

# d!

## d!rigenza medica

- 1 **Editoriale**  
Autonomia differenziata.  
L'inizio della fine  
del diritto alla salute  
riguarda tutti
- 2 **Consiglio Nazionale**  
Dirigenza speciale  
per medici e sanitari
- 14 **Dirigenza sanitaria**  
La profilazione genomica  
delle neoplasie linfoidi

Il mensile dell'Anaa Assomed



## Decreto

# Liste d'attesa

## Servono correzioni per garantire certezza dei tempi e risorse

GLI SPECIALI DI  
d!rigenza medica

IL SETTORE  
SANITARIO  
PRIVATO  
ACCREDITATO

A PAGINA 7  
LA PRIMA PARTE:

# L'OFFERTA

ISCRIZIONI ANAAO ASSOMED

## Fai la cosa giusta!

ISCRIVITI ALL'ANAAO ASSOMED

SCOPRI TUTTI I SERVIZI  
DEL PACCHETTO SICUREZZA  
ANAAO ASSOMED



## Pat Carra per l'Anaa Assomed



IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

**d!rigenza  
medica**

Sede di Roma:  
Via San Martino della Battaglia, 31  
Tel. 06.4245741  
Fax 06.48.90.35.23

Sede di Milano:  
via D. Scarlatti, 27

[dirigenza.medica@anaao.it](mailto:dirigenza.medica@anaao.it)  
[www.anaao.it](http://www.anaao.it)

**Direttore**  
Pierino Di Silverio

**Direttore responsabile**  
Silvia Procaccini

**Comitato di redazione:**

Adriano Benazzato  
Simona Bonaccorso  
Flavio Civitelli  
Fabiana Faiella  
Alessandro Grimaldi  
Domenico Iscaro  
Filippo Larussa  
Giammaria Liuzzi  
Giosafatte Pallotta  
Chiara Rivetti  
Elena Silvagni  
Alberto Spanò  
Emanuele Stramignoni  
Anna Tomezzoli  
Bruno Zuccarelli

**Coordinamento redazionale**  
Ester Maragò

**Progetto grafico e impaginazione**  
Giancarlo D'Orsi

**Editore**  
SICS S.r.l.  
Società Italiana di Comunicazione  
Scientifica e Sanitaria  
Sede legale:  
Via Giacomo Peroni, 400  
00131 Roma  
Sede operativa:  
Via della Stelletta, 23  
00186 Roma  
email: [info@sicseditore.it](mailto:info@sicseditore.it)

**Ufficio Commerciale**  
SICS - [info@sicseditore.it](mailto:info@sicseditore.it)  
Tel. (+39) 06.89.27.28.41

**Stampa**  
STRpress, Pomezia (Rm)  
Registrazione al Tribunale  
di Milano n. 182/2002  
del 25.3.2002. Anno XXIII

Diritto alla riservatezza:  
"Dirigenza Medica" garantisce  
la massima riservatezza dei dati  
forniti dagli abbonati nel rispetto  
della legge 675/96

Finito di stampare  
nel mese di luglio 2024

## AUTONOMIA DIFFERENZIATA

L'inizio della fine  
del diritto alla salute  
riguarda tutti

**La legge sull'Autonomia differenziata**, o meglio sul regionalismo potenziato, approvata con una maratona notturna, segna l'inizio della fine per l'indivisibilità dei diritti civili e sociali, a cominciare da quello alla salute.

Nonostante molti esperti in materia, alcuni presidenti di Regione, la CEI, forze politiche e sociali diverse abbiano da mesi cercato di far comprendere la rischiosità del provvedimento, per la coesione sociale e la stessa identità nazionale, la logica degli scambi politici ha finito con il prevalere legittimando l'esistenza di più sistemi sanitari in barba alla Legge 833 del 1978 e all'articolo 32 della Costituzione. La possibilità concessa alle Regioni ricche (il Nord) di trattenere più gettito fiscale configura un extra finanziamento destinato ad alimentare prestazioni sanitarie aggiuntive per alcuni cittadini rendendo un diritto costituzionale funzione del reddito e della residenza. Chi risiede in Regioni "forti" si curerà, gli altri potranno solo aspettare o migrare o rinunciare alle cure, come già fanno 4,5 milioni di italiani. Un sistema indebitato e sottofinanziato, che esplicitamente esclude "aggravi" per la finanza pubblica, come potrà colmare l'attuale differenza del 25% di spesa sanitaria individuale tra Nord e Sud? Si sancisce, così, la fine del welfare state unitario, per anni elemento cardine della nostra democrazia, e le cure non saranno più garantite in maniera omogenea secondo il dettato dell'art 32 della Costituzione.

I poteri concessi in sanità dall'autonomia

differenziata non sono pochi: determinazione di tariffe e tickets; gestione dei fondi integrativi, con il rischio del risorgere di sistemi mutualistici-assicurativi; governance delle aziende, con la possibilità di un sistema arlecchino; mano libera sul sistema di formazione post laurea. Fino alla nascita di un mercato competitivo per l'ingaggio dei professionisti, l'avvio di una concorrenza selvaggia nell'acquisizione delle risorse umane nutrita dal dumping salariale e dalle incentivazioni regionali, che svuoterà di valore il Ccnl dei dipendenti.

In un Ssn gravato da sottofinanziamento cronico, liste di attesa infinite, carenze di personale, di tecnologia e infrastrutture si abbatte come una scure una legge venduta come toccasana per i problemi di tutti, anche dei cittadini del Sud. Peccato che la Corte dei Conti faccia rilevare che non esistono prove per affermare che maggiore autonomia nelle disponibilità economiche e nella gestione delle risorse, aumenti il grado di efficienza dei servizi erogati. Ci troveremo, invece, di fronte a maggiori oneri per le regioni in difficoltà, perchè più gettito a livello locale significa meno risorse disponibili a livello centrale per garantire un livello omogeneo di prestazioni essenziali, e maggior ricorso alla sanità privata che finirà per superare di gran lunga il costo di 41 miliardi odierni.

Per parte nostra non resteremo inerti di fronte a una cittadinanza in sonno e a forze politiche che condannano a morte il SSN, "presidio insostituibile di unità del Paese", secondo il Presidente Mattarella.

L'Anaa ribadisce la propria contrarietà e opposizione e farà tutto ciò che è necessario per cercare di evitare la rottura del Paese e la frammentazione dei diritti costituzionali. La nostra voce continuerà a farsi sentire, ultimo baluardo per la difesa del Ssn e della sanità pubblica e del valore del lavoro dei suoi professionisti.



**PIERINO DI SILVERIO**  
Segretario Nazionale  
Anaa Assomed

# Serve una dirigenza speciale per i medici e dirigenti sanitari

**Documento finale del Consiglio Nazionale Anaao Assomed del 21 e 22 giugno 2024 svolto ad Acconia di Curinga**



**Il Consiglio Nazionale Anaao Assomed** approva la relazione del Segretario Nazionale e, udita la relazione del Responsabile Nazionale del Dipartimento Amministrativo, approva anche il bilancio consuntivo 2023, esprimendo soddisfazione per lo stato dell'Associazione, che registra una crescita degli iscritti e un positivo bilancio economico, espressioni della sua forza e del suo ruolo.

**Il Consiglio Nazionale ribadisce** la contrarietà e opposizione dell'Anaao Assomed alla legge sull'autonomia differenziata, un siluro sparato contro la coesione sociale, la stessa identità nazionale, l'indivisibilità dei diritti sociali. A cominciare da quello alla tutela della salute, il ruolo delle organizzazioni sindacali. Particolarmente preoccupanti la mano libera sul sistema di formazione post laurea, la riduzione di valore ed esigibilità del nostro CCNL, l'avvio di una concorrenza selvaggia nell'acquisizione delle risorse umane, nutrita dal dumping salariale. In un SSN gravato da sottofinanziamento cronico, non si vede come si possa recuperare il gap di spesa sanitaria pro capite oggi esistente tra le varie aree del paese.

**Il Consiglio Nazionale esprime** soddisfazione per il grande successo degli Stati Generali della formazione, espressione della crescente penetrazione tra i giovani della proposta politica di introdurre, nel sistema formativo post laurea un vero contratto di lavoro, a tempo determinato e a scopo formativo. E per quello registrato dal Seminario promosso dalla AFF, insieme con diverse società scientifiche, sul tema della carrie-

ra delle donne, della politica delle differenze, dell'organizzazione del lavoro vista con occhi di donna. L'ultimo provvedimento del Governo, il Decreto liste di attesa, presenta luci e ombre. Tra le prime la defiscalizzazione delle prestazioni aggiuntive e l'avvio della fine del tetto di spesa per il personale, sia pure legato alla determinazione dei fabbisogni che non possono essere calcolati con metodologie che stravolgono principi contrattuali e ignorano la centralità del rapporto medico-paziente insieme con i requisiti minimi di sicurezza, clinici e lavorativi. Tra le seconde, un eccesso di ripetitività di norme già vigenti, la creazione di un organismo con funzioni di polizia giudiziaria, il tentativo, sventato in extremis, di fare pagare al salario accessorio i costi della defiscalizzazione, lo scippo delle risorse inizialmente previste per la salute mentale.

**Il Consiglio Nazionale stigmatizza** il ritardo dell'avvio delle trattative per il rinnovo del Ccnl, scaduto da 3 anni, che pure sconta una perdita del nostro potere di acquisto di dieci punti, e sollecita segretari regionali e aziendali a dare impulso alla contrattazione integrativa prevista dal contratto vigente.

I medici e i dirigenti sanitari dipendenti non hanno bisogno solo *"di politiche volte a rimuovere gli impedimenti alla formazione, all'assunzione e al mantenimento in servizio"*, come chiede la UE. Ma anche di ridiscutere ruolo, stato giuridico, modalità di reclutamento e di retribuzione, modelli organizzativi, da caratterizzare con maggiore flessibilità, minore autoritarismo e partecipazione ai processi decisionali.

Occorre rivedere lo stato giuridico per accentuare fortemente il carattere "speciale" della dirigenza medica e sanitaria del SSN, delineato dall'art. 15 del Dlgs 229/99. Una dirigenza speciale, rafforzata nella sua autonomia, sia nel proficuo professionale che gestionale, e nella

peculiarità della "funzione" svolta a tutela di un bene costituzionale, rappresenta il superamento di uno status di dipendente pubblico che ha mostrato la sua assoluta inadeguatezza. Aprendo la strada a una riforma del sistema di reclutamento, con riduzione dei tempi e del numero delle prove concorsuali, e un aumento dei livelli retributivi che valorizzi il lavoro ordinario, specie quello disagiato notturno e festivo, contrastando l'impoverimento della categoria. Lavorare in ospedale non deve essere una sofferenza per chi garantisce i Lea con conoscenze e competenze che, spesso, fanno la differenza tra vita e morte, tra malattia e salute. Perché il disagio crescente dei professionisti e la crisi di fiducia dei cittadini - 4,5 mln dei quali oggi rinunciano alle cure - rappresentano un combinato disposto in grado di eroderne la sostenibilità, quali che siano le risorse investite.

**Il Consiglio Nazionale esprime** viva preoccupazione per le condizioni di estremo disagio in cui lavorano i colleghi medici e sanitari delle strutture private accreditate che, pur fornendo prestazioni in nome e per conto del SSN, sono sottoposti a norme legislative, contrattuali, e sindacali caratterizzate da grave criticità. Il Consiglio Nazionale fa proprie tali preoccupazioni sottolineando quanto contenuto nel "Manifesto dei medici italiani" approvato dalla Fnomceo e da tutte le Organizzazioni Sindacali nell'aprile del 2022 in cui si prevedono accordi contrattuali omogenei all'interno del SSN, garantendo una adeguata dotazione qualitativa e quantitativa degli organici, un trattamento retributivo equiparato al settore pubblico, l'equiparazione dei titoli di carriera.

**Il Consiglio Nazionale ritiene** necessario e urgente una riflessione sul futuro della sanità pubblica, e al suo interno del medico e dirigente sanitario, in grado di ripensare modelli di organizzazione del lavoro, rapporto pubblico-privato, relazione ospedale-territorio, ruolo dei fondi sanitari, fonti di finanziamento.

**Il Consiglio Nazionale impegna** l'Esecutivo Nazionale a promuovere una campagna di iscrizioni straordinaria in vista della prossima rilevazione Aran e una mobilitazione dell'Associazione, in collaborazione con altre forze sindacali, sociali e politiche, contro l'autonomia differenziata. Ribadendo la sua piena adesione ai valori fondanti il SSN, "presidio insostituibile di unità del Paese", secondo il Presidente Mattarella, quali equità, solidarietà, universalismo, in difesa della sanità pubblica e del valore del lavoro dei suoi professionisti.

# L'autonomia differenziata ora è legge

**Il disegno di legge** recante "Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione" con il via libera definitivo da parte della Camera, lo scorso 19 giugno ora è legge. Il provvedimento definisce procedure legislative e amministrative da seguire per giungere ad una intesa tra lo Stato e le Regioni che chiedono ulteriori autonomie. Ma vediamo nel dettaglio cosa prevede il testo

## ARTICOLO 1 (Finalità)

**L'articolo 1, comma 1**, indica le finalità del disegno di legge, precisando come lo stesso sia volto a definire i principi generali per l'attribuzione alle Regioni a statuto ordinario di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, nonché le relative modalità procedurali di approvazione delle intese tra lo Stato e le singole regioni previste dal medesimo terzo comma.

**Il successivo comma 2** stabilisce che l'attribuzione di funzioni relative alle ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, con riguardo a materie o ambiti di materie riferibili ai diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, è consentita subordinatamente alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni di cui all'articolo 117, primo comma, lettera m), della Costituzione (Lep). I Livelli essenziali delle prestazioni (Lep) indicano la soglia costituzionalmente necessaria e costituiscono il nucleo invalicabile per rendere effettivi tali diritti su tutto il territorio nazionale.

# Autonomia differenziata La legge articolo per articolo

GIOVANNI RODRIQUEZ

**Il provvedimento definisce procedure legislative e amministrative da seguire per giungere ad una intesa tra lo Stato e le Regioni che chiedono ulteriori autonomie. L'attribuzione di funzioni relative alle ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia è consentita subordinatamente alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (Lep). Proprio i Lep indicano la soglia costituzionalmente necessaria e costituiscono il nucleo invalicabile per rendere effettivi tali diritti su tutto il territorio nazionale**

## ARTICOLO 2

**(Procedimento di approvazione delle intese fra Stato e Regione)**

**L'articolo 2 disciplina** il procedimento di approvazione delle intese tra Stato e Regione. Il comma 1 prevede che sia la Regione, sentiti gli enti locali e secondo le modalità e le forme stabilite nell'ambito della propria autonomia statutaria, a deliberare la richiesta di attribuzione di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione.

**La richiesta** è trasmessa al Presidente del Consiglio dei ministri e al Ministro per gli affari regionali e le autonomie, al quale compete di avviare il negoziato con la Regione interessata ai fini dell'approvazione dell'intesa. All'avvio del negoziato si procede dopo che sia stata acquisita la valutazione dei Ministri competenti per materia e del Ministro dell'economia e delle finanze, anche ai

fini dell'individuazione delle necessarie risorse finanziarie da assegnare ai sensi dell'articolo 14 della legge n. 42 del 2009. Decorso sessanta giorni dalla richiesta, viene comunque avviato il negoziato che, con riguardo a materie o ambiti di materie riferibili ai livelli essenziali delle prestazioni, è svolto per ciascuna singola materia o ambito di materia.

**Il comma 2** specifica che l'atto o gli atti d'iniziativa di ciascuna Regione possono concernere una o più materie o ambiti di materie e le relative funzioni. Al fine di tutelare l'unità giuridica o economica, nonché di indirizzo rispetto a politiche pubbliche prioritarie, il Presidente del Consiglio dei ministri, anche su proposta del Ministro per gli affari regionali e le autonomie o dei Ministri competenti per materia, può limitare l'oggetto del negoziato ad alcune materie o ambiti di materie individuati dalla Regione nell'atto di iniziativa.

**Il comma 3** dispone che spetti al Consiglio dei ministri, su proposta del Mi-



nistro per gli affari regionali e le autonomie, di approvare lo schema di intesa preliminare negoziato tra Stato e Regione, il quale deve essere corredato da una relazione tecnica. Alla riunione del Consiglio dei ministri partecipa il Presidente della Giunta regionale interessata.

**Il comma 4** prevede che tale schema di intesa preliminare venga immediatamente trasmesso alla Conferenza unificata per l'espressione del parere, da rendersi entro sessanta giorni dalla data di trasmissione. Dopo che il parere è stato reso, lo schema di intesa preliminare è immediatamente trasmesso alle Camere per l'esame da parte dei competenti organi parlamentari, che si dovranno esprimere entro novanta giorni dalla data di trasmissione dello schema di intesa preliminare, udito il Presidente della Giunta regionale interessata.

**Il comma 5** stabilisce che, valutato il parere della Conferenza unificata e sulla base degli atti di indirizzo resi dai competenti organi parlamentari – e, in ogni caso, decorsi novanta giorni –, il Presidente del Consiglio dei ministri o il Ministro per gli affari regionali e le autonomie predispongano lo schema di intesa definitivo, eventualmente al termine di un ulteriore negoziato con la Regione interessata, ove necessario. Il Presidente del Consiglio dei ministri, ove ritenga di non conformarsi in tutto o in parte agli atti di indirizzo, riferisce alle Camere con apposita relazione, nella quale fornisce adeguata motivazione della scelta effettuata. Lo schema di intesa definitivo è trasmesso alla Re-

“  
**L'articolo 3 stabilisce alcuni passaggi procedurali per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (Lep) e dei relativi costi e fabbisogni standard**

gione interessata, che lo approva secondo le modalità e le forme stabilite nell'ambito della propria autonomia statutaria, assicurando la consultazione degli enti locali. Entro quarantacinque giorni dalla data della comunicazione dell'approvazione da parte della Regione, lo schema di intesa definitivo, corredato di una relazione tecnica è deliberato dal CdM.

**Il comma 6** dispone che, insieme allo schema di intesa definitivo, e sempre su proposta del Ministro per gli affari regionali e le autonomie, il Consiglio dei Ministri delibera un disegno di legge di approvazione dell'intesa, della quale quest'ultima costituisce un allegato. Alla seduta del Consiglio dei Ministri per l'esame dello schema di disegno di legge e dello schema di intesa definitivo partecipa il Presidente della Giunta regionale.

**Il comma 7** prevede che, dopo essere stata approvata dal Consiglio dei ministri, l'intesa definitiva è immediatamente sottoscritta dal Presidente del Consiglio dei ministri e dal Presidente della Giunta regionale.

**Il comma 8** stabilisce che il disegno di legge di approvazione dell'intesa e la medesima intesa allegata sono immediatamente trasmessi alle Camere per la deliberazione, ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, il quale configura quella in questione come un a legge rinforzata, prescrivendo che ciascuna Camera la approvi a maggioranza assoluta dei rispettivi componenti.

### ARTICOLO 3

(Delega al Governo per la determinazione dei Lep ai fini dell'attuazione dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione)

**L'articolo 3**, integrando la procedura delineata dalla legge di bilancio 2023, stabilisce alcuni passaggi procedurali per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (Lep) e dei relativi costi e fabbisogni standard ai fini dell'attuazione dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione in materia di autonomia differenziata. Si prevede, in particolare, la trasmissione di ciascuno schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri recante la determinazione dei Lep alle Camere, per l'espressione del parere entro quarantacinque giorni.

Nelle materie di cui all'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, i Lep sono determinati nelle materie o negli ambiti di materie seguenti:

- A** organizzazione della giustizia di pace;
- B** norme generali sull'istruzione;
- C** tutela dell'ambiente, dell'ecosistema e dei beni culturali;
- D** tutela e sicurezza del lavoro;
- E** istruzione;
- F** ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione per i settori produttivi;
- G** tutela della salute;
- H** alimentazione;
- I** ordinamento sportivo;
- L** governo del territorio;
- M** porti e aeroporti civili;
- N** grandi reti di trasporto e di navigazione;
- O** ordinamento della comunicazione;
- P** produzione, trasporto e distribuzione nazionale dell'energia;
- Q** valorizzazione dei beni culturali e ambientali e promozione e organizzazione di attività culturali.

I decreti previsti dal presente articolo definiscono le procedure e le modalità operative per monitorare l'effettiva garanzia in ciascuna Regione dell'erogazione dei Lep in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse, nonché la congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione. Per ciascuna delle Regioni che hanno sottoscritto intese, l'attività di monitoraggio è svolta dalla Commissione paritetica. La Commissione paritetica riferisce annualmente sugli esiti del monitoraggio alla Conferenza unificata.

I Lep possono essere aggiornati periodicamente in coerenza e nei limiti delle risorse finanziarie disponibili, anche al fine di tenere conto della necessità di adeguamenti tecnici prodotta dal mutamento del contesto socioeconomico o dall'evoluzione della tecnologia, con decreti del Presidente del Consiglio dei

ministri, su proposta dei Ministri competenti, di concerto con il Ministro per gli affari regionali e le autonomie e il Ministro dell'economia e delle finanze. I decreti di cui al primo periodo sono adottati solo successivamente o contestualmente all'entrata in vigore dei provvedimenti legislativi che stanziavano le occorrenti risorse finanziarie. Sui schemi di decreto è acquisito il parere della Conferenza unificata, da rendere entro venti giorni, decorsi i quali gli stessi schemi di decreto sono trasmessi alle Camere per il relativo parere da parte delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari, che deve essere espresso nel termine di trenta giorni, decorso il quale i decreti possono essere adottati. Sulla base delle ipotesi tecniche formulate dalla Commissione tecnica per i fabbisogni standard, i costi e fabbisogni standard sono determinati e aggiornati con cadenza almeno triennale con uno o più decreti del Presidente del Consiglio dei ministri.

Nelle more dell'entrata in vigore dei decreti legislativi previsti dal presente articolo, ai fini della determinazione dei Lep, continua ad applicarsi quanto previsto dalla manovra 2023 (commi da 791 a 801-bis).

### ARTICOLO 4

(Trasferimento delle funzioni)

L'articolo 4 stabilisce i principi per il trasferimento delle funzioni, con le relative risorse umane, strumentali e finanziarie, attinenti a materie o ambiti di materie riferibili ai Lep, che può avvenire soltanto dopo la determinazione dei Lep medesimi e dei relativi costi e fabbisogni standard, nei limiti delle risorse rese disponibili nella legge di bilancio.

Per le funzioni relative a materie o ambiti di materie diverse da quelle riferibili ai Lep, il trasferimento può essere effettuato nei limiti delle risorse previste a legislazione vigente.

### ARTICOLO 5

(Principi relativi all'attribuzione delle risorse finanziarie, umane e strumentali corrispondenti alle funzioni oggetto di conferimento)

L'intesa di cui all'articolo 2 stabilisce i criteri per l'individuazione dei beni e delle risorse finanziarie, umane, strumentali e organizzative necessari per l'esercizio da parte della Regione di ulteriori forme e condizioni particolari di

autonomia, che sono determinati con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per gli affari regionali e le autonomie, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e i Ministri competenti per materia, su proposta di una Commissione paritetica Stato-Regione-Autonomie locali, disciplinata dall'intesa medesima.

Fanno parte della Commissione, per lo Stato, un rappresentante del Ministro per gli affari regionali e le autonomie, un rappresentante del Ministro dell'economia e delle finanze e un rappresentante per ciascuna delle amministrazioni competenti e, per la Regione, i corrispondenti rappresentanti regionali, oltre a un rappresentante dell'Associazione nazionale dei comuni italiani (Anci) e un rappresentante dell'Unione delle province d'Italia (Upi). In tutti i casi in cui si debba procedere alla determinazione delle risorse umane, la Commissione paritetica sente i rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Al funzionamento della Commissione paritetica si provvede nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

### ARTICOLO 6

(Ulteriore attribuzione di funzioni amministrative a enti locali)

Le funzioni amministrative trasferite alla Regione sono attribuite, dalla Regione medesima, contestualmente alle relative risorse umane, strumentali e finanziarie, ai comuni, salvo che, per assicurarne l'esercizio unitario, siano conferite a province, città metropolitane e Regione, sulla base dei principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza.

### ARTICOLO 7

(Durata delle intese e successione di leggi nel tempo)

L'articolo 7, comma 1, del disegno di legge disciplina innanzitutto la durata delle intese, che ciascuna di esse dovrà individuare, comunque in un periodo non superiore a dieci anni.

Con le stesse modalità previste nell'articolo 2, su iniziativa dello Stato o della Regione interessata, anche sulla base di atti di indirizzo adottati dalle Camere secondo i rispettivi Regolamenti, l'intesa può essere modificata. L'intesa prevede inoltre i casi, i tempi e le mo-

dalità con cui lo Stato o la Regione possono chiedere la cessazione della sua efficacia, che è deliberata con legge a maggioranza assoluta delle Camere. In ogni caso, lo Stato, qualora ricorrano motivate ragioni a tutela della coesione e della solidarietà sociale, conseguenti alla mancata osservanza, direttamente imputabile alla Regione sulla base del monitoraggio di cui alla presente legge, dell'obbligo di garantire i Lep, dispone la cessazione integrale o parziale dell'intesa, che è deliberata con legge a maggioranza assoluta delle Camere.

### ARTICOLO 8

(Monitoraggio)

La Commissione paritetica procede annualmente alla valutazione degli oneri finanziari derivanti, per ciascuna Regione interessata, dall'esercizio delle funzioni e dall'erogazione dei servizi connessi alle ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, secondo quanto previsto dall'intesa, in coerenza con gli obiettivi programmatici di finanza pubblica e, comunque, garantendo l'equilibrio di bilancio. La Commissione paritetica fornisce alla Conferenza unificata e alle Camere adeguata informativa degli esiti della valutazione degli oneri finanziari.

La Commissione paritetica provvede inoltre annualmente alla ricognizione dell'allineamento tra i fabbisogni di spesa già definiti e l'andamento del gettito dei tributi compartecipati per il finanziamento delle medesime funzioni. Qualora la suddetta ricognizione evidenziasse uno scostamento dovuto alla variazione dei fabbisogni ovvero all'andamento del gettito dei medesimi tributi, anche alla luce delle variazioni del ciclo economico, il Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro per gli affari regionali e le autonomie, previa intesa in sede di Conferenza unificata, adotta, su proposta della Commissione paritetica, le necessarie variazioni delle aliquote di compartecipazione definite nelle intese garantendo comunque l'equilibrio di bilancio e nei limiti delle risorse disponibili. Sulla base dei dati del gettito effettivo dei tributi compartecipati rilevati a consuntivo, si procede, di anno in anno, alle conseguenti regolazioni finanziarie relative alle annualità decorse, sempre nei limiti delle risorse disponibili.

La Corte dei conti riferisce annualmente alle Camere sui controlli effettuati.

“  
La Commissione paritetica provvede inoltre annualmente alla ricognizione dell'allineamento tra i fabbisogni di spesa già definiti e l'andamento del gettito dei tributi compartecipati per il finanziamento delle medesime funzioni

Segue a pagina 16



# Decreto Liste d'attesa

“Servono correzioni per garantire certezza dei tempi e risorse”

“**Serve un cambio di rotta reale e non solo demagogico, perché i professionisti che operano nella sanità pubblica, continuando a garantire, nonostante tutto, l'esigibilità del diritto costituzionale alla salute, vanno gratificati, non aggrediti o additati al pubblico ludibrio**”. Così il Segretario Nazionale Pierino di Silverio audito in Commissione Affari Sociali al Senato il 25 giugno scorso

“**Il decreto legge anti liste di attesa, rispetto alle richieste che Anaaò, con forza, ha avanzato, appare un decreto con luci e ombre**”.

È iniziato con queste parole l'intervento del Segretario Nazionale Anaaò Assomed in audizione alla 10ª Commissione del Senato il 25 giugno scorso che ha proseguito con l'illustrazione dalle norme che hanno risposto, seppur parzialmente, alle nostre richieste:

**Articolo 3 “Disposizioni per l'implementazione del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie”** la decisione di applicare su scala nazionale il decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124 che riconosce ai cittadini il diritto di usufruire della prestazione in intramoenia con il pagamento del solo ticket, se dovuto, qualora le attese nel pubblico superino i tempi previsti dalla normativa. Anche se tocca ai decreti attuativi dovranno organizzare le modalità di rimborso e l'iter burocratico che

speriamo sia snello.

**Articolo 5 “Disposizioni sui limiti di spesa per il personale del Ssn”: il superamento, dopo 20 anni, del tetto di spesa per il personale**, sostituito da apposito decreto del Ministero della salute per la definizione dei fabbisogni, ancorché subordinato alla congruità dei finanziamenti regionali con il rischio di accrescere le attuali disegualianze in materia di organici;

**Articolo 7 “Imposta sostitutiva sulle prestazioni aggiuntive del personale sanitario”**: tale norma, che dovrà ora vedere la sua concreta applicazione nei decreti attuativi, è un primo passo verso quel riconoscimento economico dei professionisti che chiediamo da anni. Infatti una migliore remunerazione di queste attività aggiuntive le renderebbe più appetibili e renderebbe meno gravoso il connesso aumento dei carichi di

**L'Anaaò  
in audizione alla  
10ª Commissione  
del Senato**

lavoro, determinando un minor ricorso da parte delle Aziende Sanitarie all'acquisto di tali prestazioni dalle cooperative o dai liberi professionisti, con costi almeno doppi se non più. In tal caso le Aziende Sanitarie avrebbero un significativo vantaggio economico e la certezza di uno standard qualitativo più alto;

**Il superamento del tetto alle prestazioni aggiuntive, di cui all'art. 89 del CCNL Area Sanità 2019-2021**, previsto all'interno del disegno di legge e precisamente all'articolo 4, comma 2, che andrebbe traslato invece in questo decreto legge.

**Le buone notizie** potrebbero fermarsi qui, ma dobbiamo aggiungere, anche di avere evitato, a partita chiusa, la beffa di scaricare sul salario accessorio dei Dirigenti medici e sanitari (per intendere straordinari, guardie etc.) gli oneri della defiscalizzazione attraverso l'abolizione del “Decreto Calabria”. Infatti l'abrogazione dell'articolo 11 del cosid-

**Segue a pagina 12**

**FABIO FLORIANELLO**  
Responsabile Sezione Sanità  
Privata Accreditata Centro  
Studi e Formazione  
Anaa Assomed

**ROSSANA CARON**  
Consigliere Nazionale  
Anaa Assomed

**COSTANTINO TROISE**  
Responsabile Nazionale  
Centro Studi e Formazine  
Anaa Assomed

**PIERINO DI SILVERIO**  
Segretario Nazionale  
Anaa Assomed

GLI SPECIALI DI  
**d!rigenza medica**

# IL SETTORE SANITARIO PRIVATO ACCREDITATO

## PARTE PRIMA

# L'OFFERTA

## 1 INTRODUZIONE

**Questo studio** si propone di ragionare sul futuro del SSN e in particolare sul ruolo che il privato accreditato ricopre attualmente analizzando, attraverso i dati relativi all'offerta ospedaliera e territoriale nell'arco dell'ultimo decennio, lo spazio acquisito nell'erogare prestazioni sanitarie. Prestazioni che, quale componente del SSN se pur di appartenenza privata, sono del tutto pubbliche.

Nell'ambito delle difficoltà in cui si dibatte attualmente il SSN un tema estremamente dibattuto è, infatti, quello del ruolo di una sanità privata che sembra avanzare in modo incontrollato, o forse incoraggiato, e su cui è venuto il momento di fare un po' di chiarezza. Distinguendo tra sanità privata pura, ossia quella pagata di tasca propria dal cittadino (out of pocket) o attraverso sistemi di intermediazione (Fondi Integrativi, Assicurazioni, Società di Mutuo Soccorso), da quella privata accreditata oggetto del presente studio.

## 2 RIFERIMENTI LEGISLATIVI

**È necessario innanzitutto** delineare il quadro normativo di riferimento in base al quale la sanità privata accreditata è parte integrante del SSN.

■ **La Legge 833/1978** istituisce in Italia il Servizio Sanitario Nazionale in applicazione dell'art.32 della Costituzione: *la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti.*

Si fonda sui principi di universalità, globalità, eguaglianza assicurando assistenza ospedaliera attraverso gli ospedali pubblici e gli altri istituti convenzionati .... nell'osservanza del principio della libera scelta del cittadino al ricovero.

Anche le prestazioni medico-specialistiche ambulatoriali, ivi comprese quelle di diagnostica strumentale e di laboratorio, sono fornite, di norma, presso gli ambulatori e i presidi delle unità sanitarie locali ... ed inoltre da gabinetti specialistici, da ambulatori e da presidi convenzionati ai sensi della presente legge (art. 25).

Le modalità di convenzione con le

istituzioni sanitarie sono affidate ai Piani Sanitari Regionali che decidono anche la necessità di convenzionare le istituzioni private (art. 41-42-43).

■ Con il **D. Lgs. 502/1992** di riordino del SSN e col successivo **D. Lgs. 229/1999** sono stati introdotti i Livelli Essenziali di Assistenza garantiti dalle Regioni e il principio di accreditamento, quale possesso di requisiti specifici per erogare prestazioni per il SSN

In particolare l'art. 8 bis esplicita che *le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati.* E l'art 8 ter aggiunge che *l'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie da parte di strutture pubbliche e private presuppone il possesso dei requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi che determina l'accreditamento delle strutture stesse.*

*L'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private ..... subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione re-*

# Il settore sanitario privato accreditato. L'offerta

gionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti (8 quater).

In sintesi Regioni e Unità Sanitarie Locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private (art. 8 quinquies).

Tutte le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del SSN, pubbliche e private, sono finanziate secondo un ammontare globale predefinito indicato negli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies e determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte nell'ambito e per conto della rete dei servizi di riferimento (8 sexes).

■ Con il **DPR 14 gennaio 1997** sono stati approvati i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. "Ferma restando la competenza delle regioni e delle province autonome nel disciplinare la materia delle autorizzazioni sanitarie, sono approvati i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private" (art. 1).

■ Con il successivo **DM 70/2015** vengono definiti gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera e la programmazione regionale provvede alla definizione delle reti dei posti letto ospedalieri per acuti, attribuendo ai presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati le relative funzioni

■ La **Legge 118/2022** introduce una nuova norma: l'accreditamento può essere concesso in base alla qualità e ai volumi dei servizi da erogare, nonché sulla base dei risultati dell'attività eventualmente già svolta, tenuto altresì conto degli obiettivi di sicurezza delle prestazioni sanitarie e degli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione delle attività erogate in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza, le cui modalità sono definite con decreto del Ministro della salute e i soggetti privati sono individuati, ai fini della stipula degli accordi contrattuali, mediante procedure trasparenti, eque e non discriminatorie, previa pubblicazione da parte delle regioni di un avviso contenente criteri oggettivi di selezione, che valorizzino prioritariamente la qualità delle specifiche prestazioni sanitarie ai fini della stipula degli accordi contrattuali introduce procedure trasparenti, eque e non discriminatorie (art. 15).

Il quadro normativo riportato evidenzia come il legislatore abbia inteso fondare il SSN, fin dalla sua istituzione, su due componenti, l'una di diritto pubblico e l'altra di diritto privato, entrambe eroganti prestazioni per il servizio pubblico e dunque prestazioni pubbliche.

Lo stesso quadro normativo riporta, inoltre, il principio della libera scelta della struttura da parte del cittadino, norma che propone da parte del legislatore una equivalenza tra strutture pubbliche e private accreditate entrambe accomunate da una medesima remunerazione.

Inizialmente la componente privata aderiva al servizio pubblico mediante una "convenzione" quale riconoscimento all'esercizio delle prestazioni sanitarie in nome e per conto del SSN.

Le norme intervenute successivamente hanno modificato l'impostazione iniziale superando il regime di convenzione introducendo il concetto di accreditamento in base a requisiti strutturali, standard qualitativi e quantitativi, dotazioni e requisiti del personale, volumi dei servizi da erogare e attribuendone la responsabilità di affidamento e controllo alle Regioni.

Importante in ogni caso ricordare che a differenza di quanto si pensi comunemente la componente privata del SSN non è un "unicum" ma è costituita da strutture giuridicamente diverse, con una nomenclatura differente, tutte facenti parte del SSN quale componente di diritto privato.

Si distinguono Strutture Equiparate alle Pubbliche<sup>1</sup> con le quali vige un accordo in base all'art. 4 c.12 D. Lgs. 502/92 e s.m.i. e Case di Cura accreditate sottoposte ad un regime di contrattualizzazione.

**Sono definite strutture di ricovero equiparate alle pubbliche pur essendo di proprietà privata:**

■ **Policlinici universitari privati**  
(Ex art 43 L. 833/1978 - Ex art. 4 c.12 D.Lgs. 502/1992)

■ **IRCCS privati e le fondazioni private** (Ex art 42 L.833/1978 - D. Lgs. 288/2003)

■ **Ospedali classificati o assimilati** (art.1, ultimo comma, L. 132/1968)

■ **Istituti privati qualificati presidi A.S.L.**

(Ex art. 43 comma 2 L. 833/78 e DPCM 20/10/88)

■ **Enti di ricerca**  
(Ex art. 40 L. 833/1978)

**Sono definite strutture di ricovero private accreditate:**

■ **Case di Cura Accreditate con il SSN**

1 Nell'Annuario Statistico Sanitario i dati relativi alle strutture equiparate, pur di proprietà privata, sono riportati insieme a quelli pubblici. La motivazione, oltre all'art. citato, viene così esplicitata da parte dell'Ufficio 2 - Ufficio di Statistica/Min Salute: La prospettazione dei dati nell'Annuario statistico del SSN, per quanto riguarda le risorse e le attività delle strutture ospedaliere è effettuata secondo le categorie "Strutture ospedaliere pubbliche ed equiparate alle pubbliche" e "Case di cura private accreditate" perché le equiparate alle pubbliche (Policlinici universitari, IRCCS, Enti di ricerca ecc.) hanno un accordo "obbligatorio" con il SSN diversamente dalle Case di cura private accreditate che sono contrattualizzate. Altro concetto è la natura giuridica della struttura

## 3 L'OFFERTA OSPEDALIERA

Per avere un quadro completo sul sistema sanitario privato accreditato ci siamo riferiti ad un arco temporale abbastanza ampio, 2010-2021 con estensione al 2022 (laddove i dati pubblicati lo consentono) per una valutazione della composizione e della evoluzione subita nell'ambito del SSN. Il confronto con le strutture pubbliche contribuisce ad evidenziare con maggiore chiarezza "lo spazio e il ruolo" fin qui acquisito dal privato accreditato.

## I PRESIDI OSPEDALIERI

**2010**

■ Il SSN contava 1.232 Presidi di cui 609 pubblici (49,4 %) e 623 privati (50,6%). Questi ultimi comprendevano 92 strutture Equiparate e 531 Case di Cura.

**2021**

■ Il SSN può contare su 1054 Presidi di cui 485 pubblici (46 %) e 569 privati (54 %). Questi ultimi comprendono 85 strutture Equiparate e 484 Case di Cura.

## I POSTI LETTO

Nel periodo 2010-2021 i **posti letto/Acuti** totali sono diminuiti in totale di 10.295. In particolare i pubblici sono diminuiti di 11.925 e i privati sono aumentati di 1.656 di cui 1.519 nelle equiparate e 137 nelle case di cura. Per quanto riguarda i **posti letto Post Acuti di Riabilitativa** sono diminuiti di 137. I pubblici diminuiti di 1.111 mentre i privati sono aumentati di 984, con le Equiparate che aumentano di 265 e le Case di Cura di 719. In **Lungodegenza** si registra in totale una diminuzione di 2.896 posti letto: nei pubblici la diminuzione è stata di 1.677, nei privati di 1.219 di cui -52 nelle equiparate e -1.167 nelle Case di Cura.



## Posti Letto/Acuti (compreso DH)

2010

### Posti letto/acuti totali:

sono 207.016

- 162.698 (78,6 %) in presidi pubblici
- 44.318 (21,4 %) in ospedali privati suddivisi in 15.423 equiparati e 28.895 Case di Cura

### Rapporto posti letto/acuti per mille abitanti è del 3,41 ‰ abitanti

2021

### Posti letto/acuti totali:

sono 196.721

- 150.747 (76,6 %) in presidi pubblici
- 45.974 (23,4 %) in ospedali privati suddivisi in 16.942 equiparati e 29.032 Case di Cura

### Rapporto posti letto/acuti per mille abitanti è salito dopo il Covid a 3,33 ‰ abitanti

## Posti Letto Post Acuti: Riabilitazione e Lungodegenza

2010

### Posti letto/Riabilitativa:

sono 24.404

- 7.475 (28,3 %) in presidi pubblici
- 18.929 (71,7 %) in ospedali privati suddivisi in 6.426 equiparati e 18.929 in Case di Cura

2021

### Posti letto/Riabilitativa:

sono 26.277

- 6.364 (24,2 %) in presidi pubblici
- 19.913 (75,8 %) in ospedali privati suddivisi in 6.691 equiparati e 13.222 in Case di Cura

2010

### Posti letto/Lungodegenza:

erano 10.890

- 5.234 (48,1 %) in presidi pubblici
- 5.656 (51,9 %) in ospedali privati suddivisi in 219 equiparati e 5.437 in Case di Cura

2021

### Posti letto/Lungodegenza:

sono 7.994

- 3.557 (44,5 %) in presidi pubblici
- 4.437 (55,5 %) in ospedali privati suddivisi in 167 equiparati e 4.270 in Case di Cura

In sintesi il rapporto posti letto/post acuti per mille abitanti nel 2021 è dello 0,57 ‰ abitanti mentre nel 2010 era dello 0,58 ‰

## GLI ACCESSI NEL PRIVATO

2016

9%

2020

6,5%

2022

10,2%

## I SERVIZI DEA/PS

### Le strutture

Sono 711 le strutture di DEA/PS censite dal Ministero della Salute nel 2021 di cui 637 in ospedali pubblici (89,6%) e 74 privati accreditati (10,4%), di cui 35 in strutture equiparate e 39 in Case di Cura accreditate.

I PS Pediatrici sono 87 di cui 78 in strutture pubbliche e 9 in private accreditate di cui 8 in equiparate e 1 in Casa di Cura.

Nel 2010 le sedi DEA/PS erano 902, 810 pubbliche (89,6%) e 92 private (10,4%) di cui 35 nelle equiparate e 57 nelle Case di Cura. I PS Pediatrici erano 100, 89 pubblici e 11 privati di cui 9 in equiparate e 2 in Case di Cura.

In sintesi dal 2010 al 2021 le sedi di DEA/PS sono diminuite di 191 strutture, -173 quelle pubbliche e -18 quelle private tutte in Case di Cura.

### Gli Accessi

I dati pubblicati da AGENAS (ora non più pubblicati) risalgono al 2016, 2017, 2020 che hanno evidenziato una costante diminuzione.

Dai 20 mln 729.000 del 2016 si è passati ai 14 mln 159.000 del 2020 (anno della pandemia) ai 17 mln 180.000 del 2022 con un privato che ha accolto il 9% degli accessi nel 2016, il 6,5 % nel 2020 e il 10,2 % nel 2022 (5,6 % nelle Equiparate e 4,6 % nelle Case di Cura).

## I RICOVERI OSPEDALIERI

(tab.9-10-11 - Grafico 8-9-10)

### Acuti:

i ricoveri in regime ordinario e DH nel decennio considerato sono diminuiti di 3.699.438. In particolare nelle strutture pubbliche la diminuzione è stata di 3.119.457, nelle private 579.981 di cui -226.955 nelle equiparate e -353.026

2010

### Ricoveri Totali/SSN:

sono stati 10.325.242

- 7.997.576 (77,5 %) pubblici
- 2.327.666 (22,5 %) privati di cui 946.041 nelle Equiparate e 1.381.625 in Case di Cura

2021

### Ricoveri Totali/SSN:

sono stati 6.625.804

- 4.878.119 (73,6 %) pubblici
- 1.747.685 (26,4 %) privati di cui 719.086 nelle Equiparate e 1.028.599 in Case di Cura

# Il settore sanitario privato accreditato. L'offerta

## Post Acuti (Riabilitativa e Lungodegenza)

I Ricoveri in Riabilitativa sono diminuiti in totale di 97.702. Nelle strutture pubbliche la diminuzione è stata di 53.874, in quelle private di 43.828 con le equiparate a -28.939 e le case di cura a -14.889. In lungodegenza si è registrata una diminuzione di 46.217 con i pubblici a -29.878 e i privati a -16.339 (equiparate a +338 e le case di cura a -16.6773).

### 2010

- **Ricoveri Totali/SSN Riabilitativa:** sono stati 356.752
  - 105.510 (29,6%) pubblici
  - 251.242 (70,4%) privati di cui 87.523 nelle Equiparate e 163.719 in Case di Cura

### 2021

- **Ricoveri Totali/SSN Riabilitativa:** sono stati 259.050
  - 51.636 (19,9%) pubblici
  - 207.414 (80,1%) privati di cui 56.808 nelle Equiparate e 140.736 in Case di Cura

### 2010

- **Ricoveri Totali/SSN Lungodegenza:** sono stati 112.444
  - 60.352 (53,7%) pubblici
  - 52.092 (46,3%) privati di cui 1.430 nelle Equiparate e 50.662 in Case di Cura

### 2021

- **Ricoveri Totali/SSN Lungodegenza:** sono stati 66.227
  - 30.474 (46,0%) pubblici
  - 35.753 (54,0%) privati di cui 1.768 nelle Equiparate e 33.985 in Case di Cura

## 4 SANITÀ PRIVATA NON ACCREDITATA

(tab.12)

È costituita da strutture classificate come **Case di Cura non accreditate** ma anche come policlinici, istituti clinici, centri ospedalieri. Ammontano a n. 65 nel 2021 ed erano 65 nel 2010 con alcune variazioni regionali. I Ricoveri/Acuti sono stati 65.622 nel 2021 vs. 62.937 nel 2010 con un incremento di 2.685. I Ricoveri/Post Acuti sono stati 235 in Riabilitativa nel 2021 vs. 191 nel 2010, mentre in Lungodegenza 622 nel 2021 vs. 155 nel 2010.

## 5 L'OFFERTA TERRITORIALE

Le strutture sanitarie/SSN che erogano prestazioni in ambito di assistenza distrettuale sono rappresentate da:

**ambulatori/laboratori** in cui si erogano prestazioni specialistiche come l'attività clinica, di laboratorio e di diagnostica strumentale;

**strutture di assistenza territoriale:**

- in regime residenziale
- semiresidenziale
- di altro tipo (centri di salute mentale, consultori, stabilimenti idrotermali);

**istituti o centri di riabilitazione** ex art. 26, L. 833/78

### Ambulatori/laboratori

■ **Pubblici:**

- 2010 n. 3.855 (40,0%)
- 2021 n. 3.474 (39,6%)

■ **Privati Accreditati:**

- 2010 n. 5.780 (60,0%)
- 2021 n. 5.304 (60,4%)

### Strutture di assistenza territoriale

■ **Residenziali**

■ **Pubblici:**

- 2010 n. 2.496 (24,6%)
- 2021 n. 2.139 (16,0%)

■ **Privati Accreditati:**

- 2010 n. 6.301 (75,4%)
- 2021 n. 8.850 (84,0%)

■ **Semi-Residenziali**

■ **Pubblici:**

- 2010 n. 2.496 (37,2%)
- 2021 n. 2.139 (28,7%)

■ **Privati Accreditati:**

- 2010 n. 6.301 (62,8%)
- 2021 n. 8.850 (71,3%)

■ **Strutture Residenziali di altro tipo**

■ **Pubblici:**

- 2010 n. 4.870 (88,3%)
- 2021 n. 6.098 (86,3%)

■ **Privati Accreditati:**

- 2010 n. 64 (11,7%)
- 2021 n. 966 (13,7%)

■ **Istituti o Centri di Riabilitazione**  
Ex articolo 26

■ **Pubblici:**

- 2010 n. 240 (24,7%)
- 2021 n. 252 (21,8%)

■ **Privati Accreditati:**

- 2010 n. 731 (75,3%)
- 2021 n. 902 (78,2%)

## Le prestazioni di specialistica ambulatoriale

Visite Specialistiche, Ambulatori Radiologici e Laboratori di Analisi nel periodo 2010/2021 hanno subito una variazione passando da un volume totale di oltre 1mld 300.000 nel 2010 a 1mld 269.000 nel 2021 con una erogazione effettuata dalle strutture private accreditate di oltre il 65% in coerenza con la presenza maggioritaria di strutture territoriali, come riportato in precedenza.

Anche le prestazioni residenziali e semiresidenziali sono state in maggioranza erogate dal privato accreditato per oltre il 70% eccetto le "prestazioni di altro tipo" vale a dire prestazioni effettuate in centri di salute mentale, consultori, stabilimenti idrotermali che non raggiungono il 15%.

## 6 IL PERSONALE

### GLI ORGANICI

Il Personale Medico nel periodo considerato ha subito variazioni numeriche significative, sia nel pubblico che nel privato. Nel 2010 i Medici nel pubblico erano 111.289, mentre nel Privato Accreditato Equiparato erano 13.687 di cui 10.940 dipendenti, 2.747 libero-professionisti. Nel 2021 i Medici erano 108.064, mentre nel privato equiparato erano 11.861 Medici (7.819 dipendenti e 4.042 libero-professionisti).

Per quanto riguarda i Sanitari nel 2010 erano nel Pubblico 14.769 mentre nel privato equiparato 1.643 di cui 1.083 dipendenti, 560 libero-professionisti); nel 2021 nel pubblico erano 14.112 e nel privato equiparato 2.125 di cui 1.270 dipendenti, 855 libero-professionisti). La diminuzione totale è stata di 3.882 tra medici e sanitari nel pubblico, mentre nel privato i Medici sono diminuiti di 1.314 con uno spostamento dal rapporto di dipendenza a quello libero professionale. I sanitari sono al contrario aumentati di 482 Unità (187 dipendenti e 295 libero-professionisti). Per quanto riguarda le Case di Cura Accreditate non sono reperibili dati relativi al 2010. Nel 2021 i medici erano in totale 26.880 di cui 5.461 dipendenti, 21.419 libero-professionisti, i Sanitari 1.934 con 889 dipendenti e 1.045 libero-professionisti).

#### PERSONALE MEDICO NEL PUBBLICO

2010

111.289

2021

108.064

#### PERSONALE MEDICO NEL PRIVATO ACCREDITATO EQUIPARATO

2010

13.687

2021

11.861

2010

■ **Strutture pubbliche:**

- Medici 111.289
- Sanitari 14.769

■ **Strutture Equiparate:**

- Medici 13.687 (10.940 dipendenti, 2.747 lib. prof.)
- Sanitari 1.643 (1.083 dipendenti, 560 lib. prof.)

2021

■ **Strutture pubbliche:**

- Medici 108.064
- Sanitari 14.112

■ **Strutture Equiparate:**

- Medici 11.861 (7.819 dipendenti, 4.042 lib. prof.)
- Sanitari 2.125 (1.270 dipendenti, 855 lib. prof.)

■ **Case di Cura**

- Medici 26.880 (5.461 dipendenti, 21.419 lib. Prof.)
- Sanitari 1.934 (889 dipendenti, 1.045 lib. prof.)

## I CONTRATTI DI LAVORO

Il rapporto di lavoro nelle strutture private accreditate è rappresentato da una molteplicità di tipologie contrattuali che coesistono nell'ambito della stessa struttura ospedaliera, ma anche nella stessa Unità Operativa.

Si viene così a realizzare che a parità di funzioni e responsabilità coesistono tutele e retribuzioni completamente differenziate.

1 **CCNL AIOP/Medici:** fermo al CCNL 2002/2005 con aspetti normativi del tutto obsoleti in cui, a titolo di esempio, il personale medico mantiene qualifiche e attribuzioni risalenti alla Legge 128/1969, vale a dire Assistente, Aiuto, Primario. Anche se l'articolo 7, ultimo paragrafo, proprio del CCNL/AIOP tuttora in vigore, prevede che *l'attribuzione delle suddette qualifiche deve avvenire nel pieno rispetto della normativa nazionale e regionale vigente in materia*. E sia nel pubblico che in alcune realtà del privato accreditato la qualifica attribuita ai medici prevista dalla attuale normativa è la dirigenza, in riferimento alla autonomia e responsabilità richiesta nell'esercizio della professione. Per quanto riguarda la retribuzione si va dai 15.000 ai 30.000€ in meno rispetto al contratto pubblico peraltro già inferiore rispetto a quanto avviene in Europa.

2 **CCNL AIOP/Non Medici**, ossia Biologi, Farmacisti, Psicologi, Fisici, Chimici. È stato rinnovato nell'autunno 2020 per il triennio 2016/2019. Anche in questo caso il CCNL non riconosce a queste pro-

fessioni la qualifica di dirigente mantenendole nel Comparto in categoria E con retribuzione che va dai 20.000 ad oltre 40.000 € in meno rispetto al pubblico.

3 **Contratto ARIS/Medici.** È in vigore il CCNL 2020/2003 in seguito al venir meno del tradizionale contratto AIOP/ARIS, evidentemente per il riconoscimento da parte di ARIS dell'insostenibilità di mantenere un contratto fermo al 2002. È prevista l'attribuzione della qualifica dirigenziale, l'applicazione dell'esclusività di rapporto e una retribuzione dai 6.500 ai 14.000 € inferiori rispetto al pubblico.

4 **Contratto ARIS Non Medici (Personale Sanitario, Professionale, Tecnico ed Amministrativo).** Firmato il CCNL 2020/2022 con riconoscimento della dirigenza e retribuzione che va dai 14.000 ai 18.000 € in meno rispetto al pubblico.

5 **Contratto Compatibilizzato con quello Pubblico.** In numerose strutture accreditate a medici e sanitari non medici assunti prima del 2014 è applicato il CCNL compatibilizzato con quello pubblico, con il riconoscimento dello stato di dirigente, stesse voci retributive fisse, ma fermo al 2010 ossia senza i miglioramenti dell'ultimo Contratto pubblico 2016/2018.

6 **Contratti decentrati.** Alcune strutture hanno da qualche anno introdotto Contratti locali che a partire dai CCNL in vigore, AIOP o ARIS, prevedono alcuni miglioramenti normativi e retributivi che li avvicinano parzialmente al contratto pubblico. Sono contratti che prevedono l'assorbimento delle modifiche a seguito di eventuali accordi nazionali.

7 **Contratti con indennità ad personam.** Un'ulteriore variante riguarda i medici specialisti di recente assunzione. Nella difficoltà diffusa in tutto il Paese di trovare medici, soprattutto di alcune specialità, vengono assunti con uno dei Contratti sopra riportati con un'indennità aggiuntiva, non pensionabile e "riassorbibile" al momento dei rinnovi contrattuali nazionali.

8 **Contratti Libero Professionali** con mansioni e turnistica pari a quella dei dipendenti, minimi diritti normativi, entità dei compensi con modalità e tempi di erogazione da stipulare al momento del contratto.

9 **Contratti con Cooperative/Imprese private** che forniscono medici turnisti, per lo più a rotazione, con dubbia certezza dei titoli abilitativi e delle competenze rispetto alle specialità da coprire, non certo per responsabilità dei medici arruolati ma per le carenze di capitoli e protocolli varati nell'esclusiva preoccupazione di dare copertura al turno scoperto.

## 7 CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Al termine di questa esposizione sull'offerta da parte del privato accreditato in confronto al pubblico si può avanzare qualche riflessione conclusiva:

Il SSN si fonda su due sistemi, uno pubblico e l'altro privato accreditato entrambi eroganti prestazioni pubbliche, entrambi finanziati dal Fondo Sanitario Nazionale e con diritto di scelta della struttura da parte del cittadino.

L'accreditamento si basa su un sistema di regole e requisiti, previste dalla normativa vigente, che accomunano le due componenti del SSN.

Il rispetto di tali regole e requisiti è affidato al controllo da parte delle Regioni che decidono le strutture a cui conferire l'accreditamento.

Lo spazio acquisito dalla componente privata nell'ambito del SSN, diversa per quanto riguarda la tipologia delle prestazioni ospedaliere, 30% circa per le prestazioni/Acuti, oltre il 70% per quelle post/acuti, ed intorno al 60% - 65% per quelle distrettuali, mette in evidenza la difficile, per non dire impossibile reversibilità dello spazio acquisito da tale componente pur in presenza di una diversificazione regionale.

La condizione del Personale, Medico e Sanitario, è caratterizzata da una molteplicità di contratti di lavoro ed uno spostamento evidente da contratti di dipendenza a libero professionali che non appare in linea con i requisiti minimi organizzativi delle regole di accreditamento.

Il panorama di offerta descritto evidenzia la mancanza di una governance da parte istituzionale (Regioni in particolare) senza la quale componente pubblica e privata accreditata, lasciate a sé, non potranno realizzare quel rapporto di sinergia sanitaria indispensabile per il mantenimento di un SSN efficace ed efficiente.

PER GRAFICI E TABELLE  
CONSULTARE IL QR CODE



La parte seconda sarà pubblicata sul prossimo numero di *Dirigenza Medica*

# Decreto **Liste d'attesa**



L'Anao in audizione alla 10<sup>a</sup> Commissione del Senato

Segue da pagina 6

detto “Decreto Calabria”, prevista nella prima formulazione del decreto legge, avrebbe determinato rilevanti effetti negativi sulle retribuzioni resuscitando l'applicazione dell'art. 23 del D.lgs. 75/2017 cd. “Decreto Madia” e in particolare il limite di spesa del salario accessorio per il personale al 2016. L'articolo 5, comma 3 del decreto in esame prevede, infatti, che fino all'adozione della metodologia per la definizione del fabbisogno del personale degli enti del Ssn, continuano ad applicarsi, in quanto compatibili, le disposizioni di cui all'articolo 11, commi 1, 2, 3 e 4, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60 (cd. Decreto Calabria). Si è voluto in tal modo prevedere il mantenimento della vigenza dell'articolo 11 del dl 35/2019 sino all'adozione della metodologia per la definizione del fabbisogno del personale degli Enti del Ssn, salvaguardando la dinamica del trattamento accessorio prevista al quinto periodo del comma 1 del citato articolo 11. Peraltro, sarebbe auspicabile “rafforzare” l'articolo in questione ribadendo che i valori della spesa per il personale delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale comprendono le risorse per il trattamento accessorio del personale, il cui limite, definito dall'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, è adeguato, in aumento o in diminuzione, per garantire l'invarianza del valore medio pro-capite, ri-

ferito all'anno 2018, prendendo a riferimento come base di calcolo il personale in servizio al 31 dicembre 2018.

**Il superamento** del ventennale tetto di spesa per il personale è soggetto a una metodica farraginosità, che rende incerti tempi e risultati, condizionato com'è dalla congruità dei fondi delle Regioni, di cui nove nemmeno riescono a garantire i Lea e due sono commissariate da tempo memorabile.

Il limite maggiore del decreto legge è quello di assumere i tempi di attesa come variabile indipendente rispetto alle risorse e al numero dei professionisti chiamati ad assicurare la cura e non solo la prestazione, lasciando credere che la semplice apertura degli ambulatori il sabato e la domenica basti a convincere il medico che già lavora più di 60 ore settimanali, dal lunedì al venerdì, a lavorare ancora. Senza contare che, alla faccia dell'urgenza, richiede otto decreti attuativi per potere dispiegare i suoi effetti.

Per l'ennesima volta, infine, si cede alla facile demagogia dell'attacco alla libera professione intramoenia dei medici dipendenti, comodo capro espiatorio, alibi per le inefficienze organizzative e la scarsità di risorse cui nemmeno questa volta si riesce a rimediare, ignorando anche che i suoi introiti hanno dato all'abbattimento delle liste di attesa in dieci anni quanto il Governo ha stanziato con la legge di bilancio 2024.

**Colpisce anche l'ossessione**, quasi poliziesca, dei controlli per i quali vie-

ne assunto personale con “funzioni di polizia amministrativa e giudiziaria” riconoscendo al predetto personale la qualifica di “Agente di pubblica sicurezza”, inserito in una macchina burocratica con tecnologia avanzata, dai costi certi e benefici incerti, che scarica tutte le responsabilità dell'assenza di risultati sugli ospedali, sui professionisti, sulle direzioni aziendali.

**Il nostro giudizio è negativo** sul colpo di coda che ha trasferito nel disegno di legge licenziato dal Consiglio dei Ministri la norma che consente il superamento del tetto alle prestazioni aggiuntive previste dall'articolo 89 del Ccnl Area Sanità 2019-2021, (“Per garantire l'applicazione uniforme delle disposizioni di cui al comma 3 dell'articolo 89 del Ccnl Area Sanità 2019-2021, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano forniscono alle aziende indicazioni in merito alla possibilità di derogare ai limiti stabiliti dal comma 4 del predetto articolo 89, relativi al costo complessivo delle prestazioni aggiuntive sostenute nell'anno 2021, purché la spesa rientri nel limite dello 0,4 per cento del livello del finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2024”). Sarebbe pertanto opportuno reinserirla nel decreto legge in esame.

**Quanto al corretto** ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero-professiona-

Segue a pagina 16

# “La libera professione capro espiatorio per le liste d’attesa”

**CARLO PALERMO**  
Presidente  
Nazionale Anaa  
Assomed

**COSTANTINO TROISE**  
Responsabile  
Centro Studi  
Nazionale Anaa  
Assomed

Ora che le luci dell’ultima campagna elettorale si sono spente, e comincia l’iter di conversione del DL “liste di attesa”, è possibile re-intervenire sull’attività libero professionale intramoenia (Alpi) dei Medici dipendenti del Ssn, fatta oggetto di attenzione particolare da parte del provvedimento legislativo. A causa, forse, del pregiudizio antico, che considera l’Alpi responsabile, o corresponsabile, delle liste di attesa per l’accesso alle cure pubbliche. Nessuna meraviglia.

L’Alpi è stata malvista fin dalla sua istituzione, sia dalla politica di destra che da quella di sinistra, per ragioni spesso sovrapponibili. I dati della Relazione del Ministero della Salute al Parlamento (2022), riferiti agli anni 2019, 2020 e 2021, mostrano una realtà con ricavi in calo. Si passa da 1,264 miliardi di euro del 2010 a 1,152 miliardi del 2019 e 1,087 miliardi nel 2021, corrispondenti a una spesa pro-capite, calcolata sulla popolazione residente, di 21 euro/anno per il 2010 e di 18,4 nel 2021. Parallelamente cala anche il numero di medici che la esercitano, arrivato nel 2021 al 38,6% del totale. L’Alpi è una attività che rappresenta per le aziende sanitarie una apprezzabile fonte di finanziamento in un’epoca di vacche magre, alimentando i flussi di cassa con denaro fresco. La quota incassata dalle aziende è passata da 164 milioni di euro nel 2010 a 235 milioni nel 2021 (+ 43%), pagando l’utilizzo di spazi destinati, altrimenti, a rimanere vuoti e contribuendo all’ammortamento degli investimenti con un maggiore utilizzo delle strutture e delle tecnologie, anche con quegli orari prolungati serali che il DL liste di attesa auspica. Cinquanta milioni vanno proprio a progetti di riduzione delle liste di attesa e altri 50 a favore dei medici che non possono svolgere libera professione, come quelli del PS. Dei 665 milioni residui, versati dalle aziende ai professionisti con ritardi che spesso superano i 6 mesi, il socio occulto rappresentato dall’Agenzia delle Entrate incassa, per tassazione Irpef, circa la metà. Ai cittadini l’Alpi permette l’accesso a prestazioni sanitarie sicure e di qualità, garantite dal Ssn, a costi calmierati e imposizione fiscale certa.

**Quanto al rapporto tra ALPI e attività istituzionale** che tanti sospetti alimenta, nel 2020 i ricoveri in regime di libera professione sono stati circa 16.600 a fronte di 6.104.000 in regime ordinario o di day hospital e, nel 2021, 13.908 verso i 4.863.817 istituzionali. Meno dello 0,30% di tutti i ricoveri in strutture pubbliche. Un numero così piccolo può influenzare le importanti attese presenti attualmente nel nostro sistema sanitario, per esempio in tutta la chirurgia di bassa complessità o per l’impianto di protesi in campo ortopedico? Ai primi posti dei DRG più richiesti in regime di LPI troviamo, poi, il parto cesareo (1.656 ricoveri) e il parto per via vaginale (1.199 ricoveri), e riesce arduo comprendere come si possano determinare attese con queste particolari prestazioni. Sul versante delle attività ambulatoriali, il rapporto tra regime libero professionale e istituzionale è del 7,3%, per le 34 tipologie oggetto di monitoraggio. In vetta troviamo l’ecografia ginecologica (40%) e la visita ginecologica (30%), evidentemente perché la possibilità per la donna

### INTRAMOENIA I NUMERI

Ricavi 2010

**1,264**  
mld di euro

Ricavi 2019

**1,152**  
mld di euro

Ricavi 2021

**1,087**  
mld di euro

Invio del Capro espiatorio,  
WILLIAM JAMES WEBB  
1830-1904



di scegliere un professionista di fiducia porta a preferire il regime libero professionale.

**L’attività libero-professionale** ha, come si vede, volumi molto lontani da quelli istituzionali e anche dai limiti massimi (100% delle prestazioni istituzionali) indicati dalle leggi e dai contratti e reiterati dal recente DL approvato dal Governo. Cittadinanza attiva (2024) ci dice che a fronte degli ostacoli attuali, solo il 12% dei cittadini sceglie l’Alpi contro il 41% che va nel privato puro e il 7% che rinuncia alle cure. Il Ssn offre i servizi, ma non può garantire la scelta del medico, per ovvi motivi organizzativi. La libera professione permette questa scelta, in una cornice di leggi, contratti, regolamenti e sentenze della Corte costituzionale che rendono l’istituto il più “normato” all’interno della pubblica amministrazione.

**Invece di spingere** per l’abolizione dell’Alpi, meglio agire sui veri determinanti dei tempi d’attesa, quali il pesante sotto finanziamento del Ssn, la carenza di organici, i ritardi organizzativi e tecnologici, che rendono difficile reggere la pressione dei cambiamenti demografici, epidemiologici e socio-economici che spingono la domanda di prestazioni sanitarie. Magari utilizzando quanto Stato e Regioni incassano ogni anno dall’Alpi (circa 600 milioni di euro) per finanziare un ampio e duraturo programma di incremento delle assunzioni e dell’utilizzo orario degli ambulatori specialistici, delle attrezzature tecnologiche e delle sale operatorie, favorito dalla defiscalizzazione della remunerazione dei professionisti impegnati nelle attività aggiuntive prevista dal DL in conversione al Senato.

# La profilazione genomica delle neoplasie linfoidi (Parte 1)

## Uno strumento potente per il clinico nella diagnosi, prognosi e terapia



**MARINA TARSITANO**  
Responsabile  
Dirigenza  
Sanitaria Anaa  
Campania

**Le neoplasie linfoidi** sono un gruppo eterogeneo di tumori che originano dai linfociti. Questi tumori possono manifestarsi in vari tessuti linfoidi del corpo, come i linfonodi, la milza, il midollo osseo ed altre sedi extranodali. Le neoplasie linfoidi includono i linfomi, la leucemia linfatica cronica (CLL) e altre forme di leucemia linfocitica. Sono principalmente classificate in base alla loro morfologia, immunofenotipo, caratteristiche genetiche e cliniche.

### Le principali categorie sono:

**Linfoma di Hodgkin (HL)** caratterizzato dalla presenza di cellule di Reed-Sternberg, i cui principali sottotipi sono il linfoma di Hodgkin classico e linfoma di Hodgkin nodulare a predominanza linfocitica;

**Linfomi non Hodgkin (NHL)**, un gruppo molto diversificato di linfomi che non presentano cellule di Reed-Sternberg, classificati in base alla cellula di origine (cellula B, cellula T o cellula NK) e al grado di aggressività (indolenti, aggressivi, altamente aggressivi);

**Leucemia Linfatica Cronica (CLL)** caratterizzata dall'accumulo di linfociti B maturi anormali nel sangue, nel midollo osseo e negli organi linfoidi.

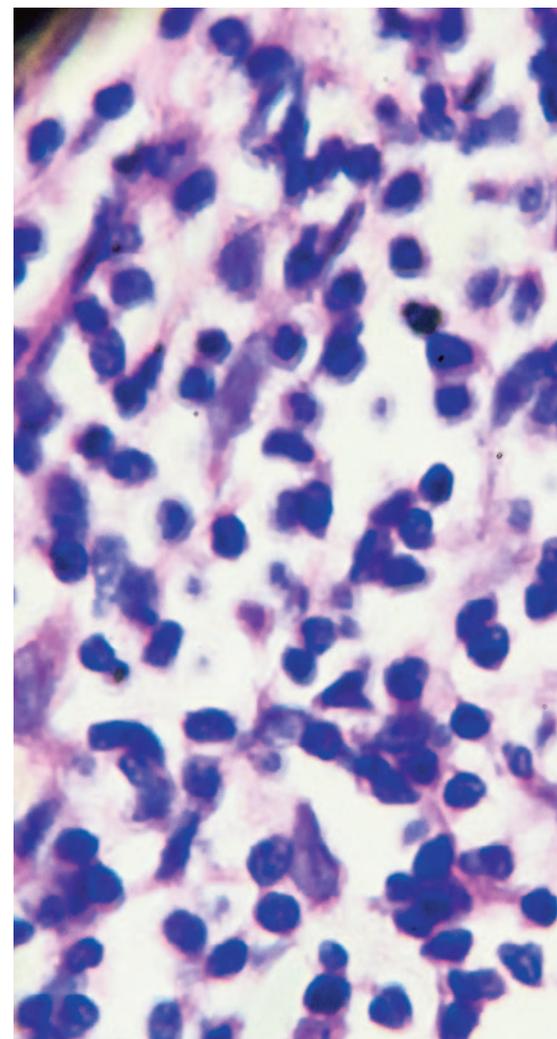
Nell'ultimo decennio la profilazione genomica sta emergendo come una componente cruciale nella gestione clinica delle neoplasie linfoidi. Questo dato molecolare avanzato consente ai clinici di ottenere una comprensione dettagliata delle alterazioni genetiche che caratterizzano questi tumori, migliorando la diagnosi, la prognosi e la scelta delle terapie. La profilazione genomica permette di identificare varianti geniche ed alterazioni genomiche specifiche per una diagnosi più accurata e tempestiva, essenziali per la stratificazione del rischio, per prevedere l'andamento della malattia, per pianificare il follow-up in modo più efficiente, per guidare nella scelta della terapia

più appropriata per ciascun paziente. Le tecnologie di profilazione genomica sono utilizzate anche per il monitoraggio della malattia durante e dopo il trattamento. La capacità di rilevare minime quantità di cellule tumorali residue e di identificare nuove mutazioni emergenti permette un monitoraggio più accurato e tempestivo delle recidive, consentendo interventi terapeutici precoci. Il sequenziamento di nuova generazione (NGS) è tra le tecnologie più utilizzate per la profilazione genomica in campo onco-ematologico e permette la rilevazione simultanea di molteplici alterazioni, tra cui mutazioni puntiformi, variazioni del numero di copie ed aberrazioni strutturali.

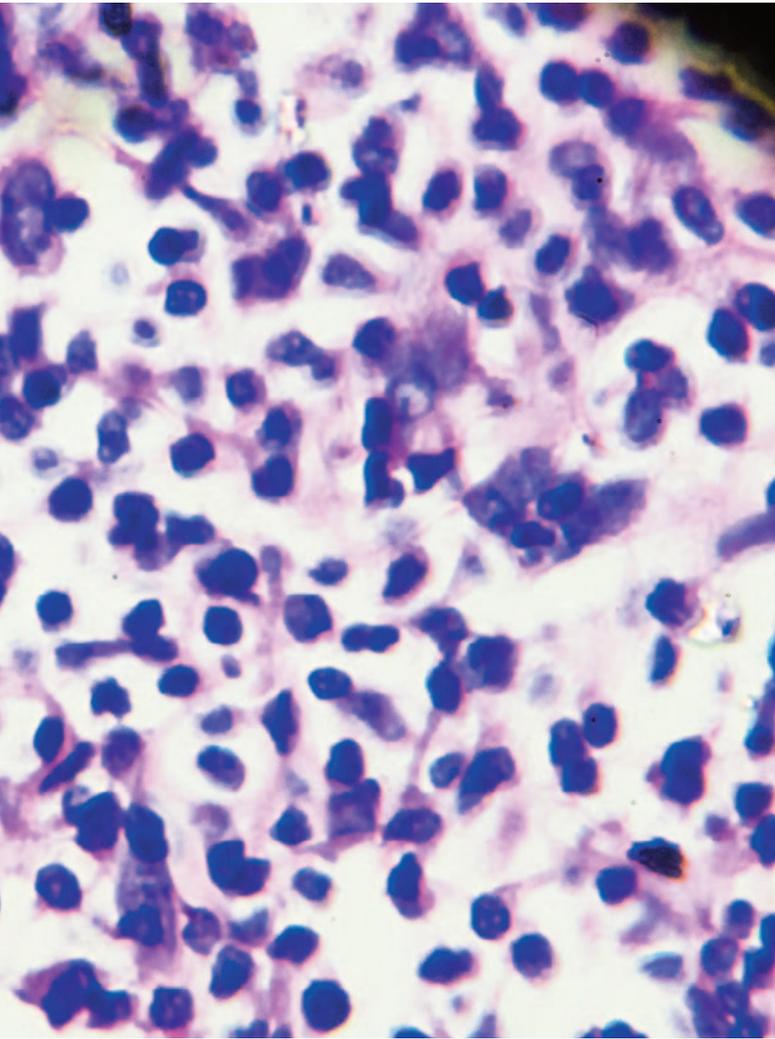
Diverse piattaforme NGS utilizzano metodi differenti per leggere la sequenza nucleotidica, come la sintesi di sequenza (sequencing-by-synthesis) o il sequenziamento a singola molecola. I dati grezzi generati dal sequenziamento vengono elaborati e analizzati tramite software bioinformatici per assemblare le sequenze e identificare variazioni geniche ed alterazioni genomiche. In tutte le neoplasie linfoidi la profilazione genomica mediante tecniche NGS sta dando un contributo importante alla caratterizzazione genetica della malattia. Questo articolo tratterà specificamente alcune principali neoplasie linfoidi derivanti dalle cellule B, mettendo in evidenza il ruolo cruciale della profilazione genomica nella loro caratterizzazione molecolare.

### IL LINFOMA DI HODGKIN

Il linfoma di Hodgkin (HL) è una neoplasia clonale derivata principalmente da cellule B. Il HL costituisce il 25-30% di tutti i linfomi e si divide in linfoma di Hodgkin classico (cHL) (95% dei casi) e linfoma di Hodgkin nodulare a predominanza linfocitaria (NLPHL)



(5% dei casi). A differenza di altri tumori, le cellule neoplastiche (cellule di Hodgkin e Reed-Sternberg [HRS] e cellule linfocitarie e istiocitarie, nel caso della NLPHL costituiscono meno dell'1-2% della cellularità totale. Il cHL è una proliferazione monoclonale di cellule HRS, e loro varianti, in un microambiente reattivo, citogeneticamente oltre all'aneuploidia e all'iper-tetraploidia, le cellule HRS mostrano alterazioni cromosomiche ricorrenti, tra cui amplificazione delle regioni 2p13 (*REL*), 9p24.1 (*PDL1*, *PDL2*, *JAK2*), 17q21 (*MAP3K14*), e delezione della regione 6q23-q24 (*TNFAIP3*). La scarsità di cellule tumorali ha impedito per molto tempo la caratterizzazione genetica del cHL. Studi molecolari, con le nuove tecnologie basate sulla microdissezione del tessuto o sull'isolamento delle cellule mediante citofluorimetria hanno mostrato la perdita di regolazione di specifiche vie di trasduzione del segnale piuttosto che mutazioni in geni specifici. Gli studi hanno rivelato mutazioni somatiche ricorrenti nei componenti della via di segnalazione NF- $\kappa$ B (*TNFAIP3*, *NFKBIA*, *NFKBIA*, *REL*); la via JAK/STAT (*SOCS1*, *PTPN1*, *STAT6*,



Malattia delle cellule di Hodgkin, Linfoma, HL in microscopia

*STAT3, CSF2RB*); regolatori epigenetici come *EP300, CREBBP, e TP53*; e regolatori che permettono di sfuggire alla sorveglianza del sistema immunitario come mutazioni inattivanti nel gene del componente *MHC* di classe 1 *B2M*, e il transattivatore del MHC di classe 2 *C2TA*, e il gene *FAS*, che favoriscono il blocco dell'apoptosi e la proliferazione cellulare. Altre vie di segnalazione rilevanti nella patogenesi del cHL includono *MAPK/ERK, AP1, PI3K/AKT, e NOTCH*.

## LINFOMI NON HODGKIN (NHL) DA LINFOCITI B:

**Il linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL)** è il sottotipo più comune di LNH (30-35% dei casi), caratterizzato da una morfologia e un fenotipo di grandi cellule B mature. DLBCL è eterogeneo nel suo comportamento clinico e nella diagnosi patologica e molecolare. Il tipo più comune di DLBCL (80%) è il DLBCL- "not otherwise specified" (NOS), che non ha una presentazione clinica o patologica specifica. Tre

“**Le neoplasie linfoidi sono un gruppo eterogeneo di tumori che originano dai linfociti. Questi tumori possono manifestarsi in vari tessuti linfoidi del corpo, come i linfonodi, la milza, il midollo osseo ed altre sedi extranodali**

sottotipi molecolari sono stati riconosciuti dalla classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) basata sulla cellula di origine: centro germinale (GCB), cellula B attivata (ABC) o non-GCB e DLBCL non classificabile. Questa classificazione ha un valore prognostico con il DLBCL-ABC associato a esiti peggiori. Tuttavia, il tipo di cellula di origine non implica trattamenti diversi con schema immunochimioterapico R-CHOP (rituximab, ciclofosfamide, adriamicina, vincristina e prednisone) come principale terapia per tutti i sottotipi. I ricercatori hanno recentemente proposto una classificazione basata su nuovi gruppi genetici con ampia concordanza, suggerendo che la profilazione genomica potrebbe essere un'alternativa promettente per classificare il DLBCL con valori prognostici. Ogni gruppo genetico presenta un profilo mutazionale distintivo. I ricercatori hanno definito i seguenti sottotipi: MCD (presenza di mutazioni nel gene *MYD88* (L265P) e *CD79B*), BN2 (con fusioni di *BCL6* e mutazioni *NOTCH2*), N1 (mutazioni *NOTCH1*), EZB (mutazioni *EZH2* e traslocazioni *BCL2*), A53 (mutazioni e delezioni *TP53*) e ST2 (mutazioni di *SGK1* e *TET2*). Parallelemente, un altro approccio ha distinto cinque sottoinsiemi di DLBCL, tra cui due gruppi di DLBCL-ABC, uno a basso rischio e possibile origine della zona marginale (C1), e l'altro un gruppo ad alto rischio (C5) arricchito di casi con mutazioni in *MYD88, CD79B* e *PIM1*; due sottoinsiemi GC-DLBCLs con esiti favorevoli (C4) e sfavorevoli (C3), e un gruppo indipendente da ABC/GC (C2) con inattivazione biallelica di *TP53*, perdita di *CDKN2A* e di instabilità genomica. Tuttavia, tutti questi studi si basano principalmente sul sequenziamento del genoma intero e non sono applicabili nella pratica clinica di routine. Pertanto, alcuni sforzi sono stati fatti per proporre

classificatori facili e fattibili costruiti con una combinazione di dati mutazionali e di traslocazione di un insieme selezionato di geni che rappresentano ciascun sottotipo genetico. In un futuro prossimo si potrebbe raggiungere un consenso per sviluppare un pannello NGS per l'assegnazione di gruppi genetici. Anche se non vi è ancora accordo sulla classificazione dei sottotipi genetici, si potrebbe progettare un adeguato pannello NGS preliminare, includendo un insieme di geni comuni dai classificatori genetici: *MYD88, CD79B, PIM1, PIM2, PRDM1, BTG1, CD58, ETV6* e *TBL1XR1* per il sottotipo MCD; *NOTCH2, TNFAIP3, BCL10, UBE2A, CD70, CCND3* e *DTX1* per il sottotipo BN2; *EZH2, CREBBP, TNFRSF14, KMT2D, BCL2, IRF8* e *EP300* per il sottotipo EZB; *SGK1, SOCS1, TET2, NFKBIA* e *STAT3* per il sottotipo ST2 e *NOTCH1* per il sottotipo N1.

**Il linfoma linfoplasmacitico/macroglubulinemia di Waldenström (LLP/MW)** è un raro linfoma a cellule B a basso grado, con un'incidenza annuale di 3-4 casi per milione di persone, caratterizzato dall'infiltrazione midollare di cellule linfoplasmocitiche clonali e dall'ipersecrezione di immunoglobulina M. La mancanza di caratteristiche morfologiche, immunofenotipiche o cromosomiche specifiche richiede che la diagnosi venga effettuata dopo l'esclusione di altri linfomi a cellule B di piccole dimensioni. Nonostante la sua rarità, la conoscenza della biologia di questa malattia è migliorata significativamente negli ultimi anni con l'identificazione di mutazioni ricorrenti nei geni *MYD88* e *CXCR4*. Più del 90% dei casi di LLP/MW presenta la variante genica L265P nel gene *MYD88*. La variazione genica L265P nel gene *MYD88* attiva la crescita delle cellule tumorali attraverso l'enzima Tiron Chinasi di Bruton (BTK), un bersaglio di ibrutinib. *CXCR4* è mutato nel 30% dei pazienti con LLP/MW ed è associato ad una sopravvivenza libera da progressione più breve e conferisce resistenza a ibrutinib. I pazienti con mutazioni *MYD88* e *CXCR4* hanno differenze importanti nella risposta alla terapia con ibrutinib: i tassi di risposta complessiva sono del 100% per coloro con la variante genica L265P nel gene *MYD88* e senza *CXCR4*, dell'85,7% per i pazienti con entrambe le varianti e del 71,4% per coloro senza alcuna variante. Altre alterazioni genetiche segnalate includono la delezione del 6q (40-60% dei ca-

Segue a pagina 16

## L'autonomia differenziata ora è legge

### ARTICOLO 9

(Clausole finanziarie)

**Dall'applicazione** della presente legge e di ciascuna intesa non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Il finanziamento dei Lep sulla base dei relativi costi e fabbisogni standard è attuato nel rispetto degli equilibri di bilancio.

Per le singole Regioni che non siano parte delle intese approvate è garantita l'invarianza finanziaria nonché il finanziamento delle iniziative finalizzate ad attuare le previsioni di cui all'articolo 119, terzo, quinto e sesto comma, della Costituzione. Le intese, in ogni caso, non possono pregiudicare l'entità e la proporzionalità delle risorse da destinare a ciascuna delle altre Regioni, anche in relazione ad eventuali maggiori risorse destinate all'attuazione dei Lep. È comunque garantita la perequazione per i territori con minore capacità fiscale per abitante.

### ARTICOLO 10

(Misure perequative e di promozione dello sviluppo economico, della coesione e della solidarietà sociale)

**L'articolo 10** stabilisce, al comma 1, misure perequative e di promozione dello sviluppo economico, della coesione, della solidarietà sociale individuando anche alcune fonti per le relative risorse. Il comma 2 stabilisce che il Governo debba informare le Camere e la Conferenza unificata circa le attività poste in essere ai sensi del comma 1 del presente articolo.

### ARTICOLO 11

(Disposizioni transitorie e finali)

**L'articolo 12**, in primo luogo, prevede che l'esame degli atti di iniziativa delle regioni in materia di autonomia differenziata già presentati al Governo prosegua secondo la procedura prevista dal provvedimento in esame.

In secondo luogo, ribadisce che anche per le regioni a statuto speciale e le province autonome si applica l'articolo 10 della legge costituzionale n. 3 del 2001 di riforma del Titolo V, sul riconoscimento anche a tali enti territoriali delle forme di maggiore autonomia previste da tale legge. Infine, reca la clausola di salvaguardia per l'esercizio del potere sostitutivo del Governo ai sensi dell'articolo 120, secondo comma, della Costituzione.

## Decreto liste d'attesa

L'Anao in audizione alla 10ª Commissione del Senato

le (art.4), con il divieto che l'attività libero-professionale possa comportare per ciascun dipendente un volume di prestazione superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali, prevedendo una verifica in capo alle direzioni generali aziendali e la conseguente applicazione di misure, consistenti anche nella sospensione del diritto all'attività stessa, sarebbe opportuno ricordare che la disciplina vigente nell'ordinamento giuridico già comprende quanto enunciato. Anzi, sarebbe opportuno rinviare direttamente all'articolo 15-quinquies, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, vigente sul punto e alle disposizioni contrattuali in quanto più esau-

**Sarebbe altresì** opportuno valutare il ruolo ed il supporto fondamentale svolto dai medici specializzandi e da altri professionisti sanitari assunti a tempo determinato e con orario a tempo parziale, (art. 1, co. 548-bis della legge 30 dicembre 2018, n. 145) per concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa.

Appare pertanto opportuno ampliare tale strumento assunzionale nell'ottica di garantire una maggior partecipazione del predetto personale.

**Il decreto legge** per la riduzione dei tempi delle liste d'attesa è affiancato da un disegno di legge anch'esso approvato dal Governo ma con tempi parlamentari più lunghi, che permette anche di stipulare contratti di tipo Co.co.co. per il recupero di prestazioni, facendo "entrare così dalla finestra ciò che era uscito dalla porta" ovvero l'eliminazione delle cooperative e del lavoro a cottimo che il ministro Schillaci due anni fa aveva di fatto vietato con un decreto ad hoc. E continua a erogare risorse al privato accreditato che si aggiungono ai 980 milioni, in tre anni, concessi dalla legge di bilancio 2024.

Servono, quindi, correzioni per garantire certezza dei tempi e risorse appropriate alla riduzione delle liste di attesa, serve un cambio di rotta reale e non solo demagogico, perché i professionisti che operano nella sanità pubblica, continuando a garantire, nonostante tutto, l'esigibilità del diritto costituzionale alla salute, vanno gratificati, non aggrediti o additati al pubblico ludibrio. Anche per il bene dello stesso Servizio Sanitario Nazionale e dei cittadini che vi si rivolgono.

## La profilazione genomica delle neoplasie linfoidi

si), varianti geniche in *PRDM2* e *BTG1* (circa il 90% dei casi), *HIVEP2*, *MKLN1*, *PLEKHG1*, *LYN*, *ARID1B*, *FOXP1* e *ARID1A*. Il sequenziamento di nuova generazione (NGS), ha contribuito a perfezionare i criteri diagnostici per LLP/MW. I test molecolari possono essere utilizzati per la stratificazione del rischio e la pianificazione del trattamento di LLP/MW.

### I linfomi della zona marginale (MZL)

costituiscono un gruppo di linfomi a cellule B indolenti che originano dai linfociti B nella zona marginale. Comprendono principalmente il linfoma splenico della zona marginale (SMZL), il linfoma della zona marginale nodale (NMZL) e i linfomi della zona marginale extranodali del tessuto linfoide associato alle mucose (EMZL o MALT). Queste sono entità cliniche distinte con criteri diagnostici specifici e differenti caratteristiche genetiche, comportamenti clinici ed implicazioni terapeutiche. La profilazione genomica del MZL è stata studiata rivelando un considerevole sovrapporsi tra geni mutati tra le diverse entità. I geni più frequentemente mutati nel SMZL sono *KLF2* e *NOTCH2*. Altre varianti geniche frequenti coinvolgono i geni *TP53* e *NOTCH1*. Più del 30% dei SMZL è caratterizzato dalla delezione della regione 7q31-32. NMZL e SMZL presentano diverse alterazioni comuni. Le trisomie dei cromosomi 3 e 18 si presentano entrambe in circa il 25% dei casi di SMZL e NMZL. Il profilo genomico di NMZL mostra altre anomalie clonali ricorrenti come le trisomie 7 e 12 e la delezione del 6q. L'analisi mutazionale ha identificato varianti geniche in *KLF2*, *PTPRD*, *KMT2D*, *NOTCH2*, *LRP1B*, *TET2* e *TNFRSF14*. La patogenesi di EMZL/MALT è correlata a diverse aberrazioni cromosomiche ricorrenti, come le trisomie di 3, 12 e 18 che si trovano nel 20-30% dei casi. EMZL presenta anche traslocazioni cromosomiche ricorrenti. La più comune è la traslocazione t(11;18) (p21;q21), che porta alla formazione di un prodotto di fusione tra *BIRC3* e *MALT1*. Questa traslocazione è specifica per EMZL, poiché non è stata riportata né in SMZL né in NMZL. La delezione omozigote del braccio cromosomico 6q23, coinvolgente *TNFAIP3*, è stata descritta in EMZL e potrebbe contribuire alla linfomagenesi inducendo un'attivazione costitutiva del fattore di trascrizione NF-κB.

(La Parte 2 sarà pubblicata sul prossimo numero di *Dirigenza Medica*)

**POLIZZE  
INFORTUNI**  
**A SEGUITO DI  
AGGRESSIONI**

 AmTrust  
Assicurazioni

**CYBERSECURITY  
ANAAO**  
CON L'ANAAO I TUOI DATI  
SONO PROTETTI E AL SICURO.

**POLIZZE  
ESCLUSIVE**

Assicuratevi ora

**MEDICAL**  
INSURANCE BROKERS

**UFFICIO  
LEGALE ANAAO**  
Avvocati, Giuristi  
ed esperti qualificati

**POLIZZE E SERVIZI  
PER MEDICI  
SPECIALIZZANDI  
E NEOLAUREATI**

**ISCRIVITI**

**FORMAZIONE  
ECM  
PER OPERATORI  
SANITARI**

FONDAZIONE PIETRO PACI

**>< AssiLegal**

Network  
di assistenza legale  
per la malpractice  
medica

**I SERVIZI  
ANAAO  
ASSOMED**

**SCOPRILI TUTTI  
SCARICA  
LA BROCHURE**





**Più sicuri  
in tutti  
i momenti.**

**Anaao Assomed  
ti è ancora più vicina  
con il prodotto  
AmTrust.**

**Anche  
in quelli  
peggiori.**

**Per proteggerti  
dagli infortuni  
a seguito di aggressioni  
durante l'attività  
lavorativa.**

Qui le caratteristiche  
della polizza



 **AmTrust**  
Assicurazioni

**MEDICAL**  
INSURANCE BROKERS

**MORGANTI**  
INSURANCE BROKERS