art01, Art03, Art05, Art06, CSS01, CSS02, DIG03, DIG04, ECN07, TER03

Focus di attualità

classe di priorità — SSN01
conflitto armato — DIG02
fondi sanitari integrativi — Art08
legge bilancio — ECN05, SSN05, SSN10
liste di attesa — ECN04, ECN05, SSN01, SSN02, SSN03, SSN08, SSN09, SSN17, SSN19, TER03
manovra 2027 — ECN01, ECN05, SSN10
piattaforma nazionale liste di attesa — SSN01
sanità integrativa — Art04, Art08, SSN09
tempi di attesa — SSN01

Persone e attori

ARAN — SSN10
Comitato LEA — SSN11, SSN12
Corte costituzionale — SSN06
Eurostat — Art10, ECN03, SST02, SST04, SST05
FIMMG — CSS02, SSN15, TER01
FNOMCeO — SSN05
GIMBE — Art02, Art04, Art08, Art10, ECN01, ECN02, ECN03, ECN05, SSN03, SSN05, SSN09, SSN14, SSN17
Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria — SSN19
Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza — Art06
Ragioneria generale dello Stato — ECN07, ECN08
società scientifiche — SSN13
UNICEF — SAN04

Luoghi e ambiti territoriali

Francia — ECN04
Germania — ECN01, ECN04, ECN09
Italia — CSS02, ECN01, ECN02, ECN03, ECN04, ECN05, ECN06, ECN07, ECN09, OSP01, SAN07
Lazio — SSN08
Marche — Art02, Art07, CSS01
Mezzogiorno — ECN04, SSN17
Molise — SSN12
Repubblica Democratica del Congo — PAN03, SST01
Toscana — Art01
Valle d'Aosta — SSN17
Veneto — CSS01