

ULTIMISSIME da Via Po, 19

IL PUNTO DI POMPEO MANNONE

La vecchiaia non è uguale per tutti

I ricchi spesso vivono più a lungo e meglio ed i poveri vivono meno e peggio



In buona sostanza quello che attestano gli studiosi del fenomeno è che persistono e si accentuano le disuguaglianze in particolare nella vecchiaia.

Non è solo la ricchezza che fa la differenza pur se consente oggi, data la crisi della sanità pubblica e delle lunghe liste d'attesa, di accedere al sistema pagando le cure.

L'aspettativa di vita dipende da una serie di fattori miscelati fra loro, soldi, istruzione, tipo di lavoro, tipologia dell'abitazione e salubrità dello specifico ambiente e come sopra descritto dalla facilità di accesso alle cure.

Aggiungerei altresì che l'approccio culturale alla prevenzione delle malattie, è determinante per ritardare ed intervenire a monte delle nascite delle malattie stesse.

Quando migliorano e si miscelano i vari fattori sociali sopra indicati aumenta la longevità in salute.

È ormai palesemente dimostrato che il peso delle disuguaglianze sociali incide in modo significativo sulla durata della vita.

L'invecchiamento pertanto amplifica in modo inesorabile le disuguaglianze.

Il cambiamento climatico incide ulteriormente sulle disuguaglianze esistenti, infatti il clima non colpisce tutti allo stesso modo, accentua le differenze sociali.

Se si vuole ridurre la disuguaglianza nella vecchiaia occorre agire sulle cause che determinano ciò, istruzione, qualità del lavoro, abitazioni concepite per anziani e bambini, accesso universalistico alla sanità e pensioni dignitose.

Occorre distribuire la ricchezza in modo equo nel Paese. Il 5% della popolazione ha accumulato averi e possiede la metà dell'intera ricchezza nazionale, mentre le famiglie meno abbienti ed il ceto medio hanno perso un terzo di quello che avevano negli ultimi 15 anni.

La longevità che è una grande conquista dell'intera umanità non deve essere foriera di disuguaglianze sociali, questa è la sfida che dobbiamo vincere.

Per vincerla è necessario che tutti coloro che hanno responsabilità politiche, amministrative e sociali abbiano la consapevolezza dell'entità delle problematiche evidenziate.

Piano Nazionale Anziani 2025-2027: un passaggio fondamentale per i diritti e la cura della fragilità

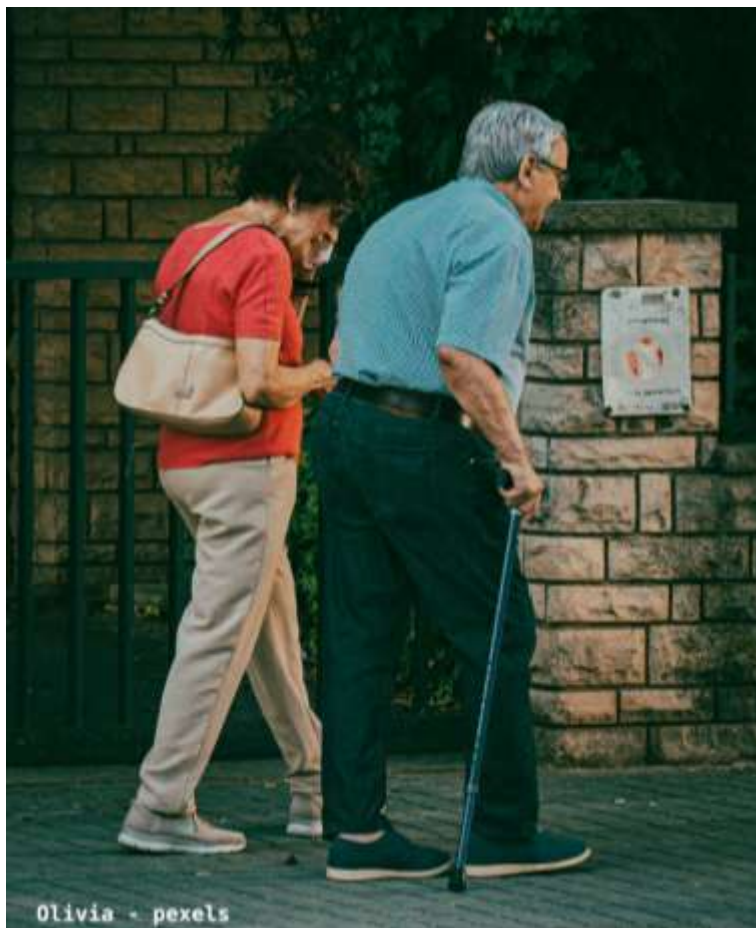
L'Intesa sancita il 10 settembre 2026 in Conferenza Unificata sul Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana per il triennio 2025-2027 rappresenta un traguardo di grande rilevanza politica e sociale. Si tratta di un provvedimento su cui la FNP CISL ha lungamente sollecitato Governo e Regioni, reputandolo decisivo per rendere esigibili i diritti delle persone anziane fragili e sostenere le loro famiglie. È il primo Piano nazionale dedicato specificamente agli anziani non autosufficienti ultra70enni, adottato in attuazione della riforma avviata con la legge delega n. 33/2023 e con il d.lgs. n. 29/2024.

L'impianto stabilisce una chiara perimetrazione: per la fascia 65-70 anni rimane di riferimento il distinto Piano per la non autosufficienza 2025-2027 rivolto alle persone con disabilità, approvato il 18 marzo 2026, garantendo la continuità assistenziale per chi invecchia. Il cuore del provvedimento è l'attuazione dei LEPS (Livelli essenziali delle prestazioni sociali) in quattro aree prioritarie: assistenza domiciliare sociale, integrazione sociosanitaria, servizi di sollievo per famiglie e caregiver, e supporto al lavoro di cura e assistenti familiari. I contributi economici, come gli assegni di cura e i voucher, vengono ricondotti a strumenti funzionali al servizio e non a canali autonomi.

Sul piano operativo, il modello integrato si articola su dispositivi chiave. I Punti Unici di Accesso (PUA), collocati presso le Case della Comunità o in reti territoriali e telematiche, costituiscono la porta d'ingresso ai servizi integrati. Seguono la Valutazione multidimensionale unificata dei bisogni clinici, sociali e familiari e il Progetto assistenziale individuale integrato (PAI), costruito con il coinvolgimento della persona anziana e della famiglia. Il Piano richiama inoltre la Prestazione universale sperimentale (2025-2026), destinata agli ultraottantenni con gravissimo bisogno assistenziale valutato dall'INPS, indennità di accompagnamento e ISEE sociosanitario fino a 6.000 euro.

Quanto alle risorse, viene confermata la dotazione del Fondo per le non autosufficienze (FNA), pari a circa 3 miliardi di euro nel triennio: 982,255 milioni nel 2025, 934,57 milioni nel 2026 e 1.108 milioni nel 2027. A queste si aggiungono 250 milioni annui per i LEPS anziani e 50 milioni una tantum nel 2026 per rafforzare i PUA con personale sociale. La quota indistinta del Fondo seguirà nuovi criteri di riparto (80% over 75, 10% accompagnamento, 10% legge 104/1992), mentre le risorse LEPS valorizzeranno per il 70% gli over 70 e per il 30% l'accompagnamento, con compensazioni per le Regioni penalizzate. È previsto un monitoraggio annuale con rendicontazione di spesa pari ad almeno il 75% per sbloccare le annualità successive.

Come FNP CISL riteniamo quest'intesa un passo avanti significativo, che tuttavia non esaurisce le esigenze del settore. Continueremo a vigilare affinché il Piano trovi rapida attuazione a livello regionale e negli Ambiti territoriali sociali, rendendo operativi PUA, valutazioni e PAI. Vigilando che i fondi del FNA per i LEPS si traducano in servizi esigibili e omogenei superando le disparità territoriali, chiederemo il coinvolgimento dei sindacati nei tavoli di programmazione e il miglioramento della Prestazione Universale con l'ampliamento dei beneficiari.



Nel Lazio nasce il Garante per i diritti delle persone anziane



Il Consiglio regionale del Lazio ha approvato all'unanimità, con 31 voti favorevoli, la legge che istituisce il Garante regionale per i diritti e la tutela delle persone anziane. Il provvedimento rappresenta un passo importante per rafforzare le politiche di welfare e offrire maggiore attenzione a una fascia della popolazione sempre più numerosa. Con questa normativa il Lazio si colloca tra le prime Regioni italiane a istituire un Garante dedicato esclusivamente alle persone anziane, rafforzando gli strumenti di tutela, inclusione e partecipazione.

La nuova figura avrà il compito di promuovere, garantire e vigilare sull'attuazione dei diritti delle persone con almeno 65 anni residenti o

domiciliate nel territorio regionale. Il Garante opererà presso il Consiglio regionale in condizioni di autonomia e indipendenza, rappresentando le esigenze degli anziani e intervenendo sulle situazioni di difficoltà, discriminazione o marginalizzazione.

Tra gli obiettivi principali della legge ci sono la tutela della dignità, dell'autonomia e della libertà di scelta delle persone anziane, oltre alla promozione dell'accesso ai servizi sanitari, socioassistenziali e assistenziali. Particolare attenzione sarà dedicata anche all'invecchiamento attivo, alla valorizzazione delle competenze e dell'esperienza degli anziani e alla loro partecipazione alla vita sociale e della comunità.

Il Garante potrà ricevere segnalazioni da parte dei cittadini, delle famiglie, delle associazioni e degli operatori, interagire con le strutture sanitarie e socioassistenziali e segnalare eventuali criticità alle autorità competenti. La sua attività riguarderà sia le strutture pubbliche sia quelle private, con l'obiettivo di contribuire al miglioramento della qualità dell'assistenza e del rispetto dei diritti.

Un altro ambito centrale sarà il contrasto alla solitudine e all'isolamento sociale. La legge prevede infatti la possibilità di promuovere progetti condivisi con gli enti locali, il Terzo Settore e le organizzazioni impegnate nel sostegno alle persone anziane. La collaborazione tra istituzioni e realtà del territorio sarà fondamentale per costruire una rete di protezione capace di intercettare i bisogni prima che si trasformino in emergenze.

Il nuovo organismo potrà inoltre formulare pareri e proposte sugli atti regionali riguardanti la terza età e contribuire alla definizione delle politiche pubbliche. Ogni anno dovrà presentare una relazione sull'attività svolta, sulle segnalazioni ricevute e sulle principali criticità riscontrate nel territorio laziale.

Il Garante sarà eletto dal Consiglio regionale con una maggioranza dei tre quinti. Rimarrà in carica cinque anni e potrà essere rieletto una sola volta. Per ricoprire l'incarico sarà necessaria una comprovata esperienza nella tutela dei diritti oppure nelle problematiche sociali, giuridiche o sanitarie riguardanti la popolazione anziana.

La legge prevede uno stanziamento di 36.750 euro per il 2026 e di 63.000 euro all'anno dal 2027. E pure se la struttura di supporto utilizzerà il personale e gli strumenti già disponibili, lo stanziamento previsto ci sembra decisamente esiguo. Pensiamo che la nuova figura potrà diventare realmente utile solo se sarà accompagnata da politiche integrate, servizi accessibili e risorse adeguate. L'obiettivo non è soltanto riconoscere nuovi diritti, ma garantire alle persone anziane la possibilità concreta di vivere con dignità, sicurezza, autonomia e piena partecipazione sociale.

Essere genitori non va in pensione

L'essere genitori non finisce quando i figli diventano adulti. Cambia forma, si trasforma, ma non si spegne. Quando i nostri figli erano piccoli, attraversare la strada era una cosa seria. Stringevamo la loro mano. Guardavamo a destra e a sinistra per loro. Poi abbiamo insegnato loro a farlo da soli. I figli crescono così: un giorno quella mano bisogna lasciarla. Eppure, anche quando hanno 30, 40 o 50 anni, una parte di noi continua a guardarli attraversare.

La strada, naturalmente, è cambiata. Oggi si chiama lavoro, famiglia, relazioni, salute, condizioni

economiche. Non possiamo più prenderli per mano e portarli dall'altra parte, ma continuiamo a chiederci se ce la faranno, se stanno bene, se hanno fatto la scelta giusta. Essere genitori non finisce quando i figli diventano adulti. Cambia. In una società sempre più longeva come la nostra questo tempo è sempre più lungo. Genitori e figli possono condividere decenni della propria vita adulta e, quando arrivano i nipoti, si apre un altro capitolo ancora.

I nonni sono una presenza preziosa per moltissime famiglie italiane: nella cura, nell'organizzazione quotidiana, nel sostegno economico e soprattutto in quello affettivo. Ma anche essere nonni significa imparare, ancora una volta, a lasciare una mano. A non sostituirsi ai genitori, ad accompagnare i nipoti nel proprio ruolo. Esserci senza sostituirsi. Dare un consiglio sapendo che potrebbe non essere seguito. Accettare che i figli possano educare diversamente da come abbiamo fatto noi. Restare vicini senza decidere la strada al posto loro.

Forse anche questo fa parte dell'invecchiare: scoprire che proteggere non significa più evitare ogni caduta, ma diventare un posto sicuro in cui tornare quando si cade. Continueremo probabilmente a preoccuparci. Continueremo a guardarli attraversare, ma ad un certo punto amare significa anche restare sul marciapiede e fidarsi che abbiano imparato abbastanza bene a guardare da entrambe le parti. Anche questo significa ricordare che la vita non va in pensione.

In questo cammino, nessuno dovrebbe sentirsi solo. La FNP CISL è presente sul territorio anche per questo: per accompagnare persone e famiglie nelle fasi delicate della vita, offrendo ascolto, orientamento e supporto concreto. I nostri patronati, le sedi territoriali e i volontari sono punti di riferimento per chi cerca risposte su pensioni, welfare, assistenza, salute, diritti e servizi.

Ma la nostra presenza non si limita alle pratiche. Sappiamo che dietro ogni domanda c'è una storia: un genitore che si preoccupa per un figlio in difficoltà, un nonno che vuole aiutare, una famiglia che cerca di organizzarsi tra lavoro, cura e tempi di vita. Per questo la FNP CISL offre anche supporto a problematiche personali e familiari, ascoltando, orientando e, quando serve, indirizzando verso i servizi giusti del territorio.

Essere vicini significa anche riconoscere che le sfide di oggi - dalla conciliazione famiglia-lavoro alla gestione della non autosufficienza, dalla solitudine degli anziani alle nuove povertà - richiedono risposte integrate. La FNP CISL lavora per rafforzare i legami tra welfare pubblico, servizi locali e solidarietà di comunità, perché nessuno resti indietro.

La vita non va in pensione. E nemmeno il diritto a essere accompagnati, ascoltati e sostenuti. La FNP CISL c'è, ogni giorno, per ricordare che crescere, invecchiare e prendersi cura non sono tappe da percorrere da soli.



Elaborato da fonte: pensionati.cisl.it

Riforma della Disabilità: al via la piattaforma SISDA per il Progetto di Vita

Con il messaggio n. 2550 del 4 agosto 2026, l'INPS ha comunicato l'attivazione del nuovo servizio telematico "SISDA – trasmissione istanze per il progetto di vita". È un servizio che consente l'inoltro della domanda per l'elaborazione del **Progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato**, introdotto dal decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62.

Questo Progetto mira ad accompagnare la persona con disabilità non soltanto nel riconoscimento delle prestazioni assistenziali, ma anche nella gestione di tutti gli aspetti concreti della vita quotidiana quali istruzione, formazione, lavoro e occupazione, abitare e autonomia, socialità, affettività, tempo libero, salute e benessere.

Il 1° gennaio 2025 è partito il cronoprogramma della sperimentazione territoriale su varie province del Paese e verrà esteso, dal 1° gennaio 2027, a tutte le provincie italiane.

L'accesso alla misura è riservato a chi possiede un certificato di disabilità (ai sensi del D.Lgs. n. 62/2024). Sono considerati validi anche i certificati rilasciati ai sensi della legge n. 104/1992 prima della riforma. Restano momentaneamente esclusi gli anziani ultrasessantenni non autosufficienti titolari di indennità di accompagnamento.

La domanda può essere presentata dalla persona disabile, dal genitore (in caso di minore), oppure da tutori, curatori o amministratori di sostegno e può essere inoltrata online sul portale INPS mediante la procedura SISDA (percorso "Sostegni, Sussidi e Indennità" > "Per disabili/invalidi/inabili", con credenziali SPID, CIE, CNS o eIDAS), oppure presentata in forma libera all'Ambito Territoriale Sociale (ATS) del proprio Comune. Dopo l'invio, l'ATS contatterà il richiedente per avviare la valutazione multidimensionale.

Cisl, Fnp e Inas hanno istituito un Gruppo di Lavoro sulla disabilità con l'obiettivo di accompagnare la persona con disabilità non solo nell'accesso alle prestazioni assistenziali, ma anche nella costruzione di un percorso capace di rispondere concretamente alle sue esigenze quotidiane.

La collaborazione tra le tre realtà è fondamentale: l'INAS mette a disposizione le proprie competenze nella tutela dell'invalidità e della disabilità, mentre CISL e FNP garantiscono una presenza capillare sul territorio, la conoscenza delle persone e la capacità di intercettarne i bisogni, anche attraverso i rapporti con gli ATS.



La sfida principale consiste nell'individuare le persone, ascoltarle e accompagnarle, aiutandole a conoscere e utilizzare tutte le opportunità previste dalla nuova riforma, fino alla definizione del Progetto di vita insieme agli ATS, una volta riconosciuta la condizione di disabilità.

Per raggiungere questo obiettivo è necessario che CISL, FNP e INAS lavorino insieme fin dall'inizio, in modo coordinato e organizzato. Occorre costruire sul territorio una rete di tutela e prossimità che coinvolga anche i medici di medicina generale e le associazioni attive nel settore, affinché la Riforma della disabilità e il Progetto di vita diventino una concreta opportunità di sostegno per le persone con disabilità e per le loro famiglie.

In questo contesto, la sinergia tra CISL, FNP e INAS, unita ai medici di base, alle associazioni e alla Contrattazione Sociale Territoriale, risulta essenziale per orientare e tutelare i cittadini.

Elaborato da fonte: pensionati.cisl.it

La prescrivibilità ai privati accreditati nel Lazio: tra semplificazione e nodo della spesa pubblica

La sanità della Regione Lazio si trova al centro di un vivace dibattito politico e gestionale a seguito dell'approvazione della delibera di Giunta n. 629 del 30 luglio 2026. Il provvedimento introduce un progetto sperimentale che estende direttamente la facoltà di prescrizione a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ai medici delle strutture private accreditate. Questa norma ha fatto emergere due posizioni contrapposte su come bilanciare la tutela della spesa pubblica con la facilità di accesso alle cure per i cittadini.



Da un lato, il Presidente della Regione, Francesco Rocca, presenta la sperimentazione come una fondamentale semplificazione pensata per ridurre le liste d'attesa e migliorare la continuità assistenziale a favore dei pazienti. Fino ad oggi, i cittadini che si sottoponevano a una visita specialistica presso una struttura accreditata dovevano successivamente recarsi dal proprio medico di medicina generale per farsi rilasciare la ricetta pubblica per le prestazioni prescritte. La norma, attiva per sei mesi, consente allo specialista di prescrivere direttamente visite, esami e farmaci legati al percorso di cura, limitatamente alle branche per cui la struttura è convenzionata. Per prevenire abusi, la Giunta ha stabilito un quadro rigidamente controllato: l'adesione è riservata alle strutture con almeno sei branche accreditate o dotate di Pronto soccorso, l'emissione delle ricette dematerializzate deve transitare obbligatoriamente dalla piattaforma SISMED e le prestazioni sono soggette a un monitoraggio periodico con la sospensione delle autorizzazioni in caso di scostamenti dagli indicatori di appropriatezza prescrittiva.

Dall'altro lato, il consigliere regionale di opposizione, Alessio D'Amato, esprime una contrarietà radicale, sostenendo che la misura comporti la totale perdita del governo pubblico sulla spesa sanitaria. Secondo D'Amato, permettere la prescrizione diretta ai privati equivale a concedere un "assegno in bianco" alle medesime strutture che erogano il servizio, innescando un meccanismo in cui gli operatori possono autoalimentarsi e selezionare le prestazioni con le tariffe più favorevoli. Il consigliere avverte che la norma non porterà una reale semplificazione, ma un inevitabile aumento dei costi a carico delle famiglie e un incremento dell'inappropriatezza prescrittiva. Viene inoltre ricordato che nel Lazio una prescrizione su due non viene già oggi coperta dal servizio pubblico e che la spesa sanitaria privata delle famiglie è cresciuta a ritmi superiori alla media nazionale.

Il confronto tocca anche il piano giuridico e di programmazione. D'Amato richiama la recente sentenza del TAR del Lazio n. 11984 del 2026 - che aveva annullato l'obbligo per i medici di base di convertire automaticamente le indicazioni dei privati in ricette elettroniche - accusando la Giunta di voler aggirare la decisione giudiziaria e di usare due pesi e due misure penalizzando la medicina generale. A tali contestazioni Rocca replica definendo "ridicola" l'ipotesi dell'assegno in bianco, ribadendo che le strutture private operano dentro budget prefissati che non subiranno alcuna modifica a causa delle nuove prescrizioni.

In conclusione, la sperimentazione della DGR 629 riflette la complessa dialettica tra l'esigenza di snellire i percorsi assistenziali per gli utenti e la necessità di mantenere un fermo controllo sulla committenza e sui bilanci della sanità pubblica.

Donna e sanità: chi si prende cura di chi cura?



Nelle trasformazioni del sistema sanitario sono emersi nel tempo due concetti: centrare la medicina sulla persona per poi offrire un servizio personalizzato.

Oggi i progressi in campo medico hanno sviluppato cure più personalizzate ed efficaci. Si è superata la semplice distinzione biologica tra uomini e donne e si studia come le caratteristiche del sesso e del genere vanno ad influenzare i processi di salute e malattia.

Nonostante questi sforzi le donne vengono considerate

secondarie rispetto agli uomini e non sono studiate nella loro “unicità”. Ad esempio la sperimentazione di nuovi farmaci viene effettuata prevalentemente su uomini e di conseguenza le terapie vengono sviluppate maggiormente su modelli maschili. Non solo: tali terapie a volte sono addirittura deleterie per le donne.

Va ribadito che la salute è un diritto umano pertanto l’accesso alle cure deve essere paritario e democratico. L’esclusione dei modelli femminili dagli studi delle malattie e dalla sperimentazione dei farmaci mina l’obiettivo della parità rendendo invisibili le tipicità di genere.

Un contributo sta venendo dalle case farmaceutiche che per i farmaci di ultima generazione avviano sperimentazioni sulle donne ed anche su sottogruppi di persone di diversa etnia, età e altri generi.

Siamo consapevoli che la scarsa presenza femminile può avere un motivo etico, dettato dal timore che le donne sottoposte a sperimentazione possano andare incontro a gravidanze, cosa che può compromettere la salute del nascituro, ma c’è anche un altro aspetto culturale. Prevale la preoccupazione che il tempo da dedicare agli screening, vada a discapito delle responsabilità di cura familiare e lavorative.

La Regione Lazio ha istituito un Osservatorio sulla salute e medicina di genere, ma dopo un avvio positivo negli anni ha avuto un rallentamento operativo.

Per la Fnp Lazio la ripresa di questa attività di ricerca è importante perché sviluppare lo sguardo sul genere rappresenta un cambiamento culturale, rende uomini e donne consapevoli che non c’è un soggetto neutro.

Per quanto riguarda le donne più il tracciato di salute della popolazione femminile è profilato, maggiore sarà la risposta in campo medico per analizzare fenomeni come le cause di ricovero, l’accessibilità alle cure, l’utilizzo dei farmaci ed una lettura anche su eventi legati alla violenza.

Su questo punto la Fnp Lazio sollecita sempre percorsi formativi per fornire strumenti e competenze a operatori sanitari e socio sanitari, sulla gestione di eventuali situazioni a rischio che coinvolgono donne maltrattate.

In sintesi più l’Osservatorio regionale sarà attivo nella raccolta e analisi dei dati maggiore sarà la conoscenza della domanda e la possibilità di offrire prestazioni che garantiscano appropriatezza, equità e parità tra uomini e donne.

Da qui l’impegno politico di presidiare su ogni possibile tavolo di confronto questa esigenza sociale e sanitaria.

Le Case della Comunità: che cosa sono?

Più volte nei numeri passati di *Ultimissime da Via Po 19* abbiamo parlato di varie aperture di Case di Comunità nella nostra regione affermando la nostra soddisfazione per queste strutture che portano la sanità più vicina alle persona, ma anche la nostra preoccupazione per il rischio di trovarci davanti a delle strutture vuote, senza personale e quindi senza servizi per il cittadino.

Di seguito vogliamo ricordare cosa sono, o cosa dovrebbero esser queste strutture e come sono o dovrebbero essere organizzate.

La Casa della Comunità, figura centrale della riorganizzazione dell'assistenza territoriale introdotta dal Decreto Ministeriale 77 del 2022, si propone come un pilastro fondamentale nel rinnovato panorama della sanità pubblica italiana. Questa struttura nasce con l'obiettivo prioritario di offrire ai cittadini un punto di riferimento ben identificabile, facilmente accessibile e capillarmente distribuito sul territorio, dove trovare risposte concrete e tempestive non solo alle proprie esigenze strettamente sanitarie, ma anche a quelle socio-sanitarie e sociali.

La vera rivoluzione promossa da questo modello risiede nel superamento della frammentazione dei servizi, a favore di una visione integrata e fortemente orientata alla prossimità. La Casa della Comunità rappresenta, infatti, il luogo fisico in cui il Servizio Sanitario Nazionale e le autonomie locali uniscono le proprie competenze per accogliere, informare e orientare la persona in un percorso di cura organico e continuo. Al suo interno, l'assistenza non si limita all'erogazione di prestazioni sanitarie tradizionali, ma abbraccia un concetto di salute più ampio e multidisciplinare.



Elemento chiave di questa innovazione organizzativa è l'équipe multiprofessionale territoriale. All'interno della struttura cooperano quotidianamente diverse figure: i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i medici specialisti ambulatoriali e gli infermieri di famiglia o di comunità. A questi professionisti si affiancano costantemente psicologi, ostetriche, assistenti sociali e operatori della prevenzione e della riabilitazione. L'interazione sinergica tra queste diverse professionalità consente di prendere in carico l'individuo nella sua totalità, rispondendo in modo personalizzato alle complesse esigenze di salute della popolazione locale, con un'attenzione del tutto particolare nei confronti dei pazienti cronici e fragili.

Tuttavia, la Casa della Comunità non si esaurisce entro le proprie mura. Essa è concepita come uno snodo relazionale dinamico, capace di creare una rete di connessioni con tutte le realtà presenti nel contesto territoriale. Da un lato vi è il dialogo costante con i presidi sanitari e di emergenza, quali gli ospedali per acuti, gli Ospedali di Comunità, le Centrali Operative Territoriali (COT), i Punti Unici di Accesso (PUA) e le farmacie dei servizi. Dall'altro, la struttura promuove un approccio che consideri tutti gli aspetti e coinvolga le persone aprendosi alla collaborazione con gli enti locali, le associazioni del Terzo Settore, le scuole, i circoli culturali e le realtà sportive, valorizzando ogni risorsa utile alla promozione della salute della collettività.

Per garantire una copertura efficace e proporzionata al fabbisogno demografico, il DM 77/2022 individua due distinte tipologie organizzative: le Case della Comunità Hub e le strutture Spoke.

La Casa della Comunità Hub costituisce la sede principale ed eroga l'offerta di servizi più complessa. In essa è prevista la presenza medica e infermieristica garantita continuousment H24, sette giorni su sette, integrando la continuità assistenziale con la dotazione di tecnologie diagnostiche di base e punti prelievo. Le strutture Spoke rappresentano invece articolazioni territoriali più snelle e capillari: pur assicurando la copertura medica continuativa H24 per sette giorni alla settimana, mantengono l'assistenza infermieristica obbligatoria per dodici ore al giorno, lasciando alcune attività diagnostiche di base come opzionali in base alle esigenze locali.

Sanità, l'allarme delle Regioni: risorse insufficienti e futuro del Pnrr a rischio

Le Regioni lanciano un allarme sul futuro del Servizio sanitario nazionale e chiedono al Governo un intervento strutturale per garantire risorse, personale e continuità ai servizi. Il tema è stato illustrato da Massimo Fabi, coordinatore della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e assessore alla Sanità dell'Emilia-Romagna, durante l'audizione davanti alla Commissione Affari sociali della Camera, nell'ambito dell'indagine sull'attuazione dei Livelli essenziali di assistenza.

Secondo il documento presentato, il finanziamento del Servizio sanitario nazionale crescerà fino a 144,778 miliardi di euro nel 2028, ma con incrementi sempre più contenuti: appena lo 0,7% nel 2027 e lo 0,6% nel 2028. Di conseguenza, il peso del Fondo sanitario sul Pil scenderà dal 6,15% del 2026 al 5,9% nel 2028. Le Regioni considerano questa dinamica insufficiente a sostenere i costi del sistema, soprattutto perché la spesa sanitaria prevista sarà superiore alle risorse disponibili: il divario potrebbe passare dai 7 miliardi del 2026 agli 11 miliardi del 2028.

Per le Regioni, si tratta di un sottofinanziamento strutturale che limita la programmazione e trasferisce una parte crescente degli oneri sui bilanci regionali. A pesare è anche l'aumento delle risorse vincolate a specifici interventi nazionali, che riduce la possibilità di adattare gli investimenti alle diverse esigenze dei territori. Per questo viene chiesto di superare la separazione dei tetti di spesa per personale, farmaci e dispositivi, introducendo una gestione più flessibile del Fondo sanitario.

Il nodo più urgente riguarda il dopo Pnrr. Entro la fine del 2026 dovrebbero essere completate numerose Case della Comunità, Ospedali della Comunità e Centrali operative territoriali, insieme al potenziamento dell'assistenza domiciliare e della telemedicina. Tuttavia, la realizzazione delle strutture non garantisce automaticamente il loro funzionamento: serviranno risorse stabili per assumere personale, acquistare beni e servizi e mantenere attivi i nuovi servizi. Particolarmente incerta è la continuità dell'assistenza domiciliare, sostenuta finora soprattutto dai finanziamenti del Pnrr.

Le Regioni chiedono quindi il superamento definitivo dei tetti di spesa per le assunzioni e un piano straordinario per il personale. In Italia mancano soprattutto infermieri, ma sono in difficoltà anche specialità come medicina d'urgenza, anestesia e medicina generale. Tra le proposte figurano più borse di studio, retribuzioni migliori, incentivi per chi lavora nei Pronto soccorso e nelle sedi periferiche e maggiori opportunità di carriera.

Al centro delle richieste c'è anche la spesa farmaceutica, che nel 2025 ha raggiunto quasi 25 miliardi di euro. Le Regioni propongono di aggiornare le regole sulla rimborsabilità, promuovere farmaci equivalenti e biosimilari, rivedere i prezzi e aggiornare il Prontuario nazionale. Chiedono inoltre una nuova disciplina per i dispositivi medici.

Il documento propone infine criteri chiari per uscire dai Piani di rientro dopo risultati positivi mantenuti per due o tre anni, l'aggiornamento del DM 70 sugli standard ospedalieri e una maggiore integrazione con il DM 77 sull'assistenza territoriale. L'obiettivo è costruire un sistema più flessibile, adeguato all'invecchiamento della popolazione e alle caratteristiche dei diversi territori.



Il messaggio delle Regioni è netto: senza un finanziamento certo e pluriennale, accompagnato da un piano per il personale, le strutture realizzate con il Pnrr rischiano di rimanere parzialmente inutilizzate. Per tutelare un Servizio sanitario pubblico e universale servono quindi investimenti continuativi, programmazione condivisa e la capacità di trasformare le risorse in servizi realmente accessibili ai cittadini.



La vita non va in pensione

UNISCITI ALLA FEDERAZIONE NAZIONALE PENSIONATI CISL



La vita non va in pensione

UNISCITI ALLA FEDERAZIONE NAZIONALE PENSIONATI CISL

La **NEWS LETTER**

DI  **CISL**
PENSIONATI

ISCRIVITI

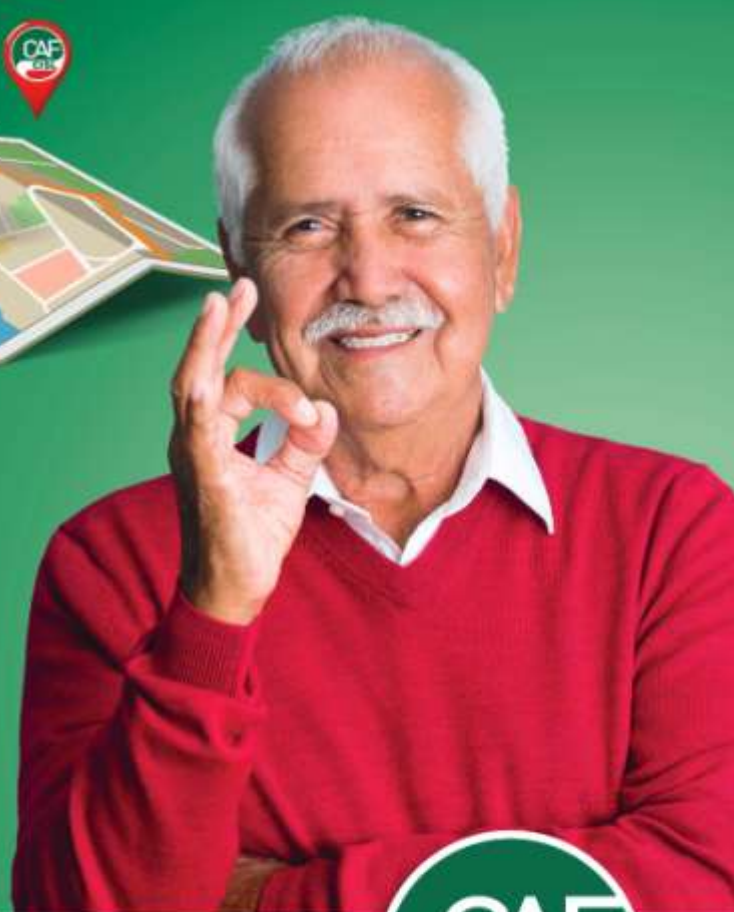
per leggere notizie
e approfondimenti



IL POSTO **GIUSTO** PER TUTTE LE RISPOSTE



NON SOLO
730



**Prenota
adesso**

Numero Verde
800800730

WhatsApp
0687165505

 **cafcisl.it**



**vicini a te
da oltre 30 anni**



la nostra casa

Numero Verde
800 249 307

Per gli iscritti
CISL

**Tutte le prestazioni
del patronato Inas
SONO GRATUITE**

- ✗ Domande di pensione dirette, reversibilità, supplementari
- ✗ Verifica estratti conti contributivi
- ✗ Domande di disoccupazione Aspi, Mini-Aspi, Mobilità
- ✗ Domande di maternità e paternità
- ✗ Infortuni e Malattie Professionali
- ✗ Domande di invalidità civile
- ✗ Domande di permesso di soggiorno