

**16 maggio 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**

# la Repubblica

16/05/2025

## Bertolaso e il futuro della Regione

di **ALESSANDRA CORICA**

**I**l messaggio è che, almeno per ora, Guido Bertolaso rimane al suo posto, a dispetto dei malumori con FdI. Ma anche che sulla sanità lombarda l'ultima parola spetta al governatore Attilio Fontana, e che

quindi attorno a questo il partito deve fare quadrato. Visto che in ballo non c'è solo il welfare, ma anche e soprattutto il candidato alle regionali del 2018. La Lega prova a serrare le fila per evitare che FdI, partito di maggioranza relativa al Pirellone, acquisisca ancora più potere e riesca ad accaparrarsi la sanità.

➔ a pagina 5



Fontana e Bertolaso

# L'ora dello showdown tra Lega e FdI in Regione per decidere il comando

Salvini manda in soccorso il partito a difesa di Fontana e Bertolaso  
Ma la vera posta in gioco è chi sarà il candidato in Lombardia

di **ALESSANDRA CORICA**

**I**l messaggio non è solo che (almeno per ora) Guido Bertolaso rimane al suo posto, a dispetto dei malumori con FdI. Ma, soprattutto, che sulla sanità lombarda l'ultima parola spetta al governatore Attilio Fontana, che con Bertolaso condivide del tutto la linea. A partire dalle bacchettate alla sanità privata, a cui si richiede maggior contributo e più collaborazione per smaltire le liste di at-

tesa.

È un quadrato di ferro, quello che la Lega tenta di fare attorno al governatore Fontana e, di conseguenza, al suo assessore di punta, nato berlusconiano ma ormai a tutti gli effetti "fontaniano". Perché, è il mantra che da giorni i lombardi ripetono tra loro, dopo l'ennesima baruffa in giunta con i meloniani, non si può consentire a FdI di giocare all'asso pigliatutto, «e se vogliono davvero

la presidenza della Fondazione Fiera, quando l'attuale governance scadrà (e il destino del suo presidente autosospeso Enrico Pazzali sarà più chiaro, visto che ancora il Riesame

deve esprimersi sulle misure cautelari, ndr), devono mettersi in testa che la sanità non possono averla».

Di qui l'agitazione degli ultimi giorni, che si sarebbe respirata anche ieri al federale presieduto da Matteo Salvini a Roma. Anche perché è cosa nota, ormai, che i Fratelli puntino, nel 2028, a un candidato che sia loro espressione in Lombardia, e guardino a figure politiche, come l'eurodeputato Carlo Fidanza, o a profili più "civici" come il presidente di Coldiretti Ettore Prandini. Consentire quindi a FdI già ora di scalfire la giunta guidata da Fontana, mettendo in discussione la poltrona di Bertolaso e la linea finora adottata sulla sanità, per la Lega non è possibile.

Ecco allora che già lunedì, durante l'ennesimo showdown in giunta tra Bertolaso e FdI (stavolta, sulla convenzione con i Nas sulle liste di attesa), a intervenire per invitare a lavorare è stato l'assessore allo Sviluppo economico Guido Guidesi, leghista moderato, vicino a Fontana. Il quale poi avrebbe chiamato a raccolta i suoi per serrare le fila, in mo-

do da placare l'ennesima baruffa con FdI, dall'assessore alla Montagna Massimo Sertori, altro leghista della cerchia fidata del governatore, al segretario dei lombardi Massimiliano Romeo, la cui elezione al congresso dei mesi scorsi proprio Fontana ha sostenuto. Uno solo, il messaggio: la linea sulla sanità la detta il governatore, che è della Lega. E Bertolaso interpreta questa linea, a dispetto dei malumori di FdI, sul piede di guerra per vari motivi, dal primo suicidio assistito avvenuto in Lombardia a gennaio, alle critiche mosse da Bertolaso all'operato di Aria, la partecipata di area meloniana che si occupa di appalti.

Da capire, allora, per quanto i leghisti riusciranno a tenere la situazione sotto controllo, considerando comunque che i meloniani sono partito di maggioranza al Pirellone. Il discorso vale anche per il rapporto con la sanità privata, i cui rappresentanti lamentano la «mancanza di trasparenza» dell'assessorato al Welfare, e negli ultimi mesi hanno trovato proprio nei meloniani interlocutori pronti all'ascolto. I leader delle asso-

ciazioni di categoria, allora, ieri hanno incontrato Bertolaso e il direttore del Welfare Mario Melazzini. «Un confronto costruttivo», hanno poi detto i rappresentanti di Aiop, Confindustria sanità, Aris e Anisap. E che vedrà un altro appuntamento la prossima settimana. Sul tavolo, una richiesta precisa della Regione: «Aumentare il numero di prestazioni erogate in convenzione, con l'obiettivo prioritario di contribuire ancor di più alla riduzione delle attese».

**Per la successione Meloni potrebbe puntare su Carlo Fidanza o sul capo di Coldiretti Prandini L'alt del Carroccio agli alleati: non possono pretendere insieme sanità e guida della Fiera**



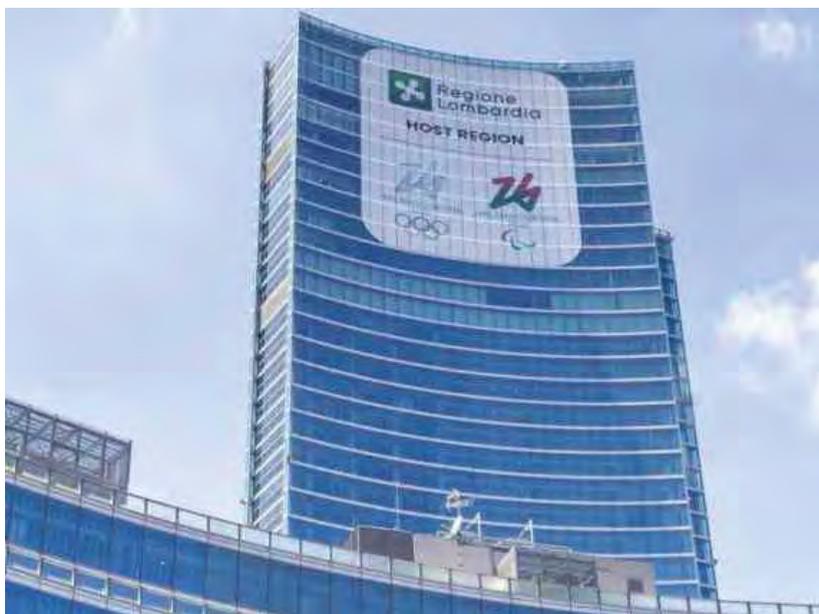
⬆ L'assessore al Welfare Guido Bertolaso con il governatore Attilio Fontana a Palazzo Lombardia

# CORRIERE DELLA SERA

## Sanità, la Regione ai privati: «Più visite ed esami in convenzione per abbattere le liste d'attesa»

di Sara Bettoni

Incontro tra gli enti e l'assessorato al Welfare dopo la tensione dei giorni scorsi. Slitta al 31 maggio la firma dei contratti



Un incontro «cordiale e costruttivo», in un clima «disteso» [dopo la tensione dei giorni scorsi](#). Prove di (rinata) collaborazione tra la Regione Lombardia e la sanità privata. Giovedì l'assessore al Welfare **Guido Bertolaso** e **Mario Melazzini**, direttore generale, hanno incontrato i referenti della categoria: **Ivan Colombo** (Confindustria Lombardia Sanità e Servizi), **Michele Nicchio** (Aiop Lombardia), **Marcellino Valerio** (Aris Lombardia) e **Pietro Potestio** (Anisap Lombardia). Oggetto della discussione, il rinnovo dei contratti. La firma era prevista per il **15 maggio** e il mondo della sanità privata, nei giorni scorsi, era molto preoccupato perché non erano stati ancora chiusi i rendiconti del 2024, base di partenza per i nuovi accordi.

Non solo. Gli enti avevano anche timori legati ai nuovi obiettivi richiesti, tra cui l'**aumento dei ricoveri di pazienti in arrivo del pronto soccorso** e il

**possibile freno all'attività privata.** Dopo una lettera all'assessorato e una alle Ats, la settimana scorsa avevano scritto direttamente al presidente Attilio Fontana chiedendo un incontro urgente.

Decisamente più distesi i toni del faccia a faccia di giovedì, anche perché nel frattempo la scadenza per i contratti è stata **rinviata al 31 maggio**. C'è tutto il tempo, quindi, per chiudere i rendiconti dell'anno scorso e per definire gli obiettivi per il 2025. «Faremo un incontro più tecnico la settimana prossima - spiega **Michele Nicchio** di Aiop -. Il tema che fa da padrone è sempre quello delle **liste d'attesa**».

Bertolaso ha chiesto alle strutture di **aumentare il numero di prestazioni erogate in convenzione** e rivendicato la responsabilità della programmazione. Tocca alla Regione, quindi, definire quali visite ed esami i privati devono erogare per conto del Servizio sanitario nazionale. Una volta raggiunti gli obiettivi, non ci saranno limitazioni all'attività a pagamento. In particolare, verrà chiesto uno sforzo maggiore sulle **prime visite e sulla diagnostica**. «Abbiamo confermato che non ci tireremo indietro», la risposta degli enti.

«Il confronto con gli operatori privati è fondamentale – ha detto Bertolaso al termine della riunione in Regione – . Solo lavorando insieme, in una logica di sistema, possiamo migliorare i tempi di accesso alle cure e garantire ai cittadini lombardi una sanità sempre più efficiente».

# IL GIORNO

16/05/2025

## Tregua tra i privati e Bertolaso «Fate più visite»

di **Giulia Bonezzi**  
MILANO

**Il calumet** della pace si fuma nella forma salutare dello scambio di note tra le associazioni di categoria della sanità privata convenzionata e la Regione, celebrando il «confronto aperto e costruttivo» sulle «sfide che attendono il sistema sanitario regionale» testé consumatosi tra l'assessore al Welfare Guido Bertolaso e il suo direttore generale Mario Melazzini, da una parte, e dall'altra Ivan Colombo, Michele Nicchio, Marcellino Valerio e Piero Potestio, presidenti lombardi di Confindustria Sanità e servizi, Aiop, Aris e Anisap. Che s'è concluso con l'assessore a ribadire l'importanza dei privati nel sistema («Solo lavorando insieme possiamo migliorare i tempi d'accesso alle cure»), i privati ad assicurare «piena collaborazione», e la compagnia a

riaggiornarsi la prossima settimana per «un incontro più tecnico in cui discutere le nostre proposte», chiosano i privati.

**I tempi sono stretti:** i contratti col servizio sanitario regionale, nella fattispecie le Ats, i fornitori avrebbero dovuto firmarli per fine aprile, ma la scadenza è stata posticipata al 15 maggio e poi al 31, e l'incontro di ieri era originato dalle loro lagnanze di difficoltà nella negoziazione con le Ats e il Welfare. «La sinistra ci accusa di esserne succubi ma la sanità privata scrive protestando che non li tuteliamo», aveva osservato alla vigilia del match Bertolaso, che nella nota fa sapere d'aver «invitato gli operatori privati ad aumentare il numero di prestazioni erogate in convenzione, con l'obiettivo di contribuire ancor di più alla riduzione delle liste d'attesa». Il sistema lombardo, lo ricordiamo, prevede che la Regione indichi ai fornitori privati quali prestazioni erogare in regime di servizio sanitario nazionale solo per

il 6% del loro budget ricoveri e per il 10% del budget ambulatoriale, fissando obiettivi che prevedono penalizzazioni se non conseguiti. Ma soprattutto sulle visite, prestazioni ad alti tempi d'attesa e poco remunerative (lo Stato le paga poco più di 22 euro), i privati hanno ridotto l'erogazione con la mutua rispetto al pre-pandemia, incrementando voci più vantaggiose come le analisi di laboratorio ma soprattutto aumentando molto le visite a totale pagamento per i cittadini, costretti a rivolgersi al privato proprio dalle attese.

# Bresciaoggi

16/05/2025

## L'incontro

### Sanità e liste d'attesa: i privati tendono la mano al pubblico

• L'assessore al Welfare della Regione Lombardia Guido Bertolaso ha incontrato le strutture sanitarie accreditate

**MILANO** Collaborare contro liste d'attesa troppo lunghe. E' il messaggio lanciato dall'assessore al Welfare della Regione Lombardia Guido Bertolaso, che oggi ha incontrato i rappresentanti delle strutture sanitarie private accreditate. Obiettivo: il «rafforzamento del sistema sanitario lombardo nell'ottica di una rinnovata sinergia tra il pubblico ed il privato», si legge in una nota regionale che fa il punto sull'esito del confronto che si è tenuto a Palazzo Lombardia tra Bertolaso, accompagnato dal Dg Welfare Mario Melazzini, e i rappresentanti delle principali associazioni della sanità privata accreditata lombarda: Ivan Colom-

bo (Confindustria Lombardia Sanità e Servizi), Michele Nicchio (Aiop Lombardia), Marcellino Valerio (Aris Lombardia) e Pietro Potestio (Anisap Lombardia).

#### Il confronto

Un confronto che viene definito dalla Regione «aperto e costruttivo», durante il quale si è discusso delle sfide che attendono il sistema sanitario regionale, con particolare attenzione al ruolo svolto dagli erogatori privati. L'assessore Bertolaso ha sottolineato l'importanza di una collaborazione sempre più stretta tra pubblico e privato per garantire risposte tempestive e adeguate ai bisogni di cu-

ra dei cittadini lombardi. E in particolare, si legge ancora nella nota, ha invitato gli operatori privati ad aumentare il numero di prestazioni erogate in convenzione, con l'obiettivo prioritario di contribuire ancor di più alla riduzione delle liste d'attesa.

In uno «spirito di reciproca collaborazione», le parti si sono date appuntamento alla prossima settimana per un nuovo incontro tecnico-operativo per approfondire proposte e concretizzare vari aspetti finalizzati a rafforzare il sistema sanitario lombardo. «Il confronto con gli operatori privati è fondamentale - il commento di Bertolaso al termine della riunione in

Regione - Solo lavorando insieme, in una logica di sistema, possiamo migliorare i tempi di accesso alle cure e garantire ai cittadini lombardi una sanità sempre più efficiente». **Giu.S.**



Assessore Guido Bertolaso

# GAZZETTA DI MANTOVA

16/05/2025

IN REGIONE

## Sanità e liste d'attesa Vertice con i privati

Rafforzamento del sistema sanitario lombardo nell'ottica di una rinnovata sinergia tra il pubblico ed il privato. Questo l'obiettivo dell'incontro a Palazzo Lombardia tra l'assessore regionale al Welfare, Guido Bertolaso, accompagnato dal direttore generale del Welfare Mario Melazzini, e i rappresentanti delle principali associazioni della sanità privata accreditata lombarda: Ivan Colombo (Confindustria Lombardia Sanità e Servizi), Michele Nicchio (Aiop Lombardia), Marcellino Valerio (Aris Lombardia) e Pietro Potestio (Anisap Lombardia). L'assessore Bertolaso ha sottolineato l'importanza di una collaborazione sempre più stretta tra pubblico e privato.

La cura sei tu  
Firma per il 5x1000 a  
Medici Senza Frontiere

Codice fiscale:  
970 961 20 585  
msf.it/5x1000



# la Repubblica

La cura sei tu  
Firma per il 5x1000 a  
Medici Senza Frontiere

Codice fiscale:  
970 961 20 585  
msf.it/5x1000



Fondatore  
**EUGENIO SCALFARI**

Direttore  
**MARIO ORFEO**

R50

DOMENICA IN OMAGGIO

Speciale Leone XIV  
I primi dieci giorni  
del Papa americano



R sport

Morandi e il Bologna  
"Allo stadio ho pianto"

di EMILIO MARRESE  
a pagina 48



Venerdì  
16 maggio 2025  
Anno 59 - N° 115

Oggi con  
Il venerdì  
in Italia € 2,90

## Mosca-Kiev trattativa tra i veleni

Senza Putin anche Zelensky non va a Istanbul  
Scambio di offese tra russi e ucraini  
ma oggi le delegazioni si incontrano  
Trump: non succederà nulla se non ci sono io

### Il negoziato svela il bluff dello zar

di PAOLO GARIMBERTI

Tanto tuono che non piove.  
Anzi piovono solo insulti tra  
Mosca e Kiev in una non  
tanto nobile gara a chi dava con  
più forza del "pagliaccio" all'altro.  
a pagina 4

Cominceranno oggi i negoziati di  
Istanbul per trattare la fine della  
guerra in Ucraina. Ma sarà una  
trattativa dimezzata visto che i  
leader non parteciperanno. Dopo  
essersi sfilato Putin, è stata la vol-  
ta di Trump e infine di Zelensky.  
Tra le delegazioni è gara di insul-  
ti. Nonostante questo oggi russi e  
ucraini si troveranno intorno a un  
tavolo. Ma Trump dice: "Senza di  
me non succederà nulla".

di BRERA, CASTELLETI, TITO e  
TONACCI

alle pagine 2, 3 e 4

## Spese difesa, la Nato preme sì della Germania al 5%

dalla nostra corrispondente TONIA MASTROBUONI e di TOMMASO CIRIACO  
a alle pagine 6 e 7



### Le democrazie tolleranti con gli intolleranti

di LUIGI MANCONI

La citazione è d'obbligo e  
nonostante se ne rischi  
l'abuso, irrinunciabile. Eccola:  
"se estendiamo la tolleranza  
illimitata anche a coloro che sono  
intolleranti, se non siamo preparati  
a difendere una società tollerante  
dall'assalto dell'intollerante, allora  
il tollerante verrà distrutto e la  
tolleranza con lui".

a pagina 15

## SuperSinner vola Paolini si prende la finale dei sogni

di MASSIMO CALANDRI



Un gigante contro un bambino.  
«Volevo capire come stavo»,  
si è quasi giustificato il  
numero 1 dopo aver battuto Ruud.  
È la venticinquesima vittoria di  
Jannik Sinner. Stasera semifinale  
con l'americano Tommy Paul. E  
Jasmine Paolini vola in finale.  
alle pagine 46 e 47

## Napoli nel 2027 ospiterà l'America's Cup



di MATTIA CHIUSANO

Un'attesa lunga 174 anni.  
Dal 1851 l'America's Cup, il  
trofeo sportivo più antico  
del mondo, è stata ospitata in  
dieci località e tre continenti.  
Mai in Italia, nonostante barche  
leggendarie come Azzurra, il  
Moro di Venezia e Luna Rossa.  
Nella primavera del 2027 sarà  
Napoli la sede della coppa che  
unisce tradizione e tecnologia.  
Servizi di AZZI e DEL PORTO  
alle pagine 26 e 27



### CRISTINA CASSAR SCALIA DELITTO DI BENVENUTO

Un'indagine di  
Scipione Macchiavelli

Con *Delitto di benvenuto*  
Cristina Cassar Scalia  
ci regala un nuovo,  
irresistibile personaggio.

EINAUDI  
STILE LIBERO

## Garlasco, la pista del dna e spuntano nuovi audio

La Libia accetta  
la competenza Cpi  
che ordina:  
"Arrestate Almasri"

di DI FEO e FOSCHINI

a pagina 17

A Garlasco ora è caccia a un nuovo  
dna. È l'impronta genetica trovata  
su due unghie delle mani di Chia-  
ra Poggi. Dopo diciott'anni la sfida  
dei poliziotti della Scientifica di  
Milano è analizzare reperti finora  
trascurati. Ci sono il frammento  
del tappetino del bagno macchia-  
to di sangue e i resti della spazza-  
tura in cucina, avanzi di una cola-  
zione che Chiara Poggi potrebbe  
aver consumato con il suo, la sua o  
i suoi assassini. Spuntano degli au-  
dio di Paola Cappa a un amico.  
di PAOLO BERIZZI e MASSIMO PISA  
a pagina 23

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campania 39 C - Tel. 06 688291

FONDATA NEL 1876

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



Domenica gratis in edicola
La madre, la casa, i libri
Quando Leone era Bob
in omaggio il libro di Gian Guido Vecchi
e le pagine dell'Osservatore Romano



Prima volta in Italia
La Coppa America
sbarca a Napoli
di Cuozzo e Piccardi
alle pagine 24 e 25



Incontro in Turchia slittato di 24 ore. Raid di Israele a Gaza: oltre 100 vittime. Gli Usa: vicini all'accordo con l'Iran sul nucleare

Oggi il vertice, insulti Mosca-Kiev

Zelensky: la loro è una delegazione farsa. La replica: pagliaccio. Trump: senza di me Putin non tratta

IL VOTO DELL'8 E 9 GIUGNO

Referendum,
il dovere civico
(non l'obbligo)
di partecipare

di Carlo Verdelli

LE CREPE DELLO ZAR

di Marco Imariso

La Russia è il suo presidente sono interessati a una cessazione delle ostilità molto più di quanto entrambi siano disposti ad ammettere, o a mostrare in pubblico. Al solito orario improbabile, poco dopo aver reso pubblico l'elenco dei negoziatori che in prima battuta sarebbero partiti per Istanbul, nella notte tra mercoledì e giovedì Vladimir Putin ha convocato al Cremlino una riunione ad altissimo livello, quasi una specie di Consiglio di sicurezza allargato. Esserci, c'erano tutti, i volti che ci sono diventati familiari in questi tre anni di guerra. I vertici dell'esercito, dei servizi segreti, del ministero della Difesa e di quello degli Esteri, c'erano anche i diplomatici che avevano preso parte ai precedenti colloqui. Non mancava nessuno. Un tale assembramento non si verificava dall'inizio dell'Operazione militare speciale. La composizione della squadra che da ieri si trova in Turchia indica forse ambizioni e aspettative piuttosto contenute, ma non è neppure detto che questo sia un male. Vladimir Medinsky è l'uomo che nella primavera del 2022 condusse le trattative di Istanbul poi naufragate, ma è chiaro che il punto di ripartenza per il Cremlino rimane proprio quell'accordo che secondo la visione di Putin sarebbe stato siglato se non fosse intervenuto l'Occidente, guerra-fondolo per ormai consueta definizione russa.
continua a pagina 30

Schermaglie, Insulti, annunci e dietro front. Giornata complicata, ieri, sul versante delle trattative di pace fra Russia e Ucraina. Con il vertice che è slittato di ora in ora e dovrebbe tenersi oggi. Non ci sarà Putin, non ci sarà Zelensky. Saranno le delegazioni a parlarsi. Intanto, nuovo raid di Israele su Gaza con oltre cento morti.
da pagina 2 a pagina 9

GIANNELLI



a pagina 6

LA PREMIER: BENE GLI SFORZI DEL VATICANO
Meloni sente papa Leone «Insieme per la pace»

di Adriana Logroscino

Gorgia Meloni ha avuto un colloquio telefonico con Leone XIV: «Sosteniamo i suoi sforzi per la pace».
a pagina 10

DA RIAD AGLI EMIRATI, CAMBIA LO SCENARIO
Gli affari, la diplomazia: il Golfo che piace a Donald

di Federico Rampini

Affari e diplomazia. Nella geopolitica di Trump il Golfo Arabico-Persico è centrale. L'Islam sunnita e gli scenari.
a pagina 9
continua a pagina 30

Tennis Jasmine vince in rimonta. Jannik schianta Ruud. Oggi Musetti-Alcaraz



Impresa di Paolini, è in finale

di Gala Piccardi alle pagine 50 e 51



È Sinner, ma sembra Tyson

Garlasco La gemella Cappa
L'abbraccio, l'sms
«Così abbiamo incastrato Stasi»

di Cesare Guizzi e Pierpalo Lio

Le gemelle Cappa, gli amici di Andrea Lillo Sempio e Marco Poggi sono i nuovi protagonisti delle indagini di Garlasco. Con il super testimone, il tonfo del sacco gettato nella roggia dietro casa Cappa, una festa in piscina e vecchi sms che tornano, inquietanti, ma vanno bene inquadrati. A 18 anni dal delitto di Chiara Poggi, la nuova inchiesta della Procura di Pavia ha buttato per aria ogni pezzo del puzzle.
alle pagine 20 e 21

A FREGENE, CIVITAVECCHIA E REGGIO EMILIA

Altre tre donne uccise
Una strage senza fine

di Rinaldo Frignani

Ancora tre donne uccise. A Fregene, a Reggio Emilia e a Civitavecchia, dove il compagno, già destinatario di misure di allontanamento, ha confessato il delitto. Una strage che non ha fine.
a pagina 23

IL CAFFÈ di Massimo Gramellini

Mentre leggo i nuovi confusi sviluppi dell'infinito delitto di Garlasco (che il 13 agosto compirà 18 anni), non riesco a non pensare ai genitori della vittima, Rita Preda e Giuseppe Poggi. Se perdere una persona cara è terribile, perdere una figlia è indicibile, tanto che non esiste parola per definire coloro che vengono a trovarsi in una condizione così contraria alle leggi di natura. Chi ci è passato sostiene che qualsiasi dolore, persino quello, possa essere attraversato e sublimato. Non subito, non del tutto, ma può esserlo. A condizione che lo si lasci andare. Che ci si riesca a staccare dalle sue cause, facendo pace con chi c'è ancora e con chi, purtroppo, non c'è più. Ricordate il film Ghost, interpretato da Demi Moore? Il «fantasma»

Il dolore sospeso

del ragazzo ucciso si allontana solo quando la fidanzata riesce finalmente a chiudere il cerchio, scoprendo l'assassino. Nel caso di Garlasco, come in quello di Emanuela Orlandi e in tanti altri dove i cerchi assomigliano ad arabeschi e non si chiudono mai, si assiste invece a un effetto-trascinamento che non può che ripercuotersi sui sopravvissuti. Mentre per noi lettori questo frullo di amici, cugine, martelli e biciclette è solo la nuova stagione di una serie «crime» di successo, per chi ha amato davvero Chiara Poggi, e pensava di averla consegnata all'album purificato dei ricordi, significa grattare una crosta e riaprire ferite che forse avevano appena smesso di sanguinare. Speriamo serva almeno a qualcosa.
© WWW.RELIZIONE.COM/STYLING

Buona Spesa advertisement featuring a bag of Rigatoni pasta and the MD logo.

**IL TENNIS**

Sinner da paura, demolito Ruud  
Paolini riporta l'Italia in finale

STEFANO SEMERARO - PAGINA 34



**LAVELA**

L'America's Cup sbarca a Napoli  
Ricci: "Scelta per l'entusiasmo"

FABIO POZZO - PAGINA 35



**IL CALCIO**

Zuppi: commosso dal Bologna  
la Coppa è la parabola della vita

DOMENICO AGASSO - PAGINA 36



# LA STAMPA



VENERDÌ 16 MAGGIO 2025

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

1,70 € | L'ANNO 159 | N. 133 | IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) | SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) | ART. 1 COMMA 1, DCB-TO | [www.lastampa.it](http://www.lastampa.it)



VIA AI COLLOQUII, MA SENZA LEADER ZELENKY NON VA: "FARSA DEL CREMLINO". MOSCA: "È UN CLOWN". OGGI: ULTIMA CHANCE

## Ucraina, la beffa di Istanbul

Trump: "Finché non ci vediamo io e Vladimir non cambia nulla". L'Europa spinge per nuove sanzioni

**IL COMMENTO**

Il teatrino diplomatico che prepara l'offensiva

NATHALIE TOGGI

Sgombro subito il scampo dagli equivoci: vorrei assolutamente vedere, come spero tutti flettori, eccentamente tutti gli ucraini, un cessate il fuoco duraturo in Ucraina. Non credo, tuttavia, che una pace vera e propria tra Russia e Ucraina sia all'orizzonte. Lo sarà solo se e quando Mosca abbandonerà le sue velleità imperiali. Ma un cessate il fuoco duraturo, quello sì. E vorrei vederlo subito. Ma dubito fortemente che arriverà a breve. Negli ultimi giorni siamo stati in balia di un balletto diplomatico, con il giallo sulla partecipazione del presidente russo Vladimir Putin al colloquio di Istanbul. Avendo inizialmente lanciato lui l'amo di un negoziato diretto tra Russia e Ucraina, avrebbe colto Putin la sfida del presidente ucraino Volodymyr Zelensky di un confronto a Istanbul, magari coinvolgendo il leader Usa Donald Trump? C'è chi ci ha creduto. Senz'altro sarebbe stata una favolosa ammissione di debolezza, se non addirittura di sconfitta, da parte di Mosca. Partecipare a un faccia a faccia con Zelensky, avrebbe voluto dire riconoscere che l'esercito russo non sia stato in grado di accaparrarsi più del 4% del territorio ucraino. - PAGINA 3



**BRESOLIN, DEL GATTO, MALFETANO, MONTICELLI, SIMONI**

Né Zelensky né Putin sono della partita. E per ora nemmeno Trump. Ma la delegazione russa e quella ucraina saranno comunque oggi a Istanbul, la prima guidata come nel 2022 dall'ex ministro della Cultura e apologeta dell'invasione di tre anni fa Vladimir Medinsky, la seconda dal ministro della Difesa Rustem Umerov, per discutere di pace. - CON IL TACCUINO DI SORGI - PAGINE 2-11

**IL MEDIO ORIENTE**

Che significa per Israele perdere la guerra

Gabriele Segre

Perché a Gaza non c'è più tempo

Martina Marchiò

**L'ANALISI**

Il Papa e le due anime della Chiesa d'America

GALEAZZI, GARELLI

È una Chiesa cattolica in grande spolvero, quella statunitense, e non potrebbe essere diversamente vista la centralità che ha avuto nel recente Conclave. - PAGINA 21

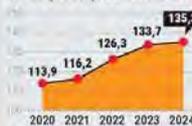
**L'ECONOMIA**

Crollano i redditi e il potere d'acquisto  
La grande gelata sul lavoro autonomo

TOMMASO NANNICINI

**L'AUMENTO DEI PREZZI**

Indice Ipc dei prezzi al consumo



Fonte: Istat. Elaborazioni: [www.istat.it](http://www.istat.it)

**L'INTERVISTA**

Boeri: "Il declino Usa può fare grande l'Ue"

FABRIZIO GORIA

«Il disagio dei giovani non deve essere dimenticato. Allo stesso tempo, l'Europa è chiamata a potenziare il suo ruolo internazionale di fronte all'incertezza Usa. In tal senso, le parole di Mattarella e Draghi sono un richiamo opportuno, che dovrebbe essere colto dall'attuale governo. Analizza così la situazione europea Tito Boeri, direttore scientifico del Festival internazionale dell'economia che parte a Torino il prossimo 30 maggio, interloquendo con il vicedirettore de La Stampa, Federico Monga. - PAGINA 17



VIA AL SALONE DEL LIBRO DI TORINO. IL MINISTRO GIULI: PIÙ SOLDI PER L'EDITORIA

### Le parole tra noi leggere

COMAL, CORBI, D'ANTONA, RIGATELLI, TURI, VENEZONI

**Le risate all'improvviso**  
SIMONETTA SCIANDIVASCI

**La lezione di Lalla Romano**  
DONATELLA DI PIETRANTONIO

**LE TESTIMONIANZE**

La Nobel Matviichuk  
"Putin vuole l'impero"

Francesca Paci

Le Corti penali  
e il gelo dei governi

Vladimiro Zagrebelsky

**BUONGIORNO**

Conversando con Aldo Cazzullo, una veterana dell'amministrazione di Washington, che ha lavorato con tutti i repubblicani degli ultimi quarantacinque anni, dice di credere in Donald Trump e non nell'allarme democratico, innalzato a sinistra da quando fu eletto Ronald Reagan, e poi Bush padre e figlio. Io ero ragazzino e ammiravo Reagan (e Margaret Thatcher), e più grandicello avrei potuto votare senza imbarazzi per Bush padre e figlio, ma Trump lo trovo repellente. E ho cercato mille volte di spiegare ai miei vecchi amici, così buoni da risparmiarmi l'accusa di tradimento, che un conto era votare un centrodestra berlusconiano, con architrate Forza Italia, rifugio di buona parte del pentapartito antifascista e anticomunista su cui aveva poggiato la Prima repubblica, e con Bossi e Fini ai margi-

**Gemelli diversi**

MATTA FELTRI

ni; altro votare una destra dove invece ai margini è Forza Italia, o il rimasuglio appena decoroso che è, e attorno infuriato putiniani e trumpiani. Non so se abbia ragione Pupi Avati quando spiega l'astensionismo col rifiuto, in molti, di riconoscersi in questa destra o questa sinistra, ma credo usi le parole perfette nello scansare uno schieramento e l'altro: "In un paese che si definisce democratico non lo è, se non sei di destra o di sinistra sei inesistente, non conti niente". Bè vorrei dire al caro Pupi che essere inesistenti, in questo paese, può essere pure un bel vantaggio; io, intanto, me ne sto lì pacioso a contare se sono più quelli di destra a dire che non parteggiare è la scusa di chi in fondo è di sinistra, o più quelli di sinistra a dire che è la scusa di chi in fondo è di destra. E dopo si sentono intelligenti.

**ODONTOBI**

Dir. Sanitario - Dott.ssa Emanuela Bianca

ODONTOBI S.r.l. Castelletto Ticino (NO)  
[odontobi@odontobi.it](mailto:odontobi@odontobi.it) - [www.odontobi.it](http://www.odontobi.it)

PRENOTA UNA VISITA - 0331 962 405 / 971 413





Venerdì 16 maggio 2025 ANNO LVIII n° 115 1,50 € San Simone Stock

Avvenire Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



Editoriale

IL FILO SOTTILE DI ISTANBUL

Mosca e Kiev oltre la delusione... Z elensky c'è. Arriva anche Trump. Putin si farà vivo. L'eccesso di aspettativa produce sempre delusioni...

IL FATTO Rinvio ad oggi l'avvio "ufficiale" del vertice, Rubio resta scettico: necessario un incontro con Trump

Riserve sulla pace

Putin diserta e salta il faccia a faccia con Zelensky. A Istanbul delegazioni "tecniche" Gli Usa comunque ci saranno e intanto premono sull'Iran per un'intesa sul nucleare

SVOLTA DOPO ALMASRI Tripoli riconosce la Cpi Ricercati da arrestare

Quando ormai nessuno lo riteneva possibile, la Libia ha aderito alla Corte penale impegnandosi a perseguire tutti i crimini investigati dalla Procura internazionale dal 2011...

Sittani ieri per tutta la giornata, si terranno oggi a Istanbul i colloqui fra le delegazioni russa e ucraina, mediati da Turchia e Stati Uniti. Dopo il forfait di Putin, che non ha neppure inviato il ministro degli Esteri, diserta anche Zelensky...



PERU L'aiuto a chi scappava dal Venezuela

Il ricordo dei migranti: Prevost sempre con noi

«Si è avvicinato a salutarci uno per uno e allora gliel'ho detto: "Lei ci ha reso una mano quando tutti si voltavano dall'altra parte. Non lo dimenticheremo mai"...

LA RUSSA ora si impegna per l'anticipo di fine pena

La Russa ora si impegna per l'anticipo di fine pena

Un'inaspettata convergenza di intenti si è realizzata sul problema del sovraffollamento delle carceri italiane. Ignazio La Russa, in un dibattito a Palazzo Madama...

Editoriale

L'AMERICA A CONTRATTO

La missione mediorientale di Trump... Un uomo d'affari percorre a passo di carica l'area di guerra di Beirut...

Caporalato dai "super" alle borse di Valentino

«Voglio vedere come mi si vestono i miei figli, il mio nipotino, il mio nipotino...»... Lontano dal bosco...

LA SCUOLA CHE CAMBIA In Sicilia i presidi più giovani: 29 e 35 anni

«Per avere una visione chiara delle cose è più importante essere saldi che piazzarsi in un punto di osservazione elevato...»... Svolte...

I nostri temi

L'INDAGINE Il malessere dei giovani un caso globale

Le ricerche segnalano che il benessere dei giovani è peggiorato, che i disturbi dell'umore degli adolescenti sono in aumento...

L'ANALISI Disinformazione La Ue nel mirino di Cina e Russia

L'analisi delle interferenze straniere nelle notizie ha rilevato un aumento delle operazioni di disturbo di natiche cinesi e russe...

continua a pagina 5

continua a pagina 8

Biolini e un intervento di Giostra a pagina 9

Spagnolo a pagina 10

# Dalle liste d'attesa all'emergenza: troppi ostacoli per i pazienti oncologici

**Il rapporto Favo.** Sono 3,7 milioni gli italiani che vivono dopo una diagnosi di tumore: tra i nodi da sciogliere c'è quello di assicurare la continuità delle cure durante la malattia, ma l'attivazione dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali è a macchia di leopardo

**Marzio Bartoloni  
Barbara Gobbi**

Un italiano su 16 vive dopo una diagnosi di tumore: sono 3,7 milioni, il 6,2% dell'intera popolazione. Erano 2,6 milioni nel 2010 e in base alle stime saranno quattro milioni nel 2030. In particolare il 63% delle donne e il 54% degli uomini sono vivi a cinque anni dalla diagnosi e almeno un paziente su quattro è tornato ad avere la stessa aspettativa di vita degli altri e può ritenersi guarito. Le buone notizie sono contenute nel 17esimo Rapporto della Favo - la Federazione che riunisce le associazioni di volontariato in oncologia - presentato ieri alla Camera dei deputati nell'ambito della XX Giornata nazionale del malato oncologico, di fronte a una ampia platea e aperta dal presidente di Favo Francesco De Lorenzo. Ma la voce dei pazienti non racconta solo le buone notizie - dal varo del piano oncologico 2023-2027 alle misure previste in legge di bilancio fino a quelle contenute nel decreto liste d'attesa - perché il nuovo ricchissimo e ampio rapporto messo a punto da Favo e dagli esperti coinvolti mette in fila anche i tanti passi da fare per assicurare la continuità assistenziale ai malati oncologici durante tutta la malattia - dalla diagnosi all'eventuale chirurgia o alla radioterapia - compresa la riabilitazione e comprese le emergenze dove ancora troppo spesso l'accesso unico anche per questi pazienti è solo quello del pronto soccorso. Un percorso dunque che si trasforma in molti casi in una corsa a ostacoli con tante differenze a livello locale anche a causa delle liste d'attesa che diventano un muro spesso invalicabile per inefficienze, carenze di personale e - va sottolineato - per un 30% di prescrizioni inappropriate che lasciano fuori chi avrebbe davvero bisogno alimentando la mobilità dei pazienti che costa due miliardi.

«Lo sforzo oggi deve essere soprattutto diretto a garantire una

maggiore equità nell'accesso ai servizi, affinché un paziente non debba più spostarsi dalla propria Regione per ricevere cure adeguate», ha spiegato ieri il ministro della Salute Orazio Schillaci. «Ci sono ancora Regioni come si legge nel rapporto Favo - ha aggiunto - che scontano un grave ritardo nell'attuazione della rete oncologica, modello per eccellenza di assistenza al paziente, consentendo continuità assistenziale, integrazione ospedale-territorio, appropriatezza ed equità. Ritardi e disparità che oggi facciamo fatica ad accettare».

Quello delle liste d'attesa per i pazienti oncologici è un tema molto delicato perché come sottolinea lo stesso rapporto Favo il paziente oncologico, di fronte a un sospetto espresso dal medico, difficilmente è disposto ad attendere: «La paura del cancro innesca una reazione immediata che lo spinge a cercare risposte rapide, spesso ricorrendo a prestazioni a pagamento». Uno studio promosso sempre da Favo ha rilevato che tra dicembre 2017 e giugno 2018 la spesa media annua di tasca propria, nonostante l'assistenza assicurata dal Servizio sanitario nazionale, superava 1.800 euro.

In realtà lo strumento per assicurare una corsia sicura ai malati oncologici è previsto proprio dal recente decreto sulle liste d'attesa che prevede che sia garantito l'accesso alle prestazioni presenti nei Percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (Pdta), tramite agende dedicate. Il problema però - come rileva il report - è che se da un lato si promuovono «percorsi preferenziali e semplificati, dall'altro la loro reale efficacia è condizionata dall'effettiva attuazione delle numerose disposizioni regolatorie già adottate o ancora da implementare».

In particolare, l'accesso "preferenziale" viene subordinato all'esistenza di un atto clinico-organizzativo quale il Pdta, E qui si apre il capitolo delicatissimo dei ritardi nell'attivazione delle Reti oncologiche

regionali (si veda anche articolo in basso), «con inevitabili ricadute sulla programmazione e sull'equità». Inoltre, anche quando adottati i Pdta «possono variare sensibilmente da Regione a Regione, e talvolta persino da struttura a struttura. In molte Regioni, non risultano ancora formalmente attivati. La norma in esame rischia così di cristallizzare disuguaglianze strutturali già esistenti», avvisano dalla Federazione.

Sul fronte delle emergenze invece oggi quasi un malato su dieci che ha a che fare con il pronto soccorso ha una storia o una malattia attiva di tipo oncologico, sottolineano dal Network italiano cure di supporto in oncologia (Nisco), che ha presentato i risultati di una survey sulla gestione delle urgenze e sui rapporti tra oncologia e pronto soccorso. Non c'è infatti un malato con una patologia oncologica avanzata che non abbia almeno una volta necessità di un accesso in ospedale. Un accesso che nella stragrande maggioranza dei casi è di tipo urgente, non programmato, e quindi coinvolge il pronto soccorso che rimane il luogo privilegiato, soprattutto nei centri senza letti specialistici, mentre al contrario «i percorsi di ricovero diretto sono ancora poco utilizzati».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Il ministro: «Ci sono ancora Regioni che scontano un grave ritardo nell'attuazione della rete oncologica»**



# Cruciali le reti regionali, ma ancora tante le differenze

## La continuità delle cure

La porta d'ingresso

«Il vero superamento delle disparità si ottiene quando funzionano le reti oncologiche regionali o Ror e poiché le reti sono chiamate anche a definire i percorsi Pdta di presa in carico dei pazienti, lo stesso smaltimento delle liste d'attesa dipende dal loro corretto funzionamento. Ma serve una governance in grado di portare equità in tutta Italia». Così il presidente di Favo - La federazione delle associazioni di volontariato in oncologia - Francesco De Lorenzo inquadra il cuore dell'assistenza: le Reti oncologiche regionali (Ror) sono il «modello organizzativo capace di rispondere alle principali criticità dell'oncologia: inappropriatelyzza, tempi d'attesa, disuguaglianze». Le Ror sono ideate come porta d'ingresso del malato oncologico nel sistema: un modello necessario per l'equità d'accesso alle cure, la continuità assistenziale e una ricerca clinica diffusa.

Obiettivi però ancora lontani ed è questa la scommessa su cui punta anche il Piano oncologico nazionale 2023-2027: la piena realizzazione delle Ror in tutte le Regioni, per consentire cure sempre più integrate tra ospedale e territorio, favorendo la digitalizzazione e valorizzando i medici di famiglia. Un modello che, una volta realizzato, potrà arginare anche la mobilità sanitaria arrivata a 2 miliardi di euro.

Ma a che punto sono le Regioni? Il quadro tracciato dall'Agenas per i servizi sanitari regionali (Agenas) nell'ultima indagine sullo stato di attuazione delle Reti oncologiche regionali (con i dati relativi al 2022) certifica nette differenze su tempi e risultati. Con Re-

gioni «totalmente performanti» come Toscana, Emilia-Romagna, Piemonte-Valle d'Aosta, Veneto e Liguria e altre in cui la rete vacilla pur a fronte di produttività molto elevate in alcuni centri e qui parliamo di Lombardia, Friuli Venezia Giulia e Lazio. Folti i gruppi «in crescita» o «da supportare»: nel primo, Campania, Puglia, Sicilia, Marche, Trento e Bolzano; nel secondo, Calabria, Molise, Sardegna, Umbria, Basilicata e Abruzzo.

Intanto, Favo è stata nominata dal ministero della Salute - in rappresentanza delle associazioni pazienti - componente del Coordinamento generale reti oncologiche (Cro), che dovrebbe assicurare omogeneità e aggiornamento delle Reti. E se il ministero - che ha istituito ufficialmente il Cro lo scorso 10 aprile - è «regista», la Federazione dei volontari in oncologia dall'alto del Cro potrà rilevare disuguaglianze territoriali e deficit organizzativi ma anche promuovere buone pratiche. In un periodo storico in cui i pazienti sono abilitati a «entrare nella stanza dei bottoni»: lo prevede l'ultima legge di bilancio che ne ufficializza la partecipazione ai principali processi decisionali sulla salute individuati dal ministero così come alle fasi di consultazione della Commissione scientifica ed economica dell'Aifa.

«Il Servizio sanitario nazionale sta attraversando una delle crisi più profonde della sua storia - avvisa ancora De Lorenzo -. Perfino il principio di universalismo, cardine del modello pubblico, risulta oggi messo in discussione. In questo snodo cruciale, si è scelto di puntare sui pazienti. Si tratta

di una rivoluzione epocale. Non sarà più possibile progettare la sanità solo dalla prospettiva dell'offerta e dei professionisti. L'ordinamento ha finalmente riconosciuto il valore specifico di quegli enti che, grazie alla prossimità quotidiana con i malati e con le loro famiglie, possono offrire un contributo insostituibile alla definizione delle politiche sanitarie. Un segnale di fiducia ma anche una chiamata alla responsabilità: le associazioni dovranno essere sempre più all'altezza del compito che le attende». Un ruolo ancor più oneroso e impegnativo per Favo che è la sola rete associativa in ambito oncologico riconosciuta dal registro unico del Terzo settore. La Federazione con Agenas ha preparato un documento su criteri di ammissione e partecipazione del Terzo settore alle Ror. «Rafforzare le Reti, formare nuovi rappresentanti, incidere sulle scelte strategiche: questo sono le sfide e Favo sarà pronta a raccogliere con competenza, visione e responsabilità», promette De Lorenzo. Le richieste? Piena operatività del Cro, riconoscimento della figura giuridica e del ruolo istituzionale delle Ror, effettiva partecipazione delle associazioni pazienti e, decisivo, il recupero di risorse per le Reti, a partire dal Fondo da 10 milioni l'anno nel Piano oncologico nazionale.

—B.Gob.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La Favo entra nel Comitato generale delle reti oncologiche per monitorarne omogeneità e aggiornamento



**FRANCESCO DE LORENZO**  
Presidente Favo,  
Federazione italiana  
delle associazioni  
di Volontariato  
in oncologia



**IL REPORT** I dati dell'associazione Favo

## Il piano tumori: stop liste d'attesa e cure uniformi in tutte le regioni

Per curarsi i pazienti spendono 2mila euro l'anno

**Maria Sorbi**

■ Di notizie incoraggianti sui tumori ne arrivano tante, ogni settimana. Ma la sensazione è che la ricerca e le cure facciano grandi passi, la gestione dei pazienti meno. C'è un dato particolarmente incoraggiante: un paziente su 4 guarisce e oggi vivono dopo una diagnosi di tumore 3,7 milioni di persone, mentre nel 2010 sopravvivevano 2,7 milioni di persone.

Altra buona notizia: abbiamo un piano oncologico nazionale, per altro ben strutturato. «Ma senza prevedere i finanziamenti. I 10 milioni messi sono pochi, vuol dire 1,3 milioni per la Lombardia e 270mila euro per la Basilicata - commenta Francesco De Lorenzo, presidente Favo, a margine della presentazione alla Camera del 17esimo Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici promosso dalla Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia (Favo) - O si investe in sanità o ci accontentiamo di piccoli rimedi. L'ideale era prendere le risorse dal Mes».

I nodi da sciogliere sono tanti. Primo fra tutti: le liste d'attesa (che determinano o compromettono l'accesso alle cure): un malato oncologico non può permettersi di aspettare mesi per una visita, né è giusto che spenda 2mila euro all'anno per gli esami ricorrendo, per forza di cose, alla sanità privata.

E poi c'è il problema dell'uniformità: non è democratica una sanità non uniforme su tutto il territorio e non è giusto che un malato della Basilicata non abbia gli stessi diritti di cura di uno della Lombardia né che deb-

ba sostenere viaggi lontano da casa per curarsi.

Il ministro alla Salute Orazio Schillaci è ben consapevole dei problemi: «Vogliamo ampliare gli screening e allargare l'età delle persone che possono accedervi. E poi le liste d'attesa che sono fondamentali per i pazienti oncologici e la legge va in quella direzione.

La piattaforma di Agenas funziona e ci fa capire con velocità e accuratezza le prestazioni che mancano e dove c'è un ritardo, noi vogliamo aiutare le Regioni solo nell'interesse dei cittadini. La strada intrapresa è quella giusta e so che possiamo contare sul sostegno dei pazienti. Ci sono ancora Regioni - ha aggiunto - che scontano un grave ritardo nell'attuazione della rete oncologica, modello per eccellenza di assistenza al paziente, consentendo continuità assistenziale, integrazione ospedale-territorio, appropriatezza ed equità. Ritardi e disparità che oggi facciamo fatica ad accettare».

Con la legge di bilancio 2025, le organizzazioni dei pazienti e le loro federazioni diventano parte attiva del sistema sanitario: i pazienti potranno finalmente partecipare ai principali processi decisionali del Ministero. «È una svolta epocale - spiega De Lorenzo - Non sarà più possibile progettare la sanità solo dal punto di vista dell'offerta e dei professionisti».

Ovviamente il livello di coinvolgimento dovrà essere garantito in ogni regione allo stesso modo. Migliorare la rete oncologica è un'urgenza, soprattutto se si considera il fatto che sono in aumento le diagnosi di tumore tra i giovani, anche a seguito di una prevenzione «sospesa» durante il Covid.



Servizio No Tu No

## **Viaggio nelle disuguaglianze della sanità: doppia sfida cronicità ed equità per le cure dei tumori**

La conferma dal Rapporto Favo sulla condizione dei malati oncologici: nel 2025 in Italia 3,7 milioni di cittadini vivono dopo la diagnosi ma sono quotidiani i nodi liste d'attesa, gap Nord-Sud, accesso a farmaci innovativi e tossicità finanziaria

*di Barbara Gobbi e Rosanna Magnano*

15 maggio 2025

Il grande paradosso delle cure oncologiche in Italia è che il Servizio sanitario nazionale non è più in grado di far fronte alle conseguenze del proprio successo. Nel 2024 le nuove diagnosi di cancro, sottolinea l'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom), sono stimate in circa 390.100 casi. E i registri tumori indicano che c'è un costante aumento della prevalenza, cioè del numero di persone che vivono dopo la diagnosi, a oggi poco meno di 4 milioni. Eppure tra il 2012 e il 2022 a un aumento del 36% della prevalenza del cancro ha fatto da contraltare una riduzione dei posti letto in oncologia del 26%.

Sulla base dei dati ricavati dai registri tumori, il 17° Rapporto Favo sulla condizione assistenziale dei malati oncologici fa il punto sul trend della prevalenza. Nel 2010 erano 2,6 milioni gli italiani che vivevano dopo una diagnosi di tumore. Questo numero è aumentato fino a 3,5 milioni nel 2020, 3,7 milioni nel 2025 e sarà 4 milioni nel 2030, pari a quasi il 7% della popolazione italiana. Da sottolineare che nel 2010 le persone vive oltre dieci anni dopo la diagnosi erano circa la metà (939mila) di coloro che avevano avuto una diagnosi da meno di dieci anni (1,7 milioni), mentre nel 2030 si prevede saranno oltre 2 milioni, più di quanti hanno avuto una diagnosi da meno di dieci anni.

Altra buona notizia: tra tutte le persone che vivono dopo un tumore, si stima che l'85,6% ha la stessa attesa di vita di chi non si è ammalato, non morirà a causa del tumore e può essere ritenuto guarito.

Gli importanti progressi nella prevenzione e nel trattamento si riflettono quindi anche nella riduzione delle morti oncologiche. In dieci anni (2011-2021), nel nostro Paese, i decessi per cancro sono diminuiti del 15%, percentuale migliore rispetto all'Unione Europea, in cui il calo si è fermato al 12%. E tra il 2007 e il 2019 le cure oncologiche in Italia hanno permesso di "evitare" la morte di 268mila persone. Anche negli Stati Uniti la mortalità complessiva per tumori è diminuita del 34% dal 1991 al 2022, con circa 4,5 milioni di decessi evitati. E se gli Usa sono al vertice della ricerca mondiale contro il cancro, il nostro Paese si piazza comunque nella top five della classifica degli studi oncologici.

**La formula "isorisorse" non regge**

Cure di eccellenza che rischiano di essere (per un paradosso dovuto al loro stesso successo) sovrastate da un'onda di pazienti "sopravvissuti" al cancro, che necessitano negli anni di percorsi di follow up, esami diagnostici, controlli specifici e periodici, eventuali terapie. Una domanda di assistenza che non può e non potrà essere soddisfatta dal Servizio sanitario nazionale in una prospettiva "isorisorse". La conseguenza è che si allungano le liste d'attesa per tutte le fasi del percorso di cura, da quelle iniziali delle prestazioni diagnostiche all'attività chirurgica e alla radioterapia. Fino alla riabilitazione fisica e psicologica, così importanti per il ritorno a una vita normale. Attese spesso incompatibili – si legge nel Rapporto Favo – con la piena efficacia della presa in carico del paziente. Con il doppio effetto negativo di compromettere gli esiti clinici, riducendo le possibilità di cura e di costringere i pazienti a cercare soluzioni alternative fuori dal canale pubblico, alimentando la spesa sostenuta direttamente dai pazienti, cosiddetta "out of pocket".

Uno studio promosso sempre da Favo ha rilevato che, nel periodo compreso tra dicembre 2017 e giugno 2018, la spesa media annua di tasca propria, nonostante l'assistenza assicurata dal Servizio sanitario nazionale, superava l'importo di 1.800 euro. In questi casi, la lista d'attesa viene evitata, con un impatto diretto sulla spesa individuale e sull'equità di accesso.

### **Reti oncologiche incompiute**

Equità intaccata anche dalle disparità regionali su presenza e livello di operatività delle reti oncologiche. Nel Rapporto Agenas sullo stato di attuazione delle reti oncologiche del 2023 emergono ampie differenze, dalle regioni totalmente performanti come Toscana, Emilia-Romagna, Piemonte/Valle d'Aosta, Veneto e Liguria, a quelle più carenti come Calabria, Molise, Sardegna, Umbria, Basilicata e Abruzzo, in cui il gap sul grado di soddisfacimento della domanda dei pazienti e sull'inefficacia dei processi emerge chiaramente dalla mobilità e dall'indice di fuga verso le regioni più efficienti.

Sulle difformità regionali ha punta l'indice il ministro della Salute Orazio Schillaci proprio in occasione della presentazione del Rapporto Favo alla Camera dei deputati, in occasione della XX Giornata nazionale del malato oncologico: «In Italia la metà di chi si ammala riesce a guarire. Lo sforzo - ha sottolineato - oggi deve essere soprattutto diretto a garantire una maggiore equità nell'accesso ai servizi, affinché un paziente non debba più spostarsi dalla propria Regione per potere ricevere cure adeguate alla propria malattia. Eppure, come mostra anche il vostro studio, vi sono ancora Regioni che scontano un grave ritardo nell'attuazione della rete oncologica, modello per eccellenza di assistenza al paziente, consentendo continuità assistenziale, integrazione ospedale- territorio, appropriatezza ed equità. Ritardi e disparità che oggi facciamo fatica ad accettare».

### **Pazienti decisivi nei processi decisionali**

Una svolta sul coinvolgimento dei pazienti è arrivata dall'ultima legge di bilancio, come ha spiegato il presidente della Favo Francesco De Lorenzo: «I pazienti potranno finalmente partecipare ai principali processi decisionali in materia di salute individuati dal ministero nonché alle fasi di consultazione della Commissione scientifica ed economica dell'Agenzia del farmaco Aifa. Questo vale anche per la valutazione in fase di Health Technology Assessment (Hta) di una nuova terapia, per quanto riguarda gli aspetti etici, organizzativi, sociali e della qualità della vita. Ma va detto che a oggi siamo ancora in attesa del Regolamento con cui Aifa avrebbe dovuto già entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della manovra per il 2025 dare attuazione a questa importantissima disposizione».

### **Car-T a macchia di leopardo**

Anche l'erogazione delle terapie cellulari avanzate Car-T (Chimeric Antigen Receptor T-cell) presenta criticità e risente della cronica patologia nazionale, la "macchia di leopardo". «La diffusione e implementazione in Italia delle Car-T presenta ancora oggi - si legge nel Rapporto Favo - delle importanti differenze a livello regionale. Sebbene il trattamento con Car-T sia approvato a livello nazionale dall'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), la sua disponibilità e accessibilità variano sensibilmente tra le diverse regioni italiane a causa di una molteplicità di fattori». I centri autorizzati all'erogazione delle Car-T in Italia sono attualmente 51, di cui pochi quelli realmente operativi, in gran parte nelle regioni del Centro-Nord Italia.

### **La tossicità finanziaria**

Per i pazienti del Centro-Sud e delle regioni più piccole c'è di fatto una minore possibilità di accesso alle terapie innovative. Quindi non resta che affidarsi ai viaggi della speranza. Una valigia – quella del paziente costretto a spostarsi o a pagare le prestazioni di tasca propria – che ha un costo alto in termini umani ed economici. Secondo dati Aiom (Associazione italiana di oncologia medica) il 38% delle donne colpite dal tumore della mammella deve affrontare la tossicità finanziaria, cioè le conseguenze economiche determinate dalla malattia e dai trattamenti. Il 32,1% ha ridotto le spese per le attività ricreative (vacanze, ristoranti o spettacoli) e il 10,3% addirittura quelle per beni essenziali, come il cibo. Inoltre, il 20,7% è stato costretto a intaccare fonti di risparmio (Tfr, investimenti, fondi), proprio per far fronte ai costi sanitari conseguenti alla neoplasia. Oltre il 70% delle pazienti con tumore del seno sostiene spese private nel percorso di cura soprattutto per farmaci e visite specialistiche, con un costo medio annuo pari a 1.665,8 euro. Il fenomeno coinvolge in particolare le residenti nel Centro e nel Sud e Isole, giovani e con una diagnosi recente.

### **Lungosopravvivenza sfida per il Ssn**

Infine, un'altra conseguenza generata dal successo dell'oncologia. L'aumento dei lungosopravvivenza, cioè dei pazienti che sopravvivono da oltre cinque anni a una diagnosi di tumore, e del numero di pazienti che possono essere ritenuti guariti (in costante aumento) rappresentano una sfida per il Sistema sanitario nazionale. Oltre a una serie di bisogni specifici non sempre riconosciuti – come le conseguenze a lungo termine della malattia e delle terapie, gli impatti sul lavoro, sui rapporti sociali e sui budget familiari – ci sono anche bisogni psicologici, «non adeguatamente trattati all'interno del corrente modello di cura, poco incentrato sulla cronicità e sugli aspetti riabilitativi», si legge nel Rapporto Favo. Ansia, depressione o stress post-traumatico, disturbi del sonno continuano a trascinarsi nel tempo fino a diventare una costante nella vita dell'ex paziente. Uno dei bisogni psicologici maggiormente inespressi è la paura della ricaduta di malattia. Tale paura, della recidiva o della progressione del cancro, è considerata una delle esigenze insoddisfatte più frequenti segnalate dai pazienti a cui sono stati diagnosticati tutti i tipi e gli stadi di cancro.

IL SINDACATO ANAAO-ASSOMED PASSA ALL'AZIONE LEGALE

# I medici ospedalieri denunciano 50 Asl: «Leggi violate»

ENRICO NEGROTTI

Il sindacato dei medici ospedalieri Anaaò-Assomed ha deciso di passare dalle parole ai fatti e ha denunciato alle autorità giudiziarie 50 aziende sanitarie in tutta Italia, perché «violano leggi e contratti». Si tratta di una campagna promossa con il supporto dell'ufficio legale del sindacato medico: «Il lavoro del medico oggi in Italia è considerato non più come il lavoro dei sogni, ma il lavoro degli incubi - lamenta il segretario nazionale di Anaaò-Assomed, Pierino Di Silverio -. Ci aspetteremmo che le aziende sanitarie fossero dalla nostra parte, e quindi dalla parte dei cittadini, invece dalla nostra indagine, cui da

oggi seguiranno molte denunce, emerge un quadro disarmante. Sono 50 in tutto il Paese le aziende contro cui intraprenderemo azioni legali in questa prima fase, ma andremo avanti fino a intaccare tutte quelle in violazione degli obblighi legislativi e contrattuali verso i professionisti. Alla fine di questa serie di azioni creeremo, speriamo entro l'autunno, un libro bianco con tutte le violazioni registrate in modo da far sapere a tutti cosa succede». Le aziende sanitarie sotto accusa (ospedaliere o territoriali) sono sparse su quasi tutte le regioni: Piemonte (1 azienda), Liguria (10), Veneto (3), Friuli-Venezia Giulia (1), Emilia-Romagna (13), Toscana (11), Lazio (2), Abruzzo (1), Marche (1), Molise (1), Umbria (1), Cam-

pania (1), Puglia (1), Basilicata (1), Sardegna (1), Sicilia (1). Molto ampio il ventaglio degli episodi contestati: si va dalla condotta antisindacale alle norme sulla sicurezza, dalla mancata erogazione di indennità e fondi contrattuali alle norme sull'attività libero-professionale, dalla disapplicazione delle norme sulla tutela dalle aggressioni al calcolo delle ferie e dei turni di lavoro.

Dal catalogo completo delle denunce (riportato dal sito [Quotidianosanità.it](http://Quotidianosanità.it)) si evince che, per esempio, alle aziende sanitarie liguri è stata contestata la mancata vigilanza sulla sicurezza da aggressioni sui luoghi di lavoro (sono stati implementati i presidi di forze di polizia); alle aziende sanitarie emiliano-romagnole viene at-

tribuito un errato di fruizione e smaltimento delle ferie; alle aziende sanitarie toscane la violazione della normativa sulle prestazioni aggiuntive per lo smaltimento delle liste d'attesa (parziale accoglimento dalle Aziende di Siena e di Pisa); alla Asl di Taranto l'appropriazione indebita dei residui dei fondi di posizione utilizzati per il pagamento degli straordinari.

Tra le violazioni indicate anche quelle delle norme sulla sicurezza, sull'orario di lavoro, sulle ferie e sui limiti dei turni di pronta disponibilità professionale e sulle prestazioni aggiuntive





Servizio Le irregolarità in corsia

## **Dalle ferie mancate alla poca sicurezza fino ai turni troppo lunghi: il sindacato dei medici denuncia 50 Asl**

La fotografia arriva dal principale sindacato dei medici, l'Anaa Assomed, che per questo ha denunciato alle autorità giudiziarie 50 aziende sanitarie

*di Redazione Salute*

15 maggio 2025

Episodi di condotta antisindacale, violazione delle norme sulla sicurezza, sull'orario di lavoro, sulle ferie, sui limiti dei turni di pronta disponibilità, sull'attività libero professionale e sulle prestazioni aggiuntive, disapplicazione delle tutele contro le aggressioni, mancata erogazione dei fondi contrattuali. A macchiarsi di queste ed altre inadempienze sarebbero numerose aziende sanitarie dal nord al sud dell'Italia: la fotografia arriva dal principale sindacato dei medici dirigenti, l'Anaa Assomed, che per questo ha denunciato alle autorità giudiziarie 50 aziende sanitarie di varie Regioni.

### **Le denunce alle Asl e le irregolarità**

“Violate leggi e contratti - afferma il segretario Anaa Pierino Di Silverio - ed è solo l'inizio”. Le aziende sanitarie, spiega il sindacato, risultano “inadempienti nell'applicare gli strumenti legislativi e contrattuali in loro possesso per garantire le migliori condizioni di lavoro possibili ai dirigenti medici sanitari”. Una situazione che si riscontra in tutta Italia. In questa prima fase, sono 50 le aziende denunciate in 16 Regioni. Tanti gli esempi concreti portati dal sindacato in conferenza stampa: tra le regioni del Nord, in Piemonte Anaa ha denunciato l'Asl di Torino e tutte le 10 aziende sanitarie della Liguria in seguito alle aggressioni al personale e per l'inadempimento delle norme di sicurezza; in Emilia tutte le 13 aziende sanitarie per la mancata osservanza delle norme sul diritto essenziale alla fruizione delle ferie. Al Centro, tra le altre, Anaa ha denunciato tutte le 11 aziende in Toscana per comportamento antisindacale, nel Lazio l'Ospedale Oftalmico, denunciato perché non riconosce ai medici del Pronto soccorso l'incentivo previsto da un accordo regionale, ha promesso di riconoscere il pagamento. Nelle Marche Anaa ha denunciato l'Aou Ospedali riuniti di Ancona perché costringe i medici a fare eccessivi turni di 'pronta disponibilità'. Tra le denunce al Sud e Isole, figura quell'Asl Taranto per irregolarità tra cui uso improprio dei fondi per gli straordinari. In Sardegna denunciata l'Arnas Brotzu di Cagliari per violazione della disciplina in materia di incarichi e quindi condotta antisindacale, così come l'Asp Palermo.

“Il lavoro del medico oggi in Italia è considerato non più come il lavoro dei sogni, ma il lavoro degli incubi. Ci aspetteremmo - afferma Di Silverio - che le aziende sanitarie fossero dalla nostra parte, e quindi dalla parte dei cittadini, invece dalla nostra indagine emerge un quadro disarmante. Alla fine di questa serie di azioni creeremo, speriamo entro l'autunno, un libro bianco con tutte le

violazioni registrate in modo da far sapere a tutti cosa succede. Difendere i professionisti significa difendere il Ssn. O si cambia, o si muore". Ed ancora: "Troppo spesso ci sentiamo soli, abbandonati di fronte a problemi che minacciano la nostra capacità di lavorare serenamente - sottolinea il leader Anaao -. Questa situazione non è più sostenibile in nessuna realtà del nostro Paese". Una cosa deve però essere chiara secondo Di Silverio: "Non chiediamo favori, chiediamo collaborazione. Una collaborazione che deve partire dal rispetto delle regole, dei contratti, della dignità professionale di chi ogni giorno - conclude - si spende per la salute pubblica".



Servizio L'allarme

## **Dopo oltre un anno l'indennità per chi lavora in pronto soccorso ancora al palo: "Inaccettabili ritardi e inerzie"**

Nella maggior parte delle Regioni la rivalutazione economica dell'indennità è ancora sospesa

*di Mirko Schipilliti\**

15 maggio 2025

L'istituzione dell'indennità di Pronto Soccorso con la legge di bilancio 234 del 30.12.2021 – fortemente voluta e proposta da Anaa Assomed – recepita per la prima volta dal nuovo Contratto collettivo nazionale CCNL 2019-21 (art. 79 e art. 75 comma 2), ha rappresentato una piccola rivoluzione nella retribuzione dei dirigenti medici di Pronto Soccorso. Con questa indennità i medici di Pronto Soccorso vengono formalmente considerati una categoria disagiata, a fianco di anestesisti e radiologi, che godevano già rispettivamente di otto e quindici giorni di riposo biologico annuali, oltre all'indennità di rischio radiologico.

Se, inizialmente, il CCNL ha previsto un'indennità di 1 Euro/ora lordo, va precisato che tale valore è puramente indicativo, potendo essere incrementato in contrattazione integrativa (art. 9 co. 5 lett. m) – fatto che sottolinea ulteriormente a livello contrattuale la ratio dell'indennità, quindi il disagio lavorativo stesso – adeguato secondo la tab. A colonna cinque del CCNL, ovvero ripartito fra le aziende ai sensi del confronto regionale (art. 7 co. 1 lett. j) in base alle dotazioni organiche, quindi alle ore effettivamente lavorate e soprattutto alle risorse aggiuntive stanziare a livello nazionale.

Il CCNL prevede infatti di accorpate tutte le risorse ("tenuto conto di quanto previsto...dalla legge 197/2022"), sia quelle introdotte dalla legge 234/2021 (27 milioni di euro su cui è stato pesato l'importo di 1 euro/ora), sia le successive integrazioni con la legge di bilancio 197/2022 e il "Decreto bollette" DL 34/2023 convertito nella legge 56/2023, con ulteriori 60 milioni di euro, per complessivi 87 milioni di euro annui dall'1.1.2024. Ne risulta che l'indennità complessiva effettivamente erogata in busta paga raggiunge un valore compreso tra 4 e 5 euro/ora lordi (in Puglia oltre 10 Euro/ora), oltre alle eventuali rimanenze a consuntivo che andranno ridistribuite. Un valore maggiore di indennità significa maggiore carenza di medici.

Purtroppo, a oltre un anno dall'entrata in vigore del nuovo CCNL, nella maggior parte delle Regioni la rivalutazione economica dell'indennità è ancora vergognosamente sospesa, con importi fermi a 1 euro/ora lordo. Veneto, Lombardia, Emilia Romagna, Piemonte e Puglia hanno provveduto ad adeguare quanto stanziato a livello nazionale, la Toscana si è appena allineata. Regioni come Liguria e Sicilia erogano ancora 1 euro/ora. A fronte della solidarietà di rito per i disagi vissuti dai medici di Pronto Soccorso e dalla sbandierata carenza di specialisti, molte

Regioni sono bravissime e rapidissime nel reclutare medici da cooperative (42 milioni di euro spesi nel 2024, dati ANAC), molto meno nel corrispondere ai propri medici dipendenti quanto dovuto per legge. Mentre lo Stato ha fatto la sua parte, il paradosso dell'Italia è la dimostrazione che a livello periferico il Pronto Soccorso non interessa: abbiamo le leggi e un contratto che fissano un'indennità, trattenuta illegittimamente dalle Regioni col silenzio connivente delle Direzioni Generali aziendali. Non si capisce poi perché in alcune Regioni, come in Emilia Romagna, non si voglia corrispondere l'indennità mensilmente ma annualmente, quasi fosse una premialità o una specie di quattordicesima, invece di saldare mensilmente quanto dovuto in base all'orario lavorato.

L'attuale legge finanziaria in vigore ha incrementato l'indennità di ulteriori 15 milioni di Euro (quando li vedremo?) portandola a complessivi 102 milioni annui. La nostra Commissione aveva in effetti chiesto un aumento per una precisa ragione: con la modifica del sistema di erogazione dei compensi per le certificazioni obbligatorie INAIL si era verificato un significativo decremento del loro valore economico di circa 11 milioni di Euro complessivi all'anno.

Pertanto, tali valorizzazioni economiche, spettanti solo al personale incardinato e con dedica esclusiva nei Pronto Soccorso e nei 118 (non per attività monospecialistiche), comportano – considerando ad esempio un'indennità di 5 euro/ora come in Veneto – un incremento stipendiale medio fino a 7260 euro annui lordi, stante un orario ordinario su 6 giorni (per 1452 ore annue al netto delle ferie godute). Aggiungendo il già previsto aumento di 20 euro di indennità di guardia notturna e festiva rispetto alle altre discipline, le indennità per maggior numero di turni notturni e festivi comunque a carico dei medici di Pronto Soccorso e i compensi per certificazioni obbligatorie INAIL, lo stipendio per un neoassunto in Pronto Soccorso supera di almeno 8000-10000 euro annui lordi quello precedente (oltre 600 euro lordi mensili medi in più per tredici mensilità). È un dato rilevante ancora troppo poco considerato da Regioni, Enti e Organizzazioni e che non possiamo affatto nascondere se vogliamo più iscritti alle scuole di specializzazione in Medicina d'Urgenza, che aumentino le assunzioni e si riducano le dimissioni dai Pronto Soccorso. Eppure, un medico di una cooperativa costa meno di un dipendente a fronte di un grave calo nella qualità assistenziale come ribadito persino dall'ANAC e dalle Corti dei Conti.

Come recita la legge 234/2021, l'indennità di Pronto Soccorso rappresenta un ristoro economico destinato esclusivamente “ai fini del riconoscimento delle particolari condizioni del lavoro”, un concetto generale che dovrebbe assorbire non solo i disagi e i rischi intrinseci al lavoro in Pronto Soccorso, ma anche il suo ormai abusato ruolo di supplente nei riguardi delle gravi carenze nell'assistenza territoriale. Ciò non toglie che la questione non deve affatto chiudersi qui, poichè il ristoro così concepito (a ognuno la valutazione se sia adeguato) non consente di ridimensionare o appiattire il disagio sul fronte dell'abbassamento delle condizioni di lavoro nei Pronto Soccorso, che continuerà a esercitare il proprio insostenibile peso, non potendo ridursi tutto a un mero aspetto di mercato.

Certo è che se in questo scenario la maggior parte delle amministrazioni regionali continua in piena deregulation a remare contro nel disinteresse e nell'inerzia collettiva, è ovvio che con tali segnali negativi e preoccupanti un sistema emergenza-urgenza così gestito sarà destinato a crollare. Ne pagheranno le conseguenze i cittadini.

*\* Coordinatore Commissione Emergenza Urgenza Anaao Assomed*

Servizio Professioni

## **Depenalizzazione atto medico e scudo erariale minano la piena funzionalità della Pa e dalla sanità**

La responsabilità penale e quella erariale impattano sui medici e sulle direzioni strategiche e i dirigenti Pta ma gli ultimi da parte del Governo contribuiscono ad aumentare l'incertezza dei professionisti sull'attuazione delle normative

*di Stefano Simonetti*

15 maggio 2025

Tutto il personale delle aziende sanitarie da tempo incontra grandi e quotidiane difficoltà lavorative. Per i sanitari, le carenze organiche impongono turni massacranti e la situazione è aggravata da un eccesso di burocrazia della quale si lamentano, giustamente, sia i dirigenti sanitari che professionisti del comparto.

Dal canto loro, gli amministrativi devono continuamente districarsi tra leggi scritte male o obsolete e basterebbe citare le astrusità del codice degli appalti o della normativa concorsuale per testimoniare come due funzioni fondamentali come gli acquisti di beni e servizi e il reclutamento siano ormai difficili da espletare correttamente e in modo celere.

### **Gli "incubi" del personale**

In questo scenario si aggirano due particolari incubi per il personale: la responsabilità penale e quella erariale. La prima è legata strettamente alla tematica della depenalizzazione dell'atto medico, rivendicazione prioritaria dei sindacati medici, rispetto alla quale tuttavia si rileva uno stallo completo e degli esiti della commissione D'Ippolito si sono ormai perse le tracce. La seconda coinvolge le direzioni strategiche e i dirigenti Pta, anche se non è affatto escluso che un medico o un veterinario e altri professionisti sanitari possano incorrere nel danno erariale. Nel suo stato odierno, sembra più lineare la situazione della responsabilità amministrativa, almeno formalmente; ma in questi ultimi giorni è accaduto qualcosa che definire surreale è davvero poco. Vediamo di cosa si tratta.

### **La strada tormentata dello scudo erariale**

Sulla Gazzetta ufficiale del 12 maggio è stato pubblicato un decreto legge di poche righe – il n. 68 del 12.5.2025 - che interviene sulla annosa questione del cosiddetto scudo erariale. Le complesse vicende dello scudo erariale sono note, ma vale la pena di riassumerle brevemente. In pieno stato di emergenza dovuto alla pandemia, il legislatore con il DL 76/2020, convertito in legge 120/2020 – il cosiddetto "decreto-semplificazioni" - ha limitato la responsabilità penale ed erariale dei funzionari pubblici, per combattere l'inerzia nell'attività amministrativa e favorire così la ripresa del Paese dopo la pandemia da Covid-19. Riguardo alla responsabilità amministrativo-contabile, il decreto ha introdotto delle forti attenuazioni al fine di schermare, limitatamente al periodo di emergenza, la responsabilità dei dipendenti e degli amministratori pubblici per i danni cagionati

alla Pubblica amministrazione a seguito di condotte attive connotate da colpa grave. La misura, battezzata "scudo erariale", ha visto estendere il suo ambito temporale di applicazione dal 2020 in poi, da ultimo con una proroga fino al 31 dicembre 2024 ad opera dell'art. 8, comma 5-bis, della legge 18/2024 di conversione del decreto Milleproroghe 2024.

La Corte dei Conti, sezione giurisdizionale della Campania, aveva però sollevato la questione di legittimità costituzionale, ritenendo che l'art. 21, comma 2, del DL 76/2020 fosse in contrasto con il principio di eguaglianza, con quella di efficienza e buon andamento dell'amministrazione, prevedendo l'impunità di condotte gravemente colpose che cagionano danno all'intero apparato amministrativo, il quale deve sopportare il peso – anche economico – delle condotte illegittime dei suoi dipendenti. Nondimeno, la Corte costituzionale, con la sentenza n. 132 del 17.7.2024, ha dichiarato la legittimità costituzionale della norma in questione.

In estrema sintesi, la Consulta ha ricordato il fenomeno della "paura della firma", precisando che "per superare la grave crisi e rimettere in movimento il motore dell'economia, il legislatore ha ritenuto indispensabile che l'amministrazione pubblica operasse senza remore e non fosse, al contrario, a causa della sua inerzia, un fattore di ostacolo alla ripresa economica". La decisione della Corte tuttavia ha limitato la costituzionalità dello scudo a situazioni temporanee e fortemente motivate dal risultato di amministrazione: prima lo stato di emergenza e successivamente la realizzazione del Pnrr. Infine, nel decreto legge 202/2024, il Milleproroghe 2025, con l'art. 1, comma 9, era stata introdotta una proroga fino al 30 aprile 2025, francamente incomprensibile.

L'ennesimo intervento governativo di pochi giorni fa sulla problematica rivela però alcuni aspetti di preoccupante criticità. Innanzitutto, viene di fatto eluso il contenuto della sentenza della Consulta, senza peraltro aver risolto la questione in modo definitivo e strutturale. I rilievi della Corte dei conti campana erano chiari e le stesse motivazioni dei giudici costituzionali puntavano sugli aspetti congiunturali e temporanei per giustificare l'adozione dello scudo erariale. Come si spiegano razionalmente altri otto mesi di stallo se non con la manifesta incapacità di trovare una soluzione strutturale?

Ma è sul piano della tecnica legislativa che sorgono le maggiori perplessità perché dalla ennesima proroga rimanevano scoperti 11 giorni, buco temporale che gli estensori del decreto hanno ritenuto di colmare affermando che "... trova applicazione anche per i fatti commessi tra il 30 aprile 2025 e la data di entrata in vigore del presente decreto". In realtà, la soluzione di continuità dello scudo erariale è stata irrimediabilmente compromessa, perché quello attuato non è un differimento o una proroga, visto che gli effetti giuridici della norma erano formalmente cessati il 30 aprile. Si tratta allora di una rinnovazione della norma del 2020, che è tutt'altro. Ma l'aspetto più inquietante è che sembra essere stato violato un principio fondante del nostro ordinamento giuridico, quello sancito dall'art. 11 delle Preleggi, laddove si afferma che "La legge non dispone che per l'avvenire: essa non ha effetto retroattivo".

## **I ritardi e le fughe in avanti del governo**

Oltretutto, la domanda sorge spontanea: ma non potevano accorgersene prima? Le occasioni non mancavano, a cominciare dalla conversione in legge del DL 25/2025, il decreto Pa. A tale ultimo proposito, i numerosi emendamenti presentati in Senato hanno allungato i tempi della conversione la cui legge è stata pubblicata il 13 maggio, per cui non era più lo strumento idoneo. Inoltre, giaceva da tempo in Parlamento il Ddl AC 1621 il cui art. 1 intende risolvere la questione della responsabilità amministrativa e per danno erariale. Anche in questo caso, tuttavia, il tempo è stato tiranno, perché il disegno di legge a firma Foti venne presentato il 23.12.2023, è stato approvato dalla Camera solo il 9.4.2025 ed è passato al Senato come AS 1457 il 23.4.2025. Ecco

plausibilmente il motivo per il quale il Governo ha dovuto ricorrere in fretta e furia – ma, comunque, con undici giorni di ritardo – a un decreto urgente: che poi nelle premesse si affermi “la straordinaria necessità e urgenza di continuare ad applicare la disciplina di cui...” genera quantomeno perplessità.

La depenalizzazione dell’atto medico e lo scudo erariale sono due tematiche maledettamente complicate ma costituiscono anche il paradigma di una deriva costante dello stato di diritto e della sostanziale incapacità del legislatore nel trovare soluzioni razionali e stabili a problemi che - benché siano oggettivamente quasi inestricabili - minano tuttavia la piena funzionalità della pubblica amministrazione e, in particolare, della Sanità.

## SERVIZIO SANITARIO, L'ORA DELLA RIFORMA

di Pierpaolo Sileri

Nel 1978, in un'Italia attraversata da lotte politiche e tensioni sociali, il Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) nasceva come esigenza ed attraverso un compromesso derivante da un atto di visione collettiva. Un'Italia divisa ma visionaria.

Quattro i principi cardine: globalità delle prestazioni, universalità dei destinatari, eguaglianza del trattamento, rispetto della dignità e della libertà della persona. Oggi da più parti vengono sottolineati i rischi che ne minacciano la sopravvivenza dalle insostenibili liste di attesa, alle carenze di personale, alle disparità regionali per molti frutto di un sottofinanziamento rispetto alle esigenze. Terreno di scontro politico continuo con pressoché costanti accuse recipro-

che nel parlamento così come a livello regionale ed ancora più localmente. Critiche a volte concrete, altre volte accuse strumentali.

Le opposizioni accusano, i governi si difendono e questa polarizzazione non solo frena un possibile rilancio del Servizio Sanitario Nazionale, ma contribuisce ad accentuare la percezione negativa del nostro Ssn da parte degli italiani. Terreno di scontro sicuramente valido ed efficace dal punto di vista mediatico che aiuterà a far perdere ulteriore fiducia nel sistema ed accrescere quel 60% di italiani che considera l'Ssn insoddisfacente e di anno in anno peggioro.

La storia ci insegna, nel bene e nel male, la ripetibilità delle cose. Il '78 dimostra che le riforme nascono dal dialogo. Le opposizioni chiedono più fondi e difendono l'universalità, ma rischiano di limitarsi a critiche e gli at-

tacchi di due giorni fa in aula sul Decreto Liste d'Attesa riflettono questa postura.

È un fatto che oggi esistono i numeri per una stabilità della legislatura fino al termine del mandato. Questo contesto non può che essere favorevole per eventuali riforme e per creare un «patto per la salute» tra governo, opposizioni e regioni, sindacati di settore, industria, assicurazioni e privati, replicando lo spirito del 1978.

Tante proposte, troppi sembrano avere la soluzione a portata di mano, come se una singola azione possa rivoluzionare il sistema. Anche miliardi in più senza efficientamento non sarebbero la soluzione.

Combinare investimenti pubblici, assunzioni, formazione adeguata del personale, adeguata programmazione, digitalizzazione, prevenzione, equità sul tutto il territorio nazionale, aiuti alle industrie del settore che devo-

no essere stimolate a produrre ed investire in Italia, una collaborazione con il privato quando ben gestito ed un dialogo con assicurazioni complementari, sono tutte azioni che posso far riprendere il Ssn e renderlo sostenibile e universale, più democratico, ma solo se coordinate tra loro nell'ambito di priorità decise in un comune patto per la Salute. Certo andrebbero messe da parte ideologie, particolarismi, interessi specifici, campagne elettorali, likes sui social e quant'altro. È già successo nel 1978, vero è che non esistevano i social e forse non tutti avevano la tv e leggevano i giornali, ma l'astensionismo alle votazioni era meno del 10% e senza dubbio anche allora c'era una forte divisione. Oggi, apparentemente più connessi, legati, informati siamo invece troppo distanti, compresi i leader politici.



# Anche la salute è una questione di classe

**CARLO BUONAMICO**

**I**l nostro mondo è diseguale. Il luogo in cui nasciamo, cresciamo, viviamo, lavoriamo e invecchiamo influenza significativamente la nostra salute e il nostro benessere. Ma un cambiamento in meglio è possibile». Sono queste le parole con cui il direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) **Tedros Adhanom Ghebreyesus** ha commentato la presentazione del "World Report on Social Determinants of Health Equity" pubblicato a inizio maggio.

Un'analisi, quella dell'Oms, che rinnova un monito chiaro e preoccupante: la salute non è distribuita in modo equo nel mondo. Malattie, accesso ai servizi sanitari e aspettativa di vita dipendono ancora troppo dal contesto socioeconomico in cui si nasce, si cresce e si vive. Nonostante i progressi registrati negli ultimi decenni, le disuguaglianze sanitarie restano uno dei principali ostacoli alla giustizia sociale globale. Ed è quindi prioritario che le nazioni affrontino i determinanti sociali interconnessi e mettano in atto strategie basate sull'evidenza per migliorare l'*outcome* sanitario a vantaggio di tutti i cittadini.

Uno dei dati più eclatanti del rapporto riguarda la speranza di vita alla nascita: 33 anni di differenza separano i Paesi con i migliori risultati (come il Giappone, con oltre 84 anni) da quelli con i peggiori (come il Lesotho, fermo intorno ai 51 anni). Questo divario, sebbene in calo rispetto ai 42 anni del 2008, rimane impressionante e riflette l'impatto diretto delle condizioni socioeconomiche sulla salute. In termini concreti, significa che un bambino nato in un Paese ricco ha molte più possibilità di sopravvivere, studiare, lavorare e invecchiare in salute rispetto a uno nato in una regione povera o instabile.

Il rapporto dell'Oms non si limita a registrare i divari: li analizza alla radice. Tra i

principali determinanti sociali della salute vengono identificati il livello di istruzione, il reddito, l'accesso a servizi pubblici (acqua potabile, alloggi dignitosi, trasporti), la parità di genere, la stabilità politica e la protezione sociale. Un dato significativo riguarda la relazione tra istruzione e malattie croniche: le donne con livelli di istruzione più bassi hanno quasi il doppio delle probabilità di sviluppare il diabete rispetto a quelle con titoli di studio più elevati. In Europa, il 35 per cento delle disparità sanitarie è attribuito alla precarietà economica, mentre il 29 per cento dipende dalle condizioni abitative. Attualmente, 3,8 miliardi di persone in tutto il mondo sono private di un'adeguata copertura previdenziale, come i sussidi per i figli a carico o per malattia retribuita, con un impatto diretto e duraturo sulla loro salute. Ancora, Oms sottolinea che le misure volte a contrastare la disuguaglianza di reddito, i conflitti e i cambiamenti climatici sono fondamentali per superare le profonde disuguaglianze sanitarie. Un esempio su tutti fa comprendere la gravità della situazione: le stime parlano di un incremento di 68-135 milioni di persone che cadranno in povertà estrema nei prossimi 5 anni, a causa delle conseguenze del cambiamento climatico.

Non si tratta però solo di un divario tra Nord e Sud del mondo. Anche all'interno dei Paesi sviluppati la salute è diseguale. In alcune regioni europee, la speranza di vita degli uomini appartenenti ai gruppi socioeconomici più bassi può essere inferiore di 10-15 anni rispetto a quella dei più benestanti. Per le donne, la differenza può arrivare a 7 anni. In città come Londra, Parigi



o Milano, i quartieri poveri registrano tassi di obesità, diabete e malattie cardiovascolari fino a tre volte superiori rispetto alle aree benestanti. La pandemia di Covid-19 ha esacerbato queste differenze. I gruppi più vulnerabili – minoranze etniche, lavoratori precari, persone anziane e senza protezione sociale – hanno subito un impatto sproporzionato in termini di contagi, decessi e accesso alle cure. La vaccinazione stessa, che doveva essere un'arma equa e universale, ha mostrato profonde disparità: in molte nazioni, le persone con istruzione superiore avevano una probabilità di vaccinarsi del 15-20 per cento più alta rispetto a chi aveva titoli di studio inferiori.

La lezione del rapporto è chiara: affrontare le disuguaglianze sanitarie significa andare oltre il settore sanitario. Le politiche pubbliche devono essere orientate all'equità, agendo preventivamente su scuola, lavoro, casa e protezione sociale. Il concetto chiave è "Health in All Policies" (salute in tutte le politiche): ogni decisione pubblica – che riguardi l'urbanistica, il fisco, il welfare o l'istruzione – dovrebbe essere valutata anche per il suo impatto sulla salute.

In Europa, il rafforzamento della protezione sociale e l'investimento negli al-

loggi popolari hanno dimostrato di essere strumenti efficaci per ridurre le distanze e i vuoti sanitari in tempi relativamente brevi. L'Oms invita inoltre a rafforzare i sistemi di monitoraggio delle disuguaglianze, integrando dati disaggregati per età, genere, etnia e condizione economica. L'appello è a tutti i governi e alle istituzioni internazionali: garantire il diritto alla salute universale richiede un impegno collettivo, multisettoriale e continuo. Le disuguaglianze sanitarie non sono inevitabili né "naturali": sono prodotte da decisioni politiche, che possono – e devono – essere cambiate.

In un mondo che affronta crisi climatiche, instabilità geopolitica e invecchiamento demografico, il rafforzamento dell'equità sanitaria è una priorità non solo etica, ma anche strategica. Società più eque sono anche più sane, più stabili e più resilienti.

**'E**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La speranza di vita cambia in base a reddito e accesso a istruzione e servizi pubblici: tra i Paesi ricchi e quelli poveri può variare anche di 33 anni. Per questo serve intervenire sulle disuguaglianze



DAL 15 LUGLIO IL CONFRONTO IN AULA AL SENATO

# Legge sul fine vita, due mesi per un accordo

FRANCESCO OGNIIBENE

**D**ue mesi per un accordo. Difficile, non impossibile. Il voto col quale l'aula del Senato ha deciso ieri l'avvio del confronto sul suicidio assistito dal 15 luglio fa partire il *count down* per le due Commissioni (Giustizia, Affari sociali e Sanità) che si stanno occupando del provvedimento più volte sollecitato dalla Corte costituzionale e incalzato anche dall'attivismo di alcune Regioni. Dopo una novantina di audizioni, il deposito di cinque disegni di legge (due del Pd a prima firma Bazoli e Parrini, uno a testa di M5s con Elisa Pirro, Avs con De Cristofaro e FI con Parrini), il comitato ristretto per

arrivare a un testo unico verrà convocato la prossima settimana. L'annuncio del presidente della Commissione Affari sociali Francesco Zaffini (Fdi) fa pensare a un'accelerazione dei lavori affidati ai due relatori, uno per commissione: il forzista Pierantonio Zanettin (Giustizia) e Ignazio Zullo (Fdi, Affari sociali). Il testo cui pensa Zanettin «tiene conto sia dei richiami della Corte costituzionale, sia delle varie proposte avanzate sul tema. Probabilmente scontenterà chi ha le posizioni più estreme, da una parte e dall'altra, ma sarà un punto di partenza per

un confronto aperto. Non sarà certo un testo blindato» e al voto si «dovrebbe lasciare la libertà di coscienza».

«L'obiettivo - chiarisce Zullo - è affermare con forza il valore della vita come bene indisponibile, integrando al contempo i criteri della Consulta in merito all'esimente della punibilità ma riferiti a persone inserite in un percorso di cure palliative».

Il pressing delle Regioni è tanto più insistente. Malgrado l'impugnazione della legge toscana sul suicidio assistito da parte del Governo davanti alla Corte costituzionale, ieri la Sardegna ha avvia-

to l'iter per una sua legge, sostenuta dalla maggioranza di centrosinistra, mentre l'attesa sentenza del Tar dell'Emilia Romagna sulla sospensiva della delibera regionale sul percorso per la morte assistita è stata rimandata a causa della morte per cause naturali del paziente che aveva chiesto di potersi suicidare.

**Intanto parte l'iter anche in Sardegna Emilia Romagna, stop all'attesa sentenza del Tar**



## Anche i malati decisivi nello scegliere la cura migliore **La svolta dell'Hta** Le nuove regole

«L'ultima legge di bilancio ha introdotto una rivoluzione epocale disponendo che Aifa con Regolamento debba definire i criteri con cui le associazioni pazienti sono chiamate ad assegnare il valore a ogni farmaco per quanto attiene gli aspetti etici, organizzativi, sociali e della qualità della vita. Il termine stringente di 60 giorni dall'entrata in vigore della manovra, assegnato dal legislatore per attuare la norma, è però trascorso e siamo ancora in attesa. È urgente che l'Agenzia agisca, perché dal 1° gennaio le vecchie norme su prezzo e rimborso dei farmaci sono decadute». Così il presidente Favo Francesco De Lorenzo centra il cuore della svolta prevista in manovra per l'Hta, quell'Health Technology Assessment con cui si determina il valore di ogni tecnologia sanitaria. «Il legislatore – prosegue De Lorenzo – ha introdotto questa novità per rafforzare il Ssn con il contributo essenziale che le associazioni possono dare al valore del farmaco, forti dell'esperienza di tanti anni di attività. Oggi la nostra aspettativa è di vedere applicata la legge che ci chiama a essere protagonisti rendendo la nostra partecipazione obbligatoria. Non solo: la stessa legge stabilisce che la mancata accettazione del parere delle associazioni

vada motivata da Aifa».

Via la funzione meramente consultiva assegnata fino a oggi ai pazienti, dunque, e spazio alla valutazione dei fattori qualità della vita e recupero della presenza nel contesto sociale, quando si guardi all'introduzione di una nuova terapia. «Aspetti a cui finora non è stato assegnato il giusto peso – sottolinea ancora il presidente Favo -: basti pensare al diverso impatto che può avere su un malato la somministrazione di un farmaco per via orale piuttosto che per via endovenosa. Significa cambiare la qualità della vita di quella persona, anche consentendole di lavorare».

È lo stesso nuovo Regolamento Ue sull'Hta (2021/2282) in vigore da gennaio a fissare, anche l'obbligo per i Paesi di considerare rilevanti nei processi di valutazione i contributi dei pazienti. Una sfida che Statie e associazioni dovranno saper cogliere. Ma se la strada è aperta, da Favo precisano: «Serve una riforma più incisiva che definisca criteri di selezione e rappresentatività, garantisca supporto formativo e compensi per il tempo dedicato e allarghi lo spettro di azione a tutti i livelli decisionali». La richiesta è per una piattaforma digitale nazionale che raccolga profili di rappresentanti di associazioni di pazienti, possi-

bilmente esperti, e agevoli il matching con le valutazioni Hta in corso.

«Potenzialità, rischi e benefici sono invece le parole chiave quando si guarda alla scommessa dell'Intelligenza artificiale declinata sui pazienti - avvisa il Segretario generale Favo Elisabetta Iannelli -. Dalla diagnostica all'immunoterapia, dallo sviluppo dei farmaci al supporto ai medici, l'Ha può migliorare il trattamento del cancro quanto a diagnosi precoce, personalizzazione dei trattamenti con l'uso di biomarcatori predittivi, ottimizzazione dei processi che porta a ridurre i tempi di attesa. Ma solo la formazione continua degli operatori e la sensibilizzazione dei pazienti potranno scongiurare i rischi di un'eccessiva dipendenza da questa tecnologia».

— **B. Gob.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Nella valutazione  
contano anche  
la qualità della vita  
e il recupero  
nel contesto sociale**



# Il cancro all'intestino colpisce sempre prima

**The Economist, Regno Unito**

L'incidenza di questo tumore tra le persone sotto i cinquant'anni è in rapido aumento. Gli scienziati stanno valutando diverse possibili cause, dagli antibiotici all'alimentazione

**N**ei pronto soccorso di tutto il mondo continuano a presentarsi persone con tumori non diagnosticati in stadio avanzato. Se sono passati inosservati così a lungo è perché i pazienti non rientrano nel tipico quadro oncologico: sono giovani, apparentemente sani e senza casi in famiglia. La cosa preoccupante è che i numeri stanno aumentando. La maggiore incidenza del cancro a esordio precoce, cioè diagnosticato prima dei cinquant'anni, è stata documentata per più di dieci tipi di tumore, tra cui quelli del seno, dell'intestino, del polmone, delle ovaie e del pancreas.

Nel caso del tumore dell'intestino, il terzo più diffuso nel mondo, l'aumento è particolarmente rapido. In base alle proiezioni, gli statunitensi nati intorno al 1990 hanno il doppio della probabilità di sviluppare il tumore del colon prima dei cinquant'anni, e il quadruplo di sviluppare il tumore del retto, rispetto a quelli nati intorno al 1950. La tendenza è in peggioramento, e ogni generazione rischia più della precedente. Andamenti simili sono emersi in almeno altri 27 paesi. Stabilire le cause si sta rivelando difficile. Gli studi su una serie di fattori non ereditari, tra cui obesità, consumo di alcol e scarsa attività fisica, non hanno rivelato nessun denominatore comune dei casi precoci.

Le cose potrebbero cambiare grazie alle nuove tecniche genomiche che consentono d'individuare le firme mutazionali, vale a dire i cambiamenti provocati nel genoma di una cellula da precise influenze esterne, come il tabacco e la radiazione ultravioletta. Se la stessa mutazione prodotta nel medesimo modo si verifica in un numero sufficiente di pazienti, si può ipotizzare di aver trovato la causa. Un articolo pubblicato ad aprile su *Nature* descrive una scoperta simile: l'esposizione a un diffuso batterio intestinale durante l'infanzia potrebbe contribuire al tumore prematuro dell'intestino.

Un team coordinato dagli scienziati dell'università della California a San Diego ha analizzato il genoma di 981 tumori

colon-rettali di undici paesi. Una delle firme mutazionali più riscontrate, soprattutto nei giovani, è stata quella della colibactina, una tossina prodotta da diversi batteri, tra cui un ceppo diffuso di *Escherichia coli* trovato dai ricercatori in più della metà dei pazienti sotto i 40 anni, ma in meno del 20 per cento degli over 60.

Dal sequenziamento delle mutazioni è emersa un'altra sorpresa: il danno provocato dalla colibactina si era verificato negli stadi iniziali dello sviluppo del tumore e nel gene il cui deterioramento innesca il cancro del colon. Gli scienziati hanno anche scoperto che diverse mutazioni erano comparse nei primi dieci anni di vita.

Dall'analisi dei campioni fecali di bambini di circa venti paesi è emerso che in quelli provenienti da zone con una maggiore incidenza di cancro a esordio precoce la probabilità di trovare la colibactina prodotta dall'*E. coli* era più alta. Non è chiaro perché, ma alcuni ricercatori sospettano che l'aumento dell'uso di antibiotici e la diffusione del parto cesareo alterino il microbiota a tal punto da favorire l'attecchimento di quel ceppo. Altri sono preoccupati per i probiotici che contengono *E. coli*, alcuni dei quali sono ancora usati per curare la diarrea.

## Buoni e cattivi

Di solito perché una mutazione si trasforma in un tumore ci vogliono anni o decenni. Normalmente il processo comincia verso la mezza età, quando iniziano ad accumularsi mutazioni di ogni sorta. Quelle precoci indotte dalla colibactina, invece, hanno un'evoluzione diversa. "Se all'età di cinque anni si entra in contatto con un agente cancerogeno, lo sviluppo del cancro di solito comincia venti o trent'anni prima", dice Ludmil Alexandrov dell'università della California a San Diego, uno degli autori dello studio. Per Alberto Bardelli dell'università di Torino, che non ha partecipato alla ricerca, l'effetto sul rischio di cancro è paragonabile a una predisposizione genetica ereditaria.

La responsabilità potrebbe non essere

solo della colibactina. I ricercatori hanno trovato altre due firme mutazionali che interessavano i geni coinvolti nello sviluppo del cancro ed erano più diffuse nei giovani. Se la metà aveva la firma della colibactina, il 70-80 per cento presentava una qualche combinazione delle tre.

Ci sono altri nodi da sciogliere. Circa un terzo degli adulti sani è portatore di *E. coli* che produce colibactina, e solo una minima parte di loro sviluppa il tumore colon-rettale. Uno studio sugli animali pubblicato a marzo su *Nature Microbiology* ha rivelato che questi batteri proliferavano nei topi nutriti con una dieta povera di carboidrati e fibre solubili: rispetto agli altri esemplari, questi topi mostravano anche più danni da colibactina al dna delle cellule del colon. La mancanza di fibre, che alimentano vari batteri intestinali buoni, sembra indebolire la mucosa del colon. Ridotti alla fame, questi batteri sono rimpiazzati da patogeni che distruggono la barriera protettiva, esponendo le cellule del colon alla colibactina.

Un altro studio, realizzato da un gruppo coordinato da Shuji Ogino di Harvard e pubblicato nel 2022, andava nella stessa direzione: nei soggetti un'alimentazione di tipo occidentale (ricca di carne rossa, salumi, zuccheri e cereali raffinati, ma povera di fibre) è stata associata a tumori colon-rettali che contenevano quantità più ingenti di *E. coli*. Altri fattori potrebbero essere coinvolti. Alcuni ricercatori stanno studiando il ruolo delle microplastiche, a cui negli ultimi decenni siamo stati più esposti, nell'indebolimento della barriera protettiva del colon.

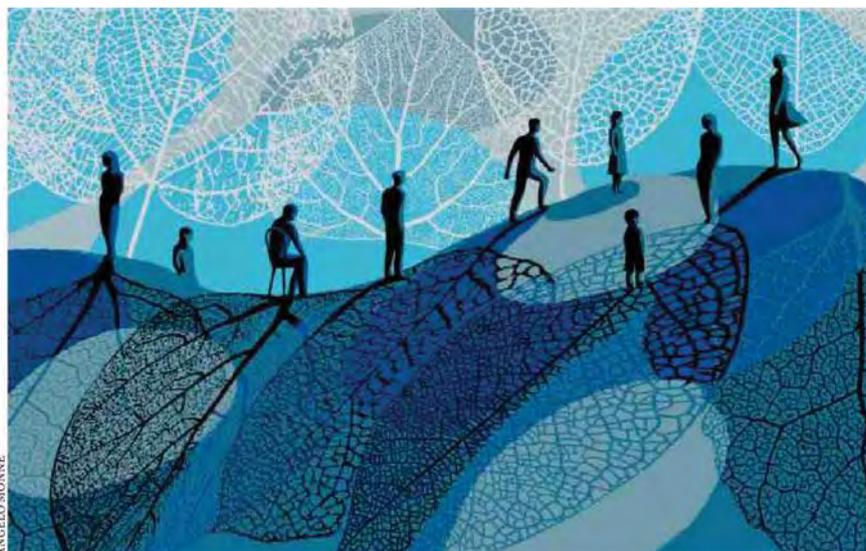
Capire il funzionamento del cancro a esordio precoce aprirebbe le porte a possibili trattamenti. Si stanno valutando tre soluzioni: i farmaci che inibiscono gli effetti dell'*E. coli*, i probiotici che aiutano i batteri buoni dell'intestino a contrastarli e



i virus che prendono di mira i batteri, noti come fagi. Ma le ricerche sono state condotte solo in vitro o sulle cavie, e i trattamenti non saranno disponibili presto.

Ci vorrà del tempo anche per comprenderne i rischi e i benefici, soprattutto nei più piccoli. Il team di Alexandrov sta analizzando i campioni fecali di bambini di circa venti paesi per capire con quale frequenza i batteri provocano mutazioni pericolose. Nei prossimi cinque anni sperano di mettere a punto esami delle feci

capaci di rilevare quelle causate dalla colibactina, affinché i medici possano individuare le persone che hanno bisogno di monitoraggio attento e interventi precoci con le tecniche esistenti. Questi test non arriveranno mai troppo presto. ♦ *sdf*



## Ipertensione, ecco la guida per la pressione sotto controllo

**Domani in edicola**

Le principali novità  
oltre a 24 risposte  
con i consigli degli esperti

Se tutti gli italiani adulti decidessero di controllarsi la pressione regolarmente scoprirebbero che quasi uno su tre (il 31%) è iperteso, ha cioè una pressione più alta rispetto ai valori normali mentre il 17% è "borderline": come dire che praticamente per metà dei nostri connazionali il controllo regolare della pressione è cruciale per allungarsi la vita ed evitare il rischio di ammalarsi seriamente di patologie cardiovascolari micidiali come l'ictus o l'infarto.

Ecco perché domani in occasione della giornata mondiale contro l'ipertensione, con Il Sole 24 ore sarà in edicola la guida

«Pressione sotto controllo - Impara a conoscerti in 24 domande e risposte» (disponibile a 1,00 euro più il prezzo del quotidiano). Sotto esame le principali novità e in più

24 risposte a 24 domande per capire come monitorare la propria pressione realizzate grazie alla "guida esperta" della Società Italiana dell'Ipertensione arteriosa.

Proprio la pressione alta - troppo spesso non controllata da tanti italiani - è difatti la prima responsabile di ben 280mila morti all'anno in Italia e 10,8 milioni nel mondo, tanto che l'ipertensione arteriosa è stata ribattezzata il più pericoloso «killer silenzioso». E sempre domani anche Obiettivo Salute week end, la trasmissione di Radio24 condotta da Nicoletta Carbone che andrà in onda alle 12, sarà dedicata alla prevenzione dell'ipertensione. In studio come ospiti gli esperti che hanno collaborato alla realizzazione di questa guida: Claudio Borghi, professore ordinario di Medicina Interna e Direttore Medicina interna Car-

diovascolare dell'Università di Bologna-Irccs Sant'Orsola e Agostino Virdis, Presidente della Società italiana dell'Ipertensione arteriosa (SiiA).

Questa guida è la prima di una serie del gruppo Sole 24 Ore dedicata alle patologie più importanti per la salute degli italiani per dare ai lettori uno strumento di conoscenza e consultazione agile ma al tempo stesso rigoroso, ricco di consigli preziosi per vincere una battaglia importante: quella della prevenzione, troppo spesso trascurata perché nel breve rappresenta un costo, da sacrificare sull'altare dei tagli ritenuti necessari per far quadrare i conti pubblici. Il progetto conferma la volontà del gruppo Sole 24 Ore di considerare

prioritario il progetto salute.

—R. I. T.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Quasi un italiano su tre è iperteso. Pressione alta «killer silenzioso» responsabile di ictus e infarti**



Zabban: per mantenere il sistema pubblico i pazienti devono partecipare ai costi

# Così andrebbe curata la sanità

## Il peso abnorme della burocrazia soffoca la ricerca

DI CARLO VALENTINI

« In un Paese dove circa il 50% della popolazione, per un motivo o per l'altro, non paga le tasse è difficile pensare ad una sanità pubblica che sia insieme universalistica, gratuita, ben funzionante e sostenibile. Sarebbe allora opportuno prevedere delle forme di compartecipazione, cioè dei ticket, da parte dei pazienti i quali comunque pagherebbero meno rispetto al ricorso al privato e sono certo comprenderebbero il senso della richiesta. Con un finanziamento adeguato si otterrebbero prestazioni migliori e con ridotte liste di attesa. Solo in questo modo si può salvare quel modello prezioso per il benessere che è la sanità pubblica, che altrimenti andrà alla deriva. Poi è evidente che se si riuscisse a fare pagare le tasse a tutti, il contributo potrebbe risultare irrisorio»: **Giangiacomo Zabban**, 52 anni, laurea in Economia, è la quinta generazione alla guida dell'impresa di famiglia, la Farmac Zabban, che festeggia i 130 anni, leader nel settore dei dispositivi di medicazione, strumenti diagnostici e medicali e di prodotti per la salute ed il benessere (dagli integratori agli aghi, dai presidi ortopedici ai test di gravidanza, tra i marchi la linea per le farmacie Med's), sede nell'hinterland bolognese, esporta in 50 Paesi, 180 tra dipendenti e forza vendita, fattura 60 milioni di euro.

**Domanda. È vero che tra i vostri vanti c'è quello di avere realizzato il primo cerotto in Europa?**

**Risposta.** In un certo senso sì. Più esattamente il fondatore,

**Elia Zabban**, nel 1895 fu il primo a industrializzare la produzione di garze idrofile che venivano rese assorbenti attraverso impianti a vapore e queste fecero il giro del mondo (di allora). Il vero e proprio cerotto veniva realizzato da un produttore tedesco e importato ma allo scoppio della prima guerra mondiale gli Imperi Centrali bloccarono le esportazioni ed Elia Zabban riuscì a realizzare cerotti, più raffinati di quelli tedeschi, sia per l'Italia che per gli alleati.

**D. È complicato fare ricerca e testare nuovi prodotti?**

**R.** Sì, c'è troppa burocrazia. Faccio un esempio, stiamo progettando alcune nuove medicazioni per curare il piede diabetico. L'innovazione è ostacolata dall'incertezza sul payback e anche dal nuovo regolamento europeo 745 che è troppo complicato e burocratico. In Europa finalmente se ne sono accorti e stanno studiando contromisure, ma intanto si sono persi anni preziosi in cui i pazienti non sono stati curati come potevano esserlo. Sarebbe opportuno che il legislatore nazionale ed europeo facesse analisi di impatto preventive prima di regolare materie che conosce in modo incompleto.

**D. Il payback è un meccanismo di politica sanitaria che, in caso di superamento di un tetto di spesa regionale, impone alle aziende fornitrici di questi dispositivi di contribuire a ripianare parte dello sfioramento dei tetti che le Regioni stanziavano per questi prodotti. Perché sarebbe un intralcio?**

**R.** In Italia la spesa sanitaria pubblica si attesta al 6,2% del Pil, mentre negli altri maggiori Paesi europei è circa l'8%. Il sotto-finanziamento è evidente. Ac-

collare il gap alle imprese che forniscono il Servizio sanitario nazionale è un'ingiustizia che non esiste in nessun altro Paese. I fornitori di dispositivi medici partecipano ad appalti già al massimo ribasso, e pretendere ex post la restituzione di una quota dei pagamenti per le forniture effettuate è un'anomalia contraria allo stato di diritto e alle regole basilari dell'economia. Pensate se si applicasse in altre situazioni... il compratore, acquista, consuma e poi dopo

un po' di anni pretende i soldi indietro. Questa situazione rischia di far saltare l'intera filiera composta da circa 5.000 imprese e 120.000 dipendenti. A soffrirne non sono solo le imprese ma il Servizio sanitario che rischia carenze dei dispositivi fondamentali e dei prodotti innovativi con uno scadimento generale della qualità di cura ai pazienti.

**D. Preoccupano i dazi di Trump?**

**R.** In questa situazione già complicata, i dazi aggiungono incertezza. È ancora vaga la quantificazione per cui è difficile ad oggi stimare l'impatto. L'auspicio è che si riesca a trovare un accordo in modo che si possa continuare ad esportare. Oltre che negli Usa siamo presenti in 50 Paesi, l'obiettivo è arrivare a 60 entro la fine dell'anno.

**D. Quali sono i trend al**



**consumo? E come sta evolvendo il settore delle farmacie?**

**R.** Nel canale delle farmacie continua il trend dei prodotti nutraceutici, sono quelli che registrano le performance migliori. Le farmacie restano un presidio fondamentale e diffuso sul territorio e stanno evolvendo verso la somministrazione di servizi di check-up e di prevenzione. Già oggi circa il 10% appartengono a catene straniere. Il rischio è che diventino dei piccoli supermercati mentre ritengo sarebbe opportuno puntare sul consiglio e la conoscenza della storia medica del cliente.

**D. Cosa cambierà con l'introduzione dell'intelligenza artificiale?**

**R.** Gli impatti saranno significativi. Uno su tutti: la possibilità di misurare e migliorare, at-

traverso la simulazione, l'efficacia dei dispositivi medici ma anche la possibilità di controllarli durante il loro utilizzo. Un primo step si è già ottenuto con la digitalizzazione. Per altro la sanità digitale va resa sempre più efficiente, scommettendo sull'inclusività e rispondendo alle problematiche di carenza di personale e divari fra regioni. La dematerializzazione del dato sanitario e la sua accessibilità per il paziente e per qualsiasi medico curante consentono una gestione più efficiente e integrata delle informazioni mediche, migliorando la continuità delle cure e agevolando la collaborazione tra professionisti sanitari.

**D. Quindi la tecnologia avanza anche nel campo dei dispositivi medici?**

**R.** Per quanto ci riguarda siamo dotati di un processo produttivo con impianti e macchinari tecnologici collocati in una Camera Bianca a controllo parti-

cellare. Mentre l'impianto di sterilizzazione è ad ossido di etilene.

**D. In che modo un'impresa familiare può riuscire a competere con le multinazionali?**

**R.** L'impresa familiare è abituata a ragionare sul lungo termine e ad essere flessibile mentre le multinazionali sono spesso rigide e pensano al breve termine. L'Italia, con tante imprese familiari, avrebbe indubbiamente un grosso vantaggio, peccato la burocrazia soffocante. Tempo e denaro finiscono per essere indirizzati verso la necessità di stare dietro alle norme, che cambiano in continuazione, anziché concentrate sullo sviluppo dei prodotti e dei mercati.

*In un Paese dove circa il 50% della popolazione, per un motivo o per l'altro, non paga le tasse è difficile pensare ad una sanità pubblica che sia insieme universalistica, gratuita, ben funzionante e sostenibile. Sarebbe allora opportuno prevedere delle forme di compartecipazione, cioè dei ticket, da parte dei pazienti i quali comunque pagherebbero meno rispetto al ricorso al privato*



**Giangiaco Zabban**



Servizio Monitoraggio

## Allergie, la svolta hi-tech: l'intelligenza artificiale riconosce i pollini pericolosi

Uno studio pionieristico apre nuove prospettive nella previsione e nella gestione delle pollinosi. Anche l'ambiente urbano sarà ripensato con la tecnologia

*di Federico Mereta*

15 maggio 2025

Che le allergie siano in aumento non c'è dubbio. Che i cambiamenti climatici possano influire sull'insorgenza temporale e sulla durata delle pollinosi è altrettanto assodato. Ma per chi deve fare i conti con gli elementi delle piante che hanno il compito di fecondare gli ovuli e purtroppo possono scatenare sintomi oculari, respiratori e non solo appare fondamentale soprattutto capire se il polline responsabile dell'ipersensibilità è in circolo o meno. Perché ogni polline ha una serie di "marcatori" speciali sulla propria parete, che lo rendono in grado di essere "accettato" solo da ovuli femminili dello stesso tipo.

Allo stesso tempo, anche il sistema immunitario dell'organismo umano "subisce" l'azione solo di alcuni pollini e non di tutti. Ed allora? Allora occorre capire bene, e con precisione, cosa sta circolando nell'ambiente. E non solo per il singolo, ma anche per chi si occupa di urbanistica. Perché se si deve procedere a piantare nuovi alberi, è meglio sapere cosa conviene inserire nell'ambiente e dove. Questioni complesse, si dirà, visto che a volte i pollini possono essere quasi identici tra loro. Ma l'intelligenza artificiale (Ai), in futuro, potrebbe aiutare sia i pazienti sia chi si occupa di salute e ambiente. Almeno per certe tipologie di specie. A prometterlo è un sistema di Ai messo a punto dagli studiosi dell'Università del Texas ad Arlington, dell'Università del Nevada e del Virginia Tech, che potrebbe potenzialmente portare sollievo a chi fa i conti con l'allergia. La ricerca è apparsa su *Frontiers in Big Data*.

### L'impatto sul singolo e sull'ambiente

Gli scienziati, come riporta una nota dell'ateneo texano, ha preso in esame campioni storici di abeti, abeti rossi e pini conservati dal Museo di Storia Nazionale dell'Università del Nevada. Testando questi campioni con nove diversi modelli di Ai, sono riusciti a dimostrare come e quanto esistano spazi per l'identificazione rapidissima ed estremamente precisa delle possibili pollinosi circolanti, anche con specie vegetali quasi gemelle come quelle in questione.

«Questo dimostra che il deep learning può supportare con successo e persino superare i metodi di identificazione tradizionali sia in termini di velocità che di precisione» segnala nella nota Behnaz Balmaki, dell'Università del Texas di Arlington e coautore dello studio assieme a Masoud Rostami della divisione di Data Science. Attenzione però. Occorre sempre una stretta collaborazione tra tecnologia e scienza, oltre i modelli di Ai. «Sono necessari campioni ben preparati e una solida comprensione del contesto ecologico – ribadisce l'esperto -. Per il futuro, l'obiettivo è ampliare il raggio delle specie vegetali in esame, anche per mettere a punto un sistema completo di

identificazione del polline che possa essere applicato in diverse regioni degli Stati Uniti per comprendere meglio come le comunità vegetali possano modificarsi in risposta a eventi meteorologici estremi».

Il tutto, con importanti ripercussioni in tema di One Health, perché l'analisi del polline è un metodo potente per ricostruire gli ecosistemi storici. E soprattutto perché si potranno analizzare e ricostruire meglio i cambiamenti ecologici. «Questo è particolarmente importante nelle aree ad alto traffico come scuole, ospedali, parchi e quartieri - ribadisce la Balmaki - I servizi sanitari potrebbero anche utilizzare queste informazioni per migliorare la tempistica degli avvisi di allerta allergie, dei messaggi di salute pubblica e delle raccomandazioni terapeutiche durante le stagioni di punta dei pollini».

### **Presente e futuro delle applicazioni cliniche dell'AI**

Nel frattempo, si lavora in medicina per allargare le applicazioni di questo approccio, verso una via che preveda la massima integrazione tra tecnologia e competenza umana. Basti pensare in questo senso all'asma in età pediatrica, oltre alle pollinosi. Si sta lavorando ad esempio a prevedere le crisi prima che avvengano.

Uno studio apparso su *Annals of Family Medicine*, mostra ad esempio come l'impiego di stetoscopi digitali basati su AI abbia permesso di rilevare precocemente anomalie respiratorie nei bambini, riducendo il rischio di ricovero grazie a un intervento tempestivo. Non solo. Uno studio condotto dalla Cleveland Clinic ha dimostrato che i modelli di machine learning possono prevedere le riacutizzazioni con un'accuratezza superiore rispetto ai metodi tradizionali, consentendo ai medici di intervenire prima che i sintomi peggiorino.

«Siamo di fronte a una vera rivoluzione tecnologica – ha recentemente commentato Gian Luigi Marseglia, past president della Società italiana di allergologia e immunologia pediatrica (Siaip) – che permetterà di ridurre il numero di accessi al pronto soccorso e migliorare il controllo dell'asma nei bambini, grazie a sistemi di allerta precoce basati sull'intelligenza artificiale». Il tutto, con possibili impatti sulla gestione sia dei neonati attraverso il telemonitoraggio sia nel complesso passaggio della transizione dall'età pediatrica a quella adulta in chi soffre di asma e allergie.

Uno studio pubblicato su *Frontiers in Medicine* sottolinea come algoritmi avanzati possano supportare il passaggio dalla gestione pediatrica a quella dell'adulto, garantendo una continuità terapeutica più efficace. «La transizione è una fase cruciale, spesso caratterizzata da una riduzione dell'aderenza terapeutica e da una maggiore vulnerabilità del paziente – ha spiegato Michele Miraglia del Giudice, presidente Siaip -. L'AI può fornire strumenti utili per il monitoraggio personalizzato, supportando sia i pazienti che i loro medici. Ricordando però che l'AI deve essere vista come un supporto al medico, non come un sostituto del giudizio clinico. Tra le criticità vi sono la necessità di una regolamentazione chiara sulla gestione dei dati sanitari, il coinvolgimento attivo dei pazienti e delle famiglie e la formazione specifica dei professionisti sanitari».

Servizio La giornata mondiale

## **Celiachia: ancora troppe fake news su una malattia che in Italia colpisce più di 265 mila persone**

La patologia, che richiede una dieta priva di glutine, colpisce soprattutto le donne e può manifestarsi a qualsiasi età

*di Natascia Ronchetti*

15 maggio 2025

In Italia ne soffrono oltre 265 mila persone. Ma è la classica punta dell'iceberg, perché si stimano circa 400 mila casi non diagnosticati. Eppure la celiachia - malattia intestinale infiammatoria permanente che può essere trattata solo con una dieta priva di glutine – è una patologia ancora poco conosciuta. Tanto che su di essa circolano molte fake news, come quella che attribuisce effetti dimagranti a una alimentazione senza il complesso proteico presente in alcuni cereali come frumento, segale, orzo, farro. “Niente di più falso”, dice Rossella Valmarara, presidente dell'Aic, l'associazione italiana celiachia, che in occasione della giornata mondiale dedicata a questa malattia (16 maggio) sfata molti miti. “Oggi è persino diventata una moda adottare uno stile alimentare da celiaco: si crede erroneamente che aumenti le performance – prosegue Valmarara -. Molti inoltre pensano che questa malattia sia una allergia al grano. Ancora una volta non è così: non può provocare choc anafilattici o eruzioni cutanee. E' invece una patologia completamente diversa, con una predisposizione genetica ma senza tratti di familiarità e per la quale non esiste una terapia. Colpisce principalmente le donne e può manifestarsi a qualsiasi età con sintomi non solo di natura gastrointestinale”.

### **Il primato dell'Italia nella lotta alla celiachia**

L'Italia è stato il primo Paese al mondo a dotarsi di una legge specifica, la 130 del 2023. Normativa grazie alla quale è stato approvato uno screening per il diabete di tipo 1 e per la malattia celiaca rivolto ai bambini tra i due e i dieci anni su tutto il territorio nazionale. Da uno studio pilota, realizzato in Lombardia, Marche, Sardegna e Campania, è emerso che il 2,9% dei bimbi è positivo al test che indica il rischio di sviluppare la patologia. Una malattia che comporta un costo elevato per approvvigionarsi degli alimenti adeguati. Lo Stato elargisce un bonus, il cui importo è correlato alla fascia d'età e al sesso, anche in relazione al fabbisogno calorico, per aiutare i pazienti a sostenere la spesa per i prodotti privi di glutine. Sul mercato ce ne sono oltre ventimila, oggi reperibili facilmente non solo nelle farmacie ma anche nei punti vendita della grande distribuzione organizzata. “Ma il costo di questi prodotti è aumentato, con una perdita del potere d'acquisto dei bonus – spiega Valmarara -. Per questo non solo in Italia ma anche a livello europeo portiamo avanti una battaglia per abbattere l'Iva, portandola al 4%”.

### **I sintomi: un quadro clinico molto variabile**

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

Un tempo la celiachia era considerata una malattia rara. Oggi non più. E' una patologia cronica che si presenta con sintomi molto diversi. Nella forma classica provoca diarrea, dolori addominali e perdita di peso. Nelle forme atipiche il quadro clinico è molto variabile: può comprendere un senso di affaticamento, la perdita dei capelli, l'infertilità e, nelle donne, una ripetuta abortività spontanea. Si può manifestare inoltre con un deficit di ferro e con l'osteoporosi: non è raro scoprire la celiachia in persone che si fratturano le ossa con facilità. E molti pazienti affetti da questa malattia tendono a sviluppare poi malattie autoimmuni come la tiroidite, il lupus e il diabete di tipo 1.

### **Gli esami diagnostici**

Solo il 3% delle persone geneticamente predisposte sviluppa effettivamente la malattia, che richiede per tutta la vita, come abbiamo visto, un'alimentazione senza glutine. Generalmente sono il medico di famiglia o il pediatra (nel caso dei bambini) a prescrivere gli esami necessari a diagnosticare la malattia. Esami costituiti, per gli adulti, da specifiche analisi del sangue e dalla biopsia dell'intestino tenue. Nei bimbi l'iter diagnostico, secondo i protocolli europei, è diverso: non richiede per esempio la gastroscopia. "In tutti i casi è fondamentale, quando scatta l'allarme, in presenza di sintomi sospetti, non eliminare il glutine dall'alimentazione – osserva Valmarara -. Questo per non ritardare la diagnosi".

Servizio Riunione al Mef

## **Dispositivi medici: riparte la trattativa, sul tavolo 350 milioni per il payback**

L'obiettivo è superare gradualmente una norma ritenuta ormai insostenibile avviando immediatamente politiche di salvaguardia per le imprese

*di Ernesto Diffidenti*

15 maggio 2025

Si torna a trattare sul payback dispositivi medici ma la strada resta in salita. Dopo la recente sentenza del Tar del Lazio che, di fatto, conferma oltre un miliardo a carico delle imprese per il superamento del tetto di spesa nel periodo 2015-2018, le parti istituzionali e associative sono tornate al tavolo aperto al ministero dell'Economia con l'obiettivo di superare gradualmente una norma ritenuta ormai insostenibile avviando immediatamente politiche di salvaguardia per le imprese, con particolare attenzione a quelle piccole e medie, le più colpite dalle compensazioni richieste.

### **Alla riunione presenti governo, Regioni e imprese**

All'incontro hanno partecipato Conflavoro PMI Sanità, rappresentata dal presidente Gennaro Broya de Lucia, e Confapi Salute, con il delegato nazionale Michele Colaci, insieme al ministro Giancarlo Giorgetti, promotore del tavolo tecnico. Presenti anche altre associazioni rappresentative del comparto dei dispositivi medici, ministero della Salute, Ragioneria dello Stato e Regioni.

### **Possibile intesa nei prossimi giorni**

Il Governo ha presentato una nuova proposta, rafforzata da uno stanziamento di 350 milioni di euro, che ha raccolto consenso unanime per le annualità 2015-2018. Si profila, quindi, una possibile intesa già nei prossimi giorni. Tuttavia, permangono nodi irrisolti per gli anni successivi. Da un lato, le imprese chiedono l'abrogazione della norma, richiamando anche la natura straordinaria del contributo, riconosciuta dalla stessa Corte Costituzionale; dall'altro, la Ragioneria Generale dello Stato chiede garanzie su risorse e dati certi, indispensabili per definire soluzioni tecniche e operative sostenibili.

### **Primo passo importante ma superare il meccanismo**

"Conflavoro PMI Sanità auspica che l'impegno congiunto di tutte le istituzioni coinvolte da questo Governo possa finalmente fare chiarezza – ha dichiarato Gennaro Broya de Lucia – su un tema che, per troppo tempo, ha generato incertezza, contenziosi e gravi difficoltà per migliaia di aziende italiane".

"Con questo ulteriore stanziamento possiamo ottenere una franchigia fino a 10 milioni al netto dell'Iva, salvando di fatto oltre il 95% delle imprese travolte dalla norma – ha aggiunto Michele Colaci di Confapi Salute –. È un primo passo importante, ma serve ora uno sforzo ulteriore per risolvere definitivamente una questione che sta logorando il settore".