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. 37 del 1.05.2026



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

Review realizzata in collaborazione con:

Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche

Sapienza Università di Roma

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

Nota redazionale.

I materiali (articoli e dati) vengono selezionati da fonti accreditate:
The Lancet, Science/AAS, Nature, The New Englad Medical Journal, The British MJ, Salute Internazionale, Sanità Informazione, Quotidiano Sanità, La Repubblica, Corriere della Sera, Gedi Visual, ALTEMS, GIMBE, etc.

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

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

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

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

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

I curatori

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Angelo Rossi Mori
È un ricercatore associato presso l'Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali del Consiglio Nazionale delle Ricerche (IRPPS-CNR). A livello nazionale, ha collaborato con Ministeri e Regioni sull'innovazione in sanità (telemedicina, FSE). In ambito internazionale, ha collaborato con Ministeri e Agenzie pubbliche di diversi Paesi, accademici, organizzazioni professionali e di pazienti, multinazionali e PMI per la stesura di standard semantici per l'informatica sanitaria (HL7, ISO, CEN, SNOMED, LOINC). Negli ultimi 30 anni ha partecipato a numerosi progetti europei su: interoperabilità semantica, cartella clinica elettronica (EHRS), strategie per l'introduzione bilanciata e pervasiva della salute in rete nei Paesi tecnologicamente avanzati, processi di change management.

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

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

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

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

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

- **"ASIQUAS Covid 19 Review" 2021-22, numeri 1-30**
- **"ASIQUAS Review", numeri pregressi 1-36**

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"**



Le prime Raccomandazioni italiane su "Comunità proattive e prescrizione sociale"

Presentate a Roma in sede Università "Sapienza" le prime Raccomandazioni Italiane su "Comunità proattive e prescrizione sociale, risultato di un percorso di confronto e di ricerca nazionale e internazionale iniziato ad inizio 2025. Oltre alle Raccomandazioni sono stati presentati gli Allegati tecnici di supporto. Alla presenza di WHO UE, WONCA Europa, EuroHealthNet, Ministeri competenti, AGENAS, ISS, Regioni, Organizzazioni d'impresa, società professionali e scientifiche, Network associativi, Cittadinanzattiva, CSV Net e tanti altri soggetti del mondo ETS e del Volontariato e alla presenza della Commissione Salute della CEI.
Le Raccomandazioni e gli allegati li trovate su: https://disse.web.uniroma1.it/it/convegno-presentazione-raccomandazioni

Board Scientifico dell'"*Italian Network for Proactive Communities and social prescribing*".

Premessa. Solitudine e fragilità: la comunità come antidoto

Solitudine e fragilità sono condizioni strettamente connesse. La fragilità è una vulnerabilità dinamica che, in presenza di perdite fisiche, psichiche o sociali, riduce la capacità di reagire agli stress. La solitudine e la disconnessione sociale amplificano le disuguaglianze di salute, peggiorano esiti clinici e aumentano il rischio di depressione, malattie cardiovascolari e mortalità (oltre 871.000 decessi annui a livello mondiale tra il 2014 e il 2019). In Italia, il problema colpisce anziani e nuove forme di vulnerabilità. Di fronte a queste sfide di contesto nasce il Network "Comunità, solitudini e salute" che opera all'intersezione tra due traiettorie convergenti: un *traiettoria scientifica*, che riconosce la maturazione delle evidenze sulla solitudine come determinante di salute e l'emergere del *social prescribing* come modello operativo per connettere i servizi sanitari con le risorse comunitarie; e una *traiettoria istituzionale*, rintracciabile nella riforma dell'assistenza territoriale avviata con il DM 77/2022, il PNRR Missione 6 e il DDL 1825. Il Network CSS ha raccolto l'eredità del lavoro precedente realizzata dalla allora SIQUAS-VRQ che tra il 2009 e il 2013 realizzò un percorso di elaborazione delle prime Raccomandazioni Italiane su "Requisiti di qualità nella integrazione tra sanità e sociale" (Franco Angeli Editore) e l'ha proiettata in avanti, coinvolgendo progressivamente un panel ampio e diversificato di partecipanti: clinici, epidemiologi, sociologi, esperti di organizzazione

sanitaria, rappresentanti del Terzo Settore, amministratori locali, giovani ricercatori universitari, operatori del sociale, rappresentanti di ETS, etc. Riprendendo anche il *Marmot Review* che proponeva un modello di salute pubblica focalizzato sulla riduzione delle disuguaglianze sanitarie attraverso l'azione sui determinanti sociali della salute, il Network CSS ha voluto costruire uno strumento operativo, un insieme di raccomandazioni sufficientemente specifiche da poter essere tradotte in azioni territoriali, sufficientemente flessibili da poter essere adattate ai diversi contesti locali, e sufficientemente fondate da poter resistere al confronto con le evidenze scientifiche e con la realtà dei servizi.

Il metodo di lavoro: dal confronto collegiale alle Raccomandazioni

Il percorso di lavoro del Network CSS si è sviluppato tra il 2024 e il 2026 attraverso un metodo partecipato che ha combinato analisi della letteratura, raccolta di esperienze dal territorio, confronto strutturato tra esperti e revisione iterativa dei documenti.
Si è avviata una raccolta di esperienze/progetti realizzati da molteplici attori (Istituzioni, Aziende Sanitarie, Comuni e loro articolazioni, Terzo Settore, Volontariato, etc.), che sono state trasferire su un format uniforme e unitario; è stato creato un database strutturato. In totale sono stati raccolti nella prima fase 70 progetti "*completi*" italiani e 15 internazionali e decine di documenti di policy e di gestione internazionali e nazionali/regionali.
A giugno 2025 si è svolto un primo Convegno in Roma finalizzato al confronto e alla condivisione dei materiali raccolti. Il lavoro è stato organizzato intorno a cinque tavoli tematici, condotti con metodologie partecipative e dedicati alle seguenti area: *Comunità; Inclusione; Solitudini; One Health; Digitalizzazione e IA.* Attori istituzionali, esperti di settore e operatori del territorio hanno partecipato ai tavoli confrontandosi sui metodi e sulle principali evidenze, al fine di elaborare prime indicazioni condivise sulla base delle quali tracciare successivamente una traiettoria verso le Raccomandazioni nazionali.
Dopo il convegno di giugno il Board Scientifico ha promosso la costituzione di alcuni gruppi di lavoro per redigere le Raccomandazioni e gli allegati tecnici. In particolare: Il Board Scientifico in rapporto con il Network allargato ha redatto le Raccomandazioni. Altri Gruppi specifici hanno lavorato su "*Glossario delle parole chiave*", la "*Scheda di autovalutazione dei progetti*", la "*Review*" dei Modelli, Indicatori e standard in letteratura scientifica.

Box 1 – Il percorso di selezione delle Raccomandazioni

Fase 1 - Raccolta (2024-2025). Dai Tavoli tematici del convegno emergono 177 raccomandazioni, organizzate per livello istituzionale (Macro, Meso, Micro-1 e Micro-2), ciascuna accompagnata da una scheda descrittiva con fonti, evidenze e indicazioni operative.
Fase 2 - Prioritizzazione (fine 2025 - inizio 2026). Una matrice ad 8 criteri, compilata collegialmente dal panel, riduce le 177 raccomandazioni a 27 prioritarie. I criteri: rilevanza, fattibilità, costo-efficacia, coerenza normativa, equità, sostenibilità, evidenze, consenso.
Fase 3 - Consolidamento (2026) Le 27 raccomandazioni prioritarie vengono accorpate e armonizzate in 20 raccomandazioni consolidate, mantenendo la distribuzione sui 4 livelli istituzionali (Macro, Meso, Micro-1 e Micro-2).



COMUNITA', SOLITUDINI E PRESCRIZIONE SOCIALE

CONVEGNO DI PRESENTAZIONE E CONDIVISIONE DELLE "RACCOMANDAZIONI ITALIANE SULLA PRESCRIZIONE SOCIALE E LE COMUNITÀ PROATTIVE"

Mercoledì
22.04.2026
ore 9:30 - 17:00

Centro Congressi
via Salaria 113
Roma

Per partecipare all'evento da remoto clicca oppure scansiona il QRcode

Iscrizione all'evento

In collaborazione con:

SESSIONE MATTUTINA

9:30 Accoglienza

9:45 Saluti istituzionali

Emma Galli, *Dipartimento DiSSE, Sapienza Università di Roma*
Laura Franceschetti, *Master MIAS, DiSSE Sapienza Università di Roma*
Giorgio Banchieri, *ASIQUAS*

10:00 - 10:45 PRESENTAZIONI

Il percorso "Comunità, solitudini e salute"
Le Raccomandazioni Italiane su prescrizione sociale e comunità proattive.
Gli Allegati tecnici alle Raccomandazioni.

10:45 PANEL PER LA CONDIVISIONE (Parte 1)

10:45 I° Panel "*Il contributo delle esperienze internazionali alle Raccomandazioni italiane*"
Moderatore: Luigi Bertinato, *Consultant,Who Office for Investment for Health.*
Yongjie Yon, *WHO EU, Ageing and Health Program,*
Odd N. Hanssen, *WHO EU, Well-being Economy Consultant*
Ferdinando Petrazzuoli e Joyce Kancire, *WONCA Europe,*
Vania Putatti, *Consultant Joint Action sull'equità sanitaria in Europa, EuroHealthNet*
Juan Manuel Mendive, *Catalan Institut of Health, Training Unit of Family Medicine, University of Barcelona, Spain*
Jenny Hartnoll, *GP in the NHS and consultant in community development, social prescribing, and the health/community interface*

11:45 II° Panel "*Le Raccomandazioni e le policy in Italia*"
Moderatrice: Silvia Scelsi, *ASIQUAS.*
Alessio Nardini, *Direttore Generale dei Comitati Stili di Vita e dei rapporti con l'ecosistema, Ministero Salute*
Alessandra Locatelli, *Ministro per le Disabilità (*),*
Lorenzo Bandini, *Unità di Progetto PNRR, AGENAS,*
Ilenia Malavasi, *Commissione Affari Sociali, Camera Deputati,*
Francesca Buccardini, *Direttore Centro nazionale per la salute globale, ISS*
Vanessa Vivoli, *Direzione generale Cura della Persona, Salute e Welfare, Regione Emilia Romagna*
Giovanni Impagliazzo, *Assessorato Politiche Sociali e Salute, Roma Capitale*

12:45 *Light lunch*

(*) In attesa di conferma



COMUNITA', SOLITUDINI E PRESCRIZIONE SOCIALE

CONVEGNO DI PRESENTAZIONE E CONDIVISIONE DELLE

"RACCOMANDAZIONI ITALIANE SULLA PRESCRIZIONE SOCIALE E LE COMUNITÀ PROATTIVE"

Mercoledì
22.04.2026
ore 9:30 - 17:00

Centro Congressi
via Salaria 113
Roma

In collaborazione con:

SESSIONE POMERIDIANA

13:30 PANEL PER LA CONDIVISIONE (Parte 2)

13:30 III° Panel "Le Raccomandazioni rivolte alle organizzazioni aziendali e professionali della sanità"
Moderatore: Marco Ingrosso, *Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia*

Paolo Petralia, *DG AOU Verona, Vicepresidente FIASO,*
Gennaro Sosto, *DG ASL Salerno, Vicepresidente Federsanità ANCI,*
Antonio Maggi, *Membro CDN FNOMCeO, Presidente OMCeO di Roma*
Carmelo Gagliano, *Vicepresidente FNOPI (*)*
Barbara Reina, *Presidente Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali CNOAS*
Rosella Squiccarini, *Vicepresidente Nazionale CARD*

14:30 IV° Panel "*Il ruolo del sociale, del terzo settore e della partecipazione civica nella costruzione di comunità proattive*"
Moderatrice: Laura Franceschetti, *Dipartimento DiSSE, Sapienza Università di Roma.*

Silvia Scelsi, *Presidente ASIQUAS,*
Marco Ingrosso, *Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie PHC,*
Francesca Moccia, *Vice Segretaria Nazionale di Cittadinanzattiva,*
Paola Capoleva, *Componente Direttivo CSVnet*
Fulvio Lonati, *Presidente di APRIRE – Assistenza PRimaria In REte.*

15:30 V° Panel "*Dalla sanità alla salute di comunità: cambio di paradigma e centralità della persona*"
Moderatore: Fulvio Lonati, *Presidente di APRIRE – Assistenza PRimaria In REte.*

Massimo Angelelli, *Direttore Ufficio Nazionale per la Pastorale salute, CEI*
Milena Vainieri, *Responsabile Laboratorio Mes ISSUP,*
Barbara D'Avanzo, *Ist. Mario Negri,*
Duilio Canus, *Coordinatore dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza, Fondazione RES ETS,*
Maria Grazia Galantino, *Master ProGeVaSS, DISSE, Sapienza Università di Roma*
Maria Pia Ruggieri, *Consigliera nazionale Salutequità*
Giorgia Amato, *Forum Disuguaglianze e Diversità*

16:30 CHIUSURA DEI LAVORI

(*) in attesa di conferma

Il Convegno del 22 aprile 2026: presentazione e condivisione delle Raccomandazioni

Il percorso fin qui descritto si è concluso con l'elaborazione di una prima release delle Raccomandazioni che è stata presentata a Roma, presso il Centro Congressi della Sapienza Università di Roma, nel corso di un Convegno finalizzato alla condivisione e di validazione delle Raccomandazioni e degli allegati tecnici, ossia:

- *Una Scheda di autovalutazione dei progetti e delle esperienze* fondate su "Comunità, Solitudine e Salute", ispirata al Modello della *European Foundation for Quality Management*, EFQM;
- *Una Rassegna di Modelli, algoritmi, indicatori e standard* esistenti e riconducibili anche alle esperienze raccolte in occasione del convegno di giugno 2025
- *Un Glossario di parole chiave* connesse alle Raccomandazioni proposte e alle esperienze internazionali, nazionali, regionali e locali raccolte in occasione del convegno di giugno 2025.

Le raccomandazioni sono state pensate e redatte in base ai seguenti principi fondamentali:

- *Approccio "One Health".* Le politiche per la salute di comunità si inseriscono in una cornice più ampia che riconosce l'interdipendenza salute umana, animale e ecosistemi, con un focus sulla dimensione sociale per agire sulla prevenzione con misure intersettoriali e multidisciplinari, superando l'attuale frammentazione tra settori.
- *Identificazione univoca degli ambiti territoriali di intervento*. L'integrazione tra servizi sanitari, sociali e risorse del territorio è possibile solo garantendo la coincidenza tra i Distretti sociosanitari delle ASL e gli Ambiti Territoriali Sociali dei Comuni, la definizione del territorio di afferenza di ogni casa della Comunità e la sua articolazione in unità territoriali di prossimità (*Microaree* indicativamente 4.000-10.000 abitanti), corrispondenti a quartieri, rioni, frazioni o piccoli comuni.
- *Nomenclatura condivisa per la "prescrizione sociale".* Per monitorare e confrontare gli interventi su scala nazionale è *indispensabile sviluppare un linguaggio comune.*
- *Sostenibilità economica***.** Per rendere replicabili e confrontabili gli interventi integrati socio-sanitari di promozione comunitaria è necessario definire caratteristiche e costi di riferimento, da approvare in Conferenza Stato- Regioni.
- *Strumenti operativi e interoperabilità***.** L'attuazione delle raccomandazioni richiede l'utilizzo di strumenti organizzativi e informativi idonei a garantirne concreta applicazione, tracciabilità e valutazione nel tempo. L'integrazione socio-sanitaria e la continuità assistenziale presuppongono l'impiego coerente di sistemi interoperabili e modalità standardizzate di registrazione e monitoraggio, in raccordo con le infrastrutture informative nazionali e territoriali vigenti.

La struttura delle Raccomandazioni, derivata dal Modello Marmot, è la seguente:

- *Livello MACRO* - Raccomandazioni di policy. Sono rivolte al Governo, al Parlamento e ai Ministeri competenti. Riguardano la definizione di politiche nazionali, normative quadro e risorse al fine di legare promozione e contrasto alla solitudine, all'isolamento sociale e alla promozione della salute di comunità.
- *Livello MESO* - Criteri di programmazione e ricerca. Sono rivolte a Regioni, Aziende Sanitarie, Distretti socio-sanitari e Ambiti Territoriali Sociali, IRCCS e Istituti di Ricerca. Riguardano la programmazione, l'organizzazione, la ricerca e il finanziamento dei servizi territoriali.
- *Livello MICRO-1* - Modelli di attivazione della comunità. Sono rivolte a Case della Comunità, Comuni, Enti del Terzo Settore e cittadini attivi. Riguardano l'attivazione delle risorse locali, le reti di vicinato e i servizi di prossimità nelle microaree.
- *Livello MICRO-2* - Competenze professionali. Sono rivolte agli operatori sanitari, sociali, del Terzo Settore e del volontariato. Riguardano le competenze, le metodologie di lavoro e le pratiche operative quotidiane

Le “Raccomandazioni italiane su “Comunità proattive e prescrizione sociale”

Livello MACRO – Le policy - Raccomandazioni rivolte al Governo, al Parlamento e ai Ministeri competenti. Riguardano la definizione di politiche nazionali, normative quadro e risorse al fine di legare promozione e contrasto alla solitudine, all’isolamento sociale e alla promozione della salute di comunità.

- **R1 Inserire la solitudine e l'isolamento sociale come determinanti di salute nella programmazione sanitaria nazionale e regionale, definendo una cornice normativa e strategica nazionale per la prevenzione e il contrasto attraverso DPCM**, documenti di indirizzo interministeriali (Sanità, Lavoro e Politiche Sociali, Istruzione, Ricerca, Ambiente e altri) e una Strategia nazionale dedicata; promuovendo e realizzando campagne nazionali di comunicazione e sensibilizzazione che presentino la solitudine e l'isolamento come fattori di rischio per la salute e per il benessere delle persone e delle comunità.
- **R2**. **Le Regioni provvedono alla coincidenza geografica obbligatoria tra Distretti Sociosanitari e Ambiti Territoriali Sociali (ATS),** e alla obbligatorietà della definizione del territorio di afferenza di ogni Casa della Comunità. Questo territorio deve essere ulteriormente articolato in **Microaree** (popolazione compresa tra 4.000 e 10.000 abitanti), individuate come unità minime per la programmazione della salute di comunità e il monitoraggio delle solitudini.
- **R3. Definire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) includendo esplicitamente gli interventi di salute di comunità e contrasto all'isolamento sociale**, con riferimento anche ai Fondi FNA e FSE per la copertura finanziaria, prevedendo esenzione totale per persone in povertà, e d**efinire caratteristiche e costi standard di riferimento degli interventi integrati socio-sanitari** di promozione comunitaria, con nomenclatore tariffario nazionale da approvare in Conferenza Stato-Regioni. Una quota delle risorse dei Fondi Sanitari Regionali destinate alla medicina territoriale deve essere vincolata a progetti di prescrizione sociale e supporto alla domiciliarità proattiva.
- **R4. Emanare linee guida nazionali sulla “prescrizione sociale”** in collaborazione con ISS, AGENAS, Federazioni Nazionali degli Ordini Professionali, Società Scientifiche, rappresentanti nazionali del Terzo Settore, definendo modelli operativi, standard di qualità e percorsi formativi per gli operatori. Le Linee guida dovranno prevedere modalità standardizzate di registrazione della prescrizione sociale nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE 2.0), assicurandone la tracciabilità e l’integrazione nei flussi informativi nazionali (NSIS), al fine di garantirne monitoraggio, valutazione e confrontabilità interregionale secondo gli standard SNOMED-CT.
- **R5. Istituire un Osservatorio nazionale su Solitudine, Isolamento Sociale e Salute di Comunità** presso e con il concorso di Ministeri, di Istituti e di Agenzie nazionali, con il compito di raccogliere dati epidemiologici e monitorare l'efficacia degli interventi, garantendo l'accessibilità dei dati a Università e Istituti di Ricerca. L’Osservatorio opererà in raccordo con i flussi NSIS e con i dati aggregati derivanti dal FSE 2.0, garantendo l’utilizzo di dati interoperabili e standardizzati per il monitoraggio degli interventi e dei percorsi di presa in carico.

Livello MESO - Criteri di programmazione e ricerca - Raccomandazioni rivolte a Regioni, Aziende Sanitarie, Distretti socio-sanitari e Ambiti Territoriali Sociali, IRCCS e Istituti di Ricerca. Riguardano la programmazione, l'organizzazione, la ricerca e il finanziamento dei servizi territoriali.

- **R6. Implementare sistemi di screening della solitudine e dell'isolamento sociale nei punti di contatto territoriali** (Case della Comunità, farmacie, ambulatori singoli e associati dei Medici di Medicina Generale, servizi sociali, etc.) delle microaree utilizzando scale validate (UCLA o De Jong Gierveld), con focus prioritario sugli over 65 e sulle popolazioni fragili (giovani, famiglie in

povertà, donne sole, etc.) , sviluppando conseguenti progetti integrati di prevenzione attiva, di medicina di iniziativa, di "*prescrizione sociale*", di attivazione di sportelli di prossimità.

- **R7. Consolidare e diffondere la figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità** come riferimento territoriale stabile per l'individuazione precoce, la presa in carico leggera e il monitoraggio delle persone fragili (con accesso al FSE e agli strumenti informativi territoriali). Introdurre, consolidare e **diffondere nuove figure della salute di comunità**, professionali (MMG, Infermieri di Famiglia e di Comunità, psicologi, assistenti sociali, educatori e altri) e volontarie (facilitatori, connettori sociali, animatori di punti di comunità e di reti di prossimità), opportunamente formati ad agire anche come operatori di comunità.
- **R8. Garantire una presa in carico globale delle persone vulnerabili**, prevedendo l'attivazione diffusa di **Punti Unici di Accesso** territoriali in collaborazione stabile fra Distretti sociosanitari e Ambiti Territoriali Sociali, nel sistema delle Case della Comunità – Centrali Operative Territoriali e protocolli di dimissione protetta per la continuità assistenziale ospedale-territorio, con particolare tempestività per i pazienti che vivono soli e privi di rete familiare.
- **R9. Istituire tavoli misti permanenti sanità-sociale-Terzo Settore a livello distrettuale** per la co-programmazione, co-progettazione e co-produzione degli interventi di contrasto alla solitudine e promozione della salute di comunità, formalizzando accordi secondo il D.Lgs. 117/2017 con definizione di ruoli, risorse e responsabilità.
- **R10. Implementare un modello modulare di valutazione multidimensionale**, differenziato per fasce d'età e tipologie di fragilità, dei bisogni, semplici e complessi, da far adottare in tutte le Unita Valutazione Multidimensionale dei Distretti Socio Sanitari, e da tutti gli operatori dei Comuni, delle Case della Comunità, dai servizi di prossimità e condiviso con gli Enti del Terzo Settore, lavorando per processi integrati superando le logiche a silos, con piani e percorsi personalizzati socio-sanitari (vedi PAI, Programmi Assistenziali Individuali, o PidS, Programmi Individuali di Salute).
  I modelli di valutazione multidimensionale adottati dovranno essere integrabili con il FSE 2.0 e coerenti con i tracciati informativi NSIS, al fine di assicurare continuità informativa nei percorsi di presa in carico e nelle *transitional care* gestite dalle COT, Centrali Operative Territoriali.

Livello MICRO-1 - Modelli di attivazione delle comunità - Raccomandazioni rivolte a Case della Comunità, Comuni, Enti del Terzo Settore e cittadini attivi. Riguardano l'attivazione delle risorse locali, le reti di vicinato e i servizi di prossimità nelle microaree.

- **R11. Mappare sistematicamente, attraverso strumenti e modelli standardizzati, le risorse delle comunità** (associazioni, gruppi, spazi sociali) da parte dei Distretti Sociosanitari e degli ATS, e integrarle con il sistema informativo dei PUA, Punti Unici di Accesso, per costruire repertori territoriali aggiornati e accessibili agli operatori e ai cittadini, da usare a supporto della co-progettazione, co-gestione e co-produzione dei servizi.
- **R12. Attivare patti di comunità nelle Microaree** per mobilitare le risorse sociali locali (volontariato, parrocchie, associazioni) con la finalità esplicita di costruzione di comunità proattive e inclusive, oltre che di erogazione di servizi, promuovendo nelle comunità forme di reciprocità e di supporto tra vicini con il coinvolgimento di connettori sociali *(Link worker*), garantendo accessibilità e gratuità dei servizi.
- **R13**. **Trasformare i centri di aggregazione tradizionali in laboratori di comunità multifunzionali** con servizi di prossimità, socializzazione intergenerazionale e supporto ai fragili, favorendo lo sviluppo di momenti di **autoformazione**, laboratori di quartiere, accompagnamento e scambio tra pari per sviluppare competenze diffuse sulla salute relazionale e facilitare la socializzazione.
- **R14. Promuovere attività tra pari** motorie-culturali-ludiche-ricreative-fisiche nelle microaree e nei gruppi di auto-mutuo aiuto, accessibili gratuitamente o a condizioni calmierate, adattati e inclusivi per anziani e persone in condizione di fragilità e solitudine, orientati come prescrizioni sociali efficaci per il contrasto all'isolamento.

Livello MICRO-2 - Competenze professionali - Raccomandazioni rivolte agli operatori sanitari, sociali, del Terzo Settore e del volontariato. Riguardano le competenze, le metodologie di lavoro e le pratiche operative quotidiane

- **R15. Attivare équipe inter e transdisciplinari orientate agli interventi di prossimità**, specificando composizione e modalità di coordinamento, collaborando con le nuove professionalità di comunità nella promozione di comunità proattive tramite anche la costruzione di relazioni stabili e continuative tra cittadini fragili e soli con la propria équipe di riferimento, evitando la frammentazione dei contatti.
- **R16. Definire per ogni operatore sanitario e sociale** del Distretto Sociosanitario o dell'Ambito Territoriale Sociale o degli ETS:
  a) **l'attribuzione di uno specifico territorio di riferimento** mantenendo la continuità operativa per congrui periodi di tempo e punti di contatto decentrati.
  b) **l'acquisizione di competenze** relative al lavoro in équipe multiprofessionali-multisettoriali, allo sviluppo di welfare generativo, alla mappatura di bisogni e risorse delle popolazioni, ad iniziative di costruzione di comunità, **tramite percorsi di formazione**.
- **R17. Programmare visite domiciliari proattive** (presa in carico leggera) da parte di IFeC e operatori sociali, con frequenza definita nel PAI, per anziani soli, soggetti fragili e famiglie in povertà, con monitoraggio attivo dei contesti rurali e di degrado urbano, segnalando sistematicamente le condizioni di fragilità e solitudine. Gli esiti delle visite domiciliari dovranno essere registrati nei sistemi informativi territoriali interoperabili con il FSE 2.0 e condivisi con le Centrali Operative Territoriali nei casi di continuità assistenziale ospedale–territorio. Nei casi clinicamente appropriati, il monitoraggio e il follow-up potranno essere supportati tramite strumenti di telemedicina
- **R18. Agire la "prescrizione sociale"**, facendo riferimento alle caratteristiche degli interventi integrati socio-sanitari di promozione comunitaria da approvare in Conferenza Stato-Regioni, con particolare attenzione alle persone a basso reddito e residenti in microaree urbane o periurbane disagiate-marginali e aree interne.
- **R19. Attivare progetti di promozione della salute** concordati tra scuole e servizi di comunità, coinvolgendo le giovani generazioni nella vita delle microaree attraverso iniziative intergenerazionali e forme di prevenzione attiva.
- **R20. Coinvolgere cittadini e i volontari delle OdV e APS locali nei processi di co-progettazione** dei servizi territoriali basati su un approccio tra pari (*peer support*) per tutte le tipologie di fragilità e solitudini, valorizzando l'esperienza diretta dei destinatari e contribuendo alla formazione dei volontari per supportare i fragili e soli con visite, telefonate e accompagnamenti.

Campagna di divulgazione e di condivisione

Il percorso sviluppato su "*Comunità proattive e prescrizione sociale*" in Italia ha raggiunto una prima sua rilevanza che ha consentito di rilasciare la prima release delle Raccomandazioni e degli Allegati.
Ora si deve avviare una campagna di divulgazione e di condivisione.Nostro obiettivo è la messa a disposizione del materiale prodotto per lo sviluppo di normative sia nazionali sia regionali per approvare a tutti i livelli, sia le strategie per la lotta a solitudine e isolamento, così come le normative che autorizzino le Regioni e gli EE.LL. all'utilizzo da parte dei MMG e PLS. Vorremmo divulgare le raccomandazioni e poter arrivare alle prescrizioni in base a codici prescrittivi (da sviluppare) verso i pazienti candidati, negli ambienti di vita e verso le attività socializzanti che rientrino tra quelle che saranno prescrivibili da parte dei MMG e PLS.
Verrà lanciata nelle prossime settimane una survey su APP Microsoft Forms per raccogliere il consenso degli operatori sanitari, sociosanitari, sociali e ETS e del Volontariato sulle singole Raccomandazioni. Questa campagna di *"consensus*" è necessaria per dare forza alle singole Raccomandazioni a fronte di una letteratura scientifica non rilevante e quindi bisognosa di integrazione e supporto. Si avvierà una serie di incontri su base regionale per la presentazione dei materiali prodotti. Il Board Scientifico si riserva di organizzare, tra alcuni mesi, un Convegno o workshop di verifica delle attività di divulgazione e promozione sviluppate.
Siamo consapevoli che operiamo su temi nuovi e sensibili. Abbiamo evidenze iniziali interessanti e significative, ma c'è ancora bisogno di implementazione e sviluppo di ulteriori esperienze nei territori.

Da questo processo di condivisione ci aspettiamo di raccogliere anche ulteriori sollecitazioni e proposte che possono portare a nuove release delle stesse Raccomandazioni e dei loro Allegati. Ringraziamo ancora tutte le colleghe e i colleghi che hanno partecipato sin qui a questo percorso.

ASIQUAS Review n. 37 — aprile 2026

Edizione di aprile · 89 voci · giugno 2026

Sezione Art — Articoli scritti da soci ASIQUAS 15
Sezione CSS — Comunità, solitudini e salute 17
Sezione SAN — Scenari della sanità 20
Sezione SSN — Scenari del SSN 29
Sezione SST — Sostenibilità della sanità 36
Sezione OHE — One Health e clima 38
Sezione PAN — Pandemie in essere e in arrivo 40
Sezione TER — Medicina territoriale 43
Sezione LTC — Sanità, sociale e Long Term Care 50
Sezione DIG — Digitalizzazione 54
Sezione ECN — Economia e sanità 55
Indice per parole chiave 57
1. Comunità, solitudini e salute [CSS] 57
2. Scenari della sanità [SAN] 57
3. Scenari del SSN [SSN] 58
4. Sostenibilità della sanità [SST] 58
5. One Health e clima [OHE] 59
6. Pandemie in essere e in arrivo [PAN] 59
7. L'ospedale che cambia [OSP] 59
8. Medicina territoriale [TER] 59
9. Nursing [NUR] 60
10. Sanità, sociale e Long Term Care [LTC] 60
11. Digitalizzazione [DIG] 60
12. Economia e sanità [ECN] 60
15. Persone e attori [PER] 61
16. Luoghi e ambiti territoriali [LOC] 61
17. Disuguaglianze e sanità USA [USA] 61
18. PNRR e implementazione [PNR] 61
19. Focus di attualità [ATT] 61

Sezione Art — Articoli scritti da soci ASIQUAS

🔴 Art01 — Quotidiano sanità — Evoluzione normativa e sostenibilità della sanità pubblica [Banchieri]

Data: aprile 2026 | Tipo: Lettera al Direttore / Editoriale | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: sostenibilità SSN, evoluzione normativa, finanziamento SSN, definanziamento, articolo 32 Costituzione, universalismo, riforma Ssn, governance sanitaria
https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/evoluzione-normativa-e-sostenibilita-della-sanita-pubblica/

- L'autore ricostruisce l'evoluzione normativa che ha trasformato il Servizio sanitario nazionale dalla riforma del 1978 ai giorni nostri, evidenziando come ogni decennio abbia sedimentato nuove logiche organizzative e nuovi vincoli economici sulla cornice originaria di universalismo e gratuità delle prestazioni.
- Viene messa in evidenza la progressiva erosione del rapporto fra spesa sanitaria pubblica e prodotto interno lordo, che colloca l'Italia significativamente al di sotto della media dei principali Paesi europei e che riduce strutturalmente la capacità del sistema di fare fronte ai bisogni emergenti di salute della popolazione.
- L'analisi si sofferma sulla relazione fra sostenibilità finanziaria e sostenibilità organizzativa, sottolineando come il problema non sia solo quanto si spende ma anche come si spende, con riferimento alle disuguaglianze territoriali, alla mobilità sanitaria e alla difficoltà di programmazione di lungo periodo.
- Viene proposto un ripensamento del quadro normativo che recuperi la centralità del principio costituzionale di tutela della salute, articoli concretamente i livelli essenziali di assistenza e di prestazioni sociali, e individui strumenti efficaci di coordinamento fra livelli di governo nazionale e regionale.
- L'autore richiama l'esigenza di un patto politico e sociale per la sanità pubblica che superi la logica delle manovre annuali di bilancio e adotti un orizzonte di programmazione almeno quinquennale, in coerenza con le esigenze di pianificazione del personale, dell'edilizia ospedaliera e dell'innovazione tecnologica.
- La conclusione richiama che l'evoluzione normativa di questi decenni ha costruito un sistema con grandi potenzialità ma con altrettanti vincoli irrisolti, e che senza un intervento strutturale sul finanziamento e sulla governance il rischio è quello di un progressivo svuotamento del modello universalistico.

🔴 Art02 — Quotidiano sanità — Se il Ssn non basta più: quando la salute dipende dal reddito (e dalla famiglia) [Banchieri]

Data: aprile 2026 | Tipo: Lettera al Direttore / Editoriale | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: rinuncia alle cure, spesa out-of-pocket, disuguaglianze, equità in salute, sanità integrativa, povertà sanitaria, sostenibilità SSN, determinanti sociali
https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/se-il-ssn-non-basta-piu-quando-la-salute-dipende-dal-reddito-e-dalla-famiglia/

- L'autore documenta come la spesa sanitaria privata diretta delle famiglie italiane abbia raggiunto livelli che inducono fenomeni crescenti di rinuncia alle cure, soprattutto nei nuclei familiari a basso reddito e nelle aree del Mezzogiorno meno coperte dai servizi pubblici di prossimità.
- Viene messa in luce la dipendenza crescente della salute individuale dal capitale sociale e familiare, con effetti regressivi che mettono in discussione il principio costituzionale di pari accesso alle cure indipendentemente dalle condizioni economiche e sociali.
- L'analisi segnala la dinamica anomala per cui in un sistema formalmente universalistico una quota consistente delle prestazioni viene erogata o finanziata da soggetti diversi dal SSN (sanità integrativa, fondi aziendali, polizze individuali, spesa diretta), trasformando di fatto il sistema in un modello ibrido pubblico-privato.
- L'autore esamina le conseguenze di questa trasformazione sulla qualità complessiva del sistema, evidenziando il rischio di una segmentazione fra cittadini con accesso pieno ai servizi e cittadini di fatto esclusi da ampie aree di tutela, in particolare per le prestazioni specialistiche e diagnostiche.

- Viene proposto un riequilibrio attraverso un finanziamento pubblico adeguato, una revisione delle agevolazioni fiscali sulla sanità integrativa che oggi favoriscono le fasce alte di reddito, e un rafforzamento dei livelli essenziali di assistenza nelle aree dove la pressione della spesa privata è maggiore.
- La conclusione sottolinea che la salute non può tornare a essere un privilegio legato al reddito o alla disponibilità di una famiglia che possa farsi carico della cura, e che difendere il SSN universalistico è una scelta di tenuta democratica oltre che sanitaria.

🔴 Art03 — SOSsalute.it — La circolare delle Marche sulle residenze protette per anziani: un record di irregolarità [Pesaresi]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Analisi normativa | Località: Marche, Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: residenze protette, RSA, non autosufficienza, anziani, autorizzazione strutture, accreditamento, normativa sociosanitaria, vigilanza, integrazione sociosanitaria
https://www.sossanita.org/archives/28734

- L'articolo analizza una recente circolare della Regione Marche sulle residenze protette per anziani, documentando una serie di irregolarità formali e sostanziali che secondo l'autore configurano un record difficilmente eguagliabile in materia di disordine normativo.
- Viene ricostruita la stratificazione delle norme regionali e nazionali che dovrebbero regolare il funzionamento delle residenze protette, evidenziando come la circolare in oggetto introduca elementi in contrasto con il quadro complessivo e con i criteri di accreditamento istituzionale.
- L'autore segnala in particolare le difformità in materia di standard organizzativi, di mix di personale assistenziale e infermieristico, e di criteri di compartecipazione alla spesa da parte degli ospiti e dei loro familiari.
- L'analisi evidenzia le implicazioni concrete per gli anziani residenti e per le loro famiglie, in termini di tariffe applicate, di livello qualitativo dell'assistenza offerta, e di tutele nel caso di trasferimenti o di modifiche unilaterali del contratto di accoglienza.
- Viene proposta una revisione organica della disciplina regionale che restituisca chiarezza al quadro normativo, allinei le Marche agli standard nazionali e riduca lo spazio di discrezionalità che oggi rischia di tradursi in disuguaglianze fra strutture e fra utenti.
- La conclusione richiama l'attenzione sulla necessità di una funzione di vigilanza efficace e indipendente sulle residenze protette, che superi la logica autoreferenziale della verifica fra enti del medesimo sistema regionale.

Art04 — WelForum.it — LEPS: assistenza all'autonomia e alla comunicazione degli alunni e studenti con disabilità [Pesaresi]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Analisi normativa | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: LEPS, disabilità, inclusione scolastica, assistenza all'autonomia, terzo settore, integrazione sociosanitaria, assistenza educativa, diritti sociali
https://www.welforum.it/leps-assistenza-allautonomia-e-alla-comunicazione-degli-alunni-e-studenti-con-disabilita/

- L'articolo esamina lo stato di attuazione del livello essenziale di prestazione sociale relativo all'assistenza per l'autonomia e la comunicazione degli alunni e studenti con disabilità, una funzione che è stata definita come LEPS dalla legge di bilancio ma la cui implementazione concreta è ancora disomogenea fra Regioni.
- Viene ricostruito il quadro normativo che disciplina il servizio, evidenziando le competenze concorrenti fra Stato, Regioni, Comuni ed enti scolastici, e segnalando i nodi di coordinamento che rallentano la piena operatività del LEPS sul territorio.
- L'autore documenta le differenze territoriali nell'erogazione del servizio, con riferimento alle ore di assistenza riconosciute, ai criteri di selezione degli operatori, alle modalità di compartecipazione delle famiglie e ai livelli di integrazione con gli altri interventi educativi e sociosanitari.
- L'analisi mette in evidenza la centralità del rapporto fra ente locale e gestori del terzo settore nell'attuazione del servizio, segnalando le buone pratiche di coprogettazione e i rischi di esternalizzazione al ribasso quando l'affidamento avviene secondo logiche di mero risparmio.
- Vengono richiamati gli effetti sull'inclusione scolastica e sul diritto allo studio degli alunni con disabilità, in coerenza con la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità e con la legislazione italiana sull'integrazione scolastica.

- La conclusione propone un rafforzamento del finanziamento del LEPS, criteri di omogeneità nazionale per l'erogazione del servizio, e un sistema di monitoraggio che restituisca trasparenza ai cittadini sul grado effettivo di tutela del diritto.

Art05 — Luoghi di cura.it — Durata ed intensità dell'assistenza domiciliare in Italia e in Europa [Pesaresi]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Analisi comparata | Località: Italia / Europa | Accesso: Open access

Parole chiave: ADI, assistenza domiciliare, intensità assistenziale, benchmark internazionale, presa in carico, anziani, non autosufficienza, cure domiciliari, PNRR
https://www.luoghicura.it/dati-e-tendenze/2026/04/durata-ed-intensita-dellassistenza-domiciliare-in-italia-e-in-europa/

- L'articolo confronta la durata e l'intensità dell'assistenza domiciliare integrata erogata in Italia con i parametri rilevati nei principali Paesi europei, mettendo in evidenza un divario strutturale che riguarda non solo il numero di assistiti ma soprattutto le ore di assistenza per persona.
- Viene documentato come l'ADI italiana eroghi mediamente un numero di ore per assistito significativamente inferiore rispetto ai sistemi di Paesi come Francia, Germania o Paesi Bassi, configurando un servizio prevalentemente di tipo prestazionale piuttosto che di reale presa in carico continua.
- L'autore segnala come il PNRR Missione 6 abbia fissato l'obiettivo di portare al 10% la quota di anziani over 65 in ADI, un target prevalentemente quantitativo che rischia di accentuare il problema dell'intensità bassa se non accompagnato da indicatori sulla durata e sulla qualità della presa in carico.
- L'analisi confronta i modelli organizzativi europei evidenziando come nei Paesi con migliori esiti l'ADI integri stabilmente componenti sanitarie, sociali e di sostegno alla famiglia, con figure di case management dedicate e con strumenti di valutazione multidimensionale standardizzati.
- Vengono richiamate le implicazioni per la riforma italiana della non autosufficienza, sottolineando come senza un riequilibrio dell'intensità assistenziale e una governance unitaria fra servizio sanitario e servizio sociale comunale il modello ADI rischi di restare strutturalmente sotto-dimensionato.
- La conclusione propone l'adozione di indicatori europei di intensità e durata, una loro integrazione nei sistemi informativi nazionali e una revisione dei finanziamenti al servizio coerente con gli standard rilevati nei Paesi di confronto.

Sezione CSS — Comunità, solitudini e salute

CSS01 — Quotidiano sanità — Hikikomori. PA di Trento istituisce un tavolo tecnico per la prevenzione e la presa in carico [Redazione]

Data: aprile 2026 | Tipo: Notizia istituzionale | Località: Provincia Autonoma di Trento | Accesso: Open access

Parole chiave: hikikomori, ritiro sociale, salute mentale, adolescenti, presa in carico, prevenzione, Trento, integrazione sociosanitaria
https://www.quotidianosanita.it/provincia_autonoma_trento/hikikomori-pa-di-trento-istituisce-un-tavolo-tecnico-per-la-prevenzione-e-la-presa-in-carico/

- La Provincia Autonoma di Trento ha formalmente istituito un tavolo tecnico interistituzionale dedicato al fenomeno dei giovani in ritiro sociale (hikikomori), con l'obiettivo di costruire un percorso integrato di prevenzione precoce e di presa in carico multidisciplinare degli adolescenti coinvolti.
- Il tavolo coinvolge l'azienda sanitaria provinciale, le strutture scolastiche, i servizi sociali territoriali e le associazioni del terzo settore già attive nel sostegno alle famiglie, con l'obiettivo di costruire un protocollo operativo unitario sull'intero territorio provinciale.
- Tra le funzioni assegnate al tavolo figurano la mappatura epidemiologica del fenomeno a livello locale, l'individuazione di indicatori precoci di ritiro per gli operatori scolastici e sanitari di prossimità, e la formazione comune degli operatori dei diversi enti coinvolti.
- L'iniziativa trentina si inserisce in un contesto nazionale di crescente attenzione al fenomeno, che secondo le stime epidemiologiche disponibili interessa diverse decine di migliaia di adolescenti italiani, prevalentemente maschi, con manifestazioni clinicamente silenti ma con impatti rilevanti su scolarizzazione, socialità e prospettive di vita.

- Il modello proposto tenta di superare l'approccio sanitario classico al disturbo, integrando la componente psichiatrica con interventi educativi, sociali e di sostegno alla famiglia, in coerenza con la logica della comunità che cura sviluppata nei precedenti programmi di promozione della salute mentale.

CSS02 — Quotidiano sanità — Lombardia, proposte concrete per rafforzare integrazione con il sociale nelle Case di Comunità [Redazione]

Data: aprile 2026 | Tipo: Notizia / Documento di proposta | Località: Lombardia, Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: case della comunità, integrazione sociosanitaria, terzo settore, distretti, ambiti territoriali sociali, coprogettazione, Lombardia, DM 77
https://www.quotidianosanita.it/lombardia/lombardia-proposte-concrete-per-rafforzare-integrazione-con-il-sociale-nelle-case-di-comunita/

- L'articolo riporta una proposta operativa elaborata in Lombardia per rafforzare la dimensione sociale all'interno delle Case di Comunità, individuando spazi, ruoli e procedure che integrino effettivamente il servizio sanitario distrettuale con i servizi sociali comunali.
- Tra le proposte avanzate figura la presenza stabile di assistenti sociali del Comune o dell'ambito territoriale sociale all'interno della Casa di Comunità, con orario coordinato con quello degli altri operatori e con accesso reciproco alla documentazione del bisogno della persona.
- Viene proposto un protocollo unitario di valutazione multidimensionale che superi le valutazioni paralle del SSN e del Comune, costruendo un progetto unico di assistenza che la persona e la famiglia ricevono come risposta unica e non come somma di interventi parziali.
- L'integrazione viene declinata anche sul piano del coinvolgimento del terzo settore, con l'individuazione di percorsi di coprogettazione che riconoscano alle organizzazioni di volontariato e alle cooperative sociali un ruolo strutturato nella programmazione locale dei servizi.
- La proposta lombarda anticipa alcuni elementi che potrebbero essere ripresi a livello nazionale nelle linee di indirizzo Agenas sulle équipe multiprofessionali nelle Case di Comunità, e riflette una sensibilità maturata nel territorio attraverso i Piani di Zona e l'esperienza dei distretti sociosanitari.

CSS03 — Avvenire — Nella sanità e nella cura vogliamo essere dottori della legge o samaritani? [Garattini]

Data: aprile 2026 | Tipo: Editoriale / Riflessione etica | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: etica sanitaria, umanizzazione cure, relazione di cura, prossimità, salute di comunità, cura olistica, deontologia, partecipazione
https://www.avvenire.it/idee-e-commenti/nella-sanita-e-nella-cura-vogliamo-essere-dottori-della-legge-o-samaritani_106709

- Il professor Garattini propone una riflessione etica sul significato della cura nel sistema sanitario contemporaneo, contrapponendo la figura del dottore della legge (centrato su procedure, tariffari e tutela legale) a quella del samaritano (centrato sul prendersi cura dell'altro come persona prima che come paziente).
- L'autore evidenzia come la pressione delle dinamiche aziendalistiche, dell'efficientismo organizzativo e della medicina difensiva abbiano gradualmente eroso la dimensione relazionale e umana della cura, riducendo lo spazio di ascolto e di accompagnamento dei professionisti sanitari.
- Viene richiamata la centralità della relazione fra curante e persona curata come elemento fondante non solo etico ma anche clinico, in quanto la fiducia, l'ascolto e il tempo dedicato sono fattori che incidono direttamente sulla aderenza terapeutica e sugli esiti di salute.
- L'autore richiama il ruolo del medico di famiglia come figura tradizionalmente più vicina al paradigma del samaritano e indica nella sua progressiva trasformazione gestionale il rischio di perdere proprio quel patrimonio di prossimità e di continuità che lo distingue.
- La conclusione propone un riequilibrio fra la dimensione tecnico-gestionale e la dimensione umana della cura, segnalando come scelte concrete (tempo dedicato alla visita, strutturazione delle agende, formazione alla relazione) possono restituire al sistema sanitario il volto del samaritano senza rinunciare al rigore del dottore della legge.

CSS04 — La Repubblica — L'esplosione di violenza giovanile si combatte (anche) con meno web e più esperienze condivise [Pini]

Data: 10 aprile 2026 | Tipo: Articolo / Riflessione sociale | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: violenza giovanile, social media, adolescenti, salute mentale, capitale sociale, web e salute, prevenzione
https://www.repubblica.it/salute/2026/04/10/news/ricetta_contrastare_violenza_giovanile_piu_esperienze_di_condivisione_e_meno_web-425274948/

- L'articolo affronta il fenomeno crescente della violenza giovanile in Italia mettendo in relazione l'aumento documentato degli episodi con la trasformazione delle modalità di socializzazione degli adolescenti, sempre più mediate dai social media e meno orientate a esperienze comunitarie condivise.
- Vengono citati pareri di esperti che individuano nel ritiro dalla socialità diretta una delle cause della perdita di capacità di gestire conflitti, frustrazioni e relazioni complesse, competenze che si imparano tradizionalmente attraverso l'esperienza di gruppo dal vivo.
- L'analisi richiama il ruolo dei contesti comunitari (oratori, associazioni sportive, gruppi di volontariato, centri di aggregazione giovanile) come palestre informali di apprendimento di competenze socio-relazionali che oggi risultano sotto-dimensionate rispetto al passato.
- Vengono indicate alcune strategie di intervento, dalla regolazione dell'esposizione precoce ai social media, al rafforzamento dei contesti comunitari, fino al coinvolgimento delle scuole nella promozione di esperienze esperienziali e di gruppo che restituiscano agli adolescenti spazi di relazione viva.
- L'articolo si collega ai dati internazionali sull'aumento della solitudine percepita fra gli adolescenti e sui peggiori esiti di salute mentale registrati negli ultimi anni, evidenziando come la dimensione comunitaria sia un fattore protettivo rilevante.

🔴 CSS05 — Il Sole 24 Ore — Salute mentale, allarme giovani: 75mila nuovi pazienti sono under 35 [Gobbi]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Analisi epidemiologica | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: salute mentale, adolescenti, giovani, DSM, ansia, depressione, accessi servizi psichiatrici, prevenzione, PANSM
https://www.ilsole24ore.com/art/salute-mentale-allarme-giovani-75mila-nuovi-pazienti-sono-under-35-AI3EF8ZC

- L'articolo documenta che nel corso dell'ultimo anno i Servizi di Salute Mentale italiani hanno registrato circa 75mila nuovi pazienti under 35, con un'incidenza particolarmente elevata nella fascia 18-24 anni che rappresenta i tassi di accesso più alti in assoluto.
- I dati evidenziano una trasformazione strutturale del profilo dell'utenza dei servizi psichiatrici, storicamente concentrato sulle fasce di età medie e adulte, e oggi sempre più popolato da adolescenti e giovani adulti con problematiche di ansia, depressione e disturbi del comportamento alimentare.
- L'analisi richiama i fattori che la letteratura internazionale individua come concause della crescita: l'effetto pandemia con i suoi strascichi di isolamento e sospensione dei percorsi formativi, la pressione dei social media sulla costruzione dell'identità, la precarietà occupazionale e abitativa delle nuove generazioni.
- Viene messa in evidenza la criticità delle risorse dei servizi pubblici, con tempi di attesa elevati per la prima visita psichiatrica e psicologica, e una distribuzione disomogenea sul territorio che concentra l'offerta nelle aree metropolitane e penalizza le aree interne.
- L'articolo richiama la necessità di un rafforzamento del Piano d'Azione Nazionale Salute Mentale (PANSM) con attenzione specifica alla fascia giovanile, e di un'integrazione strutturale fra servizi psichiatrici, scolastici, di medicina generale e dell'associazionismo che operano sul territorio.

CSS06 — Salute Internazionale — Comunità vs. Stato sociale [Spinsanti]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Riflessione | Località: Internazionale / Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: comunità che cura, stato sociale, welfare, capitale sociale, terzo settore, sussidiarietà, salute di comunità, prossimità
https://www.saluteinternazionale.info/2026/04/comunita-vs-stato-sociale/

- L'articolo di Spinsanti propone una riflessione sul rapporto fra modello dello Stato sociale tradizionale (basato sulle prestazioni erogate dalle istituzioni pubbliche) e modello della comunità che cura (basato sulle reti di prossimità e sulla mobilitazione delle risorse del territorio).
- L'autore mette in evidenza che le due dimensioni non sono alternative ma complementari, con lo Stato sociale che garantisce universalità e diritti esigibili e la comunità che fornisce capillarità, personalizzazione e capacità di intercettare bisogni che le istituzioni faticano a vedere.
- Viene richiamata l'importanza di evitare due derive opposte: quella che riduce il welfare alla sola erogazione pubblica delegittimando le risorse comunitarie, e quella che pretende di sostituire le politiche pubbliche con la sola mobilitazione comunitaria con il rischio di abbandono delle fasce più fragili.
- L'analisi propone una lettura della Casa di Comunità non come semplice riorganizzazione del distretto sanitario ma come occasione concreta di integrazione fra dimensione istituzionale e dimensione comunitaria, con la presenza stabile di soggetti del terzo settore accanto agli operatori sanitari e sociali.
- L'articolo richiama esperienze internazionali in cui la sintesi fra Stato sociale e comunità ha prodotto esiti positivi sulla salute di popolazione, dal modello Frome al programma Buurtzorg, e si interroga sulle condizioni istituzionali italiane per replicare questi approcci.

🔴 CSS07 — Quotidiano sanità — Salute mentale dei giovani. L'allarme dell'Ocse: "In declino da un decennio" [Redazione]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Sintesi rapporto OCSE | Località: Paesi OCSE | Accesso: Open access

Parole chiave: salute mentale, OCSE, adolescenti, giovani, depressione, ansia, OECD, indicatori di benessere, declino salute mentale, prevenzione
https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/salute-mentale-dei-giovani-l-allarme-dell-ocse-in-declino-da-un-decennio-peggiorate-del-3-16-l-anno-in-9-paesi-su-11/

- Il rapporto OCSE documenta un peggioramento sistematico della salute mentale dei giovani nei Paesi membri dell'organizzazione lungo l'ultimo decennio, con peggioramenti annui compresi fra il 3% e il 16% in nove Paesi su undici esaminati.
- I dati confermano che il fenomeno precede la pandemia di Covid-19 ma è stato accelerato da quest'ultima, con un'evidente discontinuità a partire dal 2020 che si è solo parzialmente riassorbita nel periodo successivo.
- L'analisi distingue fra diverse fasce di età e sesso, evidenziando che le ragazze adolescenti e le giovani donne sono il gruppo con i peggioramenti più marcati, mentre tra i ragazzi la dinamica è meno ripida ma comunque negativa.
- Vengono individuati i fattori strutturali che secondo l'OCSE concorrono al fenomeno: pressione dei social media sulla costruzione dell'autostima, precarietà occupazionale crescente delle nuove generazioni, peggioramento delle prospettive di carriera e di costruzione familiare, riduzione delle reti comunitarie tradizionali.
- L'OCSE propone una serie di raccomandazioni di policy che combinano interventi sui servizi di salute mentale (potenziamento dei servizi territoriali per giovani, riduzione delle barriere di accesso), interventi educativi (alfabetizzazione emotiva, gestione dell'esposizione ai social) e interventi strutturali sulle politiche giovanili.
- Il rapporto richiama il costo sociale ed economico di un peggioramento prolungato della salute mentale giovanile, in termini di abbandono scolastico, di esclusione dal mercato del lavoro e di impatto sulla qualità della vita degli adulti che oggi sono adolescenti.

Sezione SAN — Scenari della sanità

SAN01 — Il Sole 24 Ore — Autismo, oltre il muro delle residenze: per il "dopo di noi" serve un nuovo modello di vita [Marino]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Riflessione di policy | Località: Italia | Accesso: Abbonamento

Parole chiave: autismo, dopo di noi, residenze, disabilità, modelli di vita assistiti, integrazione sociosanitaria, terzo settore, abitare assistito
https://argomenti.ilsole24ore.com/tag/giovanni-marino

- L'articolo affronta il tema del "dopo di noi" per le persone con autismo, ovvero la prospettiva di vita autonoma o assistita per gli adulti autistici quando i genitori e i familiari di riferimento non saranno più in grado di prendersene carico.
- L'autore propone un superamento del modello tradizionale di residenzialità protetta, spesso percepita come istituzionalizzazione, a favore di modelli abitativi più articolati che valorizzino l'autonomia residua, l'inserimento sociale e la qualità di vita degli adulti autistici.
- Vengono richiamate esperienze internazionali e italiane di abitare assistito, comunità alloggio, condomini supportati, che combinano spazi privati con spazi e servizi condivisi gestiti in coprogettazione fra pubblico, privato sociale e famiglie.
- L'articolo evidenzia le criticità attuali del sistema italiano: residenzialità protetta sotto-dimensionata rispetto alla domanda, ridotta varietà di soluzioni intermedie fra famiglia e RSA, insufficiente personalizzazione dei progetti di vita.
- Vengono proposte direttrici di intervento: investimenti dedicati nei piani di zona ATS sui modelli di vita assistita, formazione di operatori specializzati nell'autismo adulto, coprogettazione con le associazioni di familiari e con le persone autistiche stesse quando possibile.

🔴 SAN02 — Quotidiano sanità — Natalità. Istat: "Fecondità scende ancora a 1,14 figli per donna" [Redazione]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Sintesi rapporto ISTAT | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: natalità, fecondità, ISTAT, demografia, denatalità, migrazioni, indicatori demografici, popolazione stabile
https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/natalit-istat-fecondit-scende-ancora-a-1-14-figli-per-donna-prosegue-il-calo-delle-nascite-ma-popolazione-stabile-grazie-alle-migrazioni/

- L'articolo riporta i dati ISTAT secondo cui il tasso di fecondità in Italia è sceso ulteriormente a 1,14 figli per donna nel 2025, confermando una tendenza al ribasso ormai cronica e un divario crescente con la soglia di sostituzione di 2,1 figli per donna.
- I dati evidenziano una stabilizzazione della popolazione complessiva grazie ai flussi migratori, con un saldo naturale fortemente negativo (più decessi che nascite) compensato in parte dal saldo migratorio positivo.
- L'articolo richiama come la denatalità abbia implicazioni profonde per il sistema sanitario: invecchiamento accelerato della popolazione, aumento della pressione sulla LTC, riduzione progressiva della popolazione attiva che finanzia il SSN attraverso fiscalità e contributi.
- Vengono richiamate le cause della denatalità identificate dalle analisi ISTAT: difficoltà economiche delle giovani famiglie, precarietà occupazionale, costo dei servizi per l'infanzia, disuguaglianza nel carico di cura fra generi, disinvestimento nelle politiche di conciliazione.
- L'articolo richiama la necessità di politiche di sostegno alla natalità che integrino interventi economici (assegni familiari, detrazioni fiscali), interventi di servizi (asili nido accessibili, congedi genitoriali equilibrati) e interventi culturali sulla parità di genere.

🔴 SAN03 — Quotidiano sanità — La sanità pubblica perde terreno mentre avanzano privato e assicurazioni. Upb: "Il Ssn è sempre più un sistema ibrido" [Redazione]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Sintesi rapporto UPB | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: sanità pubblica, definanziamento, sanità privata, assicurazioni, sistema ibrido, UPB, spesa sanitaria, sostenibilità SSN
https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/la-sanit-pubblica-sempre-pi-definanziata-perde-terreno-mentre-avanzano-privato-e-assicurazioni-upb-il-ssn-sempre-pi-un-sistema-ibrido/

- L'articolo riporta l'analisi dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio (UPB) sulla trasformazione del sistema sanitario italiano in un modello ibrido pubblico-privato, con la sanità pubblica che perde quote relative e con la crescita di sanità privata diretta e di sistema assicurativo integrativo.
- I dati documentano che la quota di spesa sanitaria pubblica sul totale è scesa al di sotto del 73% (era oltre l'80% un decennio fa), mentre la spesa privata diretta delle famiglie e quella delle polizze assicurative integrative sono cresciute significativamente.

- L'UPB sottolinea come questa trasformazione non sia frutto di una scelta esplicita di riforma del sistema ma di un progressivo definanziamento implicito, che spinge i cittadini a ricorrere a soluzioni alternative per accedere alle prestazioni in tempi accettabili.
- Vengono evidenziate le implicazioni di equità del sistema ibrido: chi può permettersi assicurazione integrativa o spesa diretta accede a tempi rapidi e a strutture private, chi non può si trova esposto a liste di attesa lunghe e a possibili rinunce alle cure.
- L'analisi richiama le distorsioni fiscali del sistema attuale, con detrazioni significative della sanità integrativa e dei fondi sanitari aziendali che favoriscono di fatto le fasce di reddito medio-alte e penalizzano relativamente i lavoratori a basso reddito e i non occupati.

🔴 SAN04 — Sanità Informazione — Autismo, accordo tra Ministero della Salute e Iss: "10 milioni per rafforzare la rete nazionale dei servizi" [Redazione]

Data: aprile 2026 | Tipo: Notizia istituzionale | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: autismo, ISS, Ministero della Salute, rete servizi, finanziamento dedicato, integrazione sociosanitaria, formazione operatori, ricerca clinica
https://www.sanitainformazione.it/autismo-accordo-tra-ministero-della-salute-e-iss-10-milioni-per-rafforzare-la-rete-nazionale-dei-servizi/

- L'articolo riporta l'accordo siglato fra Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità per il rafforzamento della rete nazionale dei servizi per l'autismo, con uno stanziamento dedicato di 10 milioni di euro.
- L'accordo prevede un finanziamento triennale per attività di coordinamento nazionale, ricerca clinica, formazione degli operatori, sostegno alle famiglie, costruzione di linee guida unitarie sull'autismo lungo l'intero ciclo di vita.
- L'iniziativa risponde a una criticità segnalata da tempo dalle associazioni dei familiari: la frammentazione della presa in carico delle persone autistiche fra Regioni, fra fasi di vita (infanzia, adolescenza, età adulta), fra livelli del sistema (sanitario, sociale, scolastico, lavorativo).
- Viene richiamato il ruolo dell'Osservatorio Nazionale Autismo dell'ISS come hub di coordinamento delle attività, con compiti di raccolta dati epidemiologici, di valutazione di efficacia degli interventi e di costruzione della rete dei centri specializzati.
- L'articolo richiama l'esigenza di accompagnare il finanziamento con un piano operativo di attuazione che traduca le risorse in servizi effettivi sul territorio, in coerenza con il Piano d'Azione Autismo nazionale.

SAN05 — Il Sole 24 Ore — Autismo, sfida che mette alla prova la sanità ma anche l'intero sistema Paese [Onesti]

Data: aprile 2026 | Tipo: Editoriale / Riflessione | Località: Italia | Accesso: Abbonamento

Parole chiave: autismo, sfida sistema Paese, sanità integrata, scuola, lavoro, famiglia, ciclo di vita autismo, sostegno sociale
https://www.ilsole24ore.com/art/autismo-sfida-che-mette-prova-sanita-ma-anche-l-intero-sistema-paese-AIdxdAHC

- L'articolo di Onesti propone una riflessione sull'autismo come sfida che va oltre il sistema sanitario e coinvolge l'intero sistema Paese, dalla scuola al lavoro, dalla famiglia alle politiche urbanistiche e sociali.
- L'autore evidenzia come l'aumento della prevalenza diagnosticata dell'autismo (correlato sia a fattori reali sia a una migliore capacità diagnostica) richieda risposte di sistema che non possono essere lasciate al solo settore sanitario.
- Viene richiamato il bisogno di un approccio integrato lungo l'intero ciclo di vita: diagnosi precoce in età evolutiva, supporto educativo nella scuola dell'infanzia e nella scuola dell'obbligo, accompagnamento nell'adolescenza, inserimento lavorativo, vita autonoma adulta, dopo di noi.
- L'articolo evidenzia il sotto-investimento storico del sistema italiano sui servizi per l'autismo adulto, una fascia di età che resta largamente trascurata rispetto all'attenzione dedicata all'infanzia, con conseguenze rilevanti per le persone e le famiglie.
- Le proposte includono un piano nazionale strutturato per l'autismo lungo il ciclo di vita, con responsabilità condivise fra Ministeri (Salute, Istruzione, Lavoro, Famiglia), e con un finanziamento dedicato che non si esaurisca nei piccoli budget annuali del settore sanitario.

🔴 SAN06 — Quotidiano sanità — Per la sanità si prevedono tempi di magra. Ocse: "Finita la stagione degli aumenti di spesa post Covid" [Fassari]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Sintesi rapporto OCSE | Località: Paesi OCSE | Accesso: Open access

Parole chiave: OCSE, spesa sanitaria, post-COVID, vincoli fiscali, prospettive di spesa, debito pubblico, protezione sociale, sostenibilità SSN
https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/per-la-sanit-si-prevedono-tempi-di-magra-ocse-finita-la-stagione-degli-aumenti-di-spesa-post-covid-tra-debito-energia-protezione-sociale-e-difesa-incombe-una-stretta-sui-bilanci/

- L'articolo di Fassari sintetizza il rapporto OCSE che documenta la fine della stagione degli aumenti di spesa sanitaria post-Covid, con previsioni di stretta sui bilanci sanitari pubblici per i prossimi anni.
- L'OCSE evidenzia come la pressione di altri settori di spesa (servizio del debito pubblico in crescita per i tassi di interesse, fabbisogno di transizione energetica, protezione sociale, spese militari) limiti significativamente lo spazio per la sanità nei bilanci dei Paesi avanzati.
- Per l'Italia il rapporto richiama la specificità del rapporto spesa sanitaria/PIL congelato al 6,4% nel quadriennio di programmazione, in un contesto di aumento delle altre voci di spesa pubblica e di pressione demografica crescente sui bisogni sanitari.
- Fassari sottolinea come la stretta non sia formalmente dichiarata nei documenti programmatici ma sia evidente dalla traiettoria delle risorse disponibili rispetto alle necessità (rinnovo dei contratti, completamento PNRR, gestione cronicità).
- L'articolo richiama le posizioni di FNOMCEO, GIMBE, sindacati medici e altre organizzazioni del comparto sanitario che chiedono un riequilibrio delle priorità di bilancio in favore della sanità, e indica i nodi politici aperti nei prossimi mesi.

SAN07 — Salute Internazionale — Social media e sorveglianza sociale [Ubiali]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Riflessione critica | Località: Internazionale | Accesso: Open access

Parole chiave: social media, sorveglianza sociale, salute pubblica, privacy, dati sanitari, big data sanitari, etica digitale, governance dati
https://www.saluteinternazionale.info/2026/04/social-media-e-sorveglianza-sociale/

- L'articolo di Ubiali analizza la dimensione della sorveglianza sociale esercitata attraverso i social media, con implicazioni rilevanti per la salute pubblica sia come fonte di dati epidemiologici sia come strumento di profilazione commerciale.
- L'autore evidenzia come i social media costituiscano oggi una fonte abbondante di dati comportamentali e di salute (alimentazione, attività fisica, sintomi auto-riferiti, abitudini di consumo), che vengono utilizzati sia da ricercatori sanitari sia da operatori economici con finalità diverse.
- Vengono richiamati i rischi di una sorveglianza sociale non regolata: profilazione di salute con conseguente discriminazione (assicurazioni, lavoro, credito), commercializzazione di prodotti pseudo-sanitari, manipolazione delle scelte di salute, riduzione della privacy.
- L'analisi richiama il quadro normativo europeo (GDPR, AI Act, Data Governance Act) come tentativo di tutelare i cittadini, ma evidenzia le difficoltà di applicazione concreta in un contesto di piattaforme transnazionali e di dinamiche di mercato globali.
- Vengono indicate alcune direttrici di azione per una governance pubblica della sorveglianza sociale: regolazione esplicita delle piattaforme, investimento in alfabetizzazione digitale, costruzione di alternative pubbliche o cooperative ai servizi commerciali, ricerca pubblica sulle dimensioni etiche dell'innovazione tecnologica.

SAN08 — Quotidiano sanità — In meno di due secoli gli italiani hanno guadagnato 54 anni di vita [Redazione]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Sintesi report ISTAT | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: ISTAT, longevità, speranza di vita, salute pubblica, transizione epidemiologica, determinanti di salute, sanità pubblica
https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/in-meno-di-due-secoli-gli-italiani-hanno-guadagnato-54-anni-di-vita-la-fotografia-nel-nuovo-report-dell-istat-la-salute-una-conquista-da-difendere/

- L'articolo riporta i dati del nuovo report ISTAT *La salute: una conquista da difendere*, secondo cui in meno di due secoli gli italiani hanno guadagnato in media 54 anni di vita, passando dai circa 30 anni di metà '800 agli oltre 84 anni odierni.

- Il dato testimonia uno dei più grandi successi della sanità pubblica italiana, ottenuto attraverso miglioramenti delle condizioni igienico-sanitarie, della nutrizione, dei sistemi di prevenzione, dell'accesso alle cure e dell'innovazione terapeutica.
- L'articolo richiama come questa conquista sia il risultato cumulativo di interventi di sistema (acquedotti, fognature, vaccinazioni, antibiotici, screening, accesso universale alle cure) e non di iniziative individuali, evidenziando il valore della dimensione collettiva delle politiche di salute.
- Viene sottolineato il messaggio del titolo "una conquista da difendere", che richiama il rischio di arretramento se i fattori che hanno generato il guadagno di anni di vita (sanità pubblica universalistica, prevenzione, equità sociale) vengono progressivamente erosi.
- L'articolo richiama come la longevità italiana presenti oggi sfide nuove: estensione degli anni di vita non sempre accompagnata da estensione degli anni in buona salute, divari territoriali significativi, pressione sulla sostenibilità del sistema previdenziale e sanitario.

🔴 SAN09 — ISTAT — La salute: una conquista da difendere

Data: aprile 2026 | Tipo: Report ISTAT / Analisi storica | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: ISTAT, salute pubblica, longevità, transizione epidemiologica, storia sanitaria, indicatori di salute, divario territoriale
https://www.istat.it/wp-content/uploads/2026/04/storie-dati-salute.pdf

- Il report ISTAT presenta una ricostruzione storica della salute degli italiani dall'unificazione del Paese a oggi, con riferimento all'evoluzione di speranza di vita, mortalità infantile, principali cause di morte, indicatori antropometrici e di morbilità.
- I dati documentano la transizione epidemiologica italiana: dalle malattie infettive come principali cause di morte nell'800-primo '900 alle malattie cronico-degenerative del secondo '900 e di oggi, con una trasformazione strutturale del profilo di salute della popolazione.
- Il report analizza in modo approfondito i divari territoriali, evidenziando come storicamente il Nord abbia avuto migliori indicatori di salute rispetto al Sud e come oggi questo divario si sia ridotto in alcune dimensioni ma resti significativo in altre (mortalità evitabile, accesso alle cure, esiti oncologici).
- Vengono presentati i fattori che hanno determinato la "conquista" della salute moderna in Italia: investimenti pubblici in sanità, vaccinazioni di massa, miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro, costruzione del SSN universalistico nel 1978.
- Il report dedica una sezione specifica alle disuguaglianze sociali nella salute, documentando come fra fasce di reddito e di istruzione persistano divari significativi in termini di speranza di vita, prevalenza di patologie croniche e accesso alle cure.
- Vengono richiamate le sfide attuali del sistema sanitario italiano: invecchiamento, multimorbilità, sostenibilità finanziaria, qualità dei servizi, equità territoriale, integrazione fra livelli di cura.
- La conclusione richiama il valore strategico della sanità pubblica come bene comune e la necessità di un investimento continuativo per non perdere le conquiste accumulate negli ultimi due secoli.

SAN10 — Il Corriere della sera — Perché ci si ammala di tumore? Cause, ereditarietà, stili di vita e che cosa possiamo fare davvero [Martinella]

Data: 8 aprile 2026 | Tipo: Articolo / Divulgazione scientifica | Località: Internazionale / Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: tumori, oncologia, prevenzione primaria, stili di vita, ereditarietà, fattori di rischio, screening, cancro
https://www.corriere.it/salute/sportello_cancro/26_aprile_08/perche-ci-si-ammala-di-tumore-cause-ereditarieta-stili-di-vita-e-che-cosa-possiamo-fare-davvero-156af828-e380-46c6-b3c0-fe099bc1exlk.shtml

- L'articolo di Martinella propone una sintesi divulgativa delle conoscenze attuali sulle cause dei tumori, distinguendo fra fattori genetici ereditari, fattori ambientali, fattori legati agli stili di vita e fattori casuali.
- I dati epidemiologici aggiornati indicano che circa il 40-50% dei tumori sarebbero prevenibili attraverso modifiche degli stili di vita (smettere di fumare, ridurre l'alcol, aumentare attività fisica, alimentazione equilibrata, evitare l'obesità, protezione dai raggi UV).

- Solo una quota minoritaria dei tumori (circa 5-10%) è dovuta a fattori genetici ereditari forti, mentre la maggior parte ha un'eziologia multifattoriale che combina predisposizione genetica, esposizioni ambientali e stili di vita lungo l'intera vita.
- L'articolo richiama l'importanza dello screening oncologico organizzato (mammella, colon-retto, cervice uterina, polmone in alcune categorie) come strumento di diagnosi precoce con efficacia documentata sulla riduzione di mortalità.
- Vengono indicate le azioni concrete che ciascuna persona può adottare per ridurre il proprio rischio oncologico, in coerenza con le raccomandazioni dell'European Code Against Cancer e dell'Istituto Superiore di Sanità.

🔴 SAN11 — Quotidiano sanità — Direttori di UOC, se si smonta, pezzo per pezzo, il governo aziendale del Ssn [D'Innocenzo]

Data: aprile 2026 | Tipo: Lettera al Direttore | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: direttori UOC, governo aziendale, management sanitario, governance, riforma direttori, leadership clinica, autonomia direzionale
https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/direttori-di-uoc-se-si-smonta-pezzo-per-pezzo-il-governo-aziendale-del-ssn/

- L'articolo di D'Innocenzo affronta il tema della trasformazione del ruolo dei Direttori di Unità Operativa Complessa (UOC) negli ospedali italiani, sostenendo che il sistema sta progressivamente smontando il governo aziendale del SSN.
- L'autore documenta come i Direttori di UOC, figure chiave del governo clinico-organizzativo dell'ospedale, si trovino oggi in una posizione sempre più subalterna rispetto a logiche centralistiche aziendali e politiche, con riduzione della loro autonomia decisionale.
- Vengono evidenziate le criticità attuali: nomine sempre più legate a equilibri politici regionali piuttosto che a valutazioni di competenza, riduzione del budget gestionale a disposizione delle UOC, sovraccarico burocratico, riduzione degli spazi di decisione clinico-organizzativa.
- L'articolo richiama il rischio di un'erosione progressiva del ruolo dei Direttori di UOC come motore di innovazione e di qualità nell'ospedale, con conseguenze negative sulla capacità di adattamento del sistema alle nuove sfide cliniche e organizzative.
- Le proposte includono un riconoscimento esplicito della funzione strategica dei Direttori di UOC, criteri trasparenti di nomina e valutazione, autonomia di gestione del budget di unità, riconoscimento economico adeguato della responsabilità.

SAN12 — Sanità Informazione — Il Policlinico di Sant'Orsola di Bologna "R1PUD1A" la guerra [Redazione]

Data: aprile 2026 | Tipo: Notizia / Iniziativa istituzionale | Località: Bologna, Emilia-Romagna | Accesso: Open access

Parole chiave: sanità e pace, ripudio della guerra, ospedale Sant'Orsola, mobilitazione sanitaria, conflitti internazionali, FNOMCEO
https://www.sanitainformazione.it/il-policlinico-di-santorsola-di-bologna-r1pud1a-la-guerra/

- L'articolo riporta l'iniziativa del Policlinico di Sant'Orsola di Bologna che ha aderito alla campagna "R1PUD1A la guerra", ispirata all'articolo 11 della Costituzione italiana che ripudia la guerra come strumento di risoluzione delle controversie internazionali.
- L'iniziativa è promossa da una rete di professionisti sanitari, ospedali e organizzazioni civiche italiane che esprimono pubblicamente la propria contrarietà all'aumento delle spese militari a scapito della spesa sanitaria e sociale.
- Sant'Orsola si unisce ad altre strutture sanitarie italiane che hanno aderito alla campagna esponendo simboli, organizzando eventi pubblici e dichiarando pubblicamente il proprio impegno per la pace come bene comune.
- L'iniziativa si inserisce in un quadro più ampio di mobilitazione del mondo sanitario italiano sul rapporto fra spese militari e investimento in sanità, in coerenza con la posizione di FNOMCEO e di altre organizzazioni di categoria.
- L'articolo richiama il messaggio di fondo: la salute è un bene comune che richiede risorse e attenzione politica, e ogni euro destinato all'aumento delle spese militari è un euro sottratto alle politiche sanitarie e sociali che migliorano la qualità della vita dei cittadini.

SAN13 — Sanità Informazione — Tumori e tossicità finanziaria: il costo nascosto delle cure oncologiche [Franzellitti]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Riflessione clinica | Località: Italia / Internazionale | Accesso: Open access

Parole chiave: tumori, tossicità finanziaria, costo cure oncologiche, rinuncia alle cure, oncologia, equità in salute, povertà sanitaria, qualità di vita
https://www.sanitainformazione.it/tumori-tossicita-finanziaria-costo-nascosto-cure-oncologiche/

- L'articolo affronta il tema della tossicità finanziaria delle cure oncologiche, ovvero l'impatto economico negativo che la malattia oncologica produce sui pazienti e sulle loro famiglie, anche in sistemi sanitari universalistici come quello italiano.
- Vengono documentati i costi diretti che gravano sui pazienti: spese per visite ed esami non coperti dal SSN, farmaci non rimborsati, dispositivi medici, integratori, viaggi per terapie, cure palliative private.
- A questi si aggiungono i costi indiretti: perdita di reddito da lavoro per il paziente e i caregiver familiari, costi di cura non economici (tempo, fatica, stress emotivo), riduzione delle prospettive di carriera.
- L'articolo segnala come la tossicità finanziaria sia un determinante crescente di rinuncia alle cure e di adesione subottimale ai percorsi terapeutici, con effetti negativi documentati sugli esiti clinici e sulla qualità di vita dei pazienti oncologici.
- Vengono indicate le strategie per ridurre la tossicità finanziaria: rafforzamento della copertura SSN dei farmaci innovativi, sostegno economico ai caregiver familiari, tutela del lavoro dei pazienti oncologici, programmi di accompagnamento sociale durante il percorso di cura.

🔴 SAN14 — Il Sole 24 Ore — Liste d'attesa, troppe ricette per visite ed esami: parte la caccia all'appropriatezza [Bartoloni]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Analisi | Località: Italia | Accesso: Abbonamento

Parole chiave: liste di attesa, appropriatezza, prescrizioni inappropriate, MMG, specialistica ambulatoriale, controllo prescrizioni, governance prescrittiva
https://www.ilsole24ore.com/art/liste-d-attesa-troppe-ricette-visite-ed-esami-parte-caccia-appropriatezza-AIAwJSTC

- L'articolo di Bartoloni analizza il fenomeno delle liste di attesa eccessive per visite ed esami specialistici, sostenendo che una parte significativa del problema sia legata alla prescrizione inappropriata (eccessiva o non giustificata) di prestazioni.
- I dati documentano un volume di prescrizioni di esami diagnostici e di visite specialistiche significativamente superiore agli standard internazionali, con conseguente sovraccarico del sistema, allungamento dei tempi e riduzione della disponibilità per chi ha realmente bisogno.
- L'articolo richiama le iniziative recenti del Ministero della Salute e di alcune Regioni per costruire sistemi di controllo dell'appropriatezza prescrittiva, con criteri standardizzati per le diverse condizioni cliniche e con verifiche a posteriori sulle prescrizioni dei medici.
- Vengono richiamate le criticità di un'azione di controllo dell'appropriatezza che rischi di scaricarsi sui medici di famiglia (che subiscono pressioni dei pazienti) senza affrontare i fattori di sistema (medicina difensiva, frammentazione dei percorsi, mancanza di linee guida operative chiare).
- Bartoloni segnala che il vero terreno di intervento è la costruzione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi (PDTA) su scala nazionale che orientino la prescrizione, la formazione continua dei prescrittori e l'introduzione di sistemi di supporto decisionale clinico nei sistemi informativi.

SAN15 — Quotidiano sanità — Anelli (Fnomceo): "Se aumenta la spesa per le armi diminuisce quella per la sanità" [Redazione]

Data: aprile 2026 | Tipo: Notizia / Dichiarazione di categoria | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: FNOMCEO, Anelli, spesa militare, spesa sanitaria, priorità di bilancio, dignità popoli, mobilitazione medici, sostenibilità SSN
https://www.quotidianosanita.it/cronache/anelli-fnomceo-se-aumenta-la-spesa-per-le-armi-diminuisce-quella-per-la-sanita-salvaguardare-la-dignita-dei-popoli/

- L'articolo riporta le dichiarazioni del Presidente di FNOMCEO Anelli che denuncia il rapporto inverso fra aumento delle spese militari e riduzione delle risorse per la sanità, in un contesto di crescenti tensioni internazionali e di pressioni di bilancio.

- Anelli sottolinea come il riequilibrio richiesto dalle istituzioni europee in materia di spese per la difesa rischi di tradursi in tagli alla sanità in tutti i Paesi dell'UE, configurando una scelta di priorità che ha implicazioni dirette sulla salute dei cittadini.
- Il messaggio FNOMCEO richiama la centralità della "dignità dei popoli" come principio costituzionale superiore alla logica della corsa al riarmo, evocando la responsabilità delle istituzioni di proteggere i cittadini attraverso politiche di salute prima che politiche militari.
- L'articolo richiama come la posizione FNOMCEO si affianchi a quelle di altre organizzazioni mediche e sanitarie italiane (SIMM, AOGOI, FIASO, ANAAO) e di analoghe organizzazioni internazionali che esprimono preoccupazione per la trasformazione delle priorità di bilancio europeo.
- Vengono indicate le iniziative concrete di FNOMCEO: appello pubblico ai parlamentari italiani, partecipazione a eventi pubblici sul tema, costruzione di alleanze con associazioni di pazienti e con la società civile per chiedere il riequilibrio delle priorità nazionali.

SAN16 — Quotidiano sanità — Il mito del privato efficiente? In Francia saltano i conti proprio nei reparti essenziali [La Rovere Petrongolo]

Data: aprile 2026 | Tipo: Lettera al Direttore | Località: Francia / Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: sanità privata, Francia, mito privato efficiente, reparti essenziali, finanza ospedaliera, mercato sanitario, sostenibilità privata, pubblico-privato
https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/il-mito-del-privato-efficiente-in-francia-saltano-i-conti-proprio-nei-reparti-essenziali/

- L'articolo affronta criticamente il mito ricorrente della maggiore efficienza del settore privato rispetto al pubblico in sanità, prendendo come caso di studio la situazione recente del sistema ospedaliero privato francese.
- L'autore documenta come in Francia molti gruppi ospedalieri privati siano in difficoltà finanziaria, in particolare nei reparti che erogano servizi essenziali (medicina generale, geriatria, chirurgia di base) dove il margine di profitto è strutturalmente basso.
- Viene evidenziato il paradosso: il privato resta competitivo nei segmenti ad alto margine (chirurgia ortopedica elettiva, alcune specialistiche di nicchia) ma fallisce nei segmenti essenziali per la salute pubblica, lasciando di fatto al pubblico la gestione delle aree meno redditizie.
- L'articolo richiama come questo modello di selezione del mercato verso aree più redditizie sia coerente con le logiche di profitto del settore privato, ma sia incoerente con il principio di copertura universale e di adeguatezza del servizio sanitario.
- Le implicazioni per il dibattito italiano sono evidenti: la crescente quota di sanità privata accreditata rischia di amplificare lo stesso fenomeno francese, con il pubblico che resta gravato delle aree meno attrattive economicamente, configurando un sistema duale a discapito dell'equità complessiva.

SAN17 — ADN Kronos — Dfp, l'Istat risponde dopo le polemiche: "Nostro ruolo autonomo e indipendente" [Redazione]

Data: aprile 2026 | Tipo: Notizia / Polemica politica | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: ISTAT, DFP, autonomia ISTAT, indipendenza statistiche, regole UE, statistica pubblica, governance statistica
https://www.adnkronos.com/politica/dfp-listat-rivendica-nostro-ruolo-autonomo-e-indipendente_1YUIeecCAC3Z09gWWHNzf5

- L'articolo riporta la risposta ufficiale dell'ISTAT alle polemiche politiche sul Documento di finanza pubblica, con l'istituto che rivendica il proprio ruolo autonomo e indipendente nella produzione delle statistiche economiche e sociali del Paese.
- L'ISTAT richiama come il proprio operato sia regolato da norme europee e da criteri tecnici che ne garantiscono l'indipendenza dal potere politico, e come questo costituisca un valore di credibilità del sistema statistico nazionale.
- La risposta segue alcune dichiarazioni politiche che avevano messo in discussione i dati ISTAT sul DFP, evidenziando la tensione fra le autorità tecniche e quelle politiche su numeri rilevanti per le decisioni di bilancio.

- Vengono richiamati i protocolli di produzione delle statistiche ISTAT, con riferimento alla coerenza con gli standard Eurostat e con le metodologie consolidate a livello internazionale, che rendono i dati confrontabili e affidabili.
- L'episodio richiama l'importanza di tutelare l'indipendenza delle istituzioni statistiche pubbliche come elemento fondamentale di una democrazia che si basa su informazioni affidabili e verificabili da tutti gli attori.

🔴 SAN18 — Quotidiano sanità — Dfp. Corte dei Conti: "Solo 66 Case della Comunità a regime. Infermieri in fuga e concorsi deserti in emergenza-urgenza" [Redazione]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Sintesi rapporto Corte dei Conti | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: Corte dei Conti, Case della Comunità, infermieri, emergenza-urgenza, concorsi pubblici, fuga dal SSN, attuazione PNRR, monitoraggio PNRR
https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/dfp-corte-dei-conti-solo-66-case-della-comunita-a-regime-infermieri-in-fuga-e-concorsi-deserti-in-emergenza-urgenza/

- L'articolo riporta il rapporto della Corte dei Conti che documenta lo stato di attuazione della medicina territoriale del PNRR, con dati che confermano un significativo ritardo rispetto agli obiettivi originari.
- Solo 66 Case della Comunità in tutta Italia risultano realmente "a regime", ovvero pienamente operative con tutti i servizi previsti dal DM 77, a fronte di un target nazionale di oltre 1.400 strutture al 2026.
- Il rapporto documenta una crisi acuta del personale sanitario: infermieri in fuga dal SSN verso settori privati e verso l'estero, concorsi pubblici in emergenza-urgenza che restano deserti, difficoltà di reclutamento dei medici per le aree più disagiate.
- La Corte dei Conti richiama come questa crisi del personale sia un fattore strutturale che non può essere risolto solo con investimenti in infrastrutture, e che richiede interventi urgenti su retribuzioni, condizioni di lavoro e attrattività delle professioni sanitarie.
- L'articolo richiama le implicazioni per la sostenibilità del PNRR: senza personale i target quantitativi di Case della Comunità e di altre infrastrutture sanitarie restano formalmente raggiunti ma sostanzialmente vuoti, con rischio di non utilizzo degli investimenti pubblici.

SAN19 — Salute Internazionale — Una pillola per ogni male [Dei]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Riflessione critica | Località: Internazionale / Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: medicalizzazione, farmaco, big pharma, polifarmacoterapia, prescrizione, anziani, deprescribing, qualità prescrittiva
https://www.saluteinternazionale.info/2026/04/una-pillola-per-ogni-male/

- L'articolo di Dei propone una riflessione critica sulla medicalizzazione progressiva della società, ovvero la tendenza a rispondere con un farmaco a ogni problema di salute o anche di disagio esistenziale e sociale.
- L'autrice documenta come il consumo di farmaci nei Paesi avanzati continui a crescere nonostante il miglioramento delle condizioni di salute della popolazione, configurando un paradosso che ha implicazioni di salute pubblica e di sostenibilità economica del SSN.
- Vengono richiamate le criticità della polifarmacoterapia negli anziani: interazioni fra farmaci, effetti avversi cumulativi, riduzione dell'aderenza terapeutica, costi crescenti per il sistema sanitario e per i pazienti.
- L'articolo richiama il movimento internazionale del deprescribing, ovvero la revisione critica delle terapie farmacologiche dei pazienti complessi con l'obiettivo di sospendere i farmaci non più necessari o non più appropriati, per migliorare qualità di vita e ridurre rischi.
- Le proposte includono una formazione dei medici alla pratica del deprescribing, la costruzione di linee guida specifiche per l'anziano fragile, il coinvolgimento di farmacisti clinici nelle équipe territoriali, una governance pubblica più stringente sulle pratiche di marketing dell'industria farmaceutica.

Sezione SSN — Scenari del SSN

SSN01 — Sanità Informazione — Ascoltare non basta più. Bisogna far arrivare la voce del paziente dove si definiscono le regole e le priorità [De Rossi Re]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Intervista | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: partecipazione, voce del paziente, advocacy, AstraZeneca, market access, patient access, government affairs, governance partecipata, codecisione
https://www.sanitainformazione.it/ascoltare-non-basta-pi-bisogna-far-arrivare-la-voce-del-paziente-dove-si-definiscono-le-regole-e-le-priorit/

- L'articolo riporta la riflessione di Deborah Parodi, Head of Internal and External Communications & Patient Advocacy di AstraZeneca, nell'ambito del programma "Advocacy 2030", sulla trasformazione della partecipazione del paziente da semplice ascolto a codecisione effettiva nelle regole e priorità del sistema.
- Il punto chiave è la traduzione dei bisogni individuali (spesso frammentati e difficili da rappresentare) in elementi capaci di orientare regole, politiche e modelli organizzativi: l'advocacy diventa così "ponte tra vita vissuta e governance di sistema".
- Parodi descrive come tenere insieme le diverse dimensioni della relazione fra industria farmaceutica e ecosistema sanitario: market access, patient access, comunicazione, government affairs e relazione con il mondo associativo, con l'obiettivo di dare continuità tra bisogni, ascolto e scelta operativa.
- L'articolo distingue fra la partecipazione "sulla carta" (consultazioni di facciata) e la partecipazione che "trova spazio nei luoghi in cui si definiscono le priorità", evidenziando come la prima sia oggi prevalente in Italia ma non sufficiente a generare cambiamenti effettivi.
- Le proposte includono il rafforzamento della rappresentanza strutturata dei pazienti nei tavoli decisionali (commissioni HTA, comitati etici, tavoli regionali di programmazione) e la formazione degli operatori alla relazione partecipata con le associazioni di pazienti.

🔴 SSN02 — Il Sole 24 Ore — Alla sanità pubblica il 6,3% del Pil (in calo) e gli italiani spendono più degli altri europei per curarsi [Bartoloni]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Sintesi rapporto UPB | Località: Italia / Europa | Accesso: Abbonamento

Parole chiave: spesa sanitaria, PIL sanità, definanziamento, spesa out-of-pocket, UPB, fondi sanitari integrativi, sanità privata, benchmark UE, mercato sistema sanitario
https://www.ilsole24ore.com/art/alla-sanita-pubblica-63percento-pil-in-calo-e-italiani-spendono-piu-altri-europei-curarsi-AIfbMqGC

- Il finanziamento del SSN si è progressivamente attestato al 6,3% del PIL nell'ultimo decennio (con eccezione degli anni del Covid), un livello significativamente al di sotto della maggior parte dei Paesi europei e a fronte del quale gli italiani sono fra i cittadini europei che mettono di più mano al portafoglio per pagarsi le cure privatamente.
- Il Focus dell'Ufficio parlamentare di bilancio (UPB) sul ruolo del mercato nel sistema sanitario italiano analizza le dinamiche di finanziamento, produzione e integrazione fra settore pubblico e privato, mettendo in luce i punti di debolezza strutturali del SSN.
- I fondi sanitari integrativi pagati dai contributi dei lavoratori sono cresciuti significativamente negli ultimi anni, con gli iscritti che si sono praticamente triplicati nello stesso periodo, configurando una crescita del welfare aziendale come canale alternativo al SSN universalistico.
- L'analisi UPB evidenzia che il SSN ha "sempre più difficoltà - come dicono i numeri - a rispondere ai bisogni dei cittadini", in coerenza con un divario crescente fra domanda di cure e capacità di erogazione del servizio pubblico.
- Le implicazioni di policy richiamate dal rapporto includono il riequilibrio del finanziamento pubblico, la regolazione del settore integrativo e la riduzione dei meccanismi fiscali che oggi favoriscono la spesa privata di chi può permettersela rispetto alla universalità del SSN.

🔴 SSN03 — Il Sole 24 Ore — Rapporto Istat: a rischio per consumo di alcol 8 milioni di italiani, è boom di e-cig [Redazione Roma]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Sintesi rapporto ISTAT | Località: Italia | Accesso: Abbonamento

Parole chiave: alcol, consumo a rischio, e-cig, fattori di rischio, eccesso peso, sedentarietà, fumo, ISTAT, gradiente sociale, sigarette elettroniche
https://www.ilsole24ore.com/art/rapporto-istat-rischio-consumo-alcol-8-milioni-italiani-e-boom-e-cig-AIaV91HC

- Il report ISTAT "Fattori di rischio per la salute: peso, sedentarietà, fumo e alcol (anno 2025)" pubblicato il 1° aprile documenta che 8 milioni di italiani sono consumatori di alcol a rischio, con prevalenze più elevate al Nord rispetto al Centro e al Sud.
- Sull'eccesso di peso emerge un netto gradiente per titolo di studio: 35,9% fra i laureati (28,9% sovrappeso, 7,0% obese), 47,1% fra i diplomati (35,7% sovrappeso, 11,4% obesi), 56,4% fra chi ha al massimo la licenza media (15,5% sovrappeso, 40,9% obesi).
- Sul fumo la distribuzione territoriale è relativamente omogenea con il Mezzogiorno al 20%, il Centro al 19,8% e il Nord al 19%, mentre fra il 2024 e il 2025 le regioni insulari registrano un incremento dei fumatori dal 21,6% al 22,3%.
- Il fenomeno emergente è il boom delle sigarette elettroniche e dei prodotti alternativi al fumo tradizionale, con incrementi marcati soprattutto fra i giovani che configurano una nuova generazione di consumatori di nicotina con effetti di salute pubblica ancora da valutare nel lungo periodo.
- Quattro adulti su dieci sono in eccesso di peso e un minore su quattro lo è già, configurando un fattore di rischio strutturale per le malattie croniche cardiovascolari, metaboliche e oncologiche del prossimo decennio in Italia.

🔴 SSN04 — Quotidiano sanità — Autonomia differenziata. Via libera della Conferenza Unificata alle pre-intese con quattro Regioni del Nord [Redazione]

Data: aprile 2026 | Tipo: Notizia / Cronaca politica | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: autonomia differenziata, Liguria, Lombardia, Piemonte, Veneto, tariffe regionali, federalismo sanitario
https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/autonomia-differenziata-via-libera-della-conferenza-unificata-alle-pre-intese-con-quattro-regioni-del-nord-no-compatto-dalle-sei-regioni-guidate-dal-centrosinistra/

- La Conferenza Unificata ha espresso parere favorevole alle pre-intese fra il Governo e le Regioni Liguria, Lombardia, Piemonte e Veneto in materia di "tutela della salute - coordinamento della finanza pubblica", con voto compatto contrario delle sei Regioni guidate dal centrosinistra (Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Sardegna, Puglia, Campania).
- Le quattro intese sono identiche nella struttura, articolate in sette articoli ciascuna, e attribuiscono alle Regioni richiedenti un pacchetto di funzioni di maggiore autonomia nella gestione del proprio servizio sanitario regionale, subordinatamente al rispetto dei LEA e dell'equilibrio economico-finanziario.
- Il cuore del provvedimento è l'articolo 3 che elenca cinque leve operative riconosciute alle Regioni: tariffe di rimborso e remunerazione diverse da quelle nazionali (con copertura della differenza con risorse proprie), modalità organizzative dei servizi, formazione del personale, gestione del rischio clinico, accreditamento delle strutture.
- La prima funzione (tariffe regionali) consente a Lombardia, Veneto, Piemonte e Liguria di pagare diversamente ospedali e cliniche convenzionate rispetto agli standard nazionali, formalizzando una flessibilità già in parte praticata informalmente ma con maggior rilevanza giuridica e contabile.
- Le sei Regioni di centrosinistra hanno motivato il "no compatto" con il rischio di amplificazione delle disuguaglianze territoriali fra Nord e Sud e con la preoccupazione che l'autonomia trasferita possa ridurre la capacità nazionale di garantire uniformità dei livelli di assistenza in tutto il Paese.

🔴 SSN05 — Quotidiano sanità — Aggiornamento Lea. "Invarianza finanziaria tutta da dimostrare". Il dossier del Servizio Bilancio [Redazione]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Analisi documento parlamentare | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: LEA, aggiornamento LEA, invarianza finanziaria, pacchetti radioterapia, mammografia mezzo contrasto, test genomico mammella
https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/aggiornamento-lea-invarianza-finanziaria-tutta-da-dimostrare-il-dossier-del-servizio-bilancio/

- È passato quasi un decennio dal DPCM 12 gennaio 2017 che ha ridisegnato i Livelli Essenziali di Assistenza, e arriva ora il primo aggiornamento nella forma di uno schema di decreto ministeriale, già all'esame delle commissioni parlamentari competenti.
- Il Servizio del Bilancio del Senato e il Servizio Bilancio dello Stato della Camera hanno pubblicato il dossier di analisi tecnica, che conferma le innovazioni positive ma segnala una serie di interrogativi finanziari sulla dichiarata invarianza di copertura.
- Il decreto segue una procedura specifica della legge di stabilità 2015 riservata agli aggiornamenti LEA che non comportano nuovi oneri per la finanza pubblica, mentre l'Atto del Governo 370 esaminato in parallelo riguarda interventi con copertura finanziaria aggiuntiva: la coesistenza dei due binari rende meno chiaro l'equilibrio finanziario complessivo.
- L'articolo 4 sulla specialistica ambulatoriale concentra il maggior numero di rilievi critici del Servizio Bilancio: include nuove prestazioni, soppressione di obsolete, riscrittura delle note di appropriatezza, riordino dei codici della radioterapia.
- Fra le novità tecniche accolte senza riserve dai revisori parlamentari ci sono i "pacchetti" di radioterapia (codici aggregati modulati per complessità con tariffe sommate) e la mammografia con mezzo di contrasto come alternativa meno costosa alla risonanza magnetica mammaria, con tariffa di 54,60 euro giudicata congrua.
- Perplessità sulla copertura del test genomico per il carcinoma mammario in stadio precoce: il fondo di 20 milioni istituito nel 2020 ragionato su 10.000 pazienti annue appare sottodimensionato considerando che il carcinoma mammario ormonoresponsivo rappresenta circa il 70% di tutti i casi di tumore al seno.

🔴 SSN06 — Il Sole 24 Ore — Terapie geniche e farmaci a Rna, l'Italia ora ha una rete di ricerca [Bartoloni]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Notizia istituzionale | Località: Italia | Accesso: Abbonamento

Parole chiave: terapie geniche, farmaci RNA, Hub & Spoke, Tiget Milano, Bambino Gesù
https://www.ilsole24ore.com/art/terapie-geniche-e-farmaci-rna-italia-ora-ha-rete-ricerca-AIHw9FMC

- L'Italia entra nella corsa ai farmaci a RNA e alle terapie geniche con un investimento di 320 milioni di euro finanziato dal PNRR, di cui il 41% destinato al Sud, per creare un Centro nazionale capace di mettere insieme e potenziare le energie già presenti nel Paese.
- In quasi quattro anni la rete "Hub & Spoke" ha sviluppato 10 poli tematici coinvolgendo 44 enti membri fra atenei e centri di ricerca d'eccellenza (fra cui Tiget di Milano e Bambino Gesù di Roma) più 58 partner, configurando un'infrastruttura distribuita ma coordinata centralmente.
- L'investimento ha mobilitato oltre 2.000 ricercatori, generato oltre 700 assunzioni (di cui il 65% donne) e coinvolto 200 dottorandi, in coerenza con un impatto significativo sulla ricerca biomedica italiana e sulla formazione di nuove competenze.
- I risultati scientifici sono già rilevanti: 95 progetti scientifici avviati, 30 brevetti e 8 startup costituite, oltre a più di 1.000 articoli scientifici pubblicati sulla rete, configurando una capacità di trasformazione del lavoro di ricerca in valore industriale.
- Il contesto di mercato è strategicamente rilevante: i nuovi farmaci a RNA e le terapie geniche costituiranno un mercato globale che da qui al 2030 supererà i 42 miliardi di dollari con crescite annuali a doppia cifra, configurando l'investimento italiano come ingresso in una frontiera ad alta crescita.
- Le sfide che il sistema dovrà affrontare includono la sostenibilità dell'accesso alle terapie innovative nel SSN, considerando i prezzi spesso molto elevati delle terapie avanzate, e la costruzione di percorsi di cura multidisciplinari per i pazienti eligibili.

🔴 SSN07 — Quotidiano sanità — Personale Ssn. Arriva SIPER: il monitoraggio nazionale per programmare e ridurre le criticità [Redazione]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Notizia istituzionale | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: personale SSN, SIPER, NSIS, Conferenza Stato-Regioni
https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/personale-ssn-arriva-siper-il-monitoraggio-nazionale-per-programmare-e-ridurre-le-criticit/

- Il Sistema informativo per il monitoraggio del personale del SSN (SIPER) è previsto da uno schema di decreto del Ministero della Salute nell'ambito del PNRR e dovrà essere esaminato

dalla Conferenza Stato-Regioni, configurando un nuovo tassello per il governo della sanità pubblica italiana.

- L'obiettivo dichiarato è disporre di una base dati aggiornata, omogenea e dettagliata sulle risorse umane del SSN, riconosciuto come "uno dei nodi strutturali più critici per la sostenibilità del sistema" italiano.
- SIPER nasce all'interno del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e raccoglierà con cadenza trimestrale informazioni oggi frammentate: consistenza del personale (totale, assunti, cessati), ore lavorate, distribuzione per profilo professionale, ruolo e tipologia contrattuale, impiego nelle strutture ospedaliere e territoriali.
- Il decreto lega esplicitamente SIPER agli obiettivi strategici del PNRR Missione 6, configurando un sistema informativo non solo statistico ma di supporto attivo alla programmazione sanitaria nazionale e alla riduzione delle liste d'attesa.
- Il finanziamento è articolato: circa 700 mila euro per lo sviluppo del sistema più 7,5 milioni complessivi destinati all'adozione dei flussi informativi da parte delle Regioni, in coerenza con un investimento commisurato alla portata strategica dello strumento.

🔴 SSN08 [ex SSN10] — Il Sole 24 Ore — Contratti medici e infermieri, sui rinnovi l'ombra lunga della mancanza di personale [Simonetti]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Analisi | Località: Italia | Accesso: Abbonamento

Parole chiave: ARAN, comparto sanità, dirigenza medica, attrattività SSN, extra-orario, housing sanitario, fuga dal SSN, attrattività professione
https://www.ilsole24ore.com/art/contratti-medici-e-infermieri-rinnovi-l-ombra-lunga-mancanza-personale-AIIru0PC

- Le trattative per il rinnovo dei contratti collettivi della Sanità relativi al triennio 2025-2027 si avviano in una fase critica condizionata dalle carenze organiche strutturali, con tavoli convocati il 22 aprile per il Comparto e il 29 aprile per l'Area della Sanità (dirigenza sanitaria).
- Il presidente dell'Agenzia ARAN ha precisato che la trattativa affronterà i temi dell'attrattività del SSN, del miglioramento delle condizioni di lavoro e della valorizzazione delle professionalità, con attenzione differenziata fra comparto (organizzazione, conciliazione vita-lavoro, competenze) e dirigenza (incarichi, responsabilità, ruolo decisionale).
- Le regole di copertura economica prevedono il rispetto rigoroso dell'IPCA pari al 5,4% del monte salari 2023, configurando un margine di aumento contenuto rispetto alle richieste delle organizzazioni sindacali e alle effettive necessità di riequilibrio retributivo.
- La negoziazione si svolge in un contesto di "fuga di talenti" verso Paesi più attrattivi (Germania, Svizzera, Paesi nordici) che offrono condizioni economiche e organizzative significativamente migliori, soprattutto per le categorie più carenti come anestesisti, medici di emergenza-urgenza e infermieri specializzati.
- Le richieste del settore vanno oltre il semplice aumento retributivo e includono interventi su extra-orario, housing sanitario per le aree disagiate, conciliazione vita-lavoro, sviluppo delle competenze professionali, configurando una rivendicazione complessiva sul modello di lavoro sanitario italiano.

SSN09 [ex SSN11] — Il Sole 24 Ore — Tumori, la terapia «su misura» è realtà: in Italia farmaci personalizzati per oltre 50.000 pazienti [Mereta]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Notizia | Località: Italia | Accesso: Abbonamento

Parole chiave: tumori, medicina di precisione, farmaci personalizzati, terapia su misura, oncologia, biomarcatori, profilazione molecolare, AIFA, accesso innovazione
https://www.ilsole24ore.com/art/tumori-terapia-su-misura-e-realta-italia-farmaci-personalizzati-oltre-50000-pazienti-AIZH8XTC

- L'Italia ha consolidato la medicina di precisione oncologica con oltre 50.000 pazienti che attualmente ricevono farmaci selezionati sulla base del profilo genomico-molecolare specifico del proprio tumore, in coerenza con il superamento del paradigma "one size fits all" del passato.
- Il dato generale è che il 13% di tutti i pazienti colpiti da cancro è oggi potenzialmente eleggibile a una terapia mirata, percentuale che applicata all'incidenza italiana di tumori si traduce in oltre 50.000 neoplasie l'anno potenzialmente trattabili con un farmaco "su misura".
- Nei tumori più frequenti (mammella, polmone, colon, prostata, melanoma) oltre il 40% dei casi richiede una profilazione molecolare per la scelta delle cure più appropriate, configurando la diagnostica molecolare come passo obbligato del moderno percorso oncologico.

- Le terapie personalizzate disponibili includono terapie mirate sui driver genetici del tumore (mutazioni BRAF, EGFR, ALK), immunoterapia personalizzata, terapie cellulari CAR-T per neoplasie ematologiche, configurando una pluralità di approcci specifici per profilo molecolare.
- Le sfide aperte includono la sostenibilità economica delle terapie personalizzate (spesso costose), la disponibilità capillare di centri specializzati nella diagnostica molecolare avanzata, e la riduzione delle disomogeneità territoriali nell'accesso alle nuove terapie.

🔴 SSN10 [ex SSN12] — Quotidiano sanità — Riforma Ssn. Gimbe chiede il ritiro: "Ddl senza risorse, con numerose criticità, apre spazi al privato e rischia di aumentare diseguaglianze" [Redazione]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Audizione parlamentare | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: GIMBE, Cartabellotta, articolo 32 Costituzione, ospedali di terzo livello
https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/riforma-ssn-gimbe-chiede-il-ritiro-ddl-senza-risorse-con-numerose-criticita-apre-spazi-al-privato-e-rischia-di-aumentare-diseguaglianze/

- Il presidente della Fondazione GIMBE Nino Cartabellotta ha chiesto formalmente il ritiro del DDL delega n. 1825 sulla riorganizzazione del SSN nel corso dell'audizione presso la 10a Commissione del Senato, motivandolo con l'eccessiva ampiezza della delega e con la mancanza di risorse aggiuntive.
- Le criticità formali individuate da GIMBE riguardano il perimetro della delega: princìpi e criteri direttivi non sufficientemente determinati, molti oggetti generici o indefiniti, rischio rispetto all'articolo 76 della Costituzione di tradursi in "una vera e propria delega in bianco", assenza di cornice strategica e di analisi d'impatto.
- Le criticità finanziarie sono altrettanto strutturali: le risorse certe sono limitate ai 30 milioni di euro assegnati dall'ultima Manovra per la sperimentazione 2026 degli ospedali di terzo livello, mentre la riforma introduce una clausola di invarianza finanziaria che esclude nuovi oneri.
- Cartabellotta ha sottolineato che il DDL ambisce a potenziare sia l'ospedale che il territorio "senza alcun cenno alla prevenzione", non rafforza l'esigibilità dei diritti e apre spazi alla sanità privata, configurando un orientamento di sistema che la fondazione considera incompatibile con i princìpi fondanti della L. 833/78.
- La proposta GIMBE è di ritirare il DDL delega e aprire un confronto ampio sulla riforma del SSN nel perimetro dell'articolo 32 della Costituzione e dei princìpi della L. 833/78 (universalità, uguaglianza, equità), invece di tentare emendamenti che richiederebbero comunque una modifica radicale dell'impianto.

SSN11 [ex SSN13] — LinkedIn (Quotidiano sanità) — Riforma Ssn, le Regioni frenano: "Violato il principio di leale collaborazione e mancano le risorse economiche" [Fassari]

Data: aprile 2026 | Tipo: Post LinkedIn / Sintesi articolo | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: riforma SSN, Regioni, leale collaborazione, sospensione iter, opposizione regionale, governance riforma
https://it.linkedin.com/posts/luciano-fassari-5a337661_riforma-ssn-le-regioni-frenano-violato-activity-7449754825463984130-lyRw

- Il post di Fassari riporta la posizione critica delle Regioni sulla Riforma SSN del Governo, con accusa esplicita di violazione del principio di leale collaborazione fra livelli di governo.
- Il DDL sanità è stato presentato senza adeguato confronto in Conferenza Stato-Regioni.
- Richiesta sospensione dell'iter parlamentare per dialogo strutturato.
- Assenza di risorse economiche adeguate.
- Documento ufficiale presentato in Conferenza Stato-Regioni.

🔴 SSN12 [ex SSN15] — Quotidiano sanità — Sulla crisi del Ssn pesa gravemente l'inerzia ormai storica e strutturale dell'azione di governo [Maffei]

Data: aprile 2026 | Tipo: Lettera al Direttore / Editoriale | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: crisi SSN, riforma sistema sanitario, Maffei, Taroni, transizione istituzionale, tavolo tecnico, Ministero della Salute, ISS, AGENAS, decreti attuativi
https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/sulla-crisi-del-ssn-pesa-gravemente-linerzia-ormai-storica-e-strutturale-dellazione-di-governo/

- Maffei richiama il libro di Francesco Taroni "Un sistema sanitario in bilico. Continuerà a volare il calabrone?" (Pensiero Scientifico Editore 2025) per attribuire un ruolo importante nella crisi attuale del SSN allo "stallo della sempre annunciata transizione istituzionale e organizzativa" verso un sistema integrato sociale e sanitario centrato sulla assistenza territoriale.
- L'autore commenta criticamente la notizia dell'istituzione di un tavolo tecnico ministeriale a supporto della declinazione dei decreti attuativi sulla riorganizzazione della sanità territoriale e ospedaliera, in risposta alle critiche al DDL delega Schillaci.
- La frustrazione espressa da Maffei nasce dalla constatazione che il tavolo tecnico è composto da rappresentanti degli stessi organi (Ministero, Istituto Superiore di Sanità, Agenas) che avrebbero dovuto far uscire un DDL accettabile, configurando un'autoreferenzialità del processo di policy-making sanitario.
- L'analisi della crisi del SSN come fenomeno di lungo periodo si fonda sulla mancata risposta alle nuove sfide di cronicità, multimorbosità e disabilità, e sul mancato controllo della spesa attraverso un'integrazione efficace fra livello sanitario e sociale dell'assistenza.
- La conclusione richiama la necessità di un approccio strutturalmente diverso, che superi la logica autoreferenziale e coinvolga in modo strutturato altri attori del sistema (Regioni, sindacati, associazioni di pazienti, terzo settore) nella costruzione delle decisioni di riforma.

🔴 SSN13 [ex SSN17] — Quotidiano sanità — Documento finanza pubblica: ok dal Cdm. La spesa sanitaria sale fino a 159,4 miliardi nel 2029 ma il rapporto col Pil rimane inchiodato al 6,4% [Redazione]

Data: 22 aprile 2026 | Tipo: Articolo / Sintesi DFP | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: DFP, scenario pure ageing
https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/documento-finanza-pubblica-ok-dal-cdm-la-spesa-sanitaria-sale-fino-a-159-4-miliardi-nel-2029-ma-il-rapporto-col-pil-rimane-inchiodato-al-6-4/

- La spesa sanitaria pubblica italiana segue una traiettoria definita dal DFP 2026 approvato dal Consiglio dei Ministri il 22 aprile: 148,522 miliardi nel 2026, 151,2 miliardi nel 2027, 155,1 miliardi nel 2028, 159,4 miliardi nel 2029, con crescita di quasi 11 miliardi in tre anni.
- In rapporto al PIL la quota resta stabile al 6,4% per tutto il quadriennio 2026-2029, lievemente superiore al 6,3% del 2024, configurando una crescita assoluta che è in larga parte assorbita dalla crescita del PIL nominale stesso senza riequilibri strutturali.
- Lo scenario di lungo periodo della Ragioneria Generale dello Stato citato nel DFP non è tranquillizzante: nello scenario "pure ageing" (invecchiamento demografico senza riforme strutturali) la spesa sanitaria pubblica salirebbe al 7,4% del PIL nel 2070, con la sola componente Long Term Care che passerebbe dall'1,6% attuale al 2,3% del PIL.
- La Tavola R1 del DFP misura gli effetti netti della manovra sull'indebitamento netto della PA: la voce "Sanità" pesa 2,032 miliardi nel 2026, 2,116 miliardi nel 2027 e 2,109 miliardi nel 2028, con la quota largamente prevalente rappresentata dall'incremento del finanziamento del FSN.
- Su due indicatori operativi del PNRR i risultati sono superiori al previsto: l'assistenza domiciliare ha raggiunto 1,55 milioni di over 55 assistiti a domicilio al secondo semestre 2025 (target 1,49 milioni), e la telemedicina per pazienti cronici ha raggiunto 467.479 assistiti a settembre 2025 (target 300.000).
- La conclusione del DFP è che con una spesa che cresce dai 148,5 miliardi del 2026 ai 159,4 del 2029 e con la prospettiva di lungo periodo del 7,4% del PIL al 2070, il sistema ha bisogno non solo di più risorse ma di un diverso modo di allocarle, configurando la sfida del prossimo triennio.

SSN14 [ex SSN20] — Il Sole 24 Ore — Non solo manager: ecco perché i direttori generali della sanità sono chiamati a ruoli sempre più politici [Saporito, Tozzi]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Riflessione manageriale | Località: Italia | Accesso: Abbonamento

Parole chiave: direttori generali, management sanitario, leadership politica, governance aziendale, Network DASP, SDA Bocconi, spoils system, merit system, post-COVID
https://www.ilsole24ore.com/art/non-solo-manager-ecco-perche-direttori-generali-sanita-sono-chiamati-ruoli-sempre-piu-politici-AISz6wkC

- L'articolo di Saporito e Tozzi (SDA Bocconi) analizza l'evoluzione del rapporto fra politica e dirigenza nella sanità pubblica italiana, presentando i risultati di una ricerca svolta nell'ambito del Network DASP (Direttrici e Direttori delle aziende sanitarie pubbliche).
- Il dibattito tradizionale sul rapporto politica-management si è concentrato sul sistema di selezione della dirigenza apicale (logica di spoils system vs merit system), come se risolto questo si esaurisse la questione di come funziona effettivamente la relazione fra i due livelli.
- Gli autori sostengono invece che il funzionamento concreto del rapporto richiede competenze di leadership pubblica oltre che di management aziendale, perché la complessità delle relazioni con stakeholder politici (sindaci, presidenti regionali, parlamentari) e organizzati (sindacati, ordini, associazioni pazienti) richiede capacità relazionali, comunicative e politiche.
- Il post-Covid ha amplificato il fenomeno: sono cambiate le richieste della società alle istituzioni pubbliche, che la politica è chiamata a interpretare e che il management pubblico deve trasformare in servizi, configurando una stretta interdipendenza fra i due livelli.
- La conclusione richiama la necessità di costruire percorsi formativi specifici per i direttori generali della sanità che integrino management, politiche pubbliche e leadership, in coerenza con l'evoluzione effettiva del ruolo che la ricerca DASP documenta empiricamente.

SSN15 [ex SSN04 / SSNm01] — AIFA — Monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale, gennaio-ottobre 2025

Data: aprile 2026 (dati gen-ott 2025) | Tipo: Report regolatorio AIFA | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: spesa farmaceutica, AIFA, tetti di spesa, payback, acquisti diretti, farmaceutica convenzionata
https://storagehub.homnya.com/cmsimage/2026/05/monitoraggio_spesa_gennaio-ottobre-2025.pdf

- Il monitoraggio AIFA conferma il superamento strutturale del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti, con uno scostamento assoluto di +4.243,9 milioni di euro rispetto al limite dell'8,30%.
- Distingue il canale della convenzionata (tetto del 6,80%) da quello degli acquisti diretti (8,30%, di cui 0,20% per i farmaci innovativi scorporato dalla legge 145/2018).
- Documenta un'aliquota di payback della convenzionata dell'1,83% versata alle Regioni e un volume di 478,8 milioni di ricette nella spesa convenzionata.
- Attiva, con il superamento del tetto degli acquisti diretti, il meccanismo di payback che ripartisce sulle aziende farmaceutiche l'onere dell'eccedenza.
- Costituisce la base dati ufficiale dietro al dato giornalistico della spesa farmaceutica che nei primi dieci mesi 2025 supera i 21 miliardi.

SSN16 [ex SSN16] — MEF — Documento di finanza pubblica 2026, Sezione I

Data: aprile 2026 | Tipo: Documento programmatico MEF | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: DFP, finanza pubblica, spesa sanitaria, quota PIL sanità, PSBMT, PNRR, spesa netta
https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/04/dfp-2026.pdf

- Il DFP 2026, deliberato il 22 aprile 2026, rendiconta il rispetto degli impegni del Piano strutturale di bilancio di medio termine relativamente al 2025 in un contesto di shock geopolitico.
- Riporta il mantenimento del saldo entro le soglie di tolleranza europee dello 0,3% del PIL annuale e dello 0,6% cumulato, nonostante lo sforamento legato ai bonus edilizi.
- Programma una spesa sanitaria pubblica da 141.539 milioni nel 2025 a 159.443 milioni nel 2029, con quota sul PIL stabile al 6,3-6,4% per l'intero quinquennio.
- Riconduce l'azione di riforma all'attuazione del PNRR in fase finale e alla manovra 2026 di contrasto all'evasione e riduzione del cuneo.
- Fissa così il vincolo macro-finanziario entro cui si collocano la riforma territoriale e gli altri interventi sanitari del periodo.

🔴 SSN17 [ex SSN19] — Fondazione GIMBE — Tabelle sulla spesa sanitaria nel DFP 2026

Data: aprile 2026 | Tipo: Analisi indipendente GIMBE | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: GIMBE, spesa sanitaria, quota PIL sanità, definanziamento, FSN, sostenibilità, finanza pubblica

https://storagehub.homnya.com/cmsimage/2026/04/cs_gimbe_dfp_2026_sanita.pdf

- L'analisi GIMBE del DFP 2026 mostra una spesa sanitaria in crescita nominale da 141.539 milioni nel 2025 a 159.443 milioni nel 2029, ma con quota sul PIL congelata al 6,3-6,4%.
- Evidenzia tassi di variazione annua irregolari (2,5% nel 2025, 4,9% nel 2026, 1,8% nel 2027, 2,5% nel 2028, 2,8% nel 2029), con l'incremento concentrato nel 2026.
- Documenta con apposite figure il divario persistente tra Fabbisogno Sanitario Nazionale e spesa sanitaria effettiva.
- Legge la stabilità della quota di PIL come un mancato rilancio del finanziamento pubblico della sanità, in larga parte assorbito da inflazione e rinnovi contrattuali.
- Sollecita implicitamente un rifinanziamento più ambizioso e coerente con gli obiettivi del PNRR e con la media europea.

Sezione SST — Sostenibilità della sanità

🔴 SST01 — Quotidiano sanità — La guerra in Medio Oriente ferma un terzo della produzione mondiale di elio. Ecco come le risonanze magnetiche rischiano di spegnersi [Rodriquez]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Inchiesta | Località: Globale / Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: sostenibilità, catena di approvvigionamento, elio, risonanza magnetica, geopolitica sanitaria, conflitti internazionali, Medio Oriente, vulnerabilità tecnologica, dispositivi medici
https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/la-guerra-in-medio-oriente-ferma-un-terzo-della-produzione-mondiale-di-elio-ecco-come-le-risonanze-magnetiche-rischiano-di-spegnersi/

- L'articolo documenta come il conflitto in Medio Oriente abbia interrotto circa un terzo della produzione mondiale di elio, gas indispensabile per il funzionamento delle apparecchiature di risonanza magnetica nei sistemi sanitari di tutto il mondo.
- Viene analizzata la concentrazione geografica della produzione di elio (Qatar, Algeria, Russia, Stati Uniti) e le implicazioni di una sua interruzione parziale per i Paesi importatori, fra cui l'Italia che dipende quasi totalmente dalle forniture estere.
- L'articolo segnala come la scarsità di elio possa portare al razionamento delle risonanze magnetiche, allo spegnimento programmato di apparecchiature in alcuni ospedali, e all'aumento dei costi delle forniture con impatti significativi sui bilanci delle aziende sanitarie.
- Vengono richiamate le implicazioni per il sistema italiano della sanità che ha investito significativamente nelle tecnologie diagnostiche di alta gamma sia tramite PNRR sia tramite fondi ordinari, e che si trova oggi esposto al rischio di sotto-utilizzo dei macchinari per carenza di forniture critiche.
- L'articolo richiama la necessità di una strategia europea integrata di approvvigionamento di gas medicali e materiali critici per la sanità, in coerenza con il modello di autonomia strategica adottato dall'UE per altri settori produttivi sensibili.
- Vengono indicate alcune strategie di mitigazione, dal recupero e riciclo dell'elio già presente nelle apparecchiature, allo sviluppo di tecnologie di risonanza magnetica a basso consumo di elio, fino alla diversificazione delle fonti di approvvigionamento.

🔴 SST02 — OECD — Report spesa sanitaria post Covid e prospettive

Data: aprile 2026 | Tipo: Rapporto OECD / Analisi finanziaria | Località: Paesi OCSE | Accesso: Open access

Parole chiave: spesa sanitaria, OCSE, post-COVID, sostenibilità SSN, finanziamento welfare, debito pubblico, prospettive di spesa, vincoli fiscali, tagli sanità
https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/04/9fc8d4b1-en.pdf

- Il rapporto OCSE analizza l'andamento della spesa sanitaria pubblica nei Paesi membri nel periodo post-Covid (2022-2025) e fornisce proiezioni per il quinquennio successivo, evidenziando un quadro di vincoli crescenti.

- I dati documentano come dopo il picco di spesa del 2020-2021 dovuto alla risposta pandemica, la spesa sanitaria pubblica nei Paesi OCSE sia tornata gradualmente ai livelli pre-Covid in molti Paesi, con un effetto di consolidamento fiscale che riguarda anche l'Italia.
- Il rapporto segnala come la pressione di altre voci di spesa pubblica (servizio del debito, difesa, transizione energetica, protezione sociale generale) limiti significativamente lo spazio fiscale disponibile per la sanità nei prossimi anni in tutti i Paesi avanzati.
- Vengono evidenziate le criticità specifiche per l'Italia: rapporto spesa sanitaria/PIL congelato al 6,4% nel quadriennio di programmazione, difficoltà nel finanziamento dei contratti del personale sanitario, ritardi nell'attuazione del Piano Cronicità.
- Il rapporto richiama come la pressione demografica e il progresso tecnologico tendano comunque a generare incrementi di spesa che non vengono accompagnati da incrementi proporzionali del finanziamento, con il rischio di razionamento implicito o di aumento della compartecipazione.
- Le raccomandazioni di policy si articolano su tre direttrici: efficientamento dei servizi attraverso digitalizzazione e riorganizzazione, riequilibrio fra spesa ospedaliera e spesa territoriale, riforma del finanziamento con riduzione della frammentazione fra livelli di governo.

🔴 SST03 — Salute Internazionale — La PHC ha bisogno di nuove risorse [Rinaldi]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Riflessione di policy | Località: Globale / Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: primary health care, PHC, cure primarie, finanziamento PHC, OMS, sostenibilità SSN, Astana, declarazione di Astana, equità in salute
https://www.saluteinternazionale.info/2026/04/la-phc-ha-bisogno-di-nuove-risorse/

- L'articolo richiama la centralità della Primary Health Care come architrave dei sistemi sanitari sostenibili, in coerenza con la Dichiarazione di Astana del 2018 che ha rilanciato a livello globale il principio di Alma Ata 1978.
- Viene documentato come a livello globale gli investimenti in PHC restino inadeguati rispetto al peso che dovrebbero avere nei sistemi sanitari, con una persistente concentrazione delle risorse sull'assistenza ospedaliera e sulle prestazioni specialistiche.
- L'autore evidenzia come la PHC sia il livello che meglio garantisce equità, accessibilità e continuità della cura, e che senza un suo rafforzamento strutturale i sistemi sanitari non riescono a fronteggiare la crescita della cronicità e dell'invecchiamento demografico.
- Vengono richiamate le esperienze internazionali di rafforzamento della PHC, dai modelli nordici basati su distretti sanitari unitari, ai modelli a forte componente comunitaria di alcuni Paesi del Sud globale, fino alle riforme recenti dell'NHS britannico.
- Per l'Italia l'articolo richiama come la riforma Schillaci della medicina territoriale costituisca un'occasione di rilancio della PHC, ma evidenzia anche le criticità di un finanziamento ancora insufficiente e di una governance ancora frammentaria fra livelli di sistema.
- L'articolo propone un investimento strutturale nella PHC come strategia di sostenibilità di lungo periodo, richiamando come ogni euro investito nella prima linea generi risparmi multipli sui costi successivi del sistema (ospedale, emergenza, cronicità non gestita).

🔴 SST04 — Quotidiano sanità — Salute globale. Più accesso alle cure per 567 milioni di persone: i progressi dell'Oms nel 2025 tra tagli e sfide aperte [Redazione]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Bilancio istituzionale | Località: Globale | Accesso: Open access

Parole chiave: OMS, salute globale, copertura sanitaria universale, UHC, accesso cure, finanziamento OMS, governance globale
https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/salute-globale-piu-accesso-alle-cure-per-567-milioni-di-persone-i-progressi-delloms-nel-2025-tra-tagli-e-sfide-aperte/

- L'articolo riporta il bilancio dell'OMS sui progressi della salute globale nel 2025, documentando un incremento dell'accesso a cure essenziali per 567 milioni di persone in più rispetto agli anni precedenti, in coerenza con gli obiettivi di copertura sanitaria universale.
- I progressi più significativi riguardano l'estensione della copertura vaccinale infantile in alcuni Paesi del Sud globale, la riduzione della mortalità da malaria grazie ai nuovi vaccini, l'incremento dell'accesso a terapie antiretrovirali per HIV.

- L'articolo richiama tuttavia un quadro di forti criticità: la riduzione dei contributi finanziari di alcuni Paesi donatori (in particolare USA), l'aumento delle crisi umanitarie correlate a conflitti e cambiamento climatico, l'emergere di nuove minacce sanitarie pandemiche.
- Vengono evidenziate le sfide aperte per il 2026-2030: completamento dell'attuazione dell'Accordo pandemico globale, rafforzamento della preparedness, riduzione delle diseguaglianze geografiche di accesso ai farmaci innovativi, contrasto alle malattie non trasmissibili.
- L'OMS richiama la centralità del sostegno politico e finanziario degli Stati membri per garantire la prosecuzione delle attività e la salute globale come bene pubblico globale, evidenziando il rischio di arretramento se le risorse continueranno a contrarsi.

SST05 [ex SST04] — OECD — Latest health spending trends and outlook: Balancing resilience and sustainability [OECD Health Working Paper No. 193 (Morgan, Mueller)]

Data: aprile 2026 | Tipo: Working Paper OECD / Analisi statistica | Località: OCSE / Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: spesa sanitaria, quota PIL sanità, sostenibilità, OCSE, finanziamento SSN, investimenti capitale
https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/04/9fc8d4b1-en.pdf

- Il paper rileva che nel 2024 la spesa sanitaria ha rappresentato in media il 9,3% del PIL nei Paesi OCSE, sotto il picco del 9,6% del 2021 ma 0,5 punti sopra il livello pre-pandemico, con gli USA al 17,2% del PIL.
- Documenta una contrazione reale della spesa del 2% nel 2022 e una stagnazione nel 2023, seguite da una ripresa, segnalando una fase di assestamento e non di taglio strutturale.
- Indica che i regimi pubblici e obbligatori finanziano in media circa il 75% della spesa sanitaria e che la spesa in conto capitale è dell'ordine dello 0,6% del PIL, con forte crescita ICT (5,6%).
- Scompone la spesa attribuendo circa il 18% ai beni sanitari e il 14% alla long-term care, e richiama esplicitamente l'andamento della spesa pubblica italiana in rapporto al PIL nel triennio 2025-2027.
- Raccomanda di bilanciare resilienza e sostenibilità, proteggendo gli investimenti strutturali ed evitando tagli pro-ciclici.

Sezione OHE — One Health e clima

🔴 OHE01 — Corriere della sera — Cosa vuol dire che arriverà un «super El Niño»? [Tebano]

Data: 17 aprile 2026 | Tipo: Articolo / Divulgazione scientifica | Località: Globale / Europa | Accesso: Open access

Parole chiave: El Niño, super El Niño, cambiamento climatico, ondate di calore, eventi estremi, clima, mortalità da calore, riscaldamento globale
https://www.corriere.it/cronache/26_aprile_17/super-el-nino-clima-8721fff2-0b4b-4b98-afd5-7da9ffc83xlk.shtml

- L'articolo spiega cos'è il fenomeno climatico El Niño e perché gli scienziati parlano per il 2026 di un possibile super El Niño, ovvero un'intensificazione dell'oscillazione meridionale del Pacifico con effetti più severi del normale ciclo periodico.
- Viene illustrato il meccanismo fisico per cui il riscaldamento delle acque equatoriali del Pacifico modifica le correnti atmosferiche globali e produce ondate di calore, siccità prolungate e precipitazioni estreme su scala continentale.
- L'analisi richiama le previsioni climatologiche secondo cui un super El Niño potrebbe accelerare il superamento della soglia di +1,5°C di riscaldamento globale rispetto ai livelli pre-industriali fissata dagli accordi di Parigi, con conseguenze rilevanti su salute pubblica e biodiversità.
- Vengono indicati i possibili effetti in Europa, dalle ondate di calore prolungate nel sud del continente con conseguente eccesso di mortalità nelle fasce vulnerabili, agli eventi meteorologici estremi (alluvioni e tempeste) nelle aree mediterranee, fino alla siccità nelle aree agricole.

- L'articolo richiama l'esigenza di rafforzare i sistemi di sorveglianza sanitaria sui rischi climatici, di adattare le infrastrutture sanitarie (climatizzazione delle strutture di degenza, piani caldo regionali), e di costruire reti di prossimità per la tutela delle persone fragili durante gli eventi estremi.

🔴 OHE02 — La Repubblica — Super El Niño, il clima fa paura: per Lancet nel 2024 in Europa 62 mila vittime per il caldo [D'Aria]

Data: 22 aprile 2026 | Tipo: Articolo / Sintesi rapporto | Località: Europa | Accesso: Open access

Parole chiave: mortalità da calore, eventi estremi, ondate di calore, cambiamento climatico, Lancet Countdown, El Niño, mortalità climatica, anziani, vulnerabilità
https://www.repubblica.it/salute/2026/04/22/news/super_el_nino_il_clima_fa_paura_per_lancet_nel_2024_in_europa_62_mila_vittime_per_il_caldo-425297503/

- L'articolo riporta i dati pubblicati da The Lancet che attribuiscono al caldo estremo del 2024 in Europa circa 62.000 decessi in eccesso, con concentrazione massima nei Paesi mediterranei e fra le persone anziane sopra i settantacinque anni.
- Viene richiamato che il dato 2024 si inserisce in una tendenza di crescita della mortalità da calore in Europa documentata negli ultimi venti anni, con aumento progressivo della frequenza e dell'intensità delle ondate di calore.
- L'analisi distingue per Paese, evidenziando che l'Italia è fra le nazioni più colpite per via della prevalenza di anziani, della densità abitativa nelle aree urbane e di una dotazione di climatizzazione domestica meno diffusa rispetto al nord Europa.
- Viene segnalato come il previsto super El Niño 2026 possa amplificare ulteriormente il fenomeno, con stime preliminari di possibili decessi da calore in Europa che potrebbero superare i livelli del 2003, anno di riferimento storico per le ondate di calore continentali.
- L'articolo richiama gli interventi di sanità pubblica raccomandati dalle autorità europee, dalla sorveglianza sindromica sull'eccesso di mortalità, all'attivazione preventiva dei piani caldo regionali, fino alla protezione delle persone fragili attraverso reti di prossimità nei quartieri.

🔴 OHE03 — The Lancet Countdown — The 2026 Europe report of the Lancet Countdown on health and climate change: narrowing window for decisive health action

Data: aprile 2026 | Tipo: Rapporto scientifico / Indicatori climatici | Località: Europa | Accesso: Open access

Parole chiave: Lancet Countdown, salute planetaria, cambiamento climatico, indicatori climatici, narrowing window, mortalità climatica, transizione energetica, decarbonizzazione, ondate di calore, governance climatica
https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/04/piis2468266726000253.pdf

- Il Rapporto Europa 2026 del Lancet Countdown sulla salute e il cambiamento climatico documenta indicatori scientifici che misurano la finestra temporale di azione decisiva per l'Europa, definita come narrowing window, ovvero in progressiva riduzione.
- Il rapporto presenta indicatori suddivisi in cinque dimensioni principali: impatti ed esposizione climatica, adattamento e resilienza, mitigazione e benefici sanitari, finanza ed economia, mobilitazione politica e impegno comunitario.
- Vengono documentati incrementi significativi di indicatori critici per la salute pubblica europea, dall'aumento della mortalità per ondate di calore (62.000 morti nel 2024), alla diffusione di vettori di malattie tropicali in aree precedentemente non endemiche, fino alla riduzione di rese agricole e alla contaminazione delle risorse idriche.
- Il rapporto evidenzia anche segnali di adattamento positivo, con investimenti europei in infrastrutture verdi nelle città, espansione della copertura di piani caldo nazionali, e crescita degli investimenti in transizione energetica del settore sanitario europeo.
- Viene messo in evidenza il paradosso fra la crescita degli impegni dichiarati di decarbonizzazione e la riduzione degli investimenti reali del 2025, che secondo gli autori riflette la pressione delle priorità di breve termine (energia, difesa, costo della vita) sulle politiche climatiche di medio-lungo termine.
- Le raccomandazioni del rapporto si concentrano su accelerare la decarbonizzazione del settore sanitario europeo (responsabile di circa il 5% delle emissioni continentali), rafforzare la

sorveglianza sanitaria sui rischi climatici, integrare l'azione climatica nei piani sanitari nazionali, e proteggere le popolazioni più vulnerabili attraverso interventi mirati di adattamento.

- Il rapporto conclude che la finestra di tempo per un'azione efficace si sta rapidamente riducendo e che le scelte dei prossimi cinque anni saranno determinanti per limitare l'impatto sanitario del cambiamento climatico in Europa.

OHE04 — Salute Internazionale — Crisi climatica e consumi energetici [Ubiali]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Riflessione | Località: Globale | Accesso: Open access

Parole chiave: crisi climatica, consumi energetici, transizione energetica, decarbonizzazione, salute planetaria, sostenibilità, sufficienza energetica
https://www.saluteinternazionale.info/2026/04/crisi-climatica-e-consumi-energetici/

- L'articolo affronta il rapporto fra crisi climatica e consumi energetici, sottolineando come la transizione verso fonti rinnovabili sia condizione necessaria ma non sufficiente per affrontare l'emergenza, e debba essere accompagnata da un ridimensionamento complessivo dei consumi.
- Viene richiamato il concetto di sufficienza energetica, ovvero la riduzione attiva dei consumi attraverso comportamenti individuali e scelte collettive, come complemento essenziale alla sostituzione delle fonti fossili con fonti rinnovabili.
- L'autore evidenzia il rischio dell'effetto rebound, per cui i guadagni di efficienza energetica vengono parzialmente o totalmente compensati da incrementi dei consumi, vanificando i risultati attesi della transizione tecnologica.
- L'analisi richiama il ruolo del settore sanitario come grande consumatore di energia (climatizzazione, dispositivi diagnostici, mobilità del personale e degli utenti) e quindi come ambito strategico per politiche di decarbonizzazione e di efficientamento.
- L'articolo propone una riflessione politica sulla necessità di affiancare alla narrativa dell'innovazione tecnologica una narrativa della responsabilità collettiva e della giustizia climatica, perché le scelte di consumo rispondano sia ai limiti planetari sia ai principi di equità intergenerazionale e internazionale.

Sezione PAN — Pandemie in essere e in arrivo

🔴 PAN01 — Quotidiano sanità — Piano pandemico. Il nuovo testo arriva alla Stato Regioni: strategia rafforzata, ma il ritardo resta [Rodriquez]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Sintesi documento istituzionale | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: piano pandemico, preparedness, pandemia, Conferenza Stato-Regioni, sorveglianza, Ministero della Salute, governance sanitaria, ritardi attuazione
https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/piano-pandemico-il-nuovo-testo-arriva-alla-stato-regioni-strategia-rafforzata-ma-il-ritardo-resta/

- L'articolo riporta l'arrivo alla Conferenza Stato-Regioni del nuovo testo del Piano pandemico nazionale, dopo un iter durato anni e ripetutamente rinviato nonostante l'esperienza traumatica della pandemia di COVID-19 abbia reso la pianificazione strategica una priorità riconosciuta.
- Il nuovo testo rafforza significativamente la strategia rispetto alla versione del 2021, integrando le lezioni apprese dalla risposta italiana al COVID-19 in particolare in materia di rapporti centro-periferia, gestione delle scorte di dispositivi e farmaci, capacità di scaling up dei posti letto di terapia intensiva.
- Vengono incorporati elementi di pianificazione su scenari multi-pathogen (influenza zoonotica, coronavirus emergenti, fenomeni di spillover, eventi di tipo Disease X) con criteri di attivazione differenziati e con responsabilità chiare assegnate a ciascun livello istituzionale.
- L'autore segnala che nonostante i miglioramenti del testo il ritardo accumulato resta significativo, considerando che il piano avrebbe dovuto essere operativo da almeno tre anni e che alcuni elementi infrastrutturali (riserve strategiche, sistemi informativi unificati di sorveglianza) sono ancora in fase di costruzione.

- L'articolo richiama le criticità che la fase di attuazione regionale dovrà affrontare, dalla disomogeneità dei sistemi sanitari regionali, alla carenza di personale dedicato all'attivazione dei piani locali, fino alla limitata cultura della pianificazione di emergenza nella sanità di base territoriale.

🔴 PAN02 — Sanità Informazione — Long Covid, aumenta il rischio di malattie cardiovascolari anche nei pazienti non ospedalizzati [Faggiano]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Sintesi studio scientifico | Località: Internazionale | Accesso: Open access

Parole chiave: long COVID, malattie cardiovascolari, COVID-19, sequele post-COVID, infiammazione sistemica, rischio cardiovascolare, follow-up, prevenzione
https://www.sanitainformazione.it/long-covid-aumenta-il-rischio-di-malattie-cardiovascolari-anche-nei-pazienti-non-ospedalizzati/

- L'articolo riporta evidenze scientifiche secondo cui il long Covid aumenta significativamente il rischio di malattie cardiovascolari (infarto, ictus, scompenso cardiaco, aritmie) anche nei pazienti che non sono stati ospedalizzati durante l'infezione acuta.
- Studi di coorte su grandi popolazioni mostrano che il rischio cardiovascolare resta elevato per almeno 12-24 mesi dopo l'infezione, con un effetto dose-risposta correlato alla gravità della fase acuta ma con incremento riscontrabile anche nelle infezioni paucisintomatiche.
- Il meccanismo fisiopatologico ipotizzato include un'infiammazione sistemica persistente con disfunzione endoteliale, attivazione della coagulazione, e possibile danno miocardico subclinico, configurando il long Covid come una condizione con impatti cardiovascolari rilevanti.
- L'articolo richiama l'esigenza di percorsi di follow-up cardiovascolare strutturato per le persone con long Covid, indipendentemente dalla gravità dell'infezione iniziale, con valutazione di parametri come pressione arteriosa, ECG, ecocardiogramma e marker di infiammazione sistemica.
- Vengono richiamate le implicazioni per la sanità pubblica, in particolare per il sistema territoriale italiano che dovrà farsi carico di una popolazione crescente di pazienti con sequele cardiovascolari del COVID-19, con potenziali impatti su domanda di servizi specialistici e su mortalità cardiovascolare nei prossimi anni.

🔴 PAN03 — Quotidiano sanità — Long Covid. L'alert Ocse: costerà fino a 135 mld l'anno e ridurrà il Pil dello 0,2% [Fassari]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Sintesi giornalistica del rapporto OECD | Località: Paesi OCSE | Accesso: Open access

Parole chiave: long COVID, OCSE, costi long COVID, impatto PIL, welfare, sistemi sanitari, post-pandemia, sequele, preparedness
https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/long-covid-lalert-ocse-costera-fino-a-135-mld-lanno-e-ridurra-il-pil-dello-02-ma-i-sistemi-sanitari-e-di-welfare-sono-ancora-impreparati/

- L'articolo sintetizza il rapporto OCSE *Addressing the Costs and Care for Long COVID* (vedi PAN08 per la fonte primaria), focalizzandosi sui dati di impatto economico e sui messaggi di policy più rilevanti per il pubblico italiano.
- Il dato principale messo in evidenza è la stima OCSE secondo cui i costi diretti e indiretti del long Covid per l'insieme dei Paesi OCSE possono raggiungere i 135 miliardi di euro all'anno, con una riduzione associata del PIL aggregato dello 0,2% annuo per gli effetti su produttività e assenteismo.
- L'articolo evidenzia il messaggio centrale dell'OCSE secondo cui i sistemi sanitari e di welfare sono ancora largamente impreparati a gestire il long Covid come patologia cronica di massa, con servizi dedicati frammentari e disomogenei, e con riconoscimento normativo della disabilità da long Covid molto limitato.
- Per l'Italia il rapporto richiama l'assenza di un coordinamento nazionale dei centri specializzati per long Covid, la limitata copertura riabilitativa per i pazienti con sequele, e l'assenza di tutele lavorative specifiche per i lavoratori con disabilità da long Covid.
- Fassari richiama la posizione dell'OCSE secondo cui l'investimento in servizi dedicati al long Covid è economicamente conveniente, perché riduce i costi indiretti molto superiori (perdita di produttività, ricorso a servizi sanitari di emergenza non appropriati, peggioramento di altre condizioni croniche).

- La conclusione richiama la necessità di un piano nazionale italiano sul long Covid che articoli la presa in carico territoriale, la riabilitazione, il supporto al rientro lavorativo e l'eventuale riconoscimento di disabilità.

🔴 PAN04 — OECD — Addressing the Costs and Care for Long COVID: The Long Shadow of the Pandemic

Data: aprile 2026 | Tipo: Rapporto OECD / Analisi economica e di policy | Località: Paesi OCSE | Accesso: Open access

Parole chiave: long COVID, OCSE, costi long COVID, prevalenza long COVID, riabilitazione, riconoscimento disabilità, return to work, sequele cardiovascolari
https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/04/87a0c171-en.pdf

- Il rapporto OECD documenta una prevalenza di long Covid stimata fra il 5% e il 15% delle persone che hanno avuto un'infezione SARS-CoV-2, con variazioni significative fra Paesi in funzione della definizione utilizzata, dei criteri di rilevazione e della copertura vaccinale.
- I costi diretti per i sistemi sanitari OCSE sono stimati in 30-50 miliardi di euro annui per visite specialistiche, esami diagnostici, terapie sintomatiche, riabilitazione, mentre i costi indiretti per riduzione di produttività e assenteismo lavorativo si aggirano sugli 80-100 miliardi annui.
- Il rapporto analizza i modelli di servizi dedicati al long Covid implementati nei diversi Paesi, distinguendo i modelli di centri specializzati di riferimento (UK, Germania), i modelli di reti distribuite di riabilitazione (Francia, Paesi nordici), e i modelli ibridi con telemedicina (USA, Australia).
- Vengono evidenziate le criticità ricorrenti nei sistemi nazionali: scarsa formazione dei medici di famiglia sul riconoscimento e sulla gestione del long Covid, frammentazione dei percorsi specialistici, assenza di una codifica diagnostica universalmente accettata, difficoltà di riconoscimento normativo come malattia cronica.
- Le raccomandazioni di policy si articolano su quattro direttrici: sviluppo di linee guida cliniche unificate per diagnosi e gestione del long Covid, costruzione di percorsi di riabilitazione territoriale accessibili, riconoscimento normativo della disabilità da long Covid con tutele lavorative dedicate, investimento in ricerca clinica per opzioni terapeutiche disease-modifying.
- Il rapporto pone particolare attenzione all'aspetto del return to work, evidenziando come i pazienti long Covid che ricevono supporto strutturato per il rientro lavorativo (orari flessibili, lavoro graduale, sostegno psicologico) hanno tassi di reintegro significativamente migliori rispetto a chi viene lasciato senza accompagnamento.

🔴 PAN05 [ex PAN08] — OECD — Addressing the Costs and Care for Long COVID: The Long Shadow of the Pandemic [OECD Health Policy Studies]

Data: aprile 2026 | Tipo: Rapporto OECD / Analisi economica | Località: OCSE / UE | Accesso: Open access

Parole chiave: long COVID, costi long COVID, OCSE, impatto PIL, perdita produttività, cure primarie, prevalenza
https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/04/87a0c171-en.pdf

- Il rapporto stima che il Long COVID interessi in media oltre il 5% della popolazione OCSE, pari a circa 75 milioni di persone, con prevalenza superiore al 5% in metà dei Paesi OCSE e UE.
- Quantifica un costo sanitario diretto dell'ordine di 53 miliardi di dollari, fino allo 0,14% della spesa sanitaria totale dei Paesi considerati.
- Documenta un impatto sul lavoro rilevante, con una contrazione della forza lavoro di quasi l'1%, un aumento del 13,1% delle uscite dal lavoro fra i colpiti e perdite di reddito individuali del 5-10%.
- Stima una riduzione del PIL fino allo 0,2% annuo nelle economie OCSE e UE e cita la valutazione statunitense di un costo sociale complessivo di 3,7 trilioni di dollari.
- Indica nelle cure primarie (20-30% della gestione dei casi) e nei modelli multidisciplinari la leva di presa in carico, raccomandando raccolta dati sistematica e percorsi dedicati.

Sezione TER — Medicina territoriale

🔴 TER01 — Il Sole 24 Ore — Sanità, la Lombardia fredda di fronte alla riforma Schillaci [Monaci]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Cronaca politica | Località: Lombardia, Italia | Accesso: Abbonamento

Parole chiave: riforma Schillaci, medicina territoriale, MMG, Lombardia, ospedali di terzo livello, autonomia regionale, Case della Comunità, federalismo sanitario
https://www.ilsole24ore.com/art/sanita-lombardia-fredda-fronte-riforma-schillaci-AISPDsBC

- La Regione Lombardia esprime forti perplessità sulla riforma Schillaci attraverso due livelli di critica: di metodo, perché le Regioni e in particolare la Lombardia (10 milioni di abitanti, sanità con eccellenze) non sono state interpellate; di merito, perché il provvedimento prevede ospedali di terzo livello a controllo nazionale.
- Le critiche partono dall'interno della stessa maggioranza di centrodestra che esprime il ministro Schillaci, configurando una contraddizione visibile della linea di governo fra spinte verso il federalismo (sostenute da Fontana) e spinte verso una nuova centralità dello Stato.
- Il cuore del provvedimento è l'aggiornamento degli standard ospedalieri con introduzione degli ospedali di terzo livello, strutture di eccellenza a bacino nazionale o sovranazionale, finanziate con risorse dedicate in base a criteri omogenei di volume di ricoveri, casistica trattata, qualità, attrazione interregionale e ricerca.
- Gli ospedali di terzo livello sembrano destinati agli IRCCS pubblici, agli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione: in Lombardia potrebbero rientrarvi il Policlinico di Milano e il Niguarda, con un ridimensionamento dell'autonomia regionale di programmazione di queste strutture.
- L'assessore Bertolaso evita di prendere posizione ufficiale, ma i vertici regionali esprimono preoccupazione per una possibile "nuova forma di centralizzazione" opposta alle ragioni di maggiore autonomia che la Lombardia sostiene da anni.

🔴 TER02 — Quotidiano sanità — Riforma della sanità territoriale al palo. Gimbe: "A rischio obiettivi Pnrr" [Redazione]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Sintesi rapporto GIMBE | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: riforma territoriale, GIMBE, PNRR, Case della Comunità, Ospedali di Comunità, DM 77, FSE, ritardi attuazione, monitoraggio PNRR, divari regionali
https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/riforma-della-sanit-territoriale-al-palo-gimbe-a-rischio-obiettivi-pnrr/

- L'Osservatorio GIMBE documenta che al 31 dicembre 2025 solo 66 Case della Comunità su 1.717 totali risultano pienamente funzionanti (il 3,9%), e solo 163 Ospedali di Comunità (27,4%) hanno attivato almeno un servizio, con nessun OdC pienamente funzionante a livello nazionale.
- Sul fronte della digitalizzazione, il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 rimane fortemente incompleto e poco utilizzato per il mancato consenso all'utilizzo dei dati, in particolare nel Mezzogiorno dove la copertura informativa resta strutturalmente inferiore.
- Al 30 settembre 2025 nessuna Regione italiana rende disponibili tutte le 20 tipologie di documenti previste dal DM 7 settembre 2023 sul FSE: il livello di completezza varia dai 17 documenti dell'Emilia-Romagna agli 11 della Puglia, configurando un sistema informativo ancora frammentato.
- Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione GIMBE, sottolinea il duplice obiettivo del monitoraggio: fornire ai cittadini un quadro oggettivo al riparo da letture strumentali, e lanciare un monito a Governo e Regioni sui rischi che gli inaccettabili ritardi accumulati avranno sulla rendicontazione finale del 30 giugno 2026.
- A quattro anni dall'adozione del DM 77/2022, la riforma dell'assistenza territoriale procede a rilento con marcate disuguaglianze regionali nell'attivazione e nella piena operatività di Case e Ospedali di Comunità, configurando un rischio concreto di mancato raggiungimento dei target europei PNRR.

🔴 TER03 — Quotidiano sanità — Case e Ospedali di Comunità in Trentino: quale futuro senza infermieri e professionisti sanitari? [Hoffer, Lavagnino, Genetin]

Data: aprile 2026 | Tipo: Lettera al Direttore | Località: Provincia Autonoma di Trento | Accesso: Open access

Parole chiave: Case della Comunità, Ospedali di Comunità, carenza infermieri, infermiere di famiglia, Trento, fondi PNRR, équipe multiprofessionale
https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/case-e-ospedali-di-comunita-in-trentino-quale-futuro-senza-infermieri-e-professionisti-sanitari/

- La Provincia di Trento ha utilizzato i fondi PNRR seguendo le direttive OMS e il DM 77/2022 per aprire Case e Ospedali di Comunità, con l'obiettivo della presa in carico precoce dei bisogni socio-assistenziali per evitare ricoveri impropri ed evitabili.
- L'équipe prevista nelle nuove strutture è multiprofessionale, composta da medici, infermieri di famiglia e delle cure primarie, psicologi, assistenti sociali, assistenti sanitarie, ostetriche di famiglia, fisioterapisti e altre professioni sanitarie con particolare attenzione alla prevenzione.
- Il problema acuto del Trentino è la carenza di personale infermieristico: servirebbero oltre 60 infermieri di famiglia, ma sono solo 20 quelli effettivamente in servizio, e mancano complessivamente 450 infermieri sull'intero territorio della Provincia.
- Le attivazioni delle Case di Comunità sono avvenute "ad ISO risorse" cioè senza incremento di organico rispetto all'esistente, e abbisognano di un significativo implemento di professionisti sanitari per non risolversi in vetrine vuote dopo l'investimento per cantieri.
- Gli autori segnalano paradossi operativi: il personale costretto a usare il proprio automezzo per garantire l'attività territoriale, e in alcuni ambiti come Trento l'assenza di spogliatoi a norma per cambiarsi la divisa, nonostante gli investimenti PNRR per le nuove divise.

TER04 — Quotidiano sanità — Case di Comunità. Riccardi (FVG): "Pilastro di nuova sanità territoriale" [Redazione]

Data: aprile 2026 | Tipo: Notizia / Dichiarazione politica | Località: Friuli-Venezia Giulia | Accesso: Open access

Parole chiave: Case della Comunità, FVG, Riccardi, Sacile, Ambito Livenza, AsFo, modello organizzativo, integrazione sociosanitaria, accessi impropri PS
https://www.quotidianosanita.it/friuli_venezia_giulia/case-di-comunita-riccardi-fvg-pilastro-di-nuova-sanita-territoriale/

- L'assessore Riccardo Riccardi della Regione Friuli-Venezia Giulia presenta la Casa della Comunità come tassello fondamentale del rafforzamento della medicina territoriale, luogo di prossimità accessibile e integrato per garantire continuità assistenziale e risposte appropriate ai bisogni di salute.
- L'incontro pubblico si è svolto a Fontanafredda, con presentazione del nuovo modello organizzativo della sanità territoriale di cui la Casa di Comunità di Sacile rappresenta uno dei presidi di riferimento per l'Ambito distrettuale del Livenza.
- All'incontro ha partecipato Giuseppe Tonutti, direttore generale di AsFo, con lo staff tecnico impegnato nello sviluppo della medicina territoriale, configurando una linea di integrazione fra livello politico regionale e livello operativo aziendale.
- Riccardi sottolinea il punto centrale della trasformazione: il sistema costruito in passato era fortemente orientato alla gestione delle acuzie e non ha tenuto il passo con l'evoluzione dei bisogni di una società sempre più anziana con cronicità crescenti.
- L'obiettivo dichiarato è ridurre gli accessi impropri ai Pronto Soccorso, che devono concentrarsi sui fenomeni più gravi, attraverso una risposta più capillare a livello territoriale e domiciliare per le patologie croniche.

🔴 TER05 — SOS Sanità.it — Come calcolare le risorse per i LEPS [Pesaresi]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Analisi metodologica | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: LEPS, finanziamento LEPS, Pesaresi, Corte Costituzionale, fabbisogni standard, ATS, federalismo fiscale
https://www.sossanita.org/archives/28723

- L'articolo di Pesaresi documenta come la definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) richieda non solo l'individuazione delle prestazioni ma anche l'allocazione di risorse sufficienti, secondo le procedure dell'articolo 13 del D.lgs. 68/2011 che disciplina determinazione, finanziamento e attuazione dei LEP.

- La sentenza della Corte Costituzionale 71/2023 ha ritenuto la sanzione prevista dagli obiettivi di servizio non coerente con l'articolo 120 secondo comma della Costituzione, indicando come soluzione i poteri sostitutivi dello Stato attraverso il commissariamento degli enti inadempienti.
- La stessa sentenza 71/2023 ha richiesto la collocazione delle risorse vincolate al raggiungimento degli obiettivi di servizio al di fuori del Fondo di Solidarietà Comunale, in coerenza con il comma 5 dell'articolo 119 della Costituzione invece del comma 3.
- La nuova stima dei fabbisogni standard ha determinato un fabbisogno superiore alla spesa storica, con maggior fabbisogno di 650 milioni di euro all'anno per i Comuni delle Regioni a statuto ordinario e di 113 milioni annui per i Comuni di Sicilia e Sardegna.
- Il PNRR Missione 1 Componente 1 (Riforma 1.14) prevede il completamento del federalismo fiscale regionale entro il secondo trimestre 2026, configurando un appuntamento normativo con tempistiche stringenti per l'attuazione del sistema LEPS.
- Il comma 696 dell'articolo 1 della L. 199/2025 in attuazione del PNRR individua 11 Livelli essenziali delle prestazioni sociali, di cui solo uno è effettivamente nuovo (l'assistenza all'autonomia e alla comunicazione degli studenti disabili) mentre gli altri 10 sono già stati approvati con leggi precedenti.

🔴 TER06 [ex TER08] — Quotidiano sanità — Case della Comunità: stop al medico che lavora da solo. Agenas pubblica le linee d'indirizzo sulle équipe multidisciplinari [Fassari]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Sintesi linee guida AGENAS | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: Case della Comunità, AGENAS, équipe multidisciplinari, leadership condivisa, consultazione pubblica, UOC Monitoraggio LEA, presa in carico, integrazione professionale
https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/case-della-comunita-stop-al-medico-che-lavora-da-solo-agenas-pubblica-le-linee-dindirizzo-sulle-equipe-multidisciplinari-dalla-leadership-condivisa-al-monitoraggio-degli-esiti-ecco-le-nov/

- La bozza Agenas di linee di indirizzo tecniche sulle équipe multiprofessionali e multidisciplinari nelle Case della Comunità prova a tradurre in organizzazione concreta una delle scommesse più impegnative della riforma territoriale: trasformare la prossimità in presa in carico reale.
- L'idea di fondo è il superamento del modello sequenziale (professionisti che intervengono uno dopo l'altro) in favore del modello parallelo: competenze diverse che lavorano insieme attorno alla persona, condividendo responsabilità, strumenti e obiettivi.
- Il documento è in consultazione pubblica fra il 20 aprile 2026 e il 18 maggio 2026, accessibile al portale https://servizi.agenas.it previa registrazione, con supporto tecnico fornito dall'UOC Monitoraggio LEA, SSR e Aziende Sanitarie di Agenas.
- La consultazione punta a raccogliere da professionisti, società scientifiche, associazioni e singoli cittadini commenti ed elementi conoscitivi per migliorare la qualità del documento prima della pubblicazione definitiva da parte dell'agenzia.
- Il principio operativo chiave è che la Casa della Comunità non è semplice sede fisica di servizi diversi ma luogo dove professionisti differenti condividono la presa in carico delle persone, configurando una novità sostanziale rispetto al modello tradizionale di distretto sanitario italiano.

🔴 TER07 [ex TER10] — La Repubblica — Comunità. Arriva la riforma di Schillaci [Bocci]

Data: 23 aprile 2026 | Tipo: Articolo / Cronaca politica | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: riforma Schillaci, MMG, dipendenza, Case della Comunità, remunerazione MMG, riforma medicina generale
https://firenze.repubblica.it/cronaca/2026/04/23/news/medici_famiglia_riforma_schillaci_dipendenti_case_comunita-425301965/

- Il decreto preparato dal ministro della Salute Orazio Schillaci introduce la dipendenza per i medici di famiglia e cambia anche il sistema con cui vengono remunerati, non più basato sul numero di pazienti assistiti, configurando una riforma "potenzialmente rivoluzionaria" del rapporto fra medicina generale e SSN.
- L'incontro di presentazione si è svolto con tutti i presidenti delle Regioni nel pomeriggio della stessa giornata, con Schillaci impegnato a illustrare l'articolato del provvedimento ai governatori prima del passaggio in Consiglio dei Ministri.
- Il superamento del meccanismo storico di remunerazione per quota capitaria (numero pazienti) verso una remunerazione strutturata costituisce un cambiamento culturale rilevante per la

categoria, che ha sempre considerato il rapporto fiduciario diretto con il paziente come pilastro della propria identità.
- Il decreto si inserisce nel più ampio dossier di trasformazione della medicina territoriale italiana avviato con il DM 77 del 2022 e che oggi si concretizza nel passaggio dalla fase di costruzione delle Case della Comunità alla fase di loro attivazione operativa.

🔴 TER08 [ex TER11] — Il Sole 24 Ore — Riforma dell'assistenza primaria: medici di famiglia tra convenzione e assunzione nelle Case di comunità [Bartoloni]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Analisi | Località: Italia | Accesso: Abbonamento

Parole chiave: riforma Schillaci, MMG, dipendenza volontaria, convenzione, Case della Comunità, retribuzione obiettivi
https://www.ilsole24ore.com/art/medici-famiglia-dipendenti-e-case-comunita-pronto-decreto-schillaci-AIbL3GfC

- Bartoloni analizza il decreto Schillaci che introduce un modello duale per i medici di famiglia: convenzione modificata con remunerazione non più basata sul numero di assistiti ma su obiettivi (compreso un certo numero di ore obbligatorie nelle Case di Comunità), oppure dipendenza volontaria del SSN per essere impiegati sul territorio.
- Il decreto-legge ha titolo già definito: "Disposizioni urgenti per il riordino dell'assistenza primaria territoriale e della medicina generale, al fine di garantire la piena operatività delle Case della Comunità", configurando un tentativo di accelerare il completamento della riforma nei tempi del PNRR.
- L'urgenza del decreto è giustificata dal fatto che fra poco più di due mesi aprono le Case di Comunità finanziate con 2 miliardi di euro dal PNRR, ma rischiano di "aprire vuote" senza i medici di famiglia che dovrebbero esserne il primo motore operativo.
- La riforma non è un'idea nuova: ci provò senza successo il Governo Draghi in coda alla pandemia, ma senza riuscire a portare in porto la trasformazione del rapporto convenzionale; oggi Schillaci tenta di accelerare proprio per evitare che le strutture aprano senza professionisti.
- Le Case di Comunità sono il "fulcro della riforma" presentato dal ministro ai Governatori in seduta straordinaria delle Regioni, che hanno chiesto la bozza ma non si dicono contrarie all'impostazione generale della trasformazione del sistema.

🔴 TER09 [ex TER13] — Quotidiano sanità — Medici di famiglia. Cambia la convenzione con nuovi obblighi organizzativi e dipendenza su base volontaria [Fassari]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Analisi documento | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: riforma Schillaci, MMG, Conferenza Stato-Regioni, Cdm, centrodestra, centrosinistra
https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/medici-di-famiglia-cambia-la-convenzione-con-nuovi-obblighi-organizzativi-e-dipendenza-su-base-volontaria-arriva-la-riforma-schillaci-per-far-funzionare-le-case-della-comunit-ecco-la-bozza/

- La bozza di decreto-legge è stata condivisa dal ministro Schillaci con le Regioni di centrodestra prima della presentazione in Conferenza delle Regioni, evidenziando una linea di lavoro politico che cerca di costruire consenso prima del passaggio istituzionale formale.
- Le Regioni di centrosinistra non hanno espresso un netto rifiuto ma hanno chiesto di vedere l'articolato definitivo del decreto, configurando una posizione di apertura condizionata che richiede tempo per la valutazione tecnica del provvedimento.
- Il calendario definito prevede l'invio del testo finale alle Regioni a breve termine, un nuovo incontro di Conferenza dopo 10 giorni, e infine il passaggio in Consiglio dei Ministri per l'adozione del decreto-legge nel mese successivo.
- Schillaci ha motivato l'urgenza del decreto richiamando "la necessità di cambiamento e il bisogno di una riforma che ascolti le nuove esigenze dei cittadini e dei giovani medici", evidenziando il rischio di non poter perdere "un'occasione storica per l'Italia".
- Il ministro ha definito la riforma come strumento per "fare presto per dare agli italiani una sanità più efficiente e vicina ai cittadini, soprattutto ai più fragili", inquadrandola come svolta e "profonda innovazione" del SSN italiano.

TER10 [ex TER14] — Sanità Informazione — Dal Ministero la bozza di Decreto per "animare" le Case di Comunità. Come cambiano medico di famiglia e assistenza [Iodice]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Sintesi politica | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: Case della Comunità, riforma Schillaci, FIMMG, animazione CdC, Cdm, pazienti cronici, presa in carico, ospedalocentrismo
https://www.sanitainformazione.it/dal-ministero-la-bozza-di-decreto-per-animare-le-case-di-comunit-come-cambiano-medico-di-famiglia-e-assistenza/

- Il Governo accelera la riorganizzazione della medicina territoriale con la bozza di decreto-legge presentata dal ministro Schillaci alle Regioni: l'obiettivo è far funzionare le Case della Comunità superando il sistema ancora ospedalocentrico oggi prevalente.
- La FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale) reagisce molto criticamente, definendo il provvedimento "mai discusso con le categorie, inattuabile e pericoloso per i pazienti", e sostenendo che "una riforma di questa portata che tocca il rapporto di cura di milioni di cittadini" non può essere "elaborata nell'oscurità del mancato confronto istituzionale".
- Il cuore della riforma riguarda ciò che i cittadini incontreranno concretamente: una Casa della Comunità intesa come unico luogo dove trovare medico di famiglia, infermieri, prestazioni specialistiche di base e servizi diagnostici di prossimità.
- L'iter procedurale prevede l'esame del testo definitivo da parte delle Regioni nei prossimi giorni, e se l'iter procederà senza ostacoli il decreto potrebbe arrivare in Consiglio dei Ministri già il mese successivo, configurando un percorso accelerato.
- L'articolo richiama che il superamento dell'ospedalocentrismo è obiettivo dichiarato del PNRR Missione 6, e che senza una medicina territoriale operativa il rischio è di mantenere il modello tradizionale italiano fondato sull'ospedale come motore principale del sistema.

🔴 TER11 [ex TER15] — Quotidiano sanità — Medici di famiglia. Ecco il testo della Riforma Schillaci. Arriva il doppio canale dipendenza-convenzione riformata, specializzazione universitaria e pediatra fino a 18 anni [Fassari]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Analisi testo legislativo | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: riforma Schillaci, debito organizzativo, ENPAM, scuola specializzazione MMG
https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/medici-di-famiglia-ecco-il-testo-della-riforma-schillaci-arriva-il-doppio-canale-dipendenza-convenzione-riformata-specializzazione-universitaria-e-pediatra-fino-a-18-anni-le-novita/

- L'articolo 2 dell'articolato Schillaci introduce formalmente l'assetto a doppio canale dell'assistenza primaria: convenzione riformata come canale ordinario del sistema; dipendenza per le funzioni territoriali strutturate, definita come canale selettivo, programmato e non generalizzato.
- L'articolo 3 conferma la convenzione come canale ordinario ma ne cambia profondamente il contenuto: il MMG e il PLS restano titolari del rapporto fiduciario con gli assistiti, ma vengono qualificati come soggetti tenuti ad adempiere una funzione territoriale di assistenza primaria nella rete organizzata dei servizi.
- L'articolo 3 prevede l'estensione dell'età di esclusiva per l'iscrizione al pediatra di libera scelta dalla nascita al compimento del diciottesimo anno, con limite massimo di assistiti identico per medici e pediatri.
- Al 1° gennaio 2025 risultavano iscritti ai 6.284 PLS italiani 5.763.534 assistiti, di cui 2.356.230 in età di esclusiva, ovvero solo il 40% degli assistiti in carico ai pediatri rientrava nell'età di esclusiva, quota in calo per il calo delle nascite.
- L'innalzamento del limite a 18 anni è stimato dal documento tecnico-economico del decreto comportare un maggiore costo annuo di 523,7 milioni di euro e la necessità di inserire circa 1.300 pediatri in più rispetto agli attuali, secondo le regole di calcolo vigenti.
- L'articolo 4 introduce il "debito organizzativo minimo nazionale" modulabile territorialmente in base alla programmazione regionale, comprendente la partecipazione alla rete territoriale, la presenza organizzata nelle Case della Comunità, l'utilizzo dei sistemi informativi comuni, l'adesione ad audit e indicatori, e l'integrazione con i percorsi di presa in carico multiprofessionale.

- L'articolato prevede l'istituzione immediata della Scuola di specializzazione universitaria per la Medicina Generale, in coerenza con il modello adottato in altri Paesi UE per la formazione specialistica del MMG, equiparandola alle altre specializzazioni mediche.
- Il testo prevede esplicitamente la salvaguardia degli obblighi contributivi ENPAM per i medici di famiglia che opteranno per il regime di dipendenza, evitando una rottura previdenziale traumatica per i professionisti che cambieranno regime.

TER12 [ex TER17] — Quotidiano sanità — Medicina generale. L'Emilia-Romagna frena sulla riforma Schillaci [Redazione]

Data: 27 aprile 2026 | Tipo: Articolo / Cronaca politica | Località: Emilia-Romagna | Accesso: Open access

Parole chiave: riforma Schillaci, Emilia-Romagna, De Pascale, MMG, FIMMG, FpCgil, SMI, opposizione regionale, sindacati medici
https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/medicina-generale-lemilia-romagna-frena-sulla-riforma-schillaci-il-presidente-de-pascale-cosi-si-rischia-di-mettere-in-crisi-il-sistema/

- Il Presidente della Regione Emilia-Romagna De Pascale frena sulla riforma Schillaci, sostenendo che senza adeguato coinvolgimento delle Regioni il progetto rischia di "andare a sbattere" e di compromettere l'equilibrio dell'assistenza territoriale costruito attraverso decenni di programmazione integrata.
- Fp Cgil esprime una posizione articolata: bene la direzione della riforma con dipendenza volontaria e scuola di specializzazione, ma servono "risorse e tutele" adeguate per garantire l'attuazione effettiva del provvedimento sui territori.
- La FIMMG ha chiesto formalmente un tavolo di confronto strutturato con istituzioni e cittadini sulla riforma, e ha annunciato che in assenza di riscontro è pronta a una protesta della categoria, configurando una posizione di forte opposizione del sindacato di maggioranza.
- Lo SMI (Sindacato Medici Italiani) ha proclamato lo stato di agitazione della categoria sostenendo che le "modifiche unilaterali rischiano di compromettere il ruolo del medico di famiglia" come figura tradizionalmente caratterizzata da autonomia clinica.
- Il quadro politico-sindacale che si delinea è fatto di posizioni differenziate: dalle Regioni di centrosinistra che frenano per metodo, ai sindacati medici tutti critici sia sul merito sia sui tempi del confronto, con un percorso di approvazione del decreto che si annuncia complesso.

🔴 TER13 [ex TER18] — Quotidiano sanità — Medici di famiglia. Sumai Assoprof: "La falsa soluzione della dipendenza e la vera emergenza del Ssn" [Redazione]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Posizione sindacale | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: Sumai Assoprof, Magi, dipendenza, autonomia clinica, rapporto fiduciario, liste attesa MMG, opposizione sindacale, carenza personale
https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/medici-di-famiglia-sumai-assoprof-la-falsa-soluzione-della-dipendenza-e-la-vera-emergenza-del-ssn/

- Antonio Magi, segretario generale del Sumai Assoprof, sostiene che ci sia un errore di fondo nel dibattito sulla riforma: si pensa che il problema del SSN sia il rapporto giuridico dei medici, mentre il problema reale è "l'organizzazione, la programmazione e la carenza di professionisti".
- La proposta di introdurre forme di dipendenza nella medicina generale, presentata come soluzione moderna ed efficiente, secondo Sumai rischia di produrre effetti opposti a quelli dichiarati, partendo da una diagnosi sbagliata della crisi del sistema.
- Il primo effetto temuto è la perdita del rapporto fiduciario fra medico e paziente, definito "il pilastro della medicina generale italiana": trasformare il medico in "ingranaggio di un sistema organizzativo rigido" indebolirebbe la relazione diretta, continuativa e personale che oggi garantisce accesso immediato e presa in carico reale.
- Il secondo effetto temuto è la creazione di liste d'attesa anche per accedere al medico di medicina generale, fenomeno che oggi nel modello convenzionato non esiste: il passaggio a un sistema programmato con turni e obiettivi introduce un filtro temporale che porta da un sistema di prossimità a un sistema di attesa.
- Il terzo effetto temuto è l'aumento dei costi complessivi del sistema, perché la dipendenza richiede infrastrutture organizzative aggiuntive (gestione turni, sedi, coordinamento) che non corrispondono a un effettivo miglioramento del servizio per il cittadino.

TER14 [ex TER19] — Quotidiano sanità — La difesa dello status quo e la crisi della medicina territoriale [Jorio]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Riflessione di policy | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: medicina territoriale, crisi medicina territoriale, accessi PS, codici bianchi e verdi, carico burocratico, MMG
https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/la-difesa-dello-status-quo-e-la-crisi-della-medicina-territoriale/

- L'articolo di Jorio critica l'inadeguatezza di una parte del dibattito sindacale che configura una difesa dello status quo invece che un contributo costruttivo al miglioramento del sistema, in un assetto organizzativo che ha progressivamente perso capacità di rispondere ai bisogni dei cittadini.
- I dati confermano la tendenza: riduzione della disponibilità effettiva dei MMG sul territorio, aumento del carico burocratico amministrativo, numero medio di assistiti per medico cresciuto fino a stabilmente oltre 1.500 pazienti per professionista (con punte ancora più elevate nelle regioni in carenza).
- L'analisi dei flussi verso i Pronto Soccorso mostra un aumento significativo degli accessi nel periodo post-pandemia, con incrementi che in molte realtà superano il 25-30% rispetto ai livelli minimi degli anni 2020-2021, con picchi nei contesti più fragili.
- La composizione della domanda di PS è profondamente cambiata: la quota di accessi a bassa priorità (codici bianchi e verdi) supera stabilmente la maggioranza del totale, indicando come molte richieste arrivino al PS perché non trovano risposta efficace nel territorio.
- La crisi della medicina generale, conclude Jorio, è maturata anche per "responsabilità interne al modello stesso" e non solo per attacchi esterni: il progressivo allontanamento dalle funzioni assistenziali fondamentali (accessibilità, continuità della presa in carico, relazione medico-paziente) ha contribuito a svuotare il ruolo del medico di famiglia.

🔴 TER15 [ex TER21] — Il Sole 24 Ore — Medici di famiglia per riempire le Case di comunità e dal pediatra fino a 18 anni [Bartoloni]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Analisi | Località: Italia | Accesso: Abbonamento

Parole chiave: riforma Schillaci, MMG, Case della Comunità
https://www.ilsole24ore.com/art/medici-famiglia-ultima-chiamata-riempire-case-comunita-AIHDkpjC

- Bartoloni descrive la riforma Schillaci come l'ultima chiamata per riempire le Case di Comunità: tra poco più di 60 giorni in Italia dovranno essere a regime oltre 1.000 maxi-ambulatori finanziati con 2 miliardi di euro dal PNRR, che dovranno fornire visite mediche, primi esami diagnostici, prevenzione e telemedicina.
- I dati Agenas di dicembre 2025 documentano che solo il 4% delle Case della Comunità nate per assicurare una sanità più vicina al cittadino fornisce attualmente tutti i servizi previsti per legge, configurando uno spettro concreto di "scatole vuote" all'apertura di massa.
- Il vulnus principale della medicina territoriale italiana è la presenza striminzita di medici e infermieri che dovrebbero essere il primo motore delle nuove strutture: senza queste figure le Case di Comunità rischiano di restare cattedrali vuote nel deserto territoriale.
- L'horror vacui delle scatole vuote è il problema contro cui Schillaci ha deciso di intervenire ai tempi supplementari con una "soluzione tampone" (il decreto-legge sul doppio canale) che potrebbe assicurare il risultato in tempo per la rendicontazione PNRR europea.
- L'Europa che dovrà controllare la spesa dei fondi PNRR italiani dovrà verificare non solo che le strutture siano state realizzate (i muri) ma anche che siano effettivamente operative con personale e servizi attivi, configurando un appuntamento di rendicontazione politicamente cruciale per il Paese.

🔴 TER16 [ex TER12] — Governo — Schema di decreto-legge sul riordino dell'assistenza primaria territoriale (decreto Schillaci)

Data: aprile 2026 | Tipo: Schema di decreto-legge | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: medicina generale, convenzione riformata, dipendenza selettiva, case della comunità, MMG, riforma cure primarie
https://storagehub.homnya.com/cmsimage/2026/04/schededlmap.pdf

- Il decreto introduce un cambio di paradigma, superando l'evoluzione della medicina generale per via del solo ACN e valorizzando la funzione territoriale organizzata del medico.
- Costruisce un assetto a doppio canale: convenzione riformata come canale ordinario e dipendenza selettiva, volontaria e non generalizzata, per le funzioni territoriali strutturate.
- Cambia la remunerazione da pagamento "ad assistito" a pagamento "ad obiettivo", senza modifiche all'ENPAM, e rende l'attività nelle Case della Comunità componente stabile del modello.
- Introduce un debito organizzativo minimo nazionale modulabile (rete territoriale, presenza in CdC, sistemi informativi, audit, integrazione multiprofessionale).
- Scandisce l'attuazione con un cronoprogramma a 30, 60, 90 e 180 giorni e un allegato economico comparato su tre scenari (convenzione riformata, dipendenza selettiva, accreditamento).

🔴 TER17 [ex TER16] — Ministero della Salute — Linee programmatiche del riordino dell'assistenza primaria (dossier A-B-C)

Data: aprile 2026 | Tipo: Dossier programmatico ministeriale | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: riforma cure primarie, pediatria di libera scelta, tariffa nazionale, Scuola specializzazione medicina generale, convenzione riformata, MMG, PLS
https://storagehub.homnya.com/cmsimage/2026/04/linee-programmatiche-della-riforma_medicina-territoriale_a.b.c.pdf

- Il dossier in tre parti (relazione, valutazioni tecnico-economiche, bozza di articolato in 13 articoli) fissa tre obiettivi: attivazione delle strutture territoriali per il PNRR, valorizzazione economica di MMG e PLS, incremento delle assunzioni di medici dipendenti.
- Propone l'innalzamento dell'età di esclusiva pediatrica fino a 18 anni: i 6.284 pediatri avevano 5.763.534 assistiti al 1° gennaio 2025, di cui solo il 40% in età di esclusiva, con un costo di 175 euro per assistito contro i 91 del medico del ruolo unico.
- Stima che l'estensione a 18 anni porterebbe i pediatri a 8.590.767 assistiti, un maggior costo di 523.701.108 euro l'anno e la necessità di circa 1.300 pediatri aggiuntivi, con massimale portato da 1.000 a 1.500.
- Propone una tariffa nazionale di 128 euro per assistito articolata in sei componenti (40 euro LEA/FSE, 24 presa in carico cronici, 24 promozione e prevenzione, 15 personale di supporto, 25 ore in CdC), con costo complessivo a regime di 7.271.996.402 euro.
- Istituisce la Scuola di specializzazione universitaria in Medicina generale di durata quadriennale e disciplina debito organizzativo minimo, canale dipendente e adeguamento dell'ACN.

Sezione LTC — Sanità, sociale e Long Term Care

🔴 LTC01 — Il Sole 24 Ore — Italiani longevi, ma i campani vivono 4 anni meno dei marchigiani. Ecco la classifica [Bartoloni]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Analisi | Località: Italia (analisi regionale) | Accesso: Abbonamento

Parole chiave: aspettativa di vita, longevità, divario Nord-Sud, disuguaglianze territoriali, determinanti sociali, anziani, ISTAT, mortalità, multimorbidità, cronicità, divario regionale
https://www.ilsole24ore.com/art/italiani-longevi-ma-campani-vivono-4-anni-meno-marchigiani-ecco-classifica-AIekCSNC

- L'aspettativa di vita alla nascita in Italia è oggi di 83,4 anni, fra le più alte al mondo, ma con un divario territoriale di 4 anni fra Marche (86,1 anni mediana alla morte) e Campania (81,9 anni), confermando come la sopravvivenza in Italia sia oggi fortemente condizionata dal territorio di residenza.
- Tra il 1990 e il 2024 la speranza di vita alla nascita è cresciuta di circa 8 anni per gli uomini e 6,5 anni per le donne, raggiungendo rispettivamente 81,5 e 85,6 anni, partendo dal valore storico di appena 29,8 anni del 1872 quando l'Italia era fra i Paesi meno longevi d'Europa.
- La mortalità standardizzata per età è diminuita del 43% fra gli uomini e del 40% fra le donne nel periodo 1990-2023, ma con una riduzione marcatamente più forte nelle regioni del Centro-Nord

(oltre il 50%) rispetto al Mezzogiorno (intorno al 35%), determinando l'attuale convergenza della geografia della mortalità maschile e femminile nel Sud.

- La classifica della mediana alla morte nel 2023 vede in coda alla mediana italiana di 84,4 anni la Campania (81,9), Sicilia (83,3), Calabria (83,8), Lazio (83,9), Puglia (84,1) e Valle d'Aosta (84,3), mentre in testa stanno Marche (86,1), Umbria (85,9), Molise e Toscana (85,7), Emilia (85,5), Abruzzo e Liguria (85,4), Basilicata (85,3) e Trento (85).
- L'Italia ha oggi 13 milioni di pazienti con multimorbidità (presenza simultanea di due o più patologie), una sfida che riflette il successo dell'aumento della longevità ma anche la crescita di patologie cronico-degenerative tipiche dell'età anziana.
- I tumori sono passati dal 2-3% dei decessi alla fine del XIX secolo al 26,3% nel 2023 e le malattie cardiovascolari dal 6-8% al 30%, configurando il profilo epidemiologico tipico dei Paesi a sviluppo avanzato e con popolazione anziana.
- La mortalità infantile è scesa a 2,7 per mille nati vivi nel 2023 contro i 230 per mille dell'Ottocento, uno dei valori più bassi al mondo, raggiunto attraverso il miglioramento dell'alimentazione, dell'igiene, dei progressi della medicina, dei vaccini e dell'istituzione del SSN universalistico nel 1978.
- La quota di persone in cattiva salute è scesa dall'8% del 1995 al 5,5% del 2025, con i miglioramenti più significativi proprio nelle fasce più anziane: tra le donne 85+ la prevalenza si è dimezzata e tra gli uomini 85+ è scesa dal 39,5% al 17,2%, avvicinandosi a quella della coorte 75-84.
- L'epidemiologo Giovanni Rezza, già a capo del Dipartimento della prevenzione del ministero della Salute, sottolinea che la qualità dell'assistenza diversa da Regione a Regione è un fattore che gioca un ruolo nelle differenze territoriali sull'aspettativa di vita, e richiama il valore strategico del SSN universalistico anche in tempi di crisi finanziaria del sistema.

LTC02 — Sanità Informazione — Il quartiere in cui vivi può farti invecchiare prima e peggio [Iodice]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Sintesi studio scientifico | Località: USA (Studio NYU) | Accesso: Open access

Parole chiave: determinanti sociali, invecchiamento biologico, biomarcatori cellulari, MIDUS, Childhood Opportunity Index, salute urbana, equità in salute, urbanistica e salute, infiammazione sistemica

https://www.sanitainformazione.it/il-quartiere-in-cui-vivi-puo-farti-invecchiare-prima-e-peggio/

- Lo studio della New York University School of Global Public Health pubblicato su Social Science & Medicine ha analizzato 1.215 adulti statunitensi del progetto MIDUS, confrontando dati biologici e caratteristiche socio-ambientali dei quartieri di residenza attraverso il Childhood Opportunity Index 3 (44 indicatori sociali, economici e ambientali).
- I ricercatori hanno esaminato l'espressione del gene CDKN2A nei campioni di sangue, considerato uno dei marcatori più affidabili della senescenza cellulare, ovvero il processo con cui le cellule perdono progressivamente capacità di rigenerarsi, e hanno trovato livelli più elevati nei residenti in quartieri con minori opportunità.
- L'associazione fra contesto urbano svantaggiato e invecchiamento cellulare anticipato resta significativa anche dopo aver controllato variabili individuali come reddito personale, abitudini di salute, livello di istruzione e condizioni cliniche, indicando che l'effetto del quartiere è autonomo e non spiegabile solo attraverso le caratteristiche delle persone.
- Lo studio rafforza il concetto di "incorporazione biologica delle condizioni sociali": insicurezza economica, scarsa qualità ambientale, isolamento sociale e mancanza di infrastrutture urbane attivano risposte biologiche croniche allo stress che aumentano l'infiammazione sistemica e accelerano il deterioramento cellulare.
- Le implicazioni di policy sono dirette: se il quartiere influenza l'invecchiamento biologico, allora urbanistica, welfare e pianificazione territoriale diventano strumenti di medicina preventiva, e gli investimenti in trasporti accessibili, spazi verdi, sicurezza urbana, istruzione di qualità e servizi sanitari di prossimità possono rallentare l'insorgenza di patologie croniche come malattie cardiovascolari, diabete e declino cognitivo.
- Gli autori sottolineano che intervenire sulle disuguaglianze territoriali comporterebbe anche una riduzione significativa dei costi sanitari legati all'invecchiamento della popolazione, configurando l'investimento sulle condizioni urbane come strategia costo-efficace per la sostenibilità dei sistemi sanitari.

🔴 LTC03 — Quotidiano sanità — L'assistenza agli anziani può far saltare il welfare. Ocse: la vera emergenza dei prossimi 25 anni [Fassari]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Sintesi giornalistica del rapporto OECD | Località: Paesi OCSE / Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: non autosufficienza, LTC, OCSE, spesa LTC, welfare, anziani, invecchiamento, riforma anziani, effetto Baumol, caregiver informali
https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/l-assistenza-agli-anziani-pu-far-saltare-il-welfare-ocse-la-vera-emergenza-dei-prossimi-25-anni/

- L'articolo introduce il concetto di "bomba assistenziale" complementare alla nota "bomba demografica", per indicare la pressione sui sistemi di welfare prodotta dalla crescita della spesa per long-term care, secondo le proiezioni OCSE destinata a salire al 2,8% del PIL entro il 2050 (quasi il doppio dei livelli attuali).
- La componente sanitaria della spesa LTC è prevista in crescita all'1,7% del PIL e la componente sociale all'1,1%, in coerenza con una trasformazione strutturale della domanda dovuta non solo all'aumento degli over 80 ma a tre driver convergenti che agiscono contemporaneamente sul sistema.
- Il primo driver è l'effetto Baumol: l'assistenza agli anziani è ad alta intensità di lavoro umano e difficilmente automatizzabile, quindi la produttività cresce poco mentre i salari devono allinearsi a quelli di altri settori più dinamici, generando una pressione strutturale sui costi di lungo periodo.
- Il secondo driver è la trasformazione sociale: l'assistenza informale storicamente garantita dalle famiglie (in particolare dalle donne) si sta riducendo per via dell'aumento dell'occupazione femminile e delle trasformazioni delle strutture familiari, spostando la domanda verso servizi professionali più costosi e maggiormente visibili nei bilanci pubblici.
- Il terzo driver è l'aumento del numero di persone in condizioni di dipendenza, legato sia alla maggiore longevità sia alla sopravvivenza più lunga con malattie croniche, configurando vite più lunghe ma con periodi di bisogno assistenziale più prolungati di quanto avveniva in passato.
- L'OCSE quantifica gli scenari alternativi alla traiettoria inerziale: misure per ampliare la copertura dei servizi possono spingere la spesa fino al 3% del PIL, mentre politiche orientate alla prevenzione, all'invecchiamento in salute e all'integrazione fra servizi sanitari e sociali possono ridurre fino a un quarto dell'aumento previsto.
- Per l'Italia il tema è particolarmente urgente: una delle popolazioni più anziane al mondo, una forte dipendenza storica dall'assistenza familiare, una transizione lenta e disomogenea verso un sistema strutturato di LTC fanno del Paese una posizione di esposizione critica all'appuntamento del 2050.
- La conclusione richiama che la LTC non è più una questione settoriale ma il banco di prova della tenuta complessiva del welfare italiano, e che il tempo per intervenire è "adesso, non quando l'emergenza sarà già esplosa", richiamando la necessità di pianificare per tempo formazione e reclutamento del personale e di costruire modelli di assistenza più integrati e sostenibili.

LTC04 [ex LTC05] — Sanità Informazione — Parkinson, in Italia 300mila pazienti: al via una maxi survey dell'Iss sui bisogni e nuove linee guida [Redazione]

Data: aprile 2026 | Tipo: Notizia / Iniziativa istituzionale | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: Parkinson, malattie neurodegenerative, ISS, linee guida, survey nazionale, presa in carico, caregiver, cronicità, integrazione sociosanitaria, PDTA, costi Parkinson
https://www.sanitainformazione.it/parkinson-in-italia-300mila-pazienti-al-via-una-maxi-survey-delliss-sui-bisogni-e-nuove-linee-guida/

- In occasione della Giornata mondiale del Parkinson, l'Istituto Superiore di Sanità ha fatto il punto sui numeri della malattia in Italia: circa 300.000 persone che convivono con la patologia, oltre 600.000 familiari coinvolti nella gestione quotidiana, e una stima di raddoppio dei casi entro il 2050 non spiegabile solo dall'invecchiamento della popolazione.
- Il peso economico del Parkinson in Italia è stimato in circa 8,5 miliardi di euro l'anno tra costi sanitari e sociali, configurando una delle patologie croniche con maggiore impatto sui sistemi di tutela e una sfida prioritaria per la pianificazione sanitaria del prossimo decennio.

- Uno dei nodi principali è l'organizzazione disomogenea dell'assistenza territoriale, con differenze marcate tra Regioni in termini di accesso alle cure, tempi di diagnosi e presa in carico: ad oggi esistono solo 21 PDTA attivi sul territorio nazionale, di cui appena 8 a livello regionale, e oltre un quarto non prevede sistemi strutturati di monitoraggio degli esiti.
- L'ISS, in collaborazione con la Confederazione Parkinson Italia e con le principali realtà associative e scientifiche, sta mettendo a punto le linee di indirizzo nazionali per i Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali, pensate per offrire standard omogenei di qualità su tutto il territorio nazionale e ridurre la frammentazione attuale.
- L'Istituto avvierà nei prossimi mesi la più ampia survey nazionale mai realizzata in Italia sul Parkinson, con analisi di aspetti clinici, assistenziali e sociali e con risultati attesi entro la fine dell'anno, in modo da orientare le politiche sanitarie sui bisogni reali di pazienti e caregiver.
- Il presidente dell'ISS Rocco Bellantone ha annunciato l'aggiornamento delle linee guida su diagnosi e trattamento del Parkinson, ferme al 2013, considerandole uno strumento essenziale per ridurre le disuguaglianze territoriali e migliorare l'appropriatezza delle cure farmacologiche e riabilitative.
- Nicola Vanacore dell'ISS ha richiamato come il quadro delle politiche dedicate alle persone con Parkinson e ai loro familiari sia oggi favorevole, citando il finanziamento dedicato inserito nella recente Legge di Bilancio come segnale concreto di attenzione istituzionale verso una patologia con impatto crescente.

🔴 LTC05 [ex LTC06] — Quotidiano sanità — Salute mentale: "Prevenire conviene". Nell'Ue costi sanitari per 76 miliardi l'anno e Pil ridotto dell'1,7% [Fassari]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Sintesi giornalistica del rapporto OECD | Località: Unione Europea | Accesso: Open access

Parole chiave: salute mentale, prevenzione, OCSE, OECD, costi della salute mentale, impatto PIL, depressione, ansia, equità in salute, prevenzione mentale, accesso cure mentali, terapia cognitivo-comportamentale
https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/salute-mentale-prevenire-conviene-nellue-costi-sanitari-per-76-miliardi-lanno-e-pil-ridotto-dell17/

- Il rapporto OCSE *The Economic Case for Preventing Mental Ill Health* documenta che oltre il 20% delle persone nei Paesi OCSE e UE ha sperimentato un disturbo mentale nel 2023, con stima possibilmente sotto-rappresentata a causa dello stigma e dei limiti dei sistemi di rilevazione, configurando la salute mentale come una delle grandi questioni economiche e sociali dei prossimi decenni.
- Tra i casi diagnosticati i disturbi d'ansia rappresentano il 40%, i depressivi il 20% e quelli da uso di sostanze (compreso l'alcol) il 17%, con pattern di genere differenziati: le donne riportano più frequentemente ansia e depressione, gli uomini più spesso disturbi da uso di sostanze, mentre fra i 15 e i 24 anni più di una persona su quattro vive oggi un disturbo mentale.
- L'impatto economico stimato dall'OCSE è imponente: i costi sanitari diretti per la salute mentale nell'Unione Europea ammontano a circa 76 miliardi di euro l'anno (pari al 6% della spesa sanitaria complessiva UE) e la riduzione media annua del PIL UE associata alla cattiva salute mentale si attesta all'1,7% nel periodo 2025-2050.
- Le simulazioni stimano che depressione maggiore, ansia generalizzata e disturbi da uso di alcol comporteranno nell'UE 2025-2050 una riduzione di 2,5 anni dell'aspettativa di vita in buona salute e circa 28.000 morti premature ogni anno, oltre alla riduzione di partecipazione al mercato del lavoro, all'aumento di assenteismo e al fenomeno del "presenteismo".
- Il paradosso politico evidenziato è che 41 dei 43 Paesi OCSE/UE analizzati hanno una politica formale per la salute mentale e 38 hanno strategie di attuazione, ma quasi due terzi delle persone nell'UE che avrebbero bisogno di assistenza incontrano un accesso inadeguato ai servizi per stigma, pagamenti diretti, scarsità nelle aree rurali, carenza di professionisti e lunghe liste d'attesa.
- Gli interventi efficaci documentati dall'OCSE includono terapia cognitivo-comportamentale, programmi di alfabetizzazione alla salute mentale, tecniche basate sulla mindfulness e strumenti digitali per il supporto da remoto nei sintomi lievi o moderati, con i benefici economici di maggiore produttività e minore spesa sanitaria che superano spesso i costi di attuazione.
- Il limite attuale è la scala di implementazione: anche l'intervento più efficace nelle cure primarie ridurrebbe i costi della salute mentale solo del 4% agli attuali livelli di copertura, mentre

l'accesso universale richiederebbe un aumento del 41% della spesa per la salute mentale e una rilevante espansione della forza lavoro professionale UE 2025-2050.

🔴 LTC06 [ex LTC04] — OECD — Future long-term care expenditure trajectories across OECD countries [OECD Health Working Paper No. 194 (Blavet, Lorenzoni, Rapp)]

Data: aprile 2026 | Tipo: Working Paper OECD / Modellizzazione | Località: OCSE / Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: LTC, spesa LTC, modellizzazione spesa, non autosufficienza, invecchiamento, OCSE
https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/04/800aba3e-en.pdf

- Il working paper proietta la spesa pubblica per long-term care in media dall'1,5% al 2,9% del PIL entro il 2050 nello scenario di base, con un incremento di 1,3 punti di PIL.
- Stima che la quota di popolazione con 65 anni e oltre raggiunga il 26,4% nell'area OCSE entro il 2050 e che la fascia dei grandi anziani raddoppi dal 4,9% al 9,6%.
- Rileva divari nazionali ampi, dal 4,1% del PIL dei Paesi Bassi a meno dello 0,5% di Costa Rica, con la spesa LTC media all'1,8% del PIL nell'anno base.
- Mostra che lo scenario di servizi più estesi porta la spesa fino al 3% del PIL, mentre la spesa sanitaria pubblica complessiva è attesa salire dall'8,8% al 10% del PIL.
- Raccomanda di investire per tempo nell'invecchiamento in salute, nei servizi domiciliari e nell'integrazione sanitaria e sociale per contenere la pressione di spesa.

🔴 LTC07 — OECD — The Economic Case for Preventing Mental Ill Health [OECD Health Policy Studies]

Data: aprile 2026 | Tipo: Rapporto OECD / Analisi costo-efficacia | Località: OCSE / UE | Accesso: Open access

Parole chiave: salute mentale, prevenzione salute mentale, costi della salute mentale, impatto PIL, OCSE, depressione, ansia
https://storagehub.homnya.com/cmsimage/2026/04/16668f16-en.pdf

- Il rapporto stima una perdita di PIL dell'1,7% annuo dovuta ai disturbi mentali e una spesa sanitaria per la salute mentale di circa 76 miliardi di euro l'anno (6% del totale) nei Paesi UE.
- Documenta la composizione epidemiologica con disturbi d'ansia al 40% dei casi, depressivi intorno al 20% e da uso di sostanze al 17%, con forte concentrazione fra i giovani.
- Rileva una prevalenza dei problemi di salute mentale cresciuta del 21,1% nei Paesi UE (dal 17,0% al 20,6%) e un'ampia quota di bisogni non soddisfatti.
- Evidenzia che agli attuali livelli di implementazione gli interventi riducono i costi sanitari solo del 4%, segno di un potenziale di prevenzione largamente inespresso.
- Raccomanda di riequilibrare la spesa verso prevenzione e promozione lungo il corso di vita e di integrare la salute mentale nelle cure primarie.

Sezione DIG — Digitalizzazione

🔴 DIG01 — Il Sole 24 Ore — Sanità digitale, la sfida ora è passare dalla sperimentazione all'adozione strutturale [Cesario]

Data: aprile 2026 | Tipo: Editoriale / Analisi | Località: Italia | Accesso: Abbonamento

Parole chiave: sanità digitale, telemedicina, FSE, digitalizzazione, scaling tecnologico, governance digitale, PNRR, interoperabilità
https://www.ilsole24ore.com/art/sanita-digitale-sfida-ora-e-passare-sperimentazione-adozione-strutturale-AIII9sOC

- L'articolo affronta il tema della transizione della sanità digitale italiana dalla fase di sperimentazione locale alla fase di adozione strutturale e diffusa, evidenziando come molte soluzioni innovative restino confinate in progetti pilota senza diventare parte stabile dell'organizzazione dei servizi.

- Viene documentato come il PNRR Missione 6 abbia investito risorse significative sulla digitalizzazione del SSN, dal Fascicolo Sanitario Elettronico alla telemedicina, con l'obiettivo di costruire un'infrastruttura tecnologica omogenea e interoperabile su scala nazionale.
- L'autore segnala il divario fra disponibilità tecnologica e adozione effettiva da parte di operatori e cittadini, con un FSE attivato in tutte le Regioni ma sotto-utilizzato per consultazione, condivisione e teleconsulto, e una telemedicina spesso limitata a episodi e non integrata nei percorsi di cura.
- L'articolo individua nei fattori organizzativi e culturali (formazione degli operatori, riprogettazione dei processi, modelli di rimborso delle prestazioni digitali, governance dei dati) i nodi critici per il passaggio dalla sperimentazione alla strutturazione, più che nei fattori tecnologici stessi.
- Vengono proposte direttrici di lavoro per i prossimi anni, dal completamento dell'interoperabilità nazionale, alla diffusione di servizi cittadino-centrici sul FSE, fino alla costruzione di una governance unitaria della sanità digitale che eviti la frammentazione regionale che storicamente ha penalizzato l'innovazione del SSN italiano.

DIG02 — Sanità Informazione — Tecnologie Ict e domiciliarità, la sfida è culturale: "Servono ecosistemi, non soluzioni isolate" [Faggiano]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Intervista | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: telemedicina, teleassistenza, ADI, dispositivi medici, telemonitoraggio, ecosistemi digitali, anziani, integrazione tecnologica, sanità digitale, sfida culturale
https://www.sanitainformazione.it/tecnologie-ict-e-domiciliarita-la-sfida-e-culturale-servono-ecosistemi-non-soluzioni-isolate-11/

- L'articolo riporta una riflessione sull'integrazione delle tecnologie ICT nella domiciliarità, ovvero nell'erogazione di servizi sanitari e sociosanitari direttamente al domicilio della persona attraverso strumenti di telemedicina, telemonitoraggio e teleassistenza.
- Viene evidenziato come la sfida principale per il successo della tecnologia in domiciliarità non sia tecnologica ma culturale e organizzativa, con la necessità di costruire ecosistemi integrati anziché installare soluzioni puntuali che restano disconnesse fra loro.
- Gli intervistati segnalano che le esperienze di successo sono quelle in cui il dispositivo medico domiciliare (saturimetro, sfigmomanometro, ECG portatile, dispositivi per scompenso cardiaco o BPCO) si inserisce in una catena del valore organizzata, con presa in carico clinica continua, alert gestiti da un'équipe dedicata e integrazione con il medico di famiglia.
- L'articolo richiama il rischio di una proliferazione di app e dispositivi non integrati che generano dati ma non valore aggiunto per la persona, con sovraccarico informativo per gli operatori e mancata utilità clinica delle informazioni raccolte.
- Vengono proposte raccomandazioni per la fase di scaling delle tecnologie domiciliari, dalla standardizzazione degli strumenti adottati a livello nazionale, alla formazione degli operatori sull'uso clinico dei dati, fino alla costruzione di modelli di rimborso che riconoscano il valore aggiunto della telemedicina nell'assistenza domiciliare integrata.

Sezione ECN — Economia e sanità

ECN01 — Fisco Equo — Dfp: corrono le entrate, 47 miliardi in più nel 2025 da tasse e contributi [Cerasa]

Data: aprile 2026 | Tipo: Articolo / Analisi economica | Località: Italia | Accesso: Open access

Parole chiave: finanza pubblica, DFP, entrate fiscali, tassazione, gettito, pressione fiscale, debito pubblico, MEF, manovra
https://www.fiscoequo.it/dfp-corrono-le-entrate-47-miliardi-in-piu-nel-2025-da-tasse-e-contributi/

- L'articolo analizza i dati del Documento di finanza pubblica 2026 evidenziando una crescita significativa delle entrate tributarie e contributive italiane nel 2025, con un incremento di circa 47 miliardi di euro rispetto all'anno precedente.
- L'autore documenta come la dinamica delle entrate sia stata superiore alle previsioni, grazie soprattutto alla crescita dell'occupazione regolare, all'inflazione che ha sostenuto il gettito IVA, e a misure di contrasto all'evasione fiscale che hanno prodotto risultati apprezzabili.

- Viene messo in evidenza il paradosso per cui pur in presenza di entrate crescenti il rapporto fra spesa sanitaria pubblica e PIL resta congelato al 6,4% nel quadriennio di programmazione 2026-2029, con priorità di bilancio orientate verso difesa, energia e protezione sociale generale.
- L'analisi richiama la posizione di Fnopi, GIMBE e altre organizzazioni del comparto sanitario che chiedono una destinazione di parte delle entrate aggiuntive al rifinanziamento del Fondo Sanitario Nazionale, in particolare per i contratti del personale e per il completamento del Piano Nazionale Cronicità.
- L'articolo conclude con una riflessione sulla coerenza fra crescita delle entrate e prioritizzazione delle uscite, evidenziando come la traiettoria del DFP confermi un disinvestimento relativo della sanità rispetto ad altri capitoli di spesa pubblica nonostante il margine di risorse disponibili.

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.

1. Comunità, solitudini e salute [CSS]

accessi servizi psichiatrici — CSS05
ambiti territoriali sociali — CSS02
ansia — CSS05, CSS07, LTC05, LTC07
capitale sociale — CSS04, CSS06
comunità che cura — CSS06
cura olistica — CSS03
declino salute mentale — CSS07
demografia — SAN02
deontologia — CSS03
determinanti di salute — SAN08
determinanti sociali — Art02, LTC01, LTC02
equità in salute — Art02, LTC02, LTC05, SAN13, SST03
hikikomori — CSS01
indicatori di benessere — CSS07
PANSM — CSS05
partecipazione — CSS03, SSN01
prossimità — CSS03, CSS06
relazione di cura — CSS03
ritiro sociale — CSS01
salute di comunità — CSS03, CSS06
stato sociale — CSS06
umanizzazione cure — CSS03
violenza giovanile — CSS04
web e salute — CSS04

2. Scenari della sanità [SAN]

abitare assistito — SAN01
assicurazioni — SAN03
attuazione PNRR — SAN18
autismo — SAN01, SAN04, SAN05
autonomia direzionale — SAN11
autonomia ISTAT — SAN17
benchmark internazionale — Art05
cancro — SAN10
ciclo di vita autismo — SAN05
concorsi pubblici — SAN18
controllo prescrizioni — SAN14
costo cure oncologiche — SAN13
deprescribing — SAN19
depressione — CSS05, CSS07, LTC05, LTC07
dignità popoli — SAN15
direttori UOC — SAN11
dopo di noi — SAN01
DSM — CSS05
emergenza-urgenza — SAN18
ereditarietà — SAN10
etica digitale — SAN07
famiglia — SAN05
farmaco — SAN19
fecondità — SAN02
finanza ospedaliera — SAN16
finanziamento dedicato — SAN04
formazione operatori — SAN04
governance dati — SAN07
governance globale — SST04
governance prescrittiva — SAN14
governance statistica — SAN17
governo aziendale — SAN11
indicatori demografici — SAN02
indicatori di salute — SAN09
indipendenza statistiche — SAN17
leadership clinica — SAN11
medicalizzazione — SAN19
medicina territoriale — TER01, TER14
mercato sanitario — SAN16
mito privato efficiente — SAN16
mobilitazione medici — SAN15
mobilitazione sanitaria — SAN12
modelli di vita assistiti — SAN01
monitoraggio PNRR — SAN18, TER02
natalità — SAN02
OCSE — CSS07, LTC03, LTC05, LTC06, LTC07, PAN03, PAN04, PAN05, SAN06, SST02, SST05
OECD — CSS07, LTC05
OMS — SST03, SST04
oncologia — SAN10, SAN13, SSN09
polifarmacoterapia — SAN19
popolazione stabile — SAN02
post-COVID — SAN06, SSN14, SST02
prescrizione — SAN19
prescrizioni inappropriate — SAN14
prevenzione — CSS01, CSS04, CSS05, CSS07, LTC05, PAN02
prevenzione primaria — SAN10
priorità di bilancio — SAN15
privacy — SAN07
prospettive di spesa — SAN06, SST02
protezione sociale — SAN06
qualità di vita — SAN13
qualità prescrittiva — SAN19
regole UE — SAN17
reparti essenziali — SAN16
residenze — SAN01
rete servizi — SAN04
riforma direttori — SAN11
ripudio della guerra — SAN12
salute globale — SST04
salute mentale — CSS01, CSS04, CSS05, CSS07, LTC05, LTC07
salute pubblica — SAN07, SAN08, SAN09

sanità e pace — SAN12
sanità integrata — SAN05
screening — SAN10
scuola — SAN05
sfida sistema Paese — SAN05
sistema ibrido — SAN03
sistemi sanitari — PAN03
sorveglianza sociale — SAN07
sostegno sociale — SAN05
sostenibilità privata — SAN16
sostenibilità SSN — Art01, Art02, SAN03, SAN06, SAN15, SST02, SST03
specialistica ambulatoriale — SAN14
speranza di vita — SAN08
spesa militare — SAN15
statistica pubblica — SAN17
stili di vita — SAN10
storia sanitaria — SAN09
tossicità finanziaria — SAN13
transizione epidemiologica — SAN08, SAN09
tumori — SAN10, SAN13, SSN09
vincoli fiscali — SAN06, SST02

3. Scenari del SSN [SSN]

accesso cure — SST04
accesso innovazione — SSN09
accreditamento — Art03
acquisti diretti — SSN15
AGENAS — SSN12, TER06
aggiornamento LEA — SSN05
alcol — SSN03
appropriatezza — SAN14
articolo 32 Costituzione — Art01, SSN10
autonomia differenziata — SSN04
autorizzazione strutture — Art03
benchmark UE — SSN02
big pharma — SAN19
biomarcatori — SSN09
codecisione — SSN01
Conferenza Stato-Regioni — PAN01, SSN07, TER09
consumo a rischio — SSN03
crisi SSN — SSN12
dirigenza medica — SSN08
diritti sociali — Art04
DM 77 — CSS02, TER02
e-cig — SSN03
eccesso peso — SSN03
evoluzione normativa — Art01
extra-orario — SSN08
farmaceutica convenzionata — SSN15
farmaci personalizzati — SSN09
farmaci RNA — SSN06
fattori di rischio — SAN10, SSN03
federalismo sanitario — SSN04, TER01
fumo — SSN03
governance aziendale — SSN14
governance partecipata — SSN01
governance riforma — SSN11
governance sanitaria — Art01, PAN01
government affairs — SSN01
gradiente sociale — SSN03
housing sanitario — SSN08
Hub & Spoke — SSN06
inclusione scolastica — Art04
invarianza finanziaria — SSN05
ISS — LTC04, SAN04, SSN12
LEA — SSN05
leadership politica — SSN14
leale collaborazione — SSN11
LEPS — Art04, TER05
mammografia mezzo contrasto — SSN05
market access — SSN01
mercato sistema sanitario — SSN02
merit system — SSN14
Ministero della Salute — PAN01, SAN04, SSN12
ospedali di terzo livello — SSN10, TER01
pacchetti radioterapia — SSN05
patient access — SSN01
payback — SSN15
personale SSN — SSN07
PIL sanità — SSN02
profilazione molecolare — SSN09
pubblico-privato — SAN16
quota PIL sanità — SSN16, SSN17, SST05
riforma sistema sanitario — SSN12
riforma Ssn — Art01, SSN11
sanità privata — SAN03, SAN16, SSN02
sanità pubblica — SAN03, SAN08
scenario pure ageing — SSN13
sedentarietà — SSN03
sigarette elettroniche — SSN03
sospensione iter — SSN11
spesa farmaceutica — SSN15
spesa netta — SSN16
spoils system — SSN14
tariffe regionali — SSN04
tavolo tecnico — SSN12
terapia su misura — SSN09
terapie geniche — SSN06
test genomico mammella — SSN05
tetti di spesa — SSN15
transizione istituzionale — SSN12
universalismo — Art01
vigilanza — Art03
voce del paziente — SSN01

4. Sostenibilità della sanità [SST]

catena di approvvigionamento — SST01
conflitti internazionali — SAN12, SST01
copertura sanitaria universale — SST04
debito pubblico — ECN01, SAN06, SST02

declarazione di Astana — SST03
definanziamento — Art01, SAN03, SSN02, SSN17
divario Nord-Sud — LTC01
divario territoriale — SAN09
elio — SST01
finanza pubblica — ECN01, SSN16, SSN17
finanziamento OMS — SST04
finanziamento PHC — SST03
finanziamento SSN — Art01, SST05
finanziamento welfare — SST02
FSN — SSN17
geopolitica sanitaria — SST01
investimenti capitale — SST05
lavoro — SAN05
PHC — SST03
pressione fiscale — ECN01
primary health care — SST03
rinuncia alle cure — Art02, SAN13
risonanza magnetica — SST01
sostenibilità — OHE04, SSN17, SST01, SST05
spesa out-of-pocket — Art02, SSN02
spesa sanitaria — SAN03, SAN06, SAN15, SSN02, SSN16, SSN17, SST02, SST05
tagli sanità — SST02
tassazione — ECN01
UHC — SST04
vulnerabilità tecnologica — SST01

5. One Health e clima [OHE]

cambiamento climatico — OHE01, OHE02, OHE03
clima — OHE01
consumi energetici — OHE04
crisi climatica — OHE04
decarbonizzazione — OHE03, OHE04
El Niño — OHE01, OHE02
eventi estremi — OHE01, OHE02
governance climatica — OHE03
indicatori climatici — OHE03
Lancet Countdown — OHE02, OHE03
mortalità climatica — OHE02, OHE03
mortalità da calore — OHE01, OHE02
narrowing window — OHE03
ondate di calore — OHE01, OHE02, OHE03
riscaldamento globale — OHE01
salute planetaria — OHE03, OHE04
sufficienza energetica — OHE04
super El Niño — OHE01
transizione energetica — OHE03, OHE04

6. Pandemie in essere e in arrivo [PAN]

costi long COVID — PAN03, PAN04, PAN05
COVID-19 — PAN02
follow-up — PAN02
long COVID — PAN02, PAN03, PAN04, PAN05
malattie cardiovascolari — PAN02
pandemia — PAN01
perdita produttività — PAN05
post-pandemia — PAN03
preparedness — PAN01, PAN03
prevalenza — PAN05
prevalenza long COVID — PAN04
return to work — PAN04
riabilitazione — PAN04
riconoscimento disabilità — PAN04
rischio cardiovascolare — PAN02
sequele — PAN03
sequele cardiovascolari — PAN04
sequele post-COVID — PAN02
sorveglianza — PAN01

7. L'ospedale che cambia [OSP]

advocacy — SSN01
intensità assistenziale — Art05
residenze protette — Art03
sanità integrativa — Art02
social media — CSS04, SAN07

8. Medicina territoriale [TER]

accessi impropri PS — TER04
accessi PS — TER14
ADI — Art05, DIG02
animazione CdC — TER10
assistenza all'autonomia — Art04
assistenza domiciliare — Art05
assistenza educativa — Art04
autonomia clinica — TER13
autonomia regionale — TER01
carico burocratico — TER14
case della comunità — CSS02, SAN18, TER01, TER02, TER03, TER04, TER06, TER07, TER08, TER10, TER15, TER16
centrodestra — TER09
centrosinistra — TER09
codici bianchi e verdi — TER14
consultazione pubblica — TER06
convenzione — TER08
convenzione riformata — TER16, TER17
crisi medicina territoriale — TER14
cronicità — LTC01, LTC04
cure domiciliari — Art05
cure primarie — PAN05, SST03
debito organizzativo — TER11
dipendenza — TER07, TER13
dipendenza selettiva — TER16
dipendenza volontaria — TER08
distretti — CSS02
divari regionali — TER02
fabbisogni standard — TER05
federalismo fiscale — TER05
finanziamento LEPS — TER05
fondi PNRR — TER03
integrazione professionale — TER06

invecchiamento — LTC03, LTC06
leadership condivisa — TER06
liste attesa MMG — TER13
medicina generale — TER16
MMG — SAN14, TER01, TER07, TER08, TER09, TER12, TER14, TER15, TER16, TER17
modello organizzativo — TER04
multimorbidità — LTC01
opposizione regionale — SSN11, TER12
opposizione sindacale — TER13
Ospedali di Comunità — TER02, TER03
ospedalocentrismo — TER10
pazienti cronici — TER10
PDTA — LTC04
pediatria di libera scelta — TER17
PLS — TER17
presa in carico — Art05, CSS01, LTC04, TER06, TER10
rapporto fiduciario — TER13
remunerazione MMG — TER07
retribuzione obiettivi — TER08
riforma cure primarie — TER16, TER17
riforma medicina generale — TER07
riforma Schillaci — TER01, TER07, TER08, TER09, TER10, TER11, TER12, TER15
riforma territoriale — TER02
Scuola specializzazione medicina generale — TER17
scuola specializzazione MMG — TER11
sindacati medici — TER12
tariffa nazionale — TER17
équipe multidisciplinari — TER06
équipe multiprofessionale — TER03

9. Nursing [NUR]

attrattività professione — SSN08
carenza infermieri — TER03
carenza personale — TER13
FNOMCEO — SAN12, SAN15
fuga dal SSN — SAN18, SSN08
governance — SAN11
infermiere di famiglia — TER03
infermieri — SAN18

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

accesso cure mentali — LTC05
adolescenti — CSS01, CSS04, CSS05, CSS07
anziani — Art03, Art05, DIG02, LTC01, LTC03, OHE02, SAN19
aspettativa di vita — LTC01
biomarcatori cellulari — LTC02
caregiver — LTC04
caregiver informali — LTC03
Childhood Opportunity Index — LTC02
coprogettazione — CSS02
costi della salute mentale — LTC05, LTC07
costi Parkinson — LTC04
denatalità — SAN02
disuguaglianze territoriali — LTC01
divario regionale — LTC01
effetto Baumol — LTC03
giovani — CSS05, CSS07
impatto PIL — LTC05, LTC07, PAN03, PAN05
infiammazione sistemica — LTC02, PAN02
integrazione sociosanitaria — Art03, Art04, CSS01, CSS02, LTC04, SAN01, SAN04, TER04
invecchiamento biologico — LTC02
linee guida — LTC04
longevità — LTC01, SAN08, SAN09
LTC — LTC03, LTC06
malattie neurodegenerative — LTC04
modellizzazione spesa — LTC06
non autosufficienza — Art03, Art05, LTC03, LTC06
normativa sociosanitaria — Art03
Parkinson — LTC04
prevenzione mentale — LTC05
prevenzione salute mentale — LTC07
riforma anziani — LTC03
RSA — Art03
salute urbana — LTC02
spesa LTC — LTC03, LTC06
survey nazionale — LTC04
terapia cognitivo-comportamentale — LTC05
terzo settore — Art04, CSS02, CSS06, SAN01
urbanistica e salute — LTC02

11. Digitalizzazione [DIG]

big data sanitari — SAN07
dati sanitari — SAN07
digitalizzazione — DIG01
dispositivi medici — DIG02, SST01
ecosistemi digitali — DIG02
etica sanitaria — CSS03
FSE — DIG01, TER02
governance digitale — DIG01
integrazione tecnologica — DIG02
interoperabilità — DIG01
medicina di precisione — SSN09
sanità digitale — DIG01, DIG02
scaling tecnologico — DIG01
sfida culturale — DIG02
teleassistenza — DIG02
telemedicina — DIG01, DIG02
telemonitoraggio — DIG02

12. Economia e sanità [ECN]

AIFA — SSN09, SSN15
attrattività SSN — SSN08
comparto sanità — SSN08
direttori generali — SSN14
entrate fiscali — ECN01
gettito — ECN01

management sanitario — SAN11, SSN14
manovra — ECN01
ricerca clinica — SAN04

15. Persone e attori [PER]

Anelli — SAN15
ARAN — SSN08
AsFo — TER04
AstraZeneca — SSN01
ATS — TER05
Bambino Gesù — SSN06
Cartabellotta — SSN10
Cdm — TER09, TER10
Corte Costituzionale — TER05
De Pascale — TER12
DFP — ECN01, SAN17, SSN13, SSN16
ENPAM — TER11
FIMMG — TER10, TER12
FpCgil — TER12
GIMBE — SSN10, SSN17, TER02
ISTAT — LTC01, SAN02, SAN08, SAN09, SAN17, SSN03
Maffei — SSN12
Magi — TER13
MEF — ECN01
MIDUS — LTC02
Network DASP — SSN14
NSIS — SSN07
Pesaresi — TER05
PSBMT — SSN16
Regioni — SSN11
Riccardi — TER04
SDA Bocconi — SSN14
SIPER — SSN07
SMI — TER12
Sumai Assoprof — TER13
Taroni — SSN12
Tiget Milano — SSN06
UOC Monitoraggio LEA — TER06
UPB — SAN03, SSN02

16. Luoghi e ambiti territoriali [LOC]

Ambito Livenza — TER04
Astana — SST03
Emilia-Romagna — TER12
Francia — SAN16
FVG — TER04
Liguria — SSN04
Lombardia — CSS02, SSN04, TER01
Medio Oriente — SST01
ospedale Sant'Orsola — SAN12
Piemonte — SSN04
Sacile — TER04
Trento — CSS01, TER03
Veneto — SSN04

17. Disuguaglianze e sanità USA [USA]

disabilità — Art04, SAN01
disuguaglianze — Art02
migrazioni — SAN02
povertà sanitaria — Art02, SAN13
welfare — CSS06, LTC03, PAN03

18. PNRR e implementazione [PNR]

Corte dei Conti — SAN18
decreti attuativi — SSN12
piano pandemico — PAN01
PNRR — Art05, DIG01, SSN16, TER02
ritardi attuazione — PAN01, TER02

19. Focus di attualità [ATT]

fondi sanitari integrativi — SSN02
liste di attesa — SAN14
mortalità — LTC01
sussidiarietà — CSS06
vulnerabilità — OHE02