

**3 febbraio 2025**

# **RASSEGNA STAMPA**



**ARIS**

ASSOCIAZIONE  
RELIGIOSA  
ISTITUTI  
SOCIO-SANITARI

**A.R.I.S.**

**Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari**  
**Largo della Sanità Militare, 60**  
**00184 Roma**  
**Tel. 06.7726931 - Fax 06.77269343**

ARIS

## **AGENZIA ADNKRONOS**

### **SANITA': ARIS, 'AMAREZZA PER FLAT TAX NEGATA A PERSONALE STRUTTURE PRIVATE'**

Costantino e Mattiacci, 'no dell'Agenzia delle Entrate è decisione ingiusta e discriminatoria, sanità privata accredita ha ruolo centrale in Ssn' Roma, 30 gen. (Adnkronos Salute) - C'è "amarezza" per la flat tax del

15% negata al personale delle strutture private accreditate. Il 'no' dell'Agenzia delle Entrate "è una decisione ingiusta e discriminatoria". Così in una nota l'Associazione religiosa istituti socio-sanitari (Aris). L'Ente - si legge - rispondendo a un interpello dell'Aris, nega l'applicazione della detassazione del 15% per le prestazioni aggiuntive alla sanità accreditata applicata invece al personale pubblico.

La flat tax del 15% - riferisce la nota - si applica alle prestazioni aggiuntive del personale delle Aziende sanitarie e ospedaliere del Servizio sanitario nazionale, ma non ai lavoratori della sanità accreditata. Questa la conclusione della consulenza giuridica n.

956-66/2024 resa dall'Agenzia delle Entrate all'Aris il 30 gennaio

2025, secondo cui possono beneficiare dell'agevolazione solo i dipendenti delle strutture cui si rendono applicabili i Ccnl della sanità pubblica. "Purtroppo ci aspettavamo una risposta simile - afferma Giovanni Costantino, Capo delegazione Aris - viste le posizioni già anticipate dall'Agenzia in precedenti interPELLI di dicembre e tenuto conto del fatto che anche la detassazione al 5% degli straordinari sia stata prevista dalla Legge di bilancio solo per gli infermieri dipendenti del Ssn". Ciò "non riduce l'amarezza - continua Costantino, cofirmatario del quesito - per una decisione evidentemente ingiusta e discriminatoria per tanti lavoratori che contribuiscono, come quelli pubblici, all'abbattimento delle liste d'attesa".

(Segue) (Fil/Adnkronos)

ISSN 2465 - 122

30-GEN-25 17:29 .

(Adnkronos Salute) - In effetti, come illustrato dall'Aris nell'istanza di interpello presentata il 30 settembre 2024 - dettaglia la nota - la sanità accreditata costituisce uno strumento di sussidiarietà orizzontale che esplica una funzione integrativa e ausiliaria del Ssn. Anche sul piano della contrattazione collettiva, inoltre, i Ccnl della sanità privata disciplinano le prestazioni aggiuntive in modo del tutto conforme al comparto pubblico.

"In tale contesto - sottolinea Mauro Mattiacci, Direttore generale dell'Aris - escludere i nostri dipendenti dal beneficio fiscale costituisce un'irragionevole disparità di trattamento, davvero contraddittoria con l'importanza del settore della sanità accreditata, senza la quale l'intero Sistema sanitario nazionale collasserebbe.

Auspichiamo, quindi, un "cambio di rotta coerente con le dichiarazioni di fine anno del ministro

Schillaci, secondo cui in Italia non si può fare a meno della sanità privata accreditata".

(Fil/Adnkronos)

ISSN 2465 - 122

30-GEN-25 17:29 .

NNNN



## LA REGIONE CAMPANIA CONVOCA LE ASSOCIAZIONI DEL COMPARTO RIABILITATIVO E SOCIOSANITARIO



By —31 Gennaio 2025    Nessun commento    2 Mins Read



(AGENPARL) - Roma, 31 Gennaio 2025

(AGENPARL) – ven 31 gennaio 2025 ADEGUAMENTI TARIFFARI DI MACROAREA. IL 13 FEBBRAIO L'INCONTRO.

LA REGIONE CAMPANIA CONVOCA LE  
ASSOCIAZIONI  
DEL COMPARTO RIABILITATIVO E  
SOCIOSANITARIO

È arrivata la convocazione da parte della Regione Campania dell'incontro richiesto dalle Associazioni di categoria che rappresentano le strutture territoriali della sanità privata, che erogano prestazioni riabilitative e sociosanitarie in regime di accreditamento, per affrontare la tematica tariffaria dei setting prestazionali del comparto riabilitativo e sociosanitario. A poche ore dalla data annunciata dalle associazioni di macroarea, che contribuiscono a garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA) ai cittadini campani, di autoconvocarsi presso gli Uffici del Centro Direzionale di Napoli in assenza di risposte, l'Assessore regionale al Bilancio Ettore Cinque ha fissato per il 13 febbraio p.v. un incontro con le Associazioni di Categoria del Comparto riabilitativo e sociosanitario campano.

Revisione delle tariffe e programmazione del comparto riabilitativo e sociosanitario campano, il tema al centro dell'incontro fissato per giovedì 13 febbraio alle ore 15.00 presso gli Uffici della Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del S.S.R. al 6\* piano del Centro Direzionale di Napoli, Isola C3.

La comunicazione, giunta con un documento a firma del Direttore Generale per la tutela della salute ed il coordinamento del sistema sanitario regionale Avv. Antonio Postiglione, è stata favorevolmente accolta da tutti i rappresentanti delle Associazioni di Categoria delle Macroaree Riabilitativa e Sociosanitaria che auspicano soluzioni concrete e la risoluzione della vicenda per l'aggiornamento delle tariffe riabilitative e sociosanitarie.

31 gennaio 2025

Firmato da:

Aias Arco Felice

Aiop Campania

Anaste

Anffas Campania

Anisap

Anpric

**Aris** Campania

Aspat

Aisic – Associazione Imprese Sanitarie in Campania

Confapi

Confindustria Napoli

Fedisalute

Nova Campania

## Sanità privata, altro che Flat Tax meglio applicare ai dipendenti il contratto pubblico

di *Alessandro Vergallo*

**31 GEN** - *Gentile Direttore,*

il 27 Gennaio si è svolto al Ministero della Salute un incontro sul CCNL della sanità privata al quale anche l'AAROI-EMAC ha partecipato. A seguito di quest'incontro, è emerso anche il tema della Flat Tax nella sanità privata.

Secondo la conclusione della consulenza giuridica n. 956-66/2024 resa dall'Agenzia delle Entrate all'**ARIS** (l'Associazione Datoriale della Sanità Privata) il 30 gennaio 2025, possono beneficiare dell'agevolazione solo i dipendenti delle strutture cui si rendono applicabili i CCNL della sanità pubblica.

Al proposito, [l'Aris ha espresso il proprio punto di vista.](#)

Noi ci limitiamo ad osservare non solo che tale chiarimento fornito dall'AdE è ineccepibile sotto il profilo normativo, ma che sotto il profilo economico un minor gettito per l'Erario (quello causato dalla Flat Tax in argomento) grava sui conti pubblici, ragion per cui l'inclusione della Sanità Privata nel beneficio in argomento consentirebbe ai Gruppi Privati di aumentare inaccettabilmente il proprio vantaggio concorrenziale nei confronti del SSN Pubblico rispetto all'attrattività dell'offerta di lavoro al personale necessario per erogare prestazioni sanitarie, mentre invece, in generale per tutta la Sanità Privata, la parte datoriale deve trovare il modo di migliorare il trattamento economico oltre che quello normativo dei propri dipendenti attingendo ai profitti ricavati dal rimborso pubblico delle prestazioni, a maggior ragione stante una stagnazione che perdura da troppi anni per entrambi gli aspetti.

Se proprio un difetto va evidenziato sulla legge istitutiva della flat tax per le prestazioni aggiuntive finalizzate alla riduzione delle liste di attesa e alla compensazione delle carenze di personale nel sistema pubblico, esso risiede piuttosto nell'esclusione da tale fiscalità ridotta delle prestazioni rese in aziende - sempre pubbliche - diverse da quella di appartenenza, solo poiché esse non sono contemplate specificatamente dal comma 2 (a cui si riferisce anche il comma 6) dell'art. 89 del CCNL vigente, al quale la flat tax è peraltro correttamente applicabile.

Ma tornando al tema specifico dell'intervento pubblico a favore della sanità privata, che negli ultimi tempi diviene sempre più massiccio, facciamo anche un quesito: un possibile spiraglio potrebbe aprirsi in un futuro non troppo lontano qualora le Strutture Private Convenzionate si rendessero disponibili ad applicare anch'esse ai propri dipendenti il CCNL Pubblico (il cui art. 89 comma 2 è il requisito per l'applicazione della Flat Tax)?

Ovviamente questo dovrebbe necessariamente ricomprendere anche le relazioni sindacali di rappresentanza dei lavoratori, che nessuna Organizzazione Sindacale al di fuori di quelle rappresentative nel Pubblico Impiego - per evidenti ragioni di simmetria contrattuale nei confronti della parte datoriale di lavoro - può realmente esercitare con la medesima efficacia.

Che cosa ne pensano i Datori di lavoro e i Lavoratori della Sanità Privata e - soprattutto - Governo e Regioni?

**Alessandro Vergallo**

*Presidente Nazionale AAROI-EMAC*

**31 gennaio 2025**



Agenzia Delle Entrate, Aris, Detassazione, Infermieri, Medici, Oss, Pazienti, Professioni Sanitarie, Sanità Religiosa, Strutture Religiose

Redazione Assocarenews.it ● 31 Gennaio 2025 ● 0 Commenti

## Il discutibile “no” dell’Agenzia delle Entrate. Interpello dell’ARIS sul 15% di detassazione.

*L’Ente, rispondendo a un interpello dell’Aris, nega l’applicazione della detassazione del 15% per le prestazioni aggiuntive alla sanità accreditata applicata invece al personale pubblico.*

**Costantino:** “Amarezza per una decisione ingiusta e discriminatoria”.

La flat tax del 15% si applica alle prestazioni aggiuntive del personale delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere del Servizio Sanitario Nazionale, ma non ai lavoratori della sanità accreditata. Questa la conclusione della consulenza giuridica n. 956-66/2024 resa dall’Agenzia delle Entrate all’Aris il 30 gennaio 2025, secondo cui possono beneficiare dell’agevolazione solo i dipendenti delle strutture cui si rendono applicabili i ccnl della sanità pubblica.

*“Purtroppo ci aspettavamo una risposta simile – interviene Giovanni Costantino, Capodelegazione Aris – viste le posizioni già anticipate dall’Agenzia in precedenti interpelli di dicembre e tenuto conto del fatto che anche la detassazione al 5% degli straordinari sia stata prevista dalla Legge di bilancio solo per gli infermieri dipendenti del SSN”.*

*Ciò non riduce l’amarezza – continua Costantino, cofirmatario del quesito – per una decisione evidentemente ingiusta e discriminatoria per tanti lavoratori che contribuiscono, come quelli pubblici, all’abbattimento delle liste d’attesa”.*

In effetti, come illustrato dall’Aris nell’istanza di interpello presentata il 30 settembre 2024, la sanità accreditata costituisce uno strumento di sussidiarietà orizzontale che esplica una funzione integrativa e ausiliaria del SSN. Anche sul piano della contrattazione collettiva, inoltre, i ccnl della sanità privata disciplinano le prestazioni aggiuntive in modo del tutto conforme al comparto pubblico.

*“In tale contesto – sottolinea Mauro Mattiacci, Direttore Generale dell’Aris – escludere i nostri dipendenti dal beneficio fiscale costituisce un’irragionevole disparità di trattamento, davvero contraddittoria con l’importanza del settore della sanità accreditata, senza la quale l’intero Sistema Sanitario Nazionale collapserebbe. Auspichiamo, quindi, un cambio di rotta coerente con le dichiarazioni di fine anno del Ministro Schillaci, secondo cui in Italia non si può fare a meno della sanità privata accreditata”.*

01/02/2025

## **Il fatto - Comparto riabilitativo e sociosanitario** Adeguamento tariffe di macroarea, la Regione ha convocato le associazioni

È arrivata la convocazione da parte della Regione Campania dell'incontro richiesto dalle Associazioni di categoria che rappresentano le strutture territoriali della sanità privata, che erogano prestazioni riabilitative e sociosanitarie in regime di accreditamento, per affrontare la tematica tariffaria dei setting prestazionali del comparto riabilitativo e sociosanitario. A poche ore dalla data annunciata dalle associazioni di macroarea, che contribuiscono a garantire i livelli essenziali di assistenza (Lea) ai cittadini campani, di autoconvocarsi presso gli Uffici del Centro Direzionale di Napoli in assenza di risposte, l'Assessore regionale al Bilancio Ettore Cinque ha fissato per il 13 febbraio un incontro con le Associazioni di Categoria del Comparto riabilitativo e sociosanitario campano. Revisione delle tariffe e programmazione del comparto riabilitativo e sociosanitario campano, il tema al centro dell'incontro fissato per giovedì 13 febbraio alle ore 15.00 presso gli Uffici della Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del S.S.R. al 6° piano del Centro Direzionale di Napoli, Isola C3. La comunicazione, giunta con un documento a firma del Direttore Generale per la tutela della salute ed il coordinamento del sistema sanitario regionale Avv. Antonio Postiglione, è stata favorevolmente accolta da tutti i rappresentanti delle Associazioni di Categoria delle Macroaree Riabilitativa e Sociosanitaria che auspicano soluzioni concrete e la risoluzione della vicenda per l'aggiornamento delle tariffe riabilitative e sociosanitarie. Il documento è stato firmato da Aias Arco Felice, Aiop Campania, Anaste, Anffas Campania, Anisap, Anpric, Aris Campania, Aspat, Aisic - Associazione Imprese Sanitarie in Campania, Confapi, Confindustria Napoli, Fedisalute, Nova Campania.

# ilGiornale di Salerno.it

e provincia

## ADEGUAMENTI TARIFFARI DI MACROAREA. LA REGIONE CAMPANIA CONVOCA LE ASSOCIAZIONI DEL COMPARTO RIABILITATIVO E SOCIO SANITARIO

📅 GENNAIO 31, 2025 🗿 REDAZIONE  
REGIONA, SOCIO SANITARI

È arrivata la convocazione da parte della Regione Campania dell'incontro richiesto dalle Associazioni di categoria che rappresentano le strutture territoriali della sanità privata, che erogano prestazioni riabilitative e socio sanitarie in regime di accreditamento, per affrontare la tematica tariffaria dei setting prestazionali del comparto riabilitativo e socio sanitario.

A poche ore dalla data annunciata dalle associazioni di macroarea, che contribuiscono a garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA) ai cittadini campani, di autoconvocarsi presso gli Uffici del Centro Direzionale di Napoli in assenza di risposte, l'Assessore regionale al Bilancio **Ettore Cinque** ha fissato per il **13 febbraio p.v.** un incontro con le Associazioni di Categoria del Comparto riabilitativo e socio sanitario campano.

Revisione delle tariffe e programmazione del comparto riabilitativo e socio sanitario campano, il tema al centro dell'incontro fissato per **giovedì 13 febbraio alle ore 15.00** presso gli **Uffici della Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del S.S.R.** al 6° piano del Centro Direzionale di Napoli, Isola C3.

La comunicazione, giunta con un documento a firma del Direttore Generale per la tutela della salute ed il coordinamento del sistema sanitario regionale **Avv. Antonio Postiglione**, è stata favorevolmente accolta da tutti i rappresentanti delle Associazioni di Categoria delle Macroree Riabilitativa e Socio sanitaria che auspicano soluzioni concrete e la risoluzione della vicenda per l'aggiornamento delle tariffe riabilitative e socio sanitarie.

31 gennaio 2025

Firmato da:

Aias Arco Felice  
Aiop Campania  
Anaste  
Anffas Campania  
Anisap  
Anpric  
Aris Campania  
Aspat  
Aisic - Associazione Imprese Sanitarie in Campania  
Confapi  
Confindustria Napoli  
Fedisalute  
Nova Campania

BZ Rebel Pay per you

la Repubblica

Fondatore Eugenio Scalfari



Direttore Mario Orfeo

Meno guidi, più risparmi. la polizza Auto al km! BZ Rebel Pay per you



Lunedì 3 febbraio 2025

Oggi con Affari&Finanza

€ 1,70

IL PIANO

Il partito europeo di Musk

Il miliardario consigliere di Trump lancia il movimento nazionalista Mega: "Make Europe Great Again" Un appello per unire le destre contro la Ue. Il post su X ha ricevuto l'adesione di sovranisti e suprematisti

Dazi, Canada e Messico al contrattacco: tasse sulle merci Usa

Elon Musk su X chiama a raccolta gli stati europei e - sulla falsariga del Maga americano - lancia il movimento nazionalista Mega: Make Europe Great Again. Quello del miliardario consigliere di Trump è in realtà un appello per unire le destre contro l'Unione europea. Immediata l'adesione dei suprematisti. Intanto non si ferma la guerra dei dazi: Canada e Messico reagiscono stabilendo una tassa da applicare alle merci degli Usa. di Basile, Ciriaco, Guerrero e Occorsio alle pagine 2, 3 e 7

È finita la pax americana

di Marta Dassù

Le tariffe (dazi doganali) decise da Trump il contro Messico e Canada, con un'aggiunta alla Cina per il commercio di Fentanyl, immescano quella che il Wall Street Journal definisce la guerra commerciale "più stupida" della storia. In effetti, le motivazioni economiche sono nulle - o quasi. E lesive per settori dell'America stessa. Mentre il fine è politico: sigillare i confini degli Usa all'immigrazione illegale, tagliare i cartelli della droga, controllare la penetrazione cinese. a pagina 22

Giustizia

Caso Almasri Forza Italia: ripristinare l'immunità

Dopo il caso Almasri, Forza Italia sta lavorando a un testo per ripristinare l'immunità per parlamentari e componenti del governo: lo scudo tolto in parte nel 1993 sulla scia di Tangentopoli. di Carlucci, Frascilla e Sannino alle pagine 8 e 9

Il boomerang dei migranti

di Luigi Manconi

Se quello che appare oggi come il maggiore punto di forza delle destre di tutto il mondo - la questione delle migrazioni - si traducesse con il tempo nel motivo di loro più acuta debolezza? Notizie provenienti dalla Corte di Appello di Roma e dal parlamento tedesco, ma anche dalla stessa America trumpiana, sembrano confermare una simile ipotesi. Il fenomeno delle migrazioni è enorme, ed enormemente complesso, e richiede risposte altrettanto complesse, provvedimenti razionali e strategie intelligenti. Al contrario, i programmi delle destre sono, palesemente, semplici. E pur se suggestivi e ad alto tasso di manipolazione, si rivelano semplicistici fino alla rozzezza; e cominciano già a manifestare le prime crepe. continua a pagina 22



Ma Berlino in piazza dice no all'alleanza con i neonazisti

dalla nostra corrispondente Mastrobuoni, dalla nostra inviata Castelletti alle pagine 4 e 5

PRIMI SINTOMI INFLUENZALI PER I TUOI ECCI, PUOI PROVARE VIVIN C. VVIN C agisce rapidamente contro il raffreddore e i primi sintomi influenzali. Con Vitamina C per la difesa immunitaria. RAFFREDDORE

L'inchiesta Scoperti gli 007 che spiavano i palazzi del potere di Giuliano Foschini Si chiama Squadra Fiore. È un'agenzia clandestina di investigazioni private composta da agenti delle forze di polizia, ex componenti delle nostre agenzie di intelligence, alcuni dei quali forse ancora in servizio che, sotto copertura, agivano per clienti privati. Ha lavorato per molto tempo a Roma. a pagina 20

Sport Derby di Milano gol annullati e pali poi l'Inter pareggia di Currò, Sereni e Vanni nello sport

la Repubblica 50 Così cambiò il racconto del mondo di Paolo Garimberti Sono arrivati a Repubblica nel 1986, l'anno del decennale, che poi a dicembre fu anche l'anno del primo sorpasso sul Corriere della Sera. L'intesa con Eugenio Scalfari era che avrei assunto la guida della redazione esteri. Eugenio era stato molto deciso nell'indicare che cosa si aspettava da me: «Il modo di narrare la politica internazionale va cambiato». a pagina 24

CORRIERE DELLA SERA

KES

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campania 39 C - Tel. 06 688281

DEL LUNEDÌ

Servizio Clienti - Tel. 02 63707310
mail: servizioclienti@corriere.it

Federica Brigone
«Non smetto mai di imparare
Più forte anche grazie a Sofia»
di Daniele Sparisci
a pagina 34



Giuseppe Laterza
E Agnelli fece tuffare
Putin il «palestrato»
di Paola Pica
a pagina 21

Modenantiquria
XXXVIII Mostra di Arte Antiquariale
8-16 febbraio
www.modenantiquria.it
Preview venerdì 7 febbraio

Anche Messico e Canada annunciano la linea dura. La Casa Bianca a Trudeau: diventate un nostro Stato

La Cina contrattacca sui dazi Usa

«Presto misure altrettanto severe». Vertice Ue con Meloni, piano per trattare con Trump

L'AZZARDO GLOBALE

di Massimo Gaggi

Perché Donald Trump scatena la guerra dei dazi senza nemmeno avviare un negoziato e nonostante quasi tutti, anche a destra — dal Wall Street Journal agli economisti e ai think tank conservatori — lo avvertano che danneggerà l'economia americana...

Ma serve una premessa: se nel Trump e il presidente era imprevedibile ma poi, nelle decisioni estreme, veniva contenuto da un team di conservatori «istituzionali», lo è ancora di più ora che, dopo essersi lungamente preparato a rimuovere gli ostacoli al suo potere assoluto...

«Nessun vincitore dalla guerra commerciale». È immediata la risposta della Cina ai dazi imposti da Trump. E reagiscono anche Messico e Canada...

LE CONSEGUENZE SUI MERCATI

Energia, industria Chi rischia di più

di Francesca Gambarini

Dall'automotive ai medicinali, ecco quali sono i settori industriali messi più a rischio dai dazi americani.

IL NUOVO MOVIMENTO Musk lancia Mega: la Ue torni grande



di Federico Rampini

Musk lancia la campagna Mega (Make Europe Great Again) su Twitter. E invita i cittadini europei ad aderire.

IL FARMACO-DROGA Boss e laboratori: l'affare Fentanyl



di Guido Olimpio

È un caso diplomatico che coinvolge Cina, Messico e Usa il farmaco Fentanyl. Un chilo frutta 640 mila dollari.

Serie A A San Siro e all'Olimpico, il pari arriva nel recupero



A San Siro al 93' Nicola Zalewski, appena arrivato all'Inter, entra e confeziona l'assist per i gol di De Vrij che pareggia i conti con il Milan

L'Inter riacciufla il Milan E il Napoli non scappa

di Paolo Condò

Dopo tre palli, in un derby combattuto l'Inter acciuffa il Milan nel recupero. Polemiche per un rigore negato ai nerazzurri. Ma il Napoli pareggia all'Olimpico con la Roma e non scappa.

Bardazzi, Bocci, M. Colombo, Nerozzi Passerini, Scozzafava, Tomaselli, Valdiserri

GIANNELLI
FOTOCORRISPONDENTE DI UNA GIORNATA PARTICOLARE
DA ZIO TRUMP

Migranti Dopo l'ultima sentenza

Il governo non ferma l'operazione Albania E pensa a un ricorso

di Giovanni Bianconi

Dopo il rientro in Italia dei 43 migranti che in nave erano stati trasferiti martedì scorso in Albania, il governo dice che andrà avanti e pensa a un ricorso contro la decisione dei giudici.

DATARO.COM

Medici di base e pazienti, cosa cambia con la riforma

di Milena Gabanelli e Simona Ravizza

Ecco il documento riservato sulla riforma che cambierà i medici di famiglia: previsto il loro passaggio da liberi professionisti a dipendenti. Chi si oppone.

L'indagine Salvatore è in coma Picchiato alle Canarie, arrestato l'aggressore

di Alfio Sciacca

Fermato a Lanzarote l'aggressore di Salvatore Sinagra, in coma dopo il pestaggio. Pare sia un pregiudicato.



ULTIMO BANCO di Alessandro D'Avenia

Partecipo da anni a un progetto di orientamento alla scelta del futuro dedicato a ragazzi degli ultimi due anni di superiori, ma il discorso vale anche per l'imminente iscrizione alle superiori. Lo abbiamo intitolato: «Università: che cosa vuoi fare di grande?».

Scissione



la quantità ma nella qualità, non in quanti anni di vita hai ma in quanta vita c'è negli anni che hai. Un seme è già grande per la sua energia, ed educare è porre le condizioni perché quella grandezza abbia luogo e si compia.

continua a pagina 20

PER LA TUA PUBBLICITÀ NAZIONALE - INTERNAZIONALE
europe media
carta stampata - tv - radio - cinema - out of home - stazioni ferroviarie - aeroporti - autostrade - centri commerciali - sponsorizzazioni sportive
02 80887115

LA TESTIMONIANZA DELLA MADRE

“Il mio Andrea ucciso dai bulli nessuno ci ha mai chiesto scusa”

ELISA FORTE - PAGINA 21



IL REPORTAGE

Roccaraso, l'orgoglio tiktoker “Ci divertiamo, non giudicate”

NICCOLÒ ZANCAN - PAGINA 23



GLI SPETTACOLI

La Gialappa's Band: noi, Fiore e lo scherzo a Pippo Baudo

ADRIANA MARMIROLI - PAGINA 20



# LA STAMPA



LUNEDÌ 3 FEBBRAIO 2025

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

1,70 € II ANNO 159 II N. 33 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II [www.lastampa.it](http://www.lastampa.it)

GNN

IRA CINESE, SCATTA IL RICORSO. IL CANADA REAGISCE, TRUMP: DIVENTIL'51° STATO USA. NO DELLA BCE: RISponderemo

## Dazi, l'Italia rischia 10 miliardi

I timori su agroalimentare e meccanica, Meloni media. Musk lancia il movimento Mega: tocca all'Ue

L'ANALISI

La chiamata alle armi di Elon l'anti-europeo

FLAVIA PERINA

Nel gran parco giochi della politica americana, o meglio transnazionale, planetaria, stellare, c'è una nuova sigla: MEGA. Make Europe Great Again. L'ha lanciata Elon Musk su X invitando gli europei ad associarsi alla formazione. Nessuno sul social ha capito bene di che si tratta però il bar di Guerre Stellari si è messo subito in movimento. - PAGINA 7

IL COMMENTO

Ma così l'America perderà il suo primato

ALAN FRIEDMAN

I e guerre commerciali dichiarate contro Canada, Messico e Cina da Donald Trump e la sua promessa di imporre dazi all'Ua segnano l'inizio di una nuova fase di instabilità e di incertezza economica globale. Se la guerra commerciale degenererà, quasi sicuramente comporterà un boom economico. - PAGINA 5

IL COLLOQUIO

Hollande: “Bruxelles non può stare ferma”

FRANCESCA SCHIANCHI

La seconda presidenza di Trump non è la prosecuzione della prima, mette in guardia l'ex presidente francese socialista François Hollande, oggi deputato all'Assemblea nazionale. Nel 2017 ha lavorato con l'attuale presidente americano. - PAGINA 4

BARONI, LOMBARDO, SIMONI

Donald Trump affida di prima mattina il suo pensiero sui dazi a Truth. «All'inizio ci sarà qualche sofferenza» per gli americani ma è un passaggio necessario per «rendere l'America di nuovo grande e ne varrà la pena». Intanto le tariffe Usa potrebbero colpire 44 mila imprese del nostro Paese. Tra meccanica, moda e alimentare l'Italia rischia 10 miliardi di costi. - PAGINE 23

Se il Paese non smette di guardare al passato

Alessandro De Angelis

IL CASO UNICREDIT-GENERALI

Orcel, il blitz sul Leone e le trattative per Bpm

BARBERA, GHICCO, LUINE

Orcel svela le carte su Generali e conferma di aver messo insieme il 4,1% del Leone. Unicredit chiarisce di aver acquisito «nel tempo» le azioni come «puro investimento finanziario», per una quota che ai prezzi attuali di Piazza Affari vale due miliardi di euro e gestisce per conto dei propri clienti un ulteriore 0,6%. Quella su Trieste è solo l'ultima scorribanda. - PAGINE 24 E 25

LA POLITICA

Prodi gela i centristi Pd “Non apro la direzione”

GARRATELLI, DIMATTEO

Trent'anni dopo il lancio del suo Ulivo, Romano Prodi anima ancora il dibattito dentro al centrosinistra. Lo fa con i suoi consigli pungenti a Elly Schlein, spesso disattesi, come quello di non candidarsi alle elezioni europee, visto che non aveva intenzione di trasferirsi a Bruxelles. Lo fa quando avverte la segretaria Pd che deve dimostrare di «saper federare» le forze di opposizione. - PAGINA 14

L'INTERVISTA

Liliana Segre e l'Afd “Pronta a mostrare quei numeri tatuati sopra il mio braccio”

DOMENICO AGASSO



«Di fronte alle deportazioni di Trump, ai migranti respinti o rinchiusi solo perché “colpevoli” di essere nati altrove, non posso non ricordare la sensazione di non essere voluti da nessuno». La sorte dei bambini «mi è sempre stata a cuore. Sono stata una bambina anch'io e non potrò mai dimenticare quello che mi è successo». - PAGINA 9

IL CAPO DELL'UNHCR

Grandi: aiuti umanitari vedrò Rubio e Ursula

ELEONORA CAMILLI

Il rischio esiste. «Mi auguro che gli Usa ci confermino i fondi, per non dover dimezzare la nostra organizzazione e la nostra azione». Lo dice Filippo Grandi, a capo della più grande agenzia Onu per i rifugiati, l'Unhcr, che fornisce aiuto a 122 milioni di migranti forzati in 136 paesi al mondo. Per ora la nuova amministrazione Trump ha congelato per tre mesi i fondi alle agenzie umanitarie, in attesa di esaminare ed eventualmente approvare, ogni singolo stanziamento. Il segretario di Stato, Marco Rubio, ha poi parzialmente corretto il tiro, spiegando che saranno esentati dallo stop gli aiuti salvavita, e cioè medicine di base, servizi medici, cibo, alloggio e assistenze. SEMPRE - PAGINA 11

I BIANCONERI BATTONO L'EMPOLI. IL DERBY DI MILANO FINISCE IN PAREGGIO. LA ROMA FERMA IL NAPOLI: 1-1

## La Juve è tornata

BALIZZI, BUCCHIERI



La rimonta che può cambiare la stagione

ANTONIO BARILLA

LA CULTURA

## Perché l'obbedienza è di nuovo una virtù

VITO MANCUSO

Fecce bene don Milani nel 1965, sessant'anni fa, a dichiarare che «l'obbedienza non è più una virtù? Io penso di sì, oggi però, guardando lucidamente la condizione della società, bisogna a mio avviso riaffermare il contrario: l'obbedienza è una virtù, una delle più alte. Le virtù e i valori, infatti, non sono degli assoluti, nulla nel nostro mondo ondeggiante lo è. - PAGINA 28



IL LIBRO

Acciaio, pane e veleno ecco i fantasmi dell'Ilva

VALENTINA PETRINI

«Nel tempo avrei scoperto che quella busta paga mi avrebbe in realtà garantito una vita di pane e veleno, tanto da farmi fare il malessere». - PAGINA 29



RICHIEDI ORA LA TUA VISITA.

[WWW.DENTALFEEL.IT](http://WWW.DENTALFEEL.IT)  
D.S. Dott. Armando Ferraro

F.lli Frattini  
Serie MARCILO S  
frattini.it

**ALLART**  
PORTE FINESTRE COPERTURE  
TEL 06 4911404

# Il Messaggero

**ALLART**  
PORTE FINESTRE COPERTURE  
www.allartcenter.it  
Roma

€ 1,40 ANNO 147 - N° 33  
Sped. in A.P. 03/03/2025 con L.46/2004 art.1 c) DC 38

NAZIONALE



Lunedì 3 Febbraio 2025 • S. Biagio

IL MERIDIANO

Commenta le notizie su **ILMESSAGGERO.IT**

**Tendenze pericolose**  
**Se lo psicologo che ci consiglia è un chatbot**

Panetta a pag. 13



**Il favorito a Sauremo**  
**Olly: «Le mie hit non sono di plastica racconto emozioni»**

Marzi a pag. 19



**Stasera a Cagliari (20,45)**  
**Lazio, Belahyane e Provstgaard i colpi in extremis**

Abbate e Faccini nello Sport



**L'editoriale**  
**ALMASRI E L'ERRORE DELLA VIA GIUDIZIARIA**

Alessandro Campi

La scelta del governo italiano di riportare frettolosamente in patria, con un aereo dei servizi di sicurezza, il generale libico Osama Elmasri, accusato di crimini di guerra e violazione dei diritti umani dalla Corte penale internazionale dell'Aia, ha riaperto antiche discussioni, difficili in effetti da risolvere, sul rapporto tra giusto e utile, sulla tensione esistente tra diritto e politica, sui contrasti che possono insorgere tra coscienza individuale e moralità collettiva.

Aver espulso Almasri, invece di arrestarlo e consegnarlo alla magistratura, è stata una decisione frettolosa e irresponsabile, assunta peraltro in violazione dei trattati internazionali e di un elementare senso di giustizia, o un atto politico in sé discrezionale ma ispirato a ragioni che hanno a che vedere con la tutela, legittima e necessaria, dell'interesse nazionale?

Cos'era preferibile in questo controverso caso: mandare a processo un personaggio accusato formalmente di essere un torturatore di regime o liberarsi senza troppi indugi di una presenza scomoda per non compromettere i rapporti dell'Italia con la Libia e non esporci a prevedibili ritorzioni da parte di quest'ultima?

Dilemmi non facili da sciogliere e che hanno spinto critici e sostenitori del governo a evocare, con giudizi politici contrapposti, la cosiddetta ragione di Stato. Vale a dire la possibilità (...)

Continua a pag. 21

## Dazi, la risposta dell'Europa

► Oggi il Consiglio straordinario dei leader: reazione ferma. Meloni "pontiere" con gli Usa  
Trump replica alle polemiche interne: tariffe dolorose ma utili. Segnale alla Cina, che apre al dialogo

ROMA Trump: dazi dolorosi ma utili. Oggi il Consiglio straordinario dei leader: reazione ferma.

Guaita, Rosana e Sciarra alle pag. 2 e 3

**Tremonti: serve un nuovo accordo globale**

«L'America rischia un effetto boomerang  
Ma a Bruxelles manca una bussola»

Mario Ajello

«Dazi, per gli Stati Uniti c'è il rischio boomerang. Serve una Bretton Woods». Così l'ex ministro e oggi deputato Fdi Gaio Tremonti in una intervista a Il Messaggero.



«Gran parte dell'industria europea è posseduta dall'America. Alla Ue manca una bussola: sulla Gazzetta ufficiale norme sul larve, lavatrici e sulle vit-»

A pag. 4

**Al via la campagna nel vecchio continente**

Musk: «Make Europe great again»  
La sfida suprematista all'Unione

Mauro Evangelisti

Dopo il Mega ecco il Mega: con un post su X («Make Europe great again», Rendiamo l'Europa di nuovo grande.) Elon Musk torna a occupare



si di elezioni in Germania e lancia un messaggio al mondo nazionalista. Il patron di Tesla fa campagna per l'ultradesca tedesca: la Germania per lui è lo Stato chiave.

A pag. 9

**Il nuovo Reddito**

Si cerca più lavoro  
Ma gli specializzati non si trovano

ROMA Con il nuovo Reddito si cerca più lavoro, ma mancano specializzati. Secondo gli ultimi dati Inps, un beneficiario su quattro trova occupazione anche se in prevalenza si tratta di impieghi con qualifiche di livello basso.

Bisozzi a pag. 7

**All'Olimpico Napoli avanti con Spinazzola, poi Angelino firma l'1-1**



### Il pari della Roma all'ultimo respiro

La gioia di Angelino dopo il gol dell'1-1 al Napoli (da sinistra: Aloisi, Angelini, Carina e Tina nello Sport

### Ferito a coltellate in strada a Roma Grave un 15enne

► A Monteverde rapina finita nel sangue  
Il ragazzino colpito ripetutamente al torace

Camilla Mozzetti  
Luisa Urbani

Un 15enne accolto durante una rapina a Roma, riverso in codice rosso. Nella tarda serata di ieri un ragazzo è stato ferito in strada nel quartiere Monteverde, in piazza Flavio Biondo. Secondo quanto ha riferito, l'aggressione sarebbe avvenuta nel corso di una rapina. Colpito più volte al torace per aver reagito, è stato operato nella notte. Caccia agli aggressori.

A pag. 10

**Il reportage**

Roccaraso, l'assalto stavolta è un flop  
«Ora tutti a Ovindoli»

dalla nostra inviata

Raffaella Troili

ROCCARASO (Aq) Occasione, la fuga dei bus. Maltampo e poca neve: niente invasione. A pag. 12

Veri a pag. 12

«Chi sa non parla»



In coma a Lanzarote fermato il presunto autore del pestaggio

ROMA Salvatore Sinagra in coma a Lanzarote, fermato un 25enne pregiudicato residente sull'isola spagnola. Oggi sarà interrogato.

Di Corrado e Pace a pag. 11

**PRIMI SINTOMI INFLUENZALI**

**PER I TUOI ECCI, PUOI PROVARE VIVIN C.**

Vivin C agisce rapidamente contro il raffreddore e i primi sintomi influenzali. Con Vitamina C per le difese immunitarie.

**RAFFREDDORE**

**Il Segno di LUCA**

**ARIETE, LIBERO DAL DOLORE**

La Luna è nel tuo segno dove si congiunge con Chirone, unendosi a lui nel quadrato con Marte. Sembra che ci sia la possibilità di superare una ferita che appartiene al passato ma in qualche modo continua a condizionare le tue decisioni e i tuoi comportamenti, alimentando un atteggiamento di protezione e difesa che non è più necessario adottare. Pensa alla tua salute come a un processo che trasforma il dolore in conoscenza e sapienza.

**MANTRA DEL GIORNO**  
Il dolore si estingue attraversandoti.

© RIPRODUZIONE AUTORIZZATA  
L'oroscopo a pag. 21

\* Tante con altri quotidiani (non disponibili separatamente) nelle province di: Messina, Lecce, Brindisi e Taranto, Il Messaggero - Nuova Quotidiana di Puglia € 1,20, la domenica su Fotomessaggero € 1,40; in Abruzzo, Il Messaggero - Corriere dello Sport Stadio € 1,40; nel Lazio, Il Messaggero - Primi Piano Notte € 1,50; nelle province di Bari e Foggia, Il Messaggero - Nuova Quotidiana di Puglia - Corriere dello Sport Stadio € 1,50; «La fortuna a Roma» € 0,50 (solo Roma)

POLEMICA PER LO STALLO NELLE MISURE TAGLIA-CODE DEL GOVERNO E IL SSN

## Fdl accusa anche Cartabellotta “Gimbe mente sulle liste d’attesa”

VALENTINA PETRUCCI  
ROMA

La fondazione Gimbe finisce nel mirino di Fratelli d’Italia. Il duro attacco contro l’organizzazione guidata da Nino Cartabellotta arriva per mano del senatore meloniano Franco Zaffini, presidente della commissione sanità e lavoro a Palazzo Madama. La causa è l’allarme lanciato dalla Fondazione, lo scorso 29 gennaio, sul preoccupante stallo delle liste d’attesa.

«Questo governo sta lavorando in tutti i modi per ridurre le liste d’attesa e per garantire ai cittadini il diritto alla salute – tuona Zaffini in una lunga nota – ma non possiamo fare in pochi mesi quello che non è stato fatto negli ultimi venti anni. Basta

con le fake news e le strumentalizzazioni dei comunisti e dei loro cavalier serventi». A scatenare l’ira di Fratelli d’Italia è il comunicato stampa di Gimbe nel quale si legge che, in sei mesi, soltanto uno dei sei decreti attuativi è stato approvato e che i benefici per milioni di pazienti sono ancora lontani, così come le tempistiche incerte. E in effetti, la Fondazione spiega che il decreto legislativo 73/2024 sulle liste d’attesa, convertito dalla legge 107/2024, è entrato in vigore l’8 giugno 2024 ma, dopo sei mesi, soltanto uno dei sei decreti attuativi necessari è stato adottato provocando – chiarisce Gimbe – uno stallo che paralizza l’attuazione delle misure previste dalla

norma, ritardando un provvedimento cruciale per risol-

vere i problemi dei cittadini. Parole che non vanno giù al partito della premier e che provocano la replica a muso duro di Zaffini: «Ormai mentire sul nostro Servizio sanitario nazionale è quasi diventato uno sport amatoriale. Anche il presidente Gimbe, Nino Cartabellotta, subito seguito col copia/incolla dai comunisti di Avs, ha denunciato che, sulle liste di attesa, secondo lui, dei 6 decreti attuativi, che determinano il funzionamento del decreto di fine luglio, ne sarebbe stato promulgato soltanto uno». Unanime il coro delle opposizioni a sostegno della fondazione Gimbe: «Fratelli

d’Italia e il governo Meloni stanno cinicamente smantellando la sanità pubblica per favorire gli amici del privato – tuona la segretaria Pd Elly Schlein – I loro tagli costringono quasi 5 milioni di italiani a rinunciare alle cure, gli altri a spendere 40 miliardi di tasca propria. In questo disastro si permettono anche di attaccare chi è impegnato a difesa del Ssn». —



➔ **NUOVO  
IDOLO DEM**

## Guai a criticare il compagno Cartabellotta

**PIETRO SENALDI**

Si dice che Nino Cartabellotta, presidente della fondazione Gimbe, avesse una voglia matta di collaborare anche con questo governo e si sia attivato per incontrarne gli esponenti. Si dice anche che

i suoi interlocutori non gli abbiano dato particolare (...) segue a pagina 10

**Il numero uno di Gimbe criticato da Fdi**

# GUAI A CONTESTARE CARTABELLOTTA: ECCO IL NUOVO IDOLO DEI COMPAGNI DA SALOTTO

segue dalla prima

**PIETRO SENALDI**

(...) soddisfazione; non per disistima o partigianeria, piuttosto per la difficoltà di capire in che modo l'uomo potesse rendersi utile. Lesa maestà, il Cartabellotta se ne è avuto a male e, combinazione, da allora non perde occasione per sparare a palle incatenate contro l'esecutivo.

L'ultima intemerata è sul tema liste d'attesa: dei sei decreti attuativi fatti per risolvere il problema dei tempi delle visite, ne è stato approvato uno, lamenta Gimbe, omettendo di dire che altri tre sono già passati e attendono solo il via libera della conferenza Stato-Regioni; anche per essi quindi l'esecutivo ha fatto il suo. A ricordarlo, ci ha pensato Francesco Zaffini, senatore di Fdi, che ha accusato il medico di mentire. Tanto è bastato per scatenare le ire dei pezzi grossi della sinistra, da Elly Schlein ad Angelo Bonelli, fino a Michele De Pascale, presidente dell'Emilia Romagna, dove la fondazione ha sede. Il coro è unanime: Giorgia Meloni tenga a bada i suoi e guai a criticare Cartabellotta,

impegnato da anni a difendere il sistema sanitario nazionale. Anche da M5S si sono fatti sentire, per una volta d'accordo con il Pd.

Ora, che cosa abbia mai fatto per il servizio sanitario nazionale Cartabellotta, in realtà è un mistero. Certo è che Gimbe è stata miracolata dal Covid. Prima, la fondazione era conosciuta da pochi addetti ai lavori. Dopo, si è costruita l'aurea di un'istituzione scientifica, anche se di scientifico ha poco o nulla: la fondazione fa dei corsi di formazione professionale per il personale sanitario, per i quali riceve denaro pubblico, e poi «promuove l'applicazione e la diffusione delle migliori evidenze scientifiche con attività indipendenti di ricerca», come spiegato nella sua pagina su internet. Chi finanzia questi studi? Che titolarità ha Gimbe per valutare i risultati scientifici altrui? Su quali cervelloni del-



la medicina può contare? Sono domande per le quali è difficile trovare risposta, anche perché, sempre scavando sulla sua pagina internet, pare che la fondazione, nell'aggiornare i rendiconti dei fondi che riceve, sia molto più in ritardo dei decreti attuativi di cui contesta la mancanza al governo. Questione di anni, non di mesi.

Quello che si sa è che Cartabellotta è stato molto utile alla causa del governo giallorosso in tempi di pandemia. Coincidenza ha voluto infatti che i suoi studi portassero a conclusioni che inevitabilmente promuovevano l'operato di Conte e compagni o si dimostravano straordinariamente funzionali alle decisioni

da prendere di volta in volta, specie alle più impopolari. Sicuramente il presidente, pur non essendo un luminaire, è un gran lavoratore. La sua creatura presenta un organigramma ai minimi termini, con quattro gatti che hanno venti funzioni ciascuno. Sarà per questo che, almeno nella forma i risultati delle sue ricerche, più che i report scientifici dell'ospedale John Hopkins di Baltimora ricordano le ricerche su internet degli studenti delle superiori. Ma questo è un giudizio personale.

Fatto sta che con il suo giochino, Cartabellotta va avanti dal 1996 e dal 2014 la fondazione ha ottenuto, dalla Commissione Nazionale per la Formazione, l'accreditamento per fare i suoi corsi,

confermato nel 2021. Caso strano quando il socio forte del governo era sempre il Pd, il solo partito che riconosce a Gimbe un alto valore scientifico. Forse perché non si ricorda un'intensa attività di denuncia e documentazione da parte della fondazione nei dieci anni in cui i dem hanno sistematicamente tagliato i fondi alla sanità.



“CONFLITTI D’INTERESSI”

Liste di attesa  
da incubo. E c’è  
pure Mantoan

◉ MANTOVANI A PAG. 16



**SANITÀ MALATA**

# Incubo liste d’attesa: alla Salute mancava solo il caso Mantoan

**L’INCARICO** Schillaci nomina l’ex n° 1 Agenas,  
passato ai privati. Pd e M5S: conflitto d’interessi

» **Alessandro Mantovani**

**L**e liste d’attesa sono una tragedia della sanità italiana. La fondazione Gimbe ci ha appena ricordato che il decreto legge spot voluto dal governo Meloni lo scorso giugno, alla vigilia delle Europee, dopo sette mesi non ha prodotto risultati. Siamo a febbraio e mancano ancora diversi decreti attuativi: quello che introdurrebbe i controlli centrali e la surrogata delle Regioni, è bloccato dalle Regioni stesse, che non vogliono controlli da chi sottofinanzia la sanità (come altri governi in passato). Oggi il ministero della Salute non dispone nemmeno dei dati in tempo reale per poter intervenire, se glieli portano i carabinieri del Nas (come nel settembre 2023) fingono di non vederli: per questo a breve dovrebbe funzionare una piattaforma digitale, ci sta lavorando Agenas, l’Agenzia nazionale

per i servizi sanitari regionali.

**SOTTO NATALE**, però, all’improvviso se n’è andato il direttore di Agenas, Domenico Mantoan, già capo della sanità del Veneto, poi presidente Aifa (farmaco), quindi in pieno Covid nominato ad Agenas che da allora tutto sommato funziona meglio del ministero. Pare che avesse chiesto al ministro Orazio Schillaci una proroga, per evitare la scadenza a settembre 2025 che l’avrebbe costretto a passare per le forche caudine delle Regioni sotto elezioni (nel nostro barocco ordinamento sanitario il direttore di Agenas è nominato di concerto con le Regioni), ma non l’ha avuta.

Così Mantoan ha colto un’offerta al volo, è andato in pensione e ora dirige l’ospedale Pederzoli di Peschiera del Garda (Verona) e ha un ruolo di rilievo nel gruppo Salus

Spa, che controlla diverse altre strutture sanitarie venete: fatturano poco più di 200 milioni di euro, quasi tutti da convenzioni con il Servizio sanitario nazionale.

Le offerte non mancavano a uno come Mantoan, oltre trent’anni nella sanità pubblica, ampia rete di relazioni anche nel privato, uomo di potere discusso ma di riconosciuta competenza. L’ex capo di Agenas, però, manca molto a Schillaci, circondato da dirigenti di minore esperienza. Così il ministro ex rettore di Tor Vergata gli ha dato un incarico gratuito di consigliere per la questione delle liste d’atte-



sa e quella, pure spinosa e peraltro collegata, dei Drg, le tariffe che le Regioni pagano alle strutture sanitarie pubbliche e private convenzionate per i nuovi Lea (Livelli essenziali di assistenza), approvate a fine 2024. Dovendo pagare prestazioni nuove con pochi soldi, hanno tagliato molto. Finirà che il pubblico farà più deficit o meno prestazioni, mentre i piccoli privati accreditati rischiano grosso e da mesi protestano. Ma sulla sospensiva hanno perso al Tar.

Le opposizioni Pd e M5S hanno protestato, vedono un "conflitto di interessi" nell'incarico di Mantova. Occupandosi delle liste d'attesa, potenzialmente potrebbe favorire aziende come quella che per

cui oggi lavora, senza contare che la quota del privato convenzionato sembra comunque destinata a crescere.

Un'incompatibilità formale, dicono alla Salute, non c'è, ma qualche problema di opportunità forse. Mantova ha offerto a Schillaci un passo indietro, il ministro sta valutando. C'è pure da nominare il nuovo direttore di Agenas, o forse un commissario. Ipotesi, quest'ultima, che non piace alle Regioni.

Il percorso sulle liste d'attesa si complica e intanto aumenta la spesa sanitaria privata - giunta nel 2023 al record di 43 miliardi, più 7% sul 2022 (Ragioneria dello Stato, dicembre 2024) - che nutre i profitti del settore. Secondo il rapporto Crea di qualche giorno fa il "disagio economico" dovuto alla necessità di pagarsi le cure, anche con spese "catastrofiche", riguarda il 6,1% delle famiglie. Gli italiani che rinunciano a curarsi, rileva l'Istat, sono stati il 7,6% nel 2023, contro il 6,3% nel 2019 pre-Covid.

Purtroppo alla Salute sono in ritardo anche su altro,

dalla telemedicina al fascicolo sanitario elettronico, temi delicatissimi ed enorme rilievo economico. Stanno lavorando sull'assistenza territoriale (Case della salute, ecc.), ma senza riformare la medicina di famiglia è difficile: la corporazione ha dimostrato notevoli capacità di resistenza. D'altra parte, come sappiamo, questioni ideologiche su *lockdown* e vaccini bloccano da un anno perfino il nuovo Piano pandemico. L'elenco dei ritardi può continuare a lungo, mentre per aumentare i dirigenti (e qualche stipendio) alla Salute sono stati rapidissimi. Giorgia Meloni ha capito che sulla sanità può farsi male perfino lei?

## BUIO PESTO

I RITARDI DEL MINISTERO E IL BRACCIO DI FERRO CON LE REGIONI

## IN FUGA DALLA SANITÀ PUBBLICA

### DIMISSIONI +300%

Come ha fatto sapere il ministero nei giorni scorsi al Parlamento, negli ultimi anni le dimissioni del personale dalla Sanità pubblica sono triplicate. Siamo passati da 1.564 casi nel 2016 a 4.349 nel 2022. Un fenomeno che nasce dal lavoro usurante e da stipendi bassi. Ma è anche il segnale di una fuga dal Sistema Sanitario Nazionale verso quello privato.



**Promessa elettorale**  
Al decreto spot mancano i decreti attuativi  
FOTO LAPRESSE





Servizio L'esito delle ispezioni

## Ispezioni ministeriali rivelano: un'Asl su 4 non rispetta le regole sulle liste d'attesa

Agende delle prenotazioni di visite ed esami chiuse oppure percorsi di garanzia non attivati

*di Redazione Salute*

31 gennaio 2025

Agende delle prenotazioni di visite ed esami chiuse e quindi che respingono le richieste dei pazienti quando chiamano il Cup oppure percorsi di garanzia non attivati quando le liste sono lunghe e secondo la nuova legge invece i cittadini in coda dovrebbero essere trasferiti gratuitamente (o dietro il pagamento del ticket) nel privato o in intramoenia.

Ecco quello che emerge dalle ispezioni dei Nas durate tre mesi e spediti dal ministro della Salute Orazio Schillaci negli ospedali. E dalla quale risulta che un'azienda sanitaria su quattro non rispetta le norme per la riduzione delle liste d'attesa.

### **Le ispezioni dei Nas: irregolarità nel 27% dei casi**

Il quadro è emerso nel corso della riunione del tavolo istituito al ministero della Salute per accompagnare le Regioni nell'attuazione del decreto legge 73 del 2024 in vigore da agosto e nato appunto per provare ad abbattere le liste d'attesa. Su mandato del ministro della Salute Schillaci, i Nas hanno effettuato ispezioni da ottobre a dicembre 2024 e si tratta della seconda campagna dopo quella della primavera del 2023.

Su circa 3mila ispezioni, sono emerse irregolarità nel 27% dei casi relative alla gestione delle agende di prenotazione, gli accessi alle agende di personale non autorizzato, la chiusura delle agende, l'utilizzo delle classi di priorità e autorizzazioni all'intramoenia.

Nel corso della riunione è stato fatto il punto anche sullo stato dell'arte della nuova piattaforma di monitoraggio e sui percorsi di tutela, come la visita in intramoenia o presso il privato accreditato, che le aziende devono attivare per assicurare ai pazienti le visite e gli esami qualora il servizio pubblico non rispetti i tempi delle classi di priorità.

### **Schillaci: miglioramenti rispetto a prima grazie a legge**

“Sebbene persistano delle criticità – ha spiegato lo stesso ministro Schillaci - dal confronto tra le due campagne di ispezioni abbiamo riscontrato alcuni miglioramenti anche grazie agli strumenti legislativi messi in campo. È stato rilevato un maggiore impegno nella pulizia delle liste d'attesa così come nei sistemi di recall e disdetta”.

“Ma ci sono ancora fenomeni che non garantiscono ai cittadini il diritto alle visite nei tempi previsti. Su questo - conclude Schillaci - dobbiamo continuare a lavorare con le Regioni guardando

agli esempi di buone pratiche che dimostrano come attivando le misure previste nella legge si possono abbattere i tempi di attesa ed erogare ai cittadini servizi efficienti”.

 **L'editoriale**

## Il Servizio sanitario non può attendere

di **Luigi Ripamonti**

Se 4,5 milioni di italiani rinunciano alle cure soprattutto a causa delle lunghe attese, come riportato nelle pagine che seguono, viene da chiedersi se vale la pena ostinarsi a difendere, come si fa da sempre su queste pagine, il Servizio sanitario nazionale. La risposta rimane, ostinatamente sì. Perché se questo dato è drammatico lo sarebbe ancora di più un sistema che facesse filtro all'accesso solo su base economica (come di fatto

in realtà, purtroppo, già accade proprio per le liste d'attesa «fuori misura»). Il problema in oggetto non è soltanto una cartina di tornasole del malessere nei confronti dell'attuale sistema sanitario ma anche un vero e proprio «attentato» alla fiducia nello Stato e alle sue capacità di gestire quello che non è solo un diritto sancito dalla Costituzione, ma una, anzi, «la» esigenza primaria di ciascuno di noi, cioè quella di essere curati quando ci ammaliamo. Mancano le risorse, si dirà. Certo, con i conti bisogna fare i conti, e i problemi sono molti e complessi, ma

nondimeno è sempre più urgente un «colpo di reni», anche per rispondere al disappunto (eufemismo) di chi vede che da Regione a Regione le cose cambiano anche sostanzialmente. Si può invocare il titolo V della Costituzione, si possono invocare i Piani di rientro regionali, si può invocare molto altro. Ma resta il fatto che liste d'attesa che in diversi casi superano di gran lunga i limiti dell'assurdo sono lì a guardarci, quasi a prenderci in giro se ci fosse qualcosa da ridere. Diventa urgente un movimento d'opinione robusto e attivo per salvaguardare il Servizio

sanitario nazionale, che metta ai primi posti della «lista di priorità» proprio il tema delle liste d'attesa (bisticcio verbale voluto). E che chieda ai governi, di qualsiasi colore da qui e ora in poi, una lotta seria all'evasione fiscale che, alla fine, è l'origine di tutti i mali, compresi quelli del Servizio sanitario nazionale. Non basta: ci vogliono poi proposte intelligenti (e ce ne sono), volontà, competenza. Ma senza partire dal «peccato originale» economico ci sarò sempre chi avrà buon gioco (e interesse) a dire che bisogna rassegnarsi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Visite ed esami Ma quanto ci vuole?

Quasi 4 anni per una colonscopia programmata, oltre 3 mesi per una visita d'urgenza. Le liste d'attesa in Italia sono sempre più un problema. La nuova indagine di Federconsumatori  
E un vademecum per far valere i propri diritti

di **Maria Giovanna Faiella**

**O**ltre tre mesi di attesa per una visita gastroenterologica urgente, prescritta dal dottore col codice di priorità «U», quindi da fare entro 72 ore. Nove mesi per una prima visita cardiologica con priorità «D» (Differibile), da eseguire entro 30 giorni. Più di 2 mesi per una visita neurologica urgente, da fare entro 3 giorni. Anche il tumore può «aspettare»: più di 3 mesi per una visita oncologica in «classe D», oltre 2 anni per una mammografia e quasi 4 anni per una colonscopia, entrambe programmate (in classe «P»), cioè da eseguire entro 120 giorni. Sono soltanto alcune delle «attese record» rilevate sui siti istituzionali di Regioni e aziende sanitarie, tra fine ottobre e inizi novembre 2024, da Federconsumatori, che ha monitorato i tempi massimi di attesa per una serie di visite specialistiche e di esami diagno-

stici. Obiettivo: verificare che cosa è cambiato in seguito alle nuove norme approvate l'estate scorsa, ovvero il Decreto del 7 giugno «Misure urgenti per la riduzione dei tempi di attesa», convertito nella Legge 107, in vigore dal primo agosto. Non va meglio neppure sul fronte delle informazioni che i cittadini devono poter trovare in modo chiaro e trasparente sui siti istituzionali delle Regioni: in base al monitoraggio del ministero della Salute, soltanto sui siti web di sei Regioni si trovano notizie sul diritto del cittadino al «percorso di tutela» che va attivato qualora non si riesca a garantire la prestazione entro i tempi previsti.

Ma come ottenere una visita o un esame nei tempi giusti? Che cosa fare se ci dicono che le prenotazioni sono sospese?

Ecco un «vademecum», per far valere i propri diritti.

continua alla pagina seguente

## Regioni e Asl Ecco dove si aspetta di più

L'indagine di Federconsumatori, che il *Corriere della Sera* riporta in anteprima, ha verificato i dati ufficiali relativi alle liste d'attesa messi a disposizione sui siti ufficiali. Che cosa è cambiato dopo la nuova Legge

di **Maria Giovanna Faiella**  
SEGUE DALLA PAGINA PRECEDENTE

**U**na prima visita specialistica o un primo esame diagnostico fatti in ritardo, addirittura dopo anni (si veda l'infografica),

possono cambiare il decorso di una malattia. Eppure, ancora troppe prestazioni non sono eseguite nei tempi appropriati indicati dai medici sulla ricetta del Servizio sanitario

nazionale in base all'urgenza di salute. Lo conferma l'indagine di Federconsumatori, che il *Corriere* pubblica in anteprima. Tra fine ottobre e inizi novembre 2024 sono stati



rilevati sui siti istituzionali di Regioni e aziende sanitarie i tempi massimi di attesa per una serie di visite specialistiche ed esami diagnostici, già oggetto di monitoraggio in precedenti analisi fatte ad aprile 2023 e maggio 2024.

## Ritardi da Nord a Sud

«Con la nuova indagine realizzata in autunno — dice la coordinatrice Mimma Iannello, responsabile area Welfare di Federconsumatori — abbiamo inteso verificare cosa è cambiato dopo le norme approvate l'estate scorsa dal Governo. Ebbene, a quelle misure - molte già comprese nel Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2019-'21, altre prive di adeguati finanziamenti -, non sta corrispondendo un reale cambio di passo nell'abbattimento dei tempi di attesa per tanti cittadini costretti a subire ritardi, a sacrifici per pagare le prestazioni rivolgendosi al privato o, peggio, a rinunciare alle cure. Da Nord a Sud si registrano tempi massimi inaccettabili sia per le visite specialistiche che per gli esami diagnostici; sono poche, poi, le Regioni che garantiscono le prestazioni entro i tempi previsti, sia pure con segnali di sofferenza in diverse aree».

Altra nota dolente rimane la carenza, sui siti istituzionali, di informazioni chiare e trasparenti per i cittadini, per esempio rispetto ai «percorsi di tutela» che si devono attivare nel caso non si riesca a garantire, nel Pubblico, la prestazione nei tempi previsti dalle prescrizioni mediche.

«Ci sono ancora troppe Regioni e Aziende sanitarie che, nonostante l'obbligo di pubblicare i tempi di attesa sui

portali istituzionali, o lo fanno in ritardo o in modo poco comprensibile per gli utenti o, addirittura, sono del tutto inadempienti, sebbene sia in

procinto di partire la nuova piattaforma nazionale delle liste di attesa (si veda a sinistra) dove ogni cittadino dovrebbe trovare informazioni chiare su quanto deve aspettare per eseguire quella visita o quell'esame nella propria Regione — puntualizza Iannello —. Come emerge dal monitoraggio, persiste la presenza di “dati non disponibili” per effetto di “agende chiuse” e “liste bloccate”, vietate dalla legge, che non consentono nemmeno di fissare l'appuntamento. Non mancano, poi, prescrizioni fatte senza indicare il codice di priorità».

## I disagi dei pazienti

Tutti aspetti che acuiscono le difficoltà dei pazienti nell'ottenere risposte ai loro bisogni di salute nei tempi giusti.

«In questo scenario sanitario — fa notare Iannello — non solo si compromette l'esigibilità del diritto costituzionale alla salute, ma s'inclina pericolosamente il rapporto di fiducia dei cittadini nel Servizio sanitario che, invece, va sostenuto e rafforzato, garantendo da Nord a Sud l'accesso appropriato ai servizi pubblici che vanno potenziati di risorse, personale e strumenti».

In base all'ultimo monitoraggio di Federconsumatori, le Regioni che dispongono di siti regionali attrezzati con cruscotti che offrono la lettura dei tempi di attesa in tempo reale sono Emilia Romagna, Lazio, Puglia, Toscana e Veneto. Quanto alle performance regionali - ottenute nel

periodo di riferimento- sui tempi per visite specialistiche e prestazioni diagnostiche ambulatoriali, le Regioni dove è stato possibile rilevare i dati sono: Abruzzo, Emilia Romagna, Lazio, Puglia, Toscana e

Veneto. «A novembre — riferisce Iannello — le migliori performance si sono registrate in Veneto col 93,36% delle prestazioni garantite nei tempi previsti e meno del 7% rimaste in attesa, in Emilia Romagna con l'88,6%, in Toscana con l'85,1%. Solo due regioni - Toscana e Veneto - hanno migliorato le performance rispetto al monitoraggio di maggio 2024. Il Lazio presenta dati discordanti tra le performance rilevate a ottobre 2024 pari al 48% delle prestazioni ambulatoriali erogate nei tempi previsti e i dati rilevati il 16 gennaio 2025 che, invece, mostrano una performance regionale complessiva pari al 96,8%. Se il dato sarà confermato — afferma Iannello — è merito dell'intervento regionale sulle Liste di attesa che ha portato alla riduzione dei tempi e alla “pulizia” delle agende. Le segnalazioni che riceviamo ai nostri sportelli, però, indicano tempi lunghi in diverse Aziende».

Secondo l'indagine, altre Regioni come Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Umbria, pur disponendo di cruscotti regionali di rilevamento dei tempi di attesa, non offrono report omogenei da cui estrapolare dati accorpati.

Abruzzo, Liguria, Marche, Molise, Piemonte, Sardegna e Valle d'Aosta pubblicano «con

sufficiente puntualità» i dati aggregati regionali o per Azienda. Permangono «criticità ad attingere a report regionali e aziendali in Calabria (il portale regionale non dispone di tutti i dati aziendali e non consente letture aggregate ma per prestazione), Campania, Lombardia, nelle Province autonome di Trento e Bolzano».

## Percorsi di tutela

Conclude Roberto Giordano, vicepresidente di Federconsumatori: «4,5 milioni di italiani rinunciano alle cure, soprattutto a causa delle lunghe attese: un dato drammatico che ci interroga su come tutelare il diritto fondamentale e universale alla salute, mentre sempre più persone sono costrette a rivolgersi alla sanità privata per curarsi. Lo spostamento della domanda di salute verso il privato a pagamento, l'intramoenia o il privato convenzionato, è una deriva che svuota il Servizio Sanitario Nazionale, impoverisce ed esclude le famiglie più fragili dalle cure, aumentando le disuguaglianze in un settore dove non dovrebbero esistere. Con la campagna nazionale “Stop liste di attesa”, avviata nel 2023, il nostro obiettivo è non solo denunciare ritardi e criticità, ma anche offrire supporto ai cittadini nel rendere esigibile il loro diritto alla salute, sempre più spesso negato. A seconda dei casi che ci vengono segnalati, interloquiamo con le singole Regioni per garantire alle persone il trattamento che la legge prevede, dal corretto inserimento nelle liste di attesa all'attivazione del percorso di tutela».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Come prenotare una visita o un esame (e ottenerli in tempi certi)

## Bisogna sempre controllare l'impegnativa del medico A chi rivolgersi se non si trova posto

**Q**uanto bisogna aspettare per fare una visita specialistica, degli accertamenti oppure un intervento chirurgico? Come ottenere la prestazione nei tempi stabiliti per legge? In caso di sfioramento dei tempi massimi di attesa nel Pubblico, come si attiva il «percorso di tutela»? Che cosa fare se, al momento della prenotazione, ci dicono che le agende sono «chiuse» o le liste «bloccate»? Ecco cosa sapere per far valere i propri diritti, in base alle norme in vigore.

Innanzitutto, va ricordato che quando il medico prescrive visite specialistiche e accertamenti sulla ricetta del Servizio sanitario nazionale è tenuto a specificare, oltre al problema di salute che motiva la sua richiesta («quesito diagnostico»), anche se si tratta di una prestazione che va eseguita per la prima volta oppure di un controllo (*si veda il box in alto*). Nel caso di «pri-

mo accesso», il dottore ha l'obbligo di indicare sempre, nell'apposita area «priorità prescrizione», la lettera («U», «B», «D» oppure «P») che corrisponde ai tempi clinici in cui va fatta la prestazione, per cui il Cup è tenuto a prenotarla entro quella data. Ecco perché, oltre a controllare che il medico non abbia dimenticato di barrare la casella, è importante conoscere il significato delle quattro classi di priorità stabilite per la specialistica ambulatoriale dal vigente «Piano nazionale di governo delle liste di attesa (Pn-gla) 2019-21». Con la lettera «U» (Urgente) si ha diritto a ottenere la prestazione entro 72 ore; se è indicata la «B» (Breve), la prestazione va fatta entro 10 giorni; con la lettera «D» (Differibile) la visita specialistica va eseguita entro 30 giorni, gli esami diagnostici (Tac, elettrocardiogramma, ecc) entro 60 giorni; con la «P» (Programmata) la presta-

zione va fatta entro 120 giorni.

Bisogna poi prenotare. Se la prima data disponibile per la visita o l'esame va oltre i tempi indicati dalla classe di priorità assegnata, è un diritto chiedere alla Asl di individuare una struttura pubblica o convenzionata in cui la prestazione sia eseguita nei tempi indicati o, se non è possibile nel Pubblico, chiedere al direttore dell'Asl di autorizzare a farla in regime libero-professionale (intramoenia) o presso una struttura privata, a carico del Servizio sanitario regionale, senza costi aggiuntivi (*si veda box in alto*). Va però tenuto presente che la «garanzia» decade se si rinuncia alla prima disponibilità offerta nel rispetto dei tempi perché si desidera prenotare presso una struttura specifica.

Che cosa fare, invece, se al momento della prenotazione ci dicono che le liste sono «bloccate» e sono sospese le prenotazioni? La nuova legge in vigore dal primo agosto

(numero 107/24, art. 3 comma 9) ribadisce che è «fatto divieto alle aziende sanitarie e ospedaliere di sospendere o chiudere le attività di prenotazione». Si può chiedere, quindi, il ripristino dell'attività di prenotazione o di effettuare la prestazione nei tempi previsti, in regime di libera professione a carico del Servizio sanitario.

Quanto ai ricoveri, al momento dell'inserimento in lista d'attesa per l'intervento chirurgico, si ha diritto a sapere la classe di priorità assegnata e i tempi massimi di attesa per l'operazione. Quattro le classi di priorità, che corrispondono ad altrettante attese massime, stabilite in base alle condizioni di salute: «A» ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente; «B» entro 60 giorni; «C» entro 180 giorni, «D» entro 12 mesi.



# Sui portali spesso poche informazioni e scarsa chiarezza

**I**n base al recente «Monitoraggio della presenza sui siti web di Regioni e Aziende sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa», condotto dal ministero della Salute nel 2024, tutte le Regioni sono dotate di un portale sulla salute; i siti di quattro Regioni, però, ancora non hanno una sezione «Liste di attesa» ma solo informazioni sull'argomento «in maniera frammentata e di difficile individuazione» rimandando ai siti delle Aziende sanitarie. Per tutte le Regioni che ne sono dotate, la sezione «liste di attesa» è facilmente identificabile all'interno del portale Salute.

Solo otto Regioni pubblicano gli esiti del «monitoraggio ex ante» (al momento della

prenotazione) delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, disponibile per classe di priorità e per ambito territoriale.

Quanto alla chiarezza e alla completezza delle informazioni utili per i pazienti al momento della prenotazione, «solo per sei Regioni sono chiaramente definiti i percorsi di tutela che vengono attivati nel caso in cui al cittadino non possa essere assicurata la prestazione entro i limiti previsti dalla Regione».

La maggioranza delle Regioni fornisce il link al sistema di prenotazione Cup e indicazioni relative alle modalità per prenotare, con numeri utili e informazioni sui diversi canali attivati (farmacie, medici di base, pediatri ecc.).

Dice Mimma Iannello di Federconsumatori: «Aspettiamo che sul Portale nazionale sulle liste di attesa si arrivi presto a pubblicare report dei monitoraggi dettagliati nello stesso periodo, per ogni Regione e Azienda, per la sanità pubblica e privata convenzionata, per classi di priorità e performance per visite, esami e ricoveri, per le prestazioni in regime intramurario».

La piattaforma nazionale delle liste di attesa «partirà a breve», dice il ministero della Salute al *Corriere*



SANITÀ

# Tariffe per le nuove cure, il Tar bocchia i ricorsi dei centri privati

Nessuno stop al nuovo tariffario che stabilisce i rimborsi per i Lea aggiornati, cioè quanto le strutture sanitarie riceveranno per le nuove cure garantite a tutti i cittadini in tutto il paese. Il Tar del Lazio ha respinto infatti le richieste con le quali l'Anmed (Associazione Nazionale di Medicina, Diagnostica, Salute e Benessere) e alcuni laboratori di analisi cliniche chiedevano di sospendere il Decreto del Ministero della Salute sul Tariffario delle cure e prestazioni garantite ai cittadini dal Servizio sanitario nazionale. Al momento si conosce soltanto l'esito - respinto - della decisione dei giudici amministrativi; si attende la pubblicazione delle motivazioni dell'ordinanza. In particolare, però, si apprende che tre richieste cautelari sono state respinte, per due ricorsi c'è stata la rinuncia alla sospensiva con fissazione il 25 febbraio della nuova udienza in camera di consiglio, mentre per altri due ricorsi è stata fissata con ordinan-

za la nuova camera di consiglio sempre il 25 febbraio prossimo. «Il Tar Lazio punisce e condanna alle spese legali la sanità privata accreditata per aver osato insistere sulla richiesta di sospensione del nuovo tariffario. Il diritto non esiste in questa vicenda», ha commentato l'Unione nazionale ambulatori, poliambulatori, enti e ospedalità privata (Uap). Uap ora è pronta a impugnare la decisione di fronte al Consiglio di Stato e spiega di sperare che la decisione, «ingiusta, punitiva e politica» sia «soltanto il frutto di un'incomprensione della reale situazione», non volendo «accedere alla diversa tesi che sia una precisa volontà di far fallire l'Italia del Sud a vantaggio delle multinazionali straniere». Confidano «in una valutazione più scevra da condizionamenti politici da parte del Consiglio di Stato, innanzi al quale prontamente verrà impugnata l'ordinanza» e dove evidenzieranno come dopo l'iniziale sospensione «il giudice amministrativo tor-

na sui suoi passi revocando il decreto, nonostante il ministero non abbia mai dato prova dei presunti problemi che deriverebbero» da questa. La verità, concludono, «è che anche la documentazione prodotta dal ministero comprova chiaramente che il nuovo tariffario farà chiudere le strutture accreditate, che ai cittadini sarà negata l'assistenza sanitaria, che il pubblico verrà intasato e le liste d'attesa diventeranno interminabili. Chi avrà la possibilità economica di farsi curare privatamente lo farà, chi non l'avrà dovrà farsene una ragione».

I giudici amministrativi confermano i rimborsi per i Lea aggiornati. Una decisione «ingiusta, punitiva e politica», per l'associazione di settore Uap



## L'ordinanza del Tar

# Il nuovo tariffario del Ssn per esami e visite per ora è salvo, decisione a maggio è salvo, decisione a maggio

Il tribunale amministrativo ha rigettato la richiesta di sospensiva delle tariffe

Il tariffario del Servizio sanitario nazionale scattato a fine dicembre con cui vengono rimborsati ospedali e strutture private accreditate per ora è salvo, almeno fino al prossimo 27 maggio. Le nuove tariffe per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e protesica, così come ridefinite dal decreto del ministro della Salute del 25 novembre 2024, resteranno infatti in vigore: così ha deciso il Tar del Lazio nell'ordinanza 696/2025 con cui la Sezione III quater ha rigettato la richiesta di sospensiva del Dpcm che era stata presentata dagli ambulatori privati accreditati fissando appunto al 27 maggio prossimo l'udienza di merito per una serie di ricorsi. Una parte delle strutture, riunite nella Unione nazionale ambulatori, poliambulatori, enti e ospedalità privata (Uap), hanno immediatamente annunciato ricorso al Consiglio di Stato. Secondo i ricorrenti, preoccupa il cambiamento di orientamento del Tar Lazio «rispetto alla precedente sospensione del tariffario con decreto monocratico», avvenuta il 30 dicembre scorso

so ma sulla quale il Tar aveva fatto retromarcia già il giorno seguente, «nella quale - proseguono - il giudice aveva chiaramente riconosciuto che il decreto ministeriale è stato adottato dopo oltre 20 anni dall'ultimo aggiornamento escludendo dunque la sussistenza di un'urgenza tale da giustificare un'applicazione immediata senza adeguate misure di compensazione». Per le strutture private e i laboratori il problema è sempre quello: tariffe troppo basse per visite ed esami e quindi economicamente insostenibili. Proprio mercoledì scorso in risposta al question time alla Camera sulle nuove tariffe il ministro Schilacci aveva sottolineato che «il nuovo decreto impiega circa 550 milioni in più» rispetto alle precedenti tariffe e prevede «un incremento del fi-

nanziamento per le prestazioni di laboratorio di oltre 270 milioni di euro, di oltre 121,9 milioni per le visite specialistiche». Non è escluso che il ministero nelle prossime settimane, prima della pronuncia del Tar, incontri le rappresentanze dei

privati accreditati in vista di un possibile ulteriore aggiornamento delle tariffe per il quale sono disponibili circa 50 milioni.

«Noi per ora aspettiamo fiduciosi cosa deciderà nel merito il Tar perché una cosa è certa: queste tariffe generano l'impossibilità per le aziende di erogare delle prestazioni che siano economicamente sostenibili rispetto ai costi che si sostengono», ha ribadito Gabriele Pelissero, presidente dell' Aiop.

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Laboratori e strutture private restano sul piede di guerra: così le prestazioni non sono sostenibili**



# Medicina, non assegnata una borsa di studio su 3

► Le specializzazioni non riscuotono particolare interesse tra i neo laureati. Il sistema si ritrova ogni anno con 5mila dottori in meno: c'è chi esce e chi va in pensione

## IL PERSONALE

ROMA È sempre più difficile per il Servizio sanitario nazionale trovare nuovi medici e infermieri per riempire i vuoti in organico. E non è da meno il tentativo di Asl e aziende ospedaliere per mantenere in servizio il personale già in attività. Soltanto tra il 2022 e il 2023 un terzo delle borse di studio, cioè le specializzazioni per i futuri operatori nelle strutture pubbliche, non è stato assegnato. A dare questi numeri è lo stesso ministero della Sanità, attraverso il direttore generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane, Mariella Mainolfi, durante un'audizione alla Camera.

Tra medici, infermieri e operatori socio-sanitari sono oltre un milione e mezzo i professionisti sanitari iscritti in Italia ai rispettivi albi. Le stime ufficiali parlano di almeno 30mila dottori in meno rispetto a quelli necessari e 65mila infermieri mancanti nelle strutture pubbliche. Numeri

che crescono anno dopo anno, mentre salgono sia la popolazione anziana non autosufficiente del Paese (è ormai un quinto del totale) sia l'accesso ai pronto soccorso (15 per cento in più tra il 2024 e il 2022). Cioè verso le strutture dove - soprattutto dopo il Covid - si registra la maggiore fuga di medici e infermieri.

In questo scenario, come ha ricordato Mainolfi, fa un certo effetto sapere che nell'anno accademico 2022/2023 «la percentuale dei contratti di formazione specialistica andati deserti è pari al 29 per cento del totale dei contratti finanziati con risorse statali per l'anno accademico». Soltanto per la medicina generale siamo al 15 per cento. Ogni anno vengono messi al bando circa 15mila posti per la specializza-

zione: in pratica - visto il loro appeal - ogni anno il sistema sanitario nazionale si ritrova con 5mila camici bianchi in meno per sostituire chi va in pensione o chi vuole lasciare il lavoro nelle strutture pubbliche.

Tra i reparti più «deboli» quelli di anatomia patologica, anestesia e rianimazione, terapia Intensiva e del dolore, chirurgia generale, geriatria, medicina d'emergenza-urgenza o radioterapia.

Alla base di questo trend un combinato disposto tra gli effetti e le restrizioni del numero chiuso nelle facoltà, gli stipendi sempre meno allettanti rispetto alle ore lavorate in corsia fino alle maggiori opportunità (economiche, di carriera e di specializzazione) offerte all'estero.

Non vanno meglio le cose sul fronte degli infermieri. Mainolfi parla di «crisi vocazionale» anche per il corso di laurea in infermieristica il rapporto tra domande e numero di posti attivati a livello nazionale nell'anno accademico 2023/2024 risulta essere in media pari a 1,1 (ossia 1,1 candidato per un posto disponibile), presentando una ulteriore flessione rispetto agli anni precedenti».

Guardando la tendenza negli ultimi anni, si scopre che - per quanto riguarda medici e infermieri - il personale del Servizio sanitario nazionale è cresciuto di 27mila unità tra il 2017 al 2022. Ma questo +6 per cento, preso a sé stante, può risultare fuorviante. Intanto perché dei nuovi ingressi 19mila sono i soli infermieri. Eppoi perché crescono progressivamente i trend di uscita.

Sull'onda del fenomeno dei «gettonisti» - medici e infermieri che lavorano a chiamata per una serie di cooperative che forniscono personale agli ospedali - si registra un'impennata nelle dimissioni volontarie: nel 2022 si sono dimessi 18.243 operatori sanitari. Nel 2016 il numero riguardava meno di 6mila addetti. Sempre nel 2022 a uscire prima della pensione sono stati quasi 4.400 medici.

Ma anche su quest'ultimo fronte arrivano pericolosi campanelli d'allarme. Da qui al 2030 matureranno i requisiti per la quiescenza 78252 dei 227921 medici oggi in servizio. Stessa sorte per oltre 53mila infermieri, che oggi hanno tra i 55 e i 59 anni.

**Francesco Pacifico**

© RIPRODUZIONE RISERVATA





## Medici di base e pazienti, cosa cambia con la riforma

di **Milena Gabanelli** e **Simona Ravizza**

**E**cco il documento riservato sulla riforma che cambierà i medici di famiglia: previsto il loro passaggio da liberi professionisti a dipendenti. Chi si oppone. a pagina 19

# Medici di famiglia Il documento riservato

ECCO LA BOZZA DI RIFORMA CHE PUÒ SEGNARE UNA SVOLTA EPOCALE  
PREVISTO IL PASSAGGIO DA LIBERI PROFESSIONISTI A DIPENDENTI  
COSA CAMBIERÀ PER I PAZIENTI SE ANDRÀ IN PORTO. CHI SI OPPONE

**C**i siamo: Dataroom ha potuto leggere in anteprima la bozza di riforma che cambia il rapporto dei medici di famiglia con il Servizio sanitario nazionale. Oggi i medici di medicina generale sono lavoratori autonomi, pagati dal Servizio sanitario, e possono organizzare il loro tempo e le modalità di lavoro come meglio credono. Fuori dal perimetro degli accordi sindacali ogni richiesta dello Stato e delle Regioni è destinata a cadere nel vuoto, come per esempio l'esecuzione dei tamponi durante il Covid. Se la modifica dell'impianto legislativo vigente andrà in porto, i medici di base diventeranno invece dipendenti del Servizio sanitario nazionale come già adesso lo sono gli ospedalieri. È un passaggio epocale considerato indispensabile a far funzionare le 1.350 Case della Comunità messe in piedi con i 2 miliardi del Pnrr. Il documento di riforma, talmente riservato al punto da negarne l'esistenza e in continuo aggiornamento, è di 22 pagine ed è appoggiato dal ministro della Salute Orazio Schillaci e dalle Regioni. Del resto, gli assessori regionali alla Sanità già il 22 settembre 2021 avevano denunciato: «La pandemia ha evidenziato ulteriormente che il profilo giuridico del medico di famiglia e i loro contratti collettivi non sono idonei ad affrontare la gestione delle multi-cronicità, l'aumento delle fragilità, la programmazione dell'assi-

stenza domiciliare....».

### Le novità

La legge 833 del 1978 stabilisce i principi fondamentali su cui si basa il Servizio sanitario nazionale (Ssn). L'articolo 25 dice che i medici di medicina generale possono lavorare come dipendenti o come liberi professionisti convenzionati. Nel 1992 tra le due possibilità, la scelta cade sulla libera professione. Lo prevede la legge 502 all'articolo 8, che è proprio quello su cui adesso vengono apportate le modifiche più significative. Le novità essenziali sono tre. La prima: «L'attività di assistenza primaria di medicina e pediatria al fine del miglioramento dei servizi richiede l'instaurarsi di un rapporto d'impiego». La seconda: «Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta che non siano dipendenti del Ssn è a esaurimento». Vuol dire che i nuovi medici di famiglia saranno assunti, mentre quelli già in servizio potranno continuare a essere liberi



professionisti, a meno che siano loro stessi a decidere di passare alle dipendenze del Servizio sanitario. La terza: la loro attività è da «garantire sia presso gli studi sia presso le Case della Comunità» dove in quest'ultime i cittadini potranno trovare medici di famiglia e/o specialisti dalle 8 del mattino alle 8 di sera, in grado di fare anche elettrocardiogrammi, ecografie, spirometrie, ecc.

### Il ricambio generazionale

Tra il 2025 e il 2030, su circa 37 mila medici di base in servizio, si stima che ne vadano in pensione intorno ai 10 mila. Il ricambio, quindi, è imminente e il rapporto di dipendenza trova apprezzamento tra i giovani. A favore di un rapporto di dipendenza anche il «Movimento MMG per la Dirigenza», nato nel 2020, indipendente dalle sigle sindacali e diffuso su tutto il territorio nazionale.

### Il modello di assistenza

Concretamente come potrà funzionare il nuovo modello di assistenza? Innanzitutto le ore di lavoro settimanali saranno per legge 38, mentre oggi il minimo garantito oscilla fra le 5 e 15 ore, a seconda del numero di pazienti. Nella bozza di riforma leggiamo: «L'impegno di 38 ore dei medici di medicina generale è ripartito secondo il seguente schema: 1) fino a 400 assistiti: 38 ore da rendere nel distretto o sue articolazioni, delle quali 6 ore da dedicare agli assistiti e le restanti per le esigenze della programmazione territoriale; 2) da 401 a 1.000 assistiti: 12 ore da dedicare agli assistiti e le restanti per le esigenze della programmazione territoriale; 3) da 1.001 a 1.200 assistiti: 18 ore da dedicare agli assistiti e le restanti per le esigenze della programmazione territoriale; 4) da 1.201 a 1.500 assistiti: 21 ore da dedicare agli assistiti e le restanti per le esigenze della programmazione territoriale; 5) oltre a 1.500 assistiti: 24 ore da dedicare agli assistiti e le restanti per le esigenze della programmazione territoriale». In pratica il medico di famiglia dovrà seguire le indicazioni del distretto, alternando quindi l'attività rivolta ai propri assistiti con quella messa a disposizione di tutti, cioè anche per visitare, fare vaccinazioni e rispondere alle necessità dei pazienti degli altri medici di base della zona. In questo modo verrà garantita ai cittadini la presenza di un medico di famiglia durante l'intera giornata e tutta la settimana. Il luogo di lavoro privilegiato sarà nelle Case della Comunità, ma anche in altri ambulatori pubblici che le Regioni dovranno mettere a disposizione per assicurare la capillarità dell'assistenza: nessun Comune, neppure il più piccolo, dovrà rimanere sguarnito. Contrariamente a quanto sostengono i detrattori della riforma, i pazienti non dovranno rinunciare al proprio medico di fiducia, ma vedranno la sua attività affiancata a quella di altri colleghi.

### La formazione

Sono previste anche novità per il sistema di formazione che vanno a modificare il decreto legislativo 368 del 1999. Oggi il medico neolaureato per diventare medico di medi-

cina generale deve frequentare un corso di formazione triennale gestito dalle Regioni, e dove spesso i docenti sono dirigenti sindacali che ne approfittano per arruolare le nuove leve. La bozza di riforma riporta esplicitamente la volontà di trasformarlo in un corso di laurea specialistico di 4 anni con docenti qualificati, come avviene per i medici ospedalieri. Di conseguenza dovrà cambiare anche il peso della borsa di studio, che oggi è di appena 11.500 euro, contro i 26 mila euro l'anno delle specializzazioni universitarie.

### I tentativi falliti

La riforma dell'assistenza territoriale è in ballo da anni. Il predecessore di Schillaci, allora ministro alla Salute Roberto Speranza, puntava a garantire, seppur con un rapporto di para-subordinazione, 38 ore di lavoro di cui 20 nei loro studi e 18 nelle Case della Comunità (gli accordi attuali ne garantiscono 6). Ma le nuove «Disposizioni in materia di Medici di Medicina Generale» messe nero su bianco poco prima della crisi del governo Draghi (luglio 2022) resteranno chiuse in un cassetto e non diventeranno mai legge, forse per il timore di perdere il voto dei vertici della categoria (che tuttavia non sono bastati).

### Gli ostacoli

Ora il ministro Schillaci si spinge ancora più in là. Non troverà pochi ostacoli. Da dipendenti del Sistema sanitario nazionale i nuovi medici di medicina generale verosimilmente dovranno versare i contributi all'Inps (come gli ospedalieri), mentre oggi li versano a un ente privato, l'Ente nazionale di previdenza e assistenza dei medici e degli odontoiatri. L'Enpam prevede due tipi principali di contributi: il primo è obbligatorio per tutti i medici iscritti all'Albo e va dai 145 euro all'anno per gli studenti, via via a salire fino ai 1.961 a partire dal compimento dei 40 anni; il secondo riguarda solo chi esercita la libera professione ed è calcolato al 19,5% del reddito professionale netto. I medici di famiglia oggi sono dunque i principali contribuenti dell'Enpam che ha un patrimonio di oltre 25 miliardi di euro. Guarda caso il passaggio alla dipendenza per i nuovi medici di famiglia è contrastato su tutti dall'Enpam, presidente Alberto Oliveti e vicepresidente Luigi Galvano, entrambi medici di famiglia; tra compensi, indennità e rimborsi il consiglio di amministrazione vale oltre 3 milioni di euro l'anno. È contrastato dalla Fimmg che riunisce il 63% dei medici di base iscritti al sindacato, segretario generale Silvestro Scotti che siede nel cda dell'Enpam. È con-



trastato dalla Fnomceo, Federazione nazionale degli Ordini dei medici, presidente Filippo Anelli, già vice segretario della Fimmg. Ecco, la forza di un ministro e di un governo passerà da qui.

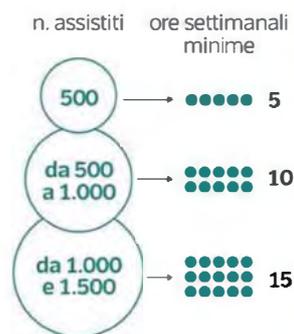
Dataroom@corriere.it

**I medici di base**

**COME LAVORANO OGGI**

Lavoratori autonomi convenzionati con il Servizio sanitario nazionale

**ATTIVITÀ IN STUDIO**



Visite a domicilio su richiesta

Ogni prestazione in più deve essere contrattata e pagata

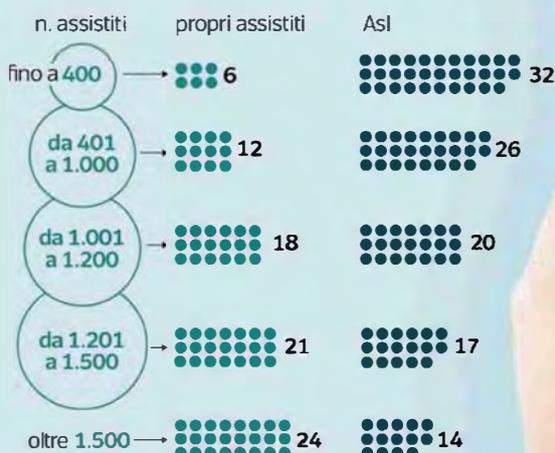
**COSAPREVEDELA RIFORMA**

**Nuovi ingressi:** dipendenti del Ssn

**Già in servizio:** a scelta (liberi professionisti o dipendenti)

**ATTIVITÀ PER I PROPRI ASSISTITI E PER L'ASL**

**38 ore di lavoro a settimana così ripartite:**



**Le previsioni**



**Entro il 2030**



pensionamenti



nuovi ingressi

Fonte: 18° Rapporto Sanità Crea su dati Enpam, elaborazione Dataroom su dati Als di Massimo Minerva

**Il perché della riforma**

- Invecchiamento della popolazione
- Malati cronici in aumento
- Evitare accessi inutili al pronto soccorso
- Necessità di eseguire esami di primo livello

**Il sistema di formazione oggi**

DURATA	STIPENDIO	GESTIONE
3 anni (3.200 ore di pratica, 1.600 di teoria)	Borsa di studio: 11.500 € all'anno dal ministero della Salute	Regioni e sindacati (Fimmg e Snami)

DURATA	STIPENDIO	GESTIONE
4 anni (corso di laurea specialistica)	Borsa di studio: 26.000 € all'anno	Università

**Chi si oppone alla riforma**

**ENBAM**  
Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri  
*che incassa i contributi*

**FIMMG**  
Sindacato Fimmg  
*che riunisce il 63% dei medici di base iscritti al sindacato*

**Fnomceo**  
La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**DATAROOM**

**Corriere.it**  
Guardate il video sul sito del «Corriere della Sera» nella sezione Dataroom con gli approfondimenti di data journalism

di **Milena Gabanelli** e **Simona Ravizza**



**DA FORZA ITALIA UNA PROPOSTA PER CONCILIARE LA LIBERA PROFESSIONE CON IL LAVORO NEL PUBBLICO**

## Senza fondi per risolvere il rebus dei medici di base nelle case di comunità

ANDREA CAPOCCI

■ Il ministro della salute Orazio Schillaci fatica a convincere i medici a trasferirsi nelle Case di comunità, le nuove strutture sanitarie in corso di realizzazione grazie al Pnrr. E allora Forza Italia prova a mediare: giovedì c'era anche il coordinatore e vicepremier Antonio Tajani a presentare un ddl che conserva ai medici di famiglia lo status di liberi professionisti ma li obbliga a dedicarsi ai loro assistiti per venti ore a settimana e agli ambulatori pubblici per diciotto. Non è detto però che basti a rammendare la sanità territoriale, uscita a pezzi dalla pandemia e da allora appesa a una riforma disegnata dal ministro Roberto Speranza e mai davvero avviata.

Quella riforma aveva due pilastri. Il primo luogo le strutture, le case di comunità (ridotte a mille dal governo Meloni) da realizzare su tutto il territorio nazionale ma in gran parte realizzate nei poliambulatori esistenti. L'altro pilastro riguarda i medici di base che dovrebbero garantire l'apertura delle «case» 24 ore su 24 per sette giorni a settimana. Qui regna la confusione. Le principali associazioni di categoria sono riluttanti a sposare la riforma e a traslocare nelle Case di comunità per i turni necessari, rinunciando alla loro autonomia. Senza i profes-

sionisti, però, le Case di comunità che ci siamo impegnati a realizzare con l'Ue in cambio di due miliardi di euro diventeranno cattedrali nel deserto. Per questo Schillaci nelle ultime settimane ha preso in considerazione l'idea di trasformare i medici di base in dipendenti pubblici del Ssn, con turni e sedi di lavoro assegnati dalle Asl come per gli ospedalieri. È un'idea tradizionalmente di sinistra: la Cgil, con altre associazioni minoritarie di medici, la chiedo da tempo insieme alla riqualificazione del medico di medicina generale. Ma oggi è sposata soprattutto dalla Lega per evitare che proprio nel delicato ambito sanitario il Pnrr fallisca per mancanza di collaborazione.

La mediazione di Forza Italia ha incassato il plauso immediato della Federazione degli ordini dei medici. «La proposta – spiega al manifesto il suo presidente Filippo Anelli – ha il pregio di mantenere l'attuale status libero-professionale del medico di base che favorisce il rapporto di fiducia con i suoi assistiti. La dipendenza pubblica avrebbe legato i medici alle sole case di comunità, svuotando il territorio e cancellando la prossimità. Sulla distribuzione oraria proposta, saranno il ministero, le Regioni e le associazioni a esprimersi».

Il tentativo forzista di salvare sia la libera professione che le

«Case» però è una coperta corta. Oggi i medici di famiglia tengono aperto lo studio privato per quindici ore a settimana, in base all'Accordo collettivo nazionale che regola il loro rapporto

con il Ssn. Molti di loro però lamentano che tra visite domiciliari, lavoro amministrativo e formazione permanente le ore di lavoro settimanali arrivino facilmente alla cinquantina. Vincolandone diciotto alle Case di comunità, dovrebbero rinunciare alle visite a domicilio oppure chiudere gli studi privati. Inol-

tre, c'è il problema della prossimità: nella primissima versione del Recovery plan redatta dall'allora ministro Roberto Gualtieri, le case di comunità dovevano essere una ogni dodicimila abitanti. Nelle successive revisioni – calata l'attenzione determinata dalla pandemia – il numero è stato progressivamente ridotto. Le mille attuali sono troppo poche per garantire la prossimità degli attuali medici di famiglia, soprattutto nelle aree interne meno collegate.

«A colmare il vuoto saranno le multinazionali della sanità privata, a pagamento» paventa Anelli. L'alternativa è mantenere lo status quo e dichiarare fallita sul nascere la riforma post-pandemia. Ma strutture come le Case di Comunità, in cui ricevere visite ed esami senza troppe attese e in cui affrontare

anche le condizioni sociali da cui originano molti malanni cronici, esistono in tutta Europa. E l'Italia ne ha bisogno più di tutti, visto che 4,5 milioni di persone rinunciano ogni anno a curarsi per la lunghezza delle liste d'attesa e i costi della sanità privata. L'affollamento dei pronto soccorso determinato al 68% da codici bianchi e verdi trattabili altrove dimostra l'insufficienza dell'attuale organizzazione.

La soluzione di Forza Italia non basterà a risolvere il rebus. I nodi che ora vengono al pettine però non dovrebbero sorprendere nessuno. Il Pnrr è stato varato nel 2021, ormai quattro anni fa. I governi (Draghi prima, Meloni poi) avrebbero dovuto accompagnare il Piano con investimenti e riforme sul lato del personale indispensabili per far funzionare la riforma della sanità territoriale. E invece il governo ha preferito guardare da un'altra parte, puntando sulla frottole dell'«investimento in sanità più grande di sempre».

**Il problema risale al Pnrr: le strutture sono state tagliate, gli investimenti sono insufficienti**





Servizio L'ipotesi di riforma

## **Medici di famiglia dipendenti e in Casa di comunità? Ecco tutti i dubbi giuridici e non solo**

*di Mauro Marin\**

31 gennaio 2025

A legislazione vigente mancano i presupposti giuridici ed economici per il passaggio alla dipendenza dei medici di medicina generale. Inoltre appare dubbio il valore assistenziale aggiunto del loro trasferimento centralizzato con funzioni incerte nelle Case di comunità, sguarnendo di conseguenza la già carente rete capillare di diagnosi e cure primarie costituita dagli ambulatori medici territoriali periferici di prossimità a gradito accesso diretto in particolare per anziani e disabili, operante secondo i principi della dichiarazione Wonca 2022 e ai sensi dell'Accordo collettivo nazionale 2024.

I rapporti di lavoro dei medici di medicina generale sono disciplinati da accordi collettivi nazionali (Acn 2024) ai sensi dell'art.8 del D.Lgs 502/1992 e hanno natura giuridica di rapporti di lavoro autonomo libero-professionale (art. 2222 Codice civile), sebbene caratterizzati da una collaborazione coordinata e continuativa a tempo indeterminato e di tipo para-subordinato (articolo 409 Codice procedura civile), secondo la Corte costituzionale (sentenza n.157/2019) e la Cassazione sezione lavoro (sentenza n. 6294/2020). La qualificazione del contratto di lavoro autonomo esclude l'assoggettamento del medico al potere direttivo del datore di lavoro che è proprio solo del lavoro subordinato (articolo 2094 Codice civile) del medico dipendente (Cassazione sezione Lavoro n.6294/2020) in quanto l'elemento distintivo del rapporto di lavoro subordinato è costituito dall'assoggettamento del lavoratore al potere direttivo e disciplinare del datore di lavoro con la conseguente limitazione della sua autonomia (Corte costituzionale n.76/2015; Cassazione lavoro n.20903/2020) e il suo inserimento nella organizzazione aziendale (Cassazione lavoro n.7024/2015).

Il Consiglio di Stato ha chiarito che ai sensi del Dlgs 502/1992 si accede al rapporto di lavoro dipendente di medico nel Ssn mediante concorso per titoli ed esami e con il requisito del possesso di una specializzazione universitaria. Invece i medici di medicina generale sono incaricati di un rapporto convenzionato secondo Acn 2024 mediante selezione per soli titoli e in assenza del possesso di un titolo di specializzazione universitaria, non essendo ancora equiparato ad una specializzazione il corso regionale triennale di formazione in medicina generale istituito con Dlgs 368/1999 (ai sensi della Direttiva 86/457/CEE e successiva Direttiva 93/16/CEE), non ancora strutturato con un programma formativo omogeneo nazionale e un corpo docente reclutato mediante selezione trasparente per merito ad evidenza pubblica. Pertanto a legislazione vigente i medici di medicina generale non hanno i requisiti di legge per il passaggio dal rapporto convenzionato al rapporto di lavoro dipendente.

Inoltre la costituzione di un rapporto dipendente del medico di medicina generale implica il riconoscimento economico non preventivato dei diritti dovuti ai medici dipendenti e non ai

convenzionati, quali ad esempio ferie retribuite, assenze retribuite per malattie/infortunio/studio, tredicesima, trattamento di fine rapporto, uso di beni aziendali quali ambulatori, auto di servizio, strumentazione informatica, personale di ambulatorio, oneri di utenze, sorveglianza sanitaria e smaltimento dei rifiuti degli ambulatori, a regime per 37.000 medici in Italia.

Certamente i prossimi nuovi accordi integrativi regionali (Air) secondo l'Acn 2024 dovranno prevedere un maggiore coinvolgimento dei medici convenzionati nell'organizzazione delle aziende sanitarie attraverso le Aggregazioni funzionali territoriali (Aft) "funzionalmente collegate" secondo il DM 77/2022 con le sedi distrettuali delle Case di comunità e attuare il ruolo unico del medico di medicina generale istituito dall'art.31 dell'Acn 2024. Ma nello stabilire nuovi obblighi per i medici gli Air dovranno tenere in debito conto i limiti normativi imposti dalla natura giuridica del rapporto di lavoro autonomo (art.2222 Codice civile) e parasubordinato (art. 409 Codice procedura civile) dei medici convenzionati (Corte Costituzionale n.157/2019) e del fatto che le norme degli accordi nazionali prevalgono sempre su quelle regionali difformi (Cassazione lavoro n.29137/2022). La qualificazione contrattuale del rapporto di lavoro deve essere coerente alle modalità della sua esecuzione in forma autonoma o subordinata nell'organizzazione aziendale (Cassazione lavoro n.5436/2019).

Al fine di una programmazione di concreta utilità per gli assistiti e ai sensi dell'art.1 della legge 24/2017 sul dovere di sicurezza organizzativa dei servizi, la riforma dell'assistenza territoriale focalizzata sull'organizzazione delle Case di comunità, previste per un bacino di utenza di almeno 40.000 residenti ai sensi del Dm 77/2022, dovrebbe partire dall'analisi dei reali bisogni assistenziali della popolazione locale negli specifici contesti territoriali distrettuali policomunali, dall'analisi delle ragioni del fallimento del modello di Case della Salute istituite nel 2007 con le stesse funzioni delle attuali Case di comunità (report istruttivo sul sito della Camera dei Deputati), dall'istituzione di una piattaforma unica informatica per la condivisione e il monitoraggio in tempo reale dei dati sanitari per programmazione e assistenza tra aziende, operatori dipendenti e convenzionati, dall'attivazione delle centrali operative territoriali a gestione infermieristica che assicurano i trasferimenti assistiti tra luoghi di cura diversi e domicilio e infine dal potenziamento dei servizi specialistici integrati di prossimità e di telemedicina . Le Case di comunità di cui al Dm Salute 77/2022 sono infatti le sedi dei servizi del Distretto Sanitario ex-articolo 3 e seguenti del Dlgs 502/92 che garantisce sul territorio i Lea previsti dal Dpcm 12 gennaio 2017 in sinergica collaborazione con le attività dei medici di medicina generale nei loro ambulatori periferici e a domicilio degli assistiti, come in altri paesi europei senza prevedere ore di attività dei medici di famiglia alle dipendenze aziendali .

*\* ex Direttore Dipartimento Cure Primarie ASFO Pordenone*



Servizio L'allarme

## Sanità, nelle Case di comunità cure ancora con il contagocce

L'allarme. Entro giugno 2026 ne sono previste 1420, ma in quelle già attive visite ed esami sono ridotti per la carenza di medici. In Emilia e Toscana si punta ad alleggerire il pronto soccorso dai casi meno gravi

*di Marzio Bartoloni*

1 febbraio 2025

Mancano poco più di 500 giorni all'apertura di oltre 1400 Case di comunità in tutta Italia finanziate con 2 miliardi dal Pnrr. Ma ad un anno e mezzo dalla loro messa a regime questi maxi ambulatori che dovrebbero far decollare la Sanità territoriale, cioè le cure più vicine ai cittadini, restano troppo spesso un oggetto misterioso.

Al di là della scadenza di metà 2026 - al 30 giugno scorso erano attive 413 su 1420 complessive - il vero rebus sono i servizi che le nuove Case di comunità devono erogare. Al momento le prestazioni sono spesso a singhiozzo, se non con il contagocce, in tante strutture, come ha recentemente certificato la Corte dei conti per le 125 Case di comunità della Lombardia che oggi lavorano con una «ridotta operatività per effetto della carenza di personale medico e di forti limitazioni sull'orario di apertura e sulla gamma di servizi previsti». Già, ma quali prestazioni dovrebbero garantire queste nuove strutture? Qui i cittadini dovrebbero trovare visite, analisi, prima diagnostica, vaccini e screening, evitando di affollare gli ospedali quando non c'è bisogno. A esempio oltre alla classica visita medica anche in certi orari la visita specialistica per le patologie più diffuse (cardiologia, pneumologia, ecc.). E poi la prima diagnostica utile soprattutto per anziani e cronici che potranno accedere ad ecografi, elettrocardiografi, retinografi, oct, spirometri, ecc. Nelle Case di comunità infine si dovrebbero trovare anche i servizi di prenotazione di visite e ricoveri (il Cup), l'attivazione delle cure a casa e della telemedicina, oltre che i servizi per la salute mentale, le dipendenze o l'assistenza sociale. Una lunga lista di prestazioni che finora sembra più una lista dei desideri per i pazienti che si affacciano in queste strutture visto che in ben 120 Case di comunità su 413 attive a giugno scorso non c'è neanche la presenza di un medico, ma solo di infermieri. E in 58 Case di comunità i camici bianchi ci sono meno di 30 ore a settimana. Eppure queste strutture dovrebbero essere aperte h24 (o almeno 12 ore) sette giorni su sette - la maggior parte invece arriva al massimo a 12 ore - con la presenza anche di specialisti come lo psicologo, il logopedista, il fisioterapista, il dietista, il tecnico della riabilitazione e l'assistente sociale e quando necessario il cardiologo, lo pneumologo o il diabetologo. Il nodo fondamentale è dunque il personale. E se la manovra dell'anno scorso aveva stanziato fondi per le assunzioni, quest'anno invece in legge di bilancio non c'è nulla. Il ministro della Salute Orazio Schillaci punta comunque a farci lavorare i medici di famiglia, a partire da quelli più giovani da assumere come dipendenti grazie a una delicata riforma ora in cantiere. E intanto, come ricorda il presidente dell'Ordine dei

medici Filippo Anelli, grazie all'ultima convenzione che diventa operativa nel 2025 i quasi 40mila medici di famiglia garantiranno già «venti milioni di ore nelle Case di comunità».

Poi ci sono Regioni come l'Emilia Romagna e la Toscana che già da anni hanno aperto decine di Case della salute a cui si sono ispirate queste Case di comunità finanziate dal Pnrr. E che hanno deciso di cominciare ad attivare al loro interno anche dei "pronto soccorso leggeri" - in Emilia si chiamano Cau (Centri di assistenza e urgenza) e Pir (Punto intervento rapido) in Toscana - per attrarre nelle nuove strutture quei casi meno urgenti (i codici bianchi, celesti e verdi): da piccole ferite e tagli a distorsioni, da febbre moderata a mal di testa o sintomi influenzali, dal classico mal di pancia ai dolori addominali ai disturbi oculistici e ginecologici. «È necessario però che si chiarisca presto e bene cosa possono fare le Case di comunità su questi casi meno urgenti per evitare che si crei confusione nei cittadini che magari rischiano di presentarsi nel posto sbagliato in caso di emergenza», avverte Alessandro Riccardi, presidente Simeu, la società dei medici del pronto soccorso.

L'intervista

# Arcuri "Appalti Covid i politici chiamavano ma li ho sempre respinti. Io assolto dopo anni"

di **Giuliano Foschini**

**Cominciò così.**

«Una mattina, a metà marzo del 2020. Passeggiavo quando squilla il mio telefono. Era il presidente del Consiglio, Giuseppe Conte: mi chiedeva la disponibilità ad assumere l'incarico di commissario per l'emergenza. Poche ore dopo eravamo al lavoro».

Domenico Arcuri è stato il Caronte italiano della stagione del Covid. Ha preso la guida di un bus che correva sparato sul ciglio di un burrone: a bordo di quel bus c'erano gli italiani. È stato cercatissimo e poi odiatissimo, prima salvatore e poi capro espiatorio, era ovunque, poi è scomparso. Arcuri dopo quindici anni non è più il numero uno di Invitalia, è rimasto impigliato in un processo per abuso di ufficio, relativo alla fornitura di una partita di mascherine, dal quale è uscito con un proscioglimento. È la prima volta che parla dopo aver lasciato la struttura commissariale. «Mi sono autocondannato al silenzio».

**Cosa è stata l'emergenza Covid, Arcuri?**

«Il più grande disastro del dopo guerra».

**C'è chi prova a negare. E alla maggior parte degli italiani sembra ormai tutto così lontano.**

«Su chi nega: in Italia 25 milioni di positivi, 216mila morti, non si deve dire altro. Sul resto: abbiamo ancora gli occhi lucidi per chi non ce l'ha fatta. E, proprio nel loro onore e ricordo, c'è il dovere di non farci trovare impreparati, se dovesse accadere di nuovo. Credo debba

essere il compito principale della commissione d'inchiesta».

**Eravamo impreparati?**

«Completamente. Come in tutto il mondo. L'apparato dello Stato non era in grado di fronteggiare una tragedia di questo tipo: nessuna scorta di mascherine, nessuna azienda in grado di produrle. Niente respiratori. Un quarto dei posti in terapia intensiva della Germania. Bisognava comprare tutto».

**Quando ha capito l'entità del disastro?**

«Nella sede della Protezione civile, appena nominato. Si era già costituito il comitato tecnico scientifico con una serie di medici autorevoli, Giuseppe Ippolito, Franco Locatelli, Roberto Bernabei, professionisti a cui l'Italia non dovrebbe mai smettere di dire grazie. In quelle stanze avevano le facce bianche, erano spaventati. Sui monitor numeri e proiezioni atroci. In quel momento, ho capito».

**Ha mai pensato: non ce la facciamo?**

«Abbiamo lavorato per farcela. Mi spiegano subito che sono necessarie due cose, su tutte: dispositivi di protezione e respiratori per gli ospedali. Esisteva la concreta possibilità che gli ospedali collassassero. In Italia non ce n'erano. Bisognava cercare all'estero».

**Le mascherine cinesi.**

«Partecipiamo a una vera guerra. Io metto delle regole: non si pagano acconti, ma i bonifici devono partire soltanto a carico effettuato. Serve il via libera di Cts e Dogane. Una notte

chiudiamo un accordo cruciale con un fornitore orientale. La mattina dopo ci chiama: contratto saltato. Sono arrivati gli esponenti di un altro stato europeo e si sono presi le mascherine, pagando in contanti».

**Nessuno spreco? Nessun errore?**

«Sì, sono stati anche commessi errori. Ma pochissimi, soprattutto in un rapporto tra l'entità del problema che si ha di fronte e il numero di sbagli. I fatti dicono che non c'è stata alcuna richiesta di rinvio a giudizio per corruzione o peculato, a fronte di una macchina che ha mosso miliardi. È un caso forse unico nella storia».

**Ha mai ricevuto pressioni per gli acquisti?**

«Io e i miei collaboratori, che mi sono restati vicino in questi anni, abbiamo ricevuto molte telefonate, con proposte di fornitura. Anche da politici, soprattutto quelli che erano più lontani dalla gestione dell'emergenza e che magari facevano parte di formazioni politiche più piccole. Sono sempre stati gentilmente respinti».

**Le bare di Bergamo. Ci pensa?**

«Mi ero dato una regola: non pensare alle vittime, al dolore dei loro familiari, non avrei retto. Ricordo tutto, però: ogni sera nel nostro ufficio veniva una funzionaria del ministero della Salute con un foglio in cui c'erano i dati della giornata.



Sulle colonne c'era il numero dei morti, dei contagiati e dei posti in terapia intensiva per ogni Regione; in basso sulla destra c'era un solo numero: i ventilatori disponibili che potevano essere distribuiti quel giorno. Per quanto cercassi di essere statisticamente corretto, stavo decidendo dove era possibile vivere e dove morire. È una cosa che non bisogna augurare a nessuno».

#### **La zona rossa di Codogno.**

«Una sera con Francesco Boccia, il ministro con il quale ho lavorato di più e meglio, accompagniamo su un aereo alcune decine di medici volontari. Arriviamo all'aeroporto di Bergamo. Chiuso e vuoto. Spettrale. Li accompagniamo sul piazzale dove ci sono le macchine che li porteranno nei paesi dell'epicentro: andavano a fare il loro dovere nonostante rischiassero di morire. Li salutiamo e torniamo da soli. Ci guardiamo in silenzio per tutto il viaggio».

#### **Un miracolo: i vaccini.**

«Un miracolo della scienza. E un trionfo dell'Unione europea. Sono loro a trovarli e distribuirli. A noi toccarli arrivare nei varipunti di

somministrazione».

#### **L'Italia parte male. È uno dei motivi per cui lei viene sostituito.**

«Non è vero. Quando io vengo avvicinato l'Italia è il primo o il secondo paese d'Europa nel rapporto tra vaccini ricevuti e somministrati. Il cambio di passo avviene perché i vaccini finalmente vengono inviati in grandi quantità e il nostro piano viene attuato con efficienza da chi gestirà la nuova stagione».

#### **Si è chiesto perché viene sostituito dal generale Figliuolo?**

«Vorrei sfatare una leggenda: prima che diventasse premier non avevo mai visto Giuseppe Conte. Ma gli sarò riconoscente per sempre: mi ha permesso di occuparmi del mio paese in una stagione drammatica. Quasi tutti l'hanno dimenticato. Lui no. Quando Conte va via, e arriva un nuovo governo, comprensibilmente, c'è una nuova sensibilità e si cambia tutto il vertice dell'emergenza. È stato un rischio. Ma le cose sono andate bene».

**Le secca essere stato assolto perché il reato è stato abrogato?**

«Molto. Con il mio avvocato Grazia Volo, a cui sono molto grato, avevamo scelto l'abbreviato per essere giudicato il prima possibile. Sapevo di non aver fatto nulla e volevo un'assoluzione nel merito ma purtroppo i tempi della giustizia sono stati troppo lunghi. Ma giustizia è stata».

#### **Che farà ora?**

«In questi giorni sono stato molto impegnato a rispondere al telefono. Dopo il proscioglimento mi hanno scritto in tantissimi. Quasi tutti non li sentivo da tempo».

***Impreparati a tutto, sono stati fatti tanti errori però non c'è stata corruzione. Con me la giustizia è stata lenta ma alla fine è arrivata***

#### **▲ Prosciolto**

Domenico Arcuri, 61 anni, tra il 2020 e il 2021 è stato commissario straordinario per l'emergenza Covid

L'ex commissario per l'emergenza virus, poi finito sotto processo, parla per la prima volta da quando fu rimosso "Mi ero autoimposto il silenzio, ora dico tutto"



# Il settore sanitario si adegua alla direttiva sulla cybersicurezza

**Attacchi informatici**  
Il 28 febbraio 2025  
diventa pienamente  
operativo il Dlgs 138/2024

**Samuele Barillà**

Il settore sanitario, generalmente inteso, è per sua natura molto esposto ai rischi derivanti dagli attacchi informatici.

Tra le varie ragioni, due aspetti rivelano particolarmente la fragilità del sistema: le informazioni e la loro circolazione sono decisive per i trattamenti medici; le strutture e le aziende del comparto soffrono di gap tecnologici e, in generale, della convivenza di più piattaforme spesso gestite in maniera autonoma e isolata.

Queste e altre debolezze rendono il comparto molto esposto e, in quanto tale, al centro della applicazione della direttiva UE NIS 2 (la n. 2022/2555), già in vigore nel nostro Paese, ma che ora affronta le prime scadenze attuative.

Il 28 febbraio 2025 infatti diventa operativo il Dlgs 138/2024, che sostituisce la direttiva NIS1 con abolizione del decreto di adozione n. 65/2018. I soggetti coinvolti dal Dgs 138/24 sono identificati come essenziali o importanti a seconda del livello di criticità intrinseca.

Il loro primo dovere sarà la registrazione al portale dell'Agenzia o «Piattaforma ACN» entro il 28 febbraio 2025.

Il provvedimento di recepimento impone alle imprese, anche del comparto sanitario e alla pubblica amministrazione, di adottare misure che raggiungano un elevato livello comune di cybersicurezza e di alli-

neare lo standard del nostro Paese a quelli europei.

Il rafforzamento richiesto riguarda l'intera infrastruttura Ict e non più solo le reti e le infrastrutture considerate fondamentali, attraverso:

- l'obbligo di implementare misure di sicurezza con un approccio multi-rischio e proporzionale al rischio;
- un processo di notifica degli incidenti più articolato;
- il rafforzamento dei poteri di esecuzione, ispettivi e sanzionatori dell'Autorità controllante (Agenzia per la cybersicurezza nazionale);
- l'introduzione di nuovi strumenti di condivisione internazionale dei rischi e delle crisi.

L'Agenzia vigilerà sull'adozione delle misure previste dalla direttiva e fornirà ai soggetti coinvolti la necessaria assistenza, anche emettendo linee guida ad hoc. L'Agenzia potrà anche irrogare sanzioni, piuttosto elevate, all'ente o direttamente alla persona fisica che possa essere ritenuta responsabile della violazione delle prescrizioni del decreto.

L'allegato al decreto inserisce tra i soggetti tenuti i produttori di dispositivi medici (già ricadenti nell'Mdr, regolamento sui dispositivi medici).

Pur non essendo menzionata direttamente, anche la categoria dei distributori farmaceutici rientra tra le categorie di imprese private che dovranno adeguarsi alle nuove norme, tanto per la complessità delle pratiche tecnologiche che vi sono

svolte quanto per la delicatezza dei dati che elaborano e ancor più elaboreranno dopo l'entrata in vigore della Fmd (Falsified medicines directive), e l'introduzione del codice di trattamento Datamatrix.

Gli obblighi derivanti dalla NIS2, anche per le industrie della filiera del farmaco sono posti direttamente in capo agli organi di amministrazione e agli organi direttivi dei soggetti privati e pubblici che dovranno adottare le modalità di implementazione delle misure tecniche, operative e organizzative considerate adeguate e proporzionate per la gestione multirischio della sicurezza e curarsi della formazione dei responsabili e degli addetti in materia di cybersicurezza così da acquisire conoscenze e competenze sufficienti a individuare i rischi e valutare le pratiche di gestione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

REGISTRAZIONE  
**I soggetti individuati dal Dlgs 138/24 devono registrarsi al portale dell'Agenzia o «Piattaforma Acn»**  
STANDARD UNIONALI  
**Le imprese sanitarie adotteranno misure con elevato livello di cybersicurezza allineato a standard Ue**





Servizio Incubo Rems

## Allarme sicurezza: troppo pochi i posti nelle residenze per i detenuti infermi di mente

Le 32 Rems oggi esistenti in Italia dispongono di appena 630 posti letto, ne occorrerebbero almeno il doppio

*di Natascia Ronchetti*

31 gennaio 2025

Ciò che teme la Corte Costituzionale - e cioè che le gravi criticità delle Rems (Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza) non tutelino né i detenuti con disturbi mentali che devono essere curati né la sicurezza pubblica - è già accaduto. Due volte nell'arco di poco tempo. Prima, nell'ottobre del 2023 a Milano, l'omicidio di Marta Di Nardo, da parte di un pregiudicato infermo di mente in attesa di ricovero. Poi, poco più di due mesi fa, a Caprarola (Viterbo), l'uccisione di un netturbino ad opera di un altro pregiudicato, anche egli in lista d'attesa per essere ricoverato. Entrambi erano in libertà vigilata.

### Il fallimento delle Rems

Sono trascorsi tre anni da quando la Consulta ha rilevato "numerosi profili di frizione con i principi costituzionali" nell'applicazione concreta della legge 81 del 2014. Vale a dire la normativa che ha istituito le Rems, affidandone la gestione ai sistemi sanitari regionali e archiviando definitivamente l'era degli ospedali psichiatrici giudiziari. Tre anni di silenzio, senza alcun intervento legislativo. Un silenzio rotto principalmente dalle voci degli psichiatri, da tempo in rivolta. "La legge 81 è un fallimento totale ma nessuno ha ancora messo mano a una riforma, sollecitata peraltro dalla stessa Consulta", dice Giuseppe Nicolò, direttore del dipartimento Salute mentale dell'Asl Roma 5. Nessuno, tra gli psichiatri, vuole fare marcia indietro e tornare all'orrore degli Opg, dove la custodia prevaleva sulle cure. "Ma il sistema rischia di saltare", osserva Emi Bondi, ex presidente della Società italiana di Psichiatria e membro del tavolo tecnico sulla salute mentale voluto dal ministro Orazio Schillaci.

### Solo 630 posti letto in tutta Italia

Il punto è che le 32 Rems oggi esistenti in Italia dispongono di appena 630 posti letto. Troppo pochi. Ne occorrerebbero almeno il doppio. E anche così non si riuscirebbe ad assorbire il numero delle persone in lista d'attesa, che sono 750: hanno commesso reati ma sono inferme di mente e non possono essere tratteneute in carcere. Mentre altre 45 si trovano dove non dovrebbero essere: dietro le sbarre. Senza contare la distribuzione non omogenea sul territorio. In Umbria e in Calabria non è presente nemmeno una struttura e in Friuli Venezia Giulia si contano appena tre posti letto. Senza contare che la legge 81 ha sganciato le Rems dalle competenze del ministero della Giustizia, affidandole al servizio sanitario nazionale, quindi alle Regioni. Condizione, questa, che la Consulta aveva già giudicato incompatibile con l'articolo 110 della Costituzione, che assegna al

Guardasigilli la responsabilità dell'organizzazione e del funzionamento dei servizi che riguardano la giustizia.

### **L'intervento del Csm**

Nei giorni scorsi il Consiglio superiore della magistratura ha però approvato all'unanimità il documento finale sulle Rems, frutto del lavoro della commissione mista per lo studio dei problemi della magistratura di sorveglianza e dell'esecuzione penale. Documento che chiede il rafforzamento dei servizi territoriali di salute mentale e una riforma strutturale complessiva. Non solo aumentando sensibilmente i posti letto disponibili ma ripensando l'intero sistema. Anche prevedendo strutture ad alta sicurezza per gestire i casi più complicati e socialmente pericolosi. E istituendo un albo di esperti psichiatrici per offrire consulenze capaci di evitare il ricorso improprio alle Rems. Infine, i magistrati chiedono il coinvolgimento del ministero della Giustizia nella gestione di queste strutture, in linea con quanto sollecitato dalla stessa Corte Costituzionale con la sentenza 22/2022: un aspetto dirimente.

### **Ai medici anche compiti di custodia**

L'assegnazione delle competenze alla sanità pubblica ha infatti portato all'estromissione della polizia penitenziaria dalle strutture (la vigilanza è affidata a guardie giurate), caricando sulle spalle dei medici – denunciano gli psichiatri – anche compiti di custodia. Con l'aggravante che una sentenza della Corte di Cassazione, nel 2005, ha annoverato tra i disturbi mentali anche i comportamenti antisociali. “Il risultato è che spesso nelle Rems troviamo pregiudicati che dovrebbero stare in carcere mentre altri, infermi, sono in libertà vigilata, con risvolti sociali drammatici”, spiega Bondi. Come se non bastasse sull'intero sistema regna una grande confusione. “C'è persino una enorme discrepanza tra i dati che sono in possesso del ministero della Salute e quelli a disposizione del dicastero alla Giustizia”, dice Nicolò.

### **L'assenza di tutele**

È il magistrato, sulla base di una perizia psichiatrica, a disporre la misura del ricovero in una Rems. E siccome il posto non c'è, il pregiudicato può restare in attesa a lungo, in libertà vigilata. Con il risultato che il sistema non riesce a tutelare né le potenziali vittime di aggressioni né il diritto alla salute del malato che ha commesso reati, come è stato appunto sottolineato dagli stessi giudici della Consulta, secondo i quali il magistrato non può inoltre sottostare al tipo di organizzazione che si sono date le Regioni. Il documento del Csm ha di fatto recepito ciò che la Società italiana di psichiatria rivendica da tempo: il primo passo dovrebbe essere quello di ripristinare il controllo sulle Rems da parte del ministero della Giustizia. “Chiediamo anche – dice Bondi – una gradualità di percorsi per le persone con vizi di mente. Le strutture dovrebbero essere organizzate su più livelli correlati all'intensità e alla gravità del disturbo, con la possibilità di prevedere una forma di custodia per i soggetti che manifestano un alto grado di pericolosità sociale”.

Servizio Responsabilità sanitaria

## **Legge Gelli-Bianco, scenario ancora incerto sul fronte delle polizze e della governance**

L'esigenza di linee guida operative sull'auto-assicurazione e di maggiore trasparenza con la pubblicazione da parte delle aziende sanitarie dei dati su sinistri e contratti

*di Matteo Baviello \* e Salvatore Punzo \*\**

31 gennaio 2025

Mancano meno di due mesi a un anniversario rilevante per il settore sanitario e, con esso, per tutti noi come cittadini. Il 16 marzo 2024 entrava infatti in vigore il decreto ministeriale n. 232/2023, attuativo della legge 8 marzo 2017, n. 24, comunemente nota come Legge Gelli-Bianco. Questo decreto stabilisce requisiti minimi per le polizze assicurative a cui strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, sono chiamate a conformarsi entro 24 mesi, con scadenza a marzo 2026. Considerando la durata annuale delle polizze, tuttavia, gli adeguamenti dovranno essere operativi già entro marzo 2025; questo vincolo temporale introduce pertanto un'ulteriore urgenza per un settore già caratterizzato da complessità normative e operative.

### **Gli obiettivi della legge e il vuoto normativo sull'auto-assicurazione**

L'obiettivo cardine della Legge Gelli-Bianco è quello di garantire una tutela risarcitoria efficace per i pazienti, promuovendo un accesso alle cure più sicuro. A tal fine, il legislatore ha definito standard minimi per le polizze assicurative, con l'obiettivo di assicurare parità di garanzie tra le compagnie e prevenire disomogeneità nel mercato. Il decreto ministeriale n. 232/2023 specifica in modo dettagliato le condizioni che le compagnie assicurative devono rispettare per offrire coperture valide ed efficaci. Nonostante le stringenti disposizioni per le compagnie assicurative, persiste un significativo vuoto normativo per quanto riguarda le strutture sanitarie che optano per forme di auto-ritenzione del rischio ("autoassicurazione"). Secondo i dati dell'Osservatorio AmTrust, sono attualmente sei le Regioni italiane che operano in regime di autoassicurazione totale, senza avvalersi cioè di coperture assicurative conformi ai requisiti del decreto.

Questo scenario è aggravato dalla mancanza di una chiara attribuzione dei controlli sull'adeguamento delle autoassicurazioni. Sebbene il decreto faccia riferimento al ruolo delle Regioni, questo non è stato disciplinato in modo preciso, lasciando spazio a interpretazioni e rischi di inefficienza.

L'assenza di linee guida operative e di supporto tecnico rappresenta una criticità per molte strutture pubbliche, che si trovano spesso prive delle risorse necessarie per implementare strumenti di gestione del rischio adeguati. Tale lacuna può tradursi in una protezione insufficiente per i pazienti e in potenziali responsabilità personali per i dirigenti che non predispongano fondi di riserva certificati, come previsto dalla normativa.

### **Disatteso l'obbligo di pubblicare i dati su sinistri e polizze**

Un altro punto cruciale riguarda l'obbligo, introdotto dalla Legge Gelli-Bianco nel 2017, di pubblicare i dati relativi ai sinistri e alle polizze assicurative. Questo adempimento, nato per promuovere trasparenza e responsabilità, è tuttora largamente disatteso, come mostrato dalla recente indagine nazionale condotta dalla Fondazione Sanità Responsabile in collaborazione con l'Università dell'Aquila, che ha evidenziato come la maggior parte delle strutture non ottemperi ancora a tali disposizioni.

La trasparenza è fondamentale non solo per garantire una tutela efficace ai pazienti ma anche per incentivare una cultura della gestione consapevole del rischio. Tuttavia, per superare l'attuale impasse, è necessaria la presenza di interlocutori professionali capaci di sostenere le strutture sanitarie nella realizzazione di sistemi di governance assicurativa più robusti.

### **Serve più attenzione al sistema di governance**

Guardando al prossimo futuro, occorre che tutti gli attori coinvolti – istituzioni, aziende sanitarie e compagnie assicurative – lavorino insieme per garantire un sistema di governance più solido ed efficace. La recente attenzione normativa, oltre a poter fungere da stimolo per una maggiore consapevolezza sull'importanza di scelte responsabili conformi agli obblighi di legge e tecnicamente adeguate, mette ulteriormente in risalto come la presenza di operatori – anche assicurativi – altamente specializzati sia cruciale per offrire servizi che per natura sono connotati da una forte complessità tecnica, al fine di rispondere adeguatamente agli obiettivi primari del legislatore.

In un settore come quello sanitario, in cui ogni aspetto dell'attività medica è rigorosamente normato, è indispensabile pertanto che anche la governance assicurativa riceva la stessa attenzione, per garantire al terzo la massima tutela possibile e al sistema una efficiente gestione del rischio.

*\* General Manager AmTrust Assicurazioni*

*\*\* Senior Director Big Brokers & Public Hospitals AmTrust Assicurazioni*

# Genetica, staminali e AI Le frontiere della terapia

Tra i tanti progetti, un «hub» per la produzione di farmaci innovativi

## La ricerca

di **Anna Fregonara**

**A**nche al Gaslini di Genova, riconosciuto come uno dei principali poli pediatrici a livello nazionale e internazionale, c'è una fattoria. Ma è una fattoria speciale: si chiama Cell Factory, la fattoria delle cellule, struttura all'avanguardia dedicata alla produzione di cellule per terapie avanzate, realizzate secondo i più alti standard scientifici e normativi. «Un esempio consolidato di cellule coltivate in laboratorio sono le CAR-T, cellule del sistema immunitario geneticamente modificate per riconoscere e distruggere le cellule tumorali. Possono essere utilizzate per trattare forme refrattarie o particolarmente aggressive di malattie neoplastiche, come il neuroblastoma, il tumore solido più frequente nei bambini dopo quelli cerebrali, le leucemie e i linfomi», spiega Angelo Ravelli, direttore scientifico dell'IRCCS Gaslini e professore ordinario di Pediatria all'Università di Genova.

«Le CAR-T sono uno dei filoni più promettenti assieme a quello dell'immunoterapia

che addestra il sistema immunitario a colpire il tumore in modo mirato. Un'altra applicazione è la creazione di cellule potenziate per contrastare batteri resistenti anche agli antibiotici più sofisticati e per riparare, attraverso la cosiddetta medicina o chirurgia rigenerativa, tessuti danneggiati da ulcere, processi infiammatori o infezioni. In ortopedia, le cellule staminali aiutano a rigenerare l'osso nei casi di necrosi avascolari della testa femorale, una condizione in cui la riduzione del flusso sanguigno causa la morte del tessuto osseo». La ricerca del Gaslini è elettivamente traslazionale e viene condotta attraverso un approccio interdisciplinare che punta a trasformare rapidamente le scoperte scientifiche in applicazioni cliniche, accelerando il passaggio dal laboratorio al letto del paziente.

Negli ultimi anni, il Gaslini ha ottenuto un importante riconoscimento dal Ministero della Salute, vincendo due finanziamenti nell'ambito dei Piani Operativi Salute, per un totale di 18 milioni di euro. Il primo è legato alla Cell Factory e ha l'obiettivo di trasformarla in un hub nazionale per la produzione di farmaci innovativi. Il secondo progetto, denominato LifeMap, punta a raccogliere campioni

genetici da migliaia di pazienti pediatrici e adulti affetti da malattie croniche e neoplastiche, integrando questi dati con informazioni su fattori di rischio ambientali e stili di vita. «L'idea è comprendere meglio l'impatto di questi fattori sullo sviluppo delle patologie cronico-degenerative più comuni nell'età adulta, come diabete, obesità, ipertensione, tumori e malattie autoimmuni», dice il professore. «Il progetto si basa sulla crescente consapevolezza che la prevenzione di molte di queste patologie debba iniziare già nelle prime fasi della vita e che l'identificazione dei fattori di rischio possa permettere di individuare in modo precoce i soggetti predisposti a sviluppare malattie in età avanzata».

La genetica è un'altra area in cui l'istituto vanta una lunga tradizione, grazie all'esperienza maturata nella diagnostica e nel trattamento di bambini affetti da malattie rare. «Di recente, un team di nostri ricercatori, in collaborazione con un centro canadese, ha individuato nuove possibili associazioni genetiche con l'autismo, identificando mutazioni che potrebbero predisporre allo sviluppo di questa condizione», conclude Ravelli. «Inoltre, stiamo investendo sul genome editing, una tec-

nica innovativa di manipolazione genetica. Una volta identificata la mutazione, con un sistema di «taglia e cuci» si interviene sul DNA e si cerca di ripristinare il corretto funzionamento del gene, bloccando la progressione della malattia. Siamo al lavoro anche sulle patologie autoimmuni, come l'artrite idiopatica giovanile, il lupus e la dermatomiosite, e autoinfiammatorie». Infine, spazio a intelligenza artificiale e telemedicina. In collaborazione con l'Università di Genova, il Gaslini ha potenziato il laboratorio di bioinformatica per analizzare dati genetici e clinici, con l'obiettivo di sviluppare modelli predittivi e terapie personalizzate.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Angelo Ravelli

«Un esempio consolidato di cellule coltivate in laboratorio sono le CAR-T»



**Angelo Ravelli**  
direttore scientifico dell'IRCCS Gaslini e ordinario di Pediatria a Genova



LE CONSEGUENZE SUI MERCATI

## Energia, industria Chi rischia di più

di **Francesca Gambarini**

Dall'automotive ai medicinali, ecco quali sono i settori industriali messi più a rischio dai dazi americani. alle pagine 2 e 3

# Dall'automotive alla farmaceutica: ecco i settori industriali più a rischio

di **Francesca Gambarini**

Emanati sabato primo febbraio, i nuovi dazi per le importazioni negli Stati Uniti da Canada, Messico e Cina saranno ufficialmente in vigore dalla mezzanotte di domani. Le guerre commerciali sono state la caratteristica anche del primo mandato di Trump alla Casa Bianca, ma la portata di queste ultime tariffe rischia di essere ancora più dirompente, considerando che il presidente ha annunciato una successiva ondata di balzelli che saranno annun-

ciati il 18 febbraio, non si sa ancora contro quali Paesi e merci. Intanto, tutti i beni importati dal Canada e dal Messico diventano soggetti a una tariffa del 25%, ad eccezione dei prodotti energetici canadesi, scontati al 10%. La Cina vedrà aumentare le tariffe già imposte del 10%. Non solo: come riporta il *Financial Times*, ogni ordine emanato contiene una sorta di clausola di ritorsione: il che significa che se un Paese scegliesse di reagire, altre azioni saranno intraprese. Ecco i settori industriali che rischiano di più.





Energia

## Petrolio, il caro carburante si farà sentire

**L**e importazioni di petrolio canadese pesano per circa il 60% del totale di greggio che entra negli Stati Uniti. Ecco perché le tariffe sull'energia che arriva dal nord dovrebbero essere scontate rispetto al 25% per altre merci. Ma è certo l'effetto che i dazi produrranno, ovvero l'aumento dei prezzi alla pompa, soprattutto nel Midwest: qui le raffinerie trasformano il petrolio canadese in benzina e diesel. Oggi gli Usa importano circa 4 milioni di barili al giorno di petrolio canadese, il 70% del quale è lavorato proprio nel Midwest.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Metalmeccanico

## Trema l'industria dell'auto: in arrivo ondata di rincari

**I**n Messico l'automotive, che nel 2024 ha superato il record storico di produzione, è un hub strategico per le più grandi case mondiali, e ha esportato l'80% dei veicoli negli Stati Uniti, anche grazie alle agevolazioni che erano fornite dall'accordo di libero scambio con gli Stati Uniti. I problemi alla supply chain potrebbero essere molto dannosi per il settore: i pezzi che arrivano da Messico e Canada attraversano il confine più volte prima che il veicolo arrivi al concessionario negli Usa: sono previsti rincari anche di tremila dollari ad auto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Farmaceutico

## Medicinali, pericoli anche per l'export dell'Italia

**S**ecundo lo US Bureau of Labor Statistics il 40% dei farmaci usati negli Usa è importato. India ed Europa sono i principali fornitori a livello globale. Il mercato dei farmaci, anche italiano, ha visto una crescita delle importazioni negli Usa nel 2024 e ora è tra i settori indicati da Trump per la seconda ondata di dazi. Nei primi nove mesi del 2024 le importazioni globali negli Usa hanno registrato un aumento tendenziale pari al +47% a prezzi costanti. L'Italia, partner strategico, ha visto crescere le esportazioni di oltre 4,5 miliardi, dagli antibiotici ai generici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Semiconduttori

## Barriere più alte per il tech: l'Asia nel mirino

**S**olare, auto elettriche, batterie e semiconduttori: da settembre gli Usa avevano già ampliato i dazi sulle importazioni cinesi di tecnologia, anche per dare una spinta alla produzione interna. I dazi in vigore impongono il 25% su batterie e acciaio, il 50% sui semiconduttori e un'aliquota tariffaria del 100% sulle importazioni cinesi di veicoli elettrici. Ora la stretta aumenta e potrebbe estendersi anche all'import da altri Paesi, come Taiwan, Corea del Sud e Giappone, che erano diventati fornitori alternativi dell'industria tech Usa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Alimentari

## Frutta e verdura, al supermercato costeranno di più

**U**n effetto immediato dei dazi sarà riscontrabile nei beni non durevoli, ad esempio nei generi alimentari. L'80% degli avocado che vengono importati negli Usa arrivano dal Messico, la più grande fonte estera di frutta e verdura per gli Stati Uniti (da lì provengono il 63% delle verdure e il 47% della frutta), mentre il Canada è il numero uno per cereali, bestiame, carne e zucchero. Le tariffe provocheranno un aumento dei costi al supermercato, di settimana in settimana, quando anche la supply chain comincerà a risentire della guerra dei dazi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Industria pesante

## Siderurgia, nuova mossa anti dumping

**G**li è il primo Trump e poi Biden avevano alzato barriere all'import su alcuni prodotti di acciaio (del 25%) e alluminio (del 10%), per «ripararsi» dal dumping cinese. Messico e Canada, in virtù dell'accordo di libero scambio tra i Paesi ora caduto, erano esclusi dai dazi. Oggi l'industria siderurgica Usa resta in difficoltà e nonostante Trump sostenga che i dazi potrebbero essere la soluzione per risanarla, gli analisti restano scettici, ribadendo che l'effetto potrebbe ritorcersi contro i fabbricanti Usa di oggetti in acciaio più che sull'acciaio stesso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Servizio Nuovi farmaci

## L'Fda approva il primo antidolorifico alternativo agli oppioidi

E' il primo di nuova classe di molecole che ha come bersaglio uno specifico canale del sodio

*di Francesca Cerati*

31 gennaio 2025

Nonostante il congelamento delle comunicazioni del dipartimento della Salute e dei Servizi Umani, l'Fda ha rilasciato un comunicato in cui annuncia l'approvazione di un potente antidolorifico non oppioidi, il primo di nuova classe di farmaci per la gestione del dolore acuto da moderato a grave negli adulti, che ha come bersaglio il canale del sodio NaV1.8.

### Come funziona

Da decenni i ricercatori speravano di sviluppare antidolorifici potenti, ma che a differenza degli oppioidi, non creassero dipendenza. L'alternativa è arrivata: il farmaco in questione prende di mira una via di segnalazione del dolore che coinvolge i canali del sodio nel sistema nervoso periferico, prima che i segnali del dolore raggiungano il cervello.

I canali del sodio funzionano come cancelli, aprendosi e chiudendosi in risposta a segnali elettrici che fluiscono attraverso le cellule nervose per far passare gli ioni sodio. Questo avvia una cascata di impulsi nervosi che trasmettono segnali di dolore al cervello.

Per gli specialisti della medicina del dolore l'arrivo di un'alternativa potente ma più sicura agli oppioidi, viene saluta con favore anche alla luce dell'ondata di overdose e decessi negli Stati Uniti, e non solo, determinata dall'uso degli antidolorifici oppiacei. Ma anche per gli sviluppatori di farmaci, l'approvazione rafforza la fiducia che la strategia di colpire i canali del sodio può avere successo. E poichè c'è un urgente bisogno di trattamenti antidolorifici che non creino dipendenza, gli analisti prevedono fino a 2 miliardi di dollari di picchi di vendite.

L'efficacia della suzetrigina è stata valutata in due studi randomizzati, in doppio cieco, controllati con placebo e con controllo attivo sul dolore chirurgico acuto.

### La prima generazione

La suzetrigina, sviluppata da Vertex (nome commerciale Journavx), non è però il primo farmaco mirato al canale del sodio a essere utilizzato per la gestione del dolore. La procaina e la lidocaina sono state usate come anestetici affidabili per oltre un secolo. Il loro limite? La mancata specificità. I canali del sodio sono infatti disponibili in nove sottotipi e questi farmaci di prima generazione li bloccano tutti e nove indiscriminatamente, e devono quindi essere somministrati localmente - tramite iniezioni o per via topica in creme e gel - per evitare effetti collaterali sistemici.

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

La ricerca di farmaci più selettivi è iniziata negli anni '90, che tre dei canali del sodio si trovano principalmente sui neuroni sensibili al dolore, il che significa che hanno poca attività sul cuore o nel cervello, e quindi un rischio molto più basso di tossicità o potenziale di dipendenza.

### **Gli effetti sul dolore cronico**

E per il dolore cronico? A oggi la suzetrigina ha dimostrato di funzionare solo in contesti di dolore acuto, mentre in studi di fase II in pazienti con dolore correlati alla sciatica, il farmaco di Vertex ha sì prodotto riduzioni significative del dolore nel corso di 12 settimane, ma nell'unico studio che includeva un gruppo placebo, i partecipanti hanno sperimentato un calo simile nei punteggi del dolore con e senza il farmaco attivo, rendendo difficile determinare la vera efficacia della suzetrigina.

Sulla scia di questa ultima approvazione, sono già molte le aziende che stanno studiando gli inibitori del sodio in fase clinica e si prevede che ci sarà presto un'ondata di questa nuova generazione di anti-dolorifici.

**IL CASO LOMBARDIA**

# E a Milano in fila anche i giovani medici

*Convenzione tra la Regione e le aziende sanitarie per bandi specifici rivolti ai dipendenti in difficoltà*

**RACHELE CALLEGARI**

Milano

**N**egli scorsi decenni, nelle graduatorie per l'edilizia residenziale pubblica, le più note "case popolari", c'erano soprattutto operai e impiegati. Oggi, la situazione è cambiata. Tra chi chiede l'assegnazione di un alloggio a canone calmierato ci sono anche giovani medici e specializzandi, oltre che infermieri e operatori socio-sanitari. È un'emergenza nell'emergenza: professionisti necessari per la città che rischiano di doversi trasferire altrove per la mancanza di un alloggio a prezzi sostenibili.

Di fronte a questa situazione, la Regione Lombardia ha stretto una convenzione con le Asst. Alle aziende sanitarie il compito di individuare tra i propri dipendenti coloro che rispettano i canoni necessari per accedere agli alloggi Aler, che saranno assegnati in seguito mediante un bando. La prima convenzione stipulata è quella con il Policlinico. Venti gli alloggi disponibili, duecento circa i professionisti giudicati idonei alla partecipazione. Il bando è stato aperto pochi giorni fa e sarà l'apripista per tutte le altre aziende sanitarie.

Ma non solo medici. Anche giovani ricercatori, insegnanti, autisti: sono queste le figure che a Milano chiedono l'assegnazione di un alloggio

popolare. È una classe media che di fronte alla crescita dei prezzi di mercato e alla stagnazione degli stipendi non riesce più ad accedere al libero mercato.

In tutta la Lombardia, gli oltre 96mila alloggi Aler disponibili sono già occupati e le liste d'attesa si allungano sempre più. Tra richieste non

corrette e graduatorie bloccate per le troppe domande, la cifra di chi oggi aspetta l'assegnazione è addirittura sottostimata rispetto al valore reale. Ma il rischio, non troppo lontano, è che una città come Milano diventi respingente verso queste

categorie di lavoratori, tuttavia necessari per il funzionamento della città stessa. Di fronte a un costo abitativo sempre più inaccessibile, la possibilità che molti scelgano di lasciare la città, di scegliere centri più piccoli, di preferire altri atenei universitari, è sempre più concreta.

Ci sono anche notizie positive. I numeri rivelano che, rispetto al 2021, nel triennio 2022-2024 sono raddoppiate le assegnazioni: circa 10mila gli alloggi Aler destinati ad altrettante famiglie. Nello stesso periodo, sono stati stanziati 70 milioni di euro come contributo di solidarietà per gli oltre 15mila inquilini della regione. In più, sono in arrivo altri 400 alloggi realizzati da Aler, Comuni e cooperative grazie a un bando di housing sociale di oltre 18 milioni di euro, per famiglie con un reddito di livello medio (Isee da 14mila a 40mila euro).

Centrale è anche l'obiettivo del recupero degli alloggi sfitti, cioè degli appartamenti non ancora disponibili a causa di carenze manutentive. Dal 2022 a oggi, sono stati recuperati circa 7.000 alloggi con un investimento di 137 milioni di euro. Nell'ultimo anno e mezzo, in particolare, gli alloggi Aler sfitti sono diminuiti del 28,7%, da 9.069 ora sono 6.466. Questo dato viaggia in parallelo con l'aumento delle assegnazioni, raddoppiate da 1.500 a 3.000 l'anno nello stesso periodo.

«Lavorare per efficaci politiche sul-

la casa significa impegnarsi certamente per le persone indigenti o in difficoltà, ma anche per i lavoratori che fanno funzionare i territori, ovvero quella classe media che non deve essere respinta dalle città. Si favorisce in questo modo anche il cosiddetto mix abitativo, così da rendere più eterogeneo il tessuto sociale dei quartieri popolari - ha affermato l'assessore regionale alla Casa e Housing sociale Paolo Franco, che ha aggiunto -. Andiamo avanti con grande convinzione, nella consapevolezza che c'è ancora molto lavoro da fare: abbiamo però ben chiare le sfide del presente e del prossimo futuro. L'obiettivo è intensificare sempre più la collaborazione istituzionale tra soggetti pubblici e privati per cercare di dare risposte sempre più puntuali alla domanda diversificata di alloggi, anche esplorando strumenti nuovi. È il momento di un'Alleanza per la Casa, in cui tutti i soggetti istituzionali, economici e del terzo settore possano trovare terreno fertile per mettere a frutto gli obiettivi comuni».

RIPRODUZIONE RISERVATA

Duecento professionisti del Policlinico universitario hanno i requisiti per aggiudicarsi uno dei 20 appartamenti messi a disposizione dall'Aler «In città cresce il disagio»



## SOS SANITÀ

# Camici bianchi in fuga Se ne vanno in cento al mese Ed è caccia ai medici di base

*I dottori che hanno scelto l'estero nel 2024 sono stati 1.359  
I più anziani vanno nei paesi arabi, i giovani in Europa  
Il presidente dell'Ordine di Roma: «Esodo mai visto prima»*

••• Nel 2024 ben 1.359 medici romani hanno fatto le valigie e sono partiti per andare a lavorare all'estero. È l'esodo dei camici bianchi denunciato anche dall'Ordine della Capitale. Lo scorso anno la meta preferita dai dottori è stata la Spagna, e in generale la maggior parte degli «espatriati» è rimasta all'interno dell'Unione europea, ma ci sono anche 159 medici che hanno scelto Paesi extra Ue, in particolare la Gran Bretagna. Dieci anni fa furono solo 179 i dottori che hanno scelto di lasciare l'Italia ma già dal 2023 si è registrato un vero e proprio boom di partenze. Tra i motivi del fenomeno ci sono le retribuzioni, che in Stati come la Francia raddoppiano rispetto a quelle italiane e quadruplicano addirittura, ad esempio, in

Olanda. Ma nella Capitale, soprattutto nell'Asl Roma 1, il problema sanitario riguarda anche i medici di famiglia. Solo in 59 hanno risposto al bando della Regione per i nuovi incarichi, indetto perché risultano ancora 107 posizioni vacanti.

Sbraga a pagina 17



**SOS SANITÀ**

Il presidente dell'Ordine, Antonio Magi: «Mai registrato un esodo così alto»

# Fuggi fuggi dei medici Se ne vanno cento al mese Spagna la meta preferita

*Nel 2024 i camici bianchi romani espatriati sono stati 1.359*

**ANTONIO SBRAGA**

... Ormai è diventata una nuova "spedizione dei mille" anche se, al posto della storica camicia rossa, ora hanno il camice bianco. La fuga all'estero dei medici romani sta infatti assumendo le dimensioni di un vero e proprio esodo: lo scorso anno, infatti, sono stati ben 1.359 ad espatriare. Di cui 1.200 "expat con la valigetta" sono rimasti all'interno dell'Unione Europea (con una media di cento al mese, ma il dato è ancora provvisorio, in attesa di conferme da parte del Ministero della Salute) e altri 159, invece, sono espatriati nei paesi extra-Ue (tra cui l'Inghilterra, che è una delle mete più gettonate). Mentre all'interno dell'euro-zona nel 2024 è stata la Spagna ad aver più attratto i medici romani. Ma i dati della fuga dei camici bianchi lo scorso anno sono pressoché identici a quelli del 2023, quando già «1400 iscritti all'Ordine di Roma hanno fatto domanda per andare all'estero», come ha quantificato l'Omceo capitolino nel corso di un'audizione a Mon-

tecitorio nei mesi scorsi. Quindi sia nel 2023 che nel 2024 si è registrato un vero boom rispetto a dieci anni fa: allora furono appena 179 i medici emigrati nel quadriennio dal 2015 al 2019. «Non si è mai registrato un esodo così elevato» commenta il presidente dell'Ordine dei medici di Roma e provincia, Antonio Magi. I più anziani vanno nei paesi arabi, ingaggiati per non lunghi periodi da veri e propri cacciatori di teste, che spesso offrono anche le spese per vitto e alloggio.

I più giovani, i trentenni, preferiscono invece i paesi europei». Anche perché nel resto d'Europa la remunerazione annuale arriva a raddoppiare in Francia (132.760 euro), diventa a 3 cifre più rotonde nel Regno Unito (155.767) e Germania (166.989), triplica in Danimarca (178.252) e Irlanda (197.465) e sfonda il tetto quadruplicando in Olanda (255.208). Per questo motivo i medici con la valigetta lasciano il Belpaese, che risulta terzo per remunerazione

annuale (61.130 dollari) dopo Grecia e Portogallo. «Cosa fondamentale è trovare delle risorse economiche per evitare la fuga» avverte Magi. Cominciamo a dare dei benefit, a semplificare la vita burocratica, ad eliminare l'incompatibilità che ormai è anacronistica. Poi è importante togliere i tetti di spesa e fare i concorsi. Per questo come Ordine - conclude Magi - facciamo appello a non lasciare l'Italia soprattutto ai giovani, per non far perdere al sistema sanitario l'investimento fatto dal nostro paese per la loro formazione, che va dai 150 mila euro per ogni laureato ai 220 mila per ciascun medico specializzato. Ma, per non disperdere questa formazione e non regalarla all'estero, dobbiamo investire».

Anche perché la Ragioneria Generale dello Stato ha appena pubblicato un rapporto sul personale sanitario (medici, infermieri e tecnici) che vede Lazio e Campania maglie nere in ex aequo: su un totale di 681.855 unità di personale dipendente, pari ad una media nazionale di 11,6 unità per 1.000 abitanti, ci sono infatti



«nette differenze regionali: da 8,5 unità per 1.000 abitanti in Lazio e Campania a 17,4 unità per 1.000 abitanti in Valle D'Aosta», ha quantificato la Ragioneria sulla base dei dati aggiornati a fine 2022. Anche se da allora sono state «sbloccate 14 mila assunzioni, per un investimento strutturale di 661,5 milioni di euro annui», come ha tenuto a ricor-

dare alla Pisana il presidente della Regione, Francesco Rocca, nel corso dell'audizione davanti alla commissione Sanità del 23 gennaio scorso.

**255**

**Mila euro**  
La renumerazione annuale in Olanda contro i 61.130 in Italia, dietro a Grecia e Portogallo

*Destinazioni*  
*I più anziani preferiscono i paesi arabi, dove ottengono anche vitto e alloggio*  
*i giovani scelgono l'Europa*

**1200**

**Il numero**  
Degli iscritti all'Ordine dei medici di Roma e provincia andati a lavorare in Europa

**159**

**Dottori**  
Che nel 2024 sono andati ad esercitare nei paesi extra Ue

**In corsia**  
Medici in ospedale



## Cancro, domani giornata mondiale ma nel Salento screening a rilento

MONGIÒ, N. SIMONETTI E NOTA DI CAROLI ALLE PAGINE 7 E 15 >>

# Cancro, aumentano i casi ma anche le guarigioni

### Schittulli: screening e prevenzione necessari, l'arcobaleno è vicino

#### NICOLA SIMONETTI

● Orizzonte cancro: buon tempo si spera. I numeri attuali destano preoccupazione ma lo stato dei lavori, lascia ben sperare e l'arcobaleno non è lontano. Il mondo, domani, celebrerà la Giornata Mondiale contro il Cancro: non sia celebrazione soltanto ma presa di coscienza e responsabilizzazione corale, occasione di iniziative concrete sin da ora.

Lo vittoria sarà sempre più vicina - ci dice il prof. Francesco Schittulli, oncologo, chirurgo senologo presso Mater Dei Hospital di Bari, presidente nazionale Lega Italiana Lotta ai Tumori - se sapremo implementare ed eseguire gli screening (aprendoli anche alle età più giovani a rischio), seguire stili di vita idonei, lottare contro fattori cancerogeni, sostenere la ricerca, mettere ordine alla sanità.

«Il Ministro Schillaci - sottolinea Schittulli - ha saggiamente proposto ed il Parlamento approvato all'unanimità, nel 2023, la legge sul'oblio oncologico quale tutela dei soggetti guariti (vivono, oggi, oltre 4 milioni di italiani per i quali il cancro è, ormai, solo il ricordo di una malattia vinta)».

**I NUMERI** - Nel mondo: l'anno scorso si sono ammalati di cancro 25 milioni di persone e ne sono morte 12 milioni (dati sottostimati specie per Africa, Asia, Sud America). Nell'ordine per maggiore frequenza: polmone, mammella, colon-retto, prostata. In Europa: 3,5 milioni i nuovi casi e 1 milione e mezzo i morti ogni anno. La maggiore incidenza vede al

primo posto la Germania seguita da Italia, Belgio, Francia. In Italia: 390mila nuovi casi e 180.000 i deceduti e, cioè, ogni giorno, 1.070 italiani si ammalano e 494 muoiono. Di cancro, cioè di una malattia che prevedrebbe la guaribilità per 7 su 10 casi, sopravvivenenti a 5 anni da diagnosi. Oggi i più guaribili sono i tumori di tiroide e seno; i più letali quelli del pancreas. L'incidenza maggiore si lamenta in Sardegna e Campania (terra dei fuochi, concentrato di sostanze cancerogene disponibili per tutti). Per il 2025 si temono 1.070 nuovi casi in più ma si aspettano guarigione dell'85% dei casi grazie a nuovi approcci di diagnosi precoci e terapie insieme a stili di vita corretti che, da soli, eviterebbero 200 morti di cancro al giorno.

**L'ARCOBALENO** - «Abbiamo subito - dice il prof. Schittulli - negli ultimi dieci anni, l'incremento del 40% del numero di cancri (4% in più per anno). Ma, ora, ci soccorrono le mirabili novità nella puntuale ricerca dei geni alterati (BRCA 1 e 2, ecc), le diagnosi con test più puntuali, sofisticati e maneggevoli: la tumorigenesi - dice Schittulli - in uomo e donna, è un processo multistep (moli gradini da salire), le cui fasi riflettono alterazioni genetiche che guidano la progressiva trasformazione delle cellule normali in cellule al-



tamente maligne, identificate oltre 100 tipologie distinte di cancro, diversi sottotipi tumorali: una complessità che la scienza sta dipanando e gli "hallmarks of Cancer" (proprietà biologiche che vengono acquisite dalle cellule durante lo sviluppo, anche in molti decenni, del tumore) permettono di fornire un'utile mappa concettuale per comprendere la complessa biologia dei tumori e come sconfiggerli».

Incomparabile l'aiuto che già ci viene da studio e utilizzazione dell'Intelligenza Artificiale (A.I.). Novità è già la criochi-

rurgia per piccoli tumori, con iniezione di sostanze refrigeranti a 190°. La ricerca avanza e capitoli come epigenetica, angiogenesi, biopsia liquida, microbiota intestinale, cellule staminali, immunologia

nanotecnologie, tecnologie omiche, risorse diagnostiche terapeutiche ad alta tecnologia sono già bagaglio della moderna oncologia che è alle porte del poter bloccare i processi che generano il cancro. «La diffusione e specializzazione efficace - conclude il prof. Schittulli - di diagnostica predittiva (possibile nel territorio), terapia sofisticata ma nemica vin-

cente dei tumori (in ospedale, inizialmente), riabilitazione globale fisica, psicologica, sociale, occupazionale sono all'orizzonte. La cometa della Scienza ci è guida».

### 1.070 ITALIANI AL GIORNO

Nel Paese 390mila persone colpite e 180.000 decedute. Più letale il pancreas cure evolute per tiroide e mammella

