

APRILE 2026

Inf mpresa

Mensile dell'Unione Nazionale Sindacale Imprenditori e Coltivatori



LA SANITÀ DEL FUTURO



UNIONE NAZIONALE SINDACALE
IMPREDITORI E COLTIVATORI

ARTIGIANI E COMMERCianti:
LA CONTRIBUZIONE "RIDOTTA"
pag. 28

LEGGE DI BILANCIO:
CONFERME PER L'APE SOCIALE
pag. 33

LIBRI, LO SVILUPPO
VISTO DA GIUSEPPE DE RITA
pag. 34



SEDI PROVINCIALI UNSIC SUL TERRITORIO NAZIONALE

ABRUZZO - Avezzano-AQ (V. Cesare Battisti, 46); Pescara (V. Gobetti, 15 - Tel 085-2058605); Pollutri-CH (V. Marconi, 81 - Tel 0873902805); Teramo (V. Cerulli Irelli, 5 - Tel 0861-250525).

BASILICATA - Montalbano Jonico-MT (V. Livenza, 8 - Tel 0835-692850); Senise-PZ (V. Madonna D'Anglona, 114 - Tel. 0973-584026).

CALABRIA - Catanzaro (Via Indipendenza, 42 - Tel 0961-060199); Cosenza (V. Nazionale, 11 - Tel 0983-290336); Crotona (V. Panella, 182/a - Tel 0962-955071); Reggio Calabria (V. Sant'Anna II tr. Vico Andilorò, 40 - Tel 0965-810913); Filadelfia - VV (Via 4 Novembre, 150 - Tel 0968-1950274).

CAMPANIA - Avellino (V. Ammiraglio Ronca, 13 - Tel 0825-781908); Benevento (V. Napoli, 156 - Tel 0824-363708); Villa di Briano-CE (V. del Firmamento, 19); Giugliano in Campania-NA (V. Palumbo, 120 - Tel 081-8947880); San Gregorio Magno-SA (Loc. Lavanghe, snc - Tel 0828-955613).

EMILIA-ROMAGNA - Modena (V. Mar Mediterraneo, 124 - Tel 0522-1710809); Parma (V. Scarabelli Zunti, 15 - Tel 0521-1715408); Reggio Emilia (V. Adua, 38/a - Tel 0522-1712705); Rimini (V. XXIII Settembre 1845, 6 - Tel 0541-56665); Russi-RA (V. Di Vittorio, 2 - Tel 0544-62787).

FRIULI-VENEZIA GIULIA - Gorizia (V. IX Agosto, 9 - Tel 0481-33387); Pordenone (V.le Della Libertà, 2/a - Tel 0434-20481); Trieste (V. Torrebianca, 26 - Tel 040-370038); Udine (V. del Gelso, 17 - Tel 0432-1791277).

LAZIO - Frosinone (V.le Mazzini, 69 - Tel 0775-835063); Latina (V. Filzi, 19 - Tel 0773-663832); Rieti (V. di Villa Mari, 11c - Tel 0746-485241); Roma (V. Bono Cairoli, 47 - Tel 06-64521464).

LIGURIA - Genova (V. Dante Sturzo, 15r - Tel 010-8595435); Imperia (V. Matteotti, 37 - Tel 0183-650503); La Spezia (V. Redipuglia, 17 - Tel 0187-460473).

LOMBARDIA - Bergamo (V. Battista Rubini, 11 - Tel 035-0345985); Brugherio-MB (V. Vittoria, 40 - Tel 039 2848376); Colico-LC (V. Villatico, 1 - Tel 0341-941346); Como (P.za Perretta, 6 - Tel 031-264489); Mantova (V. Mazzini, 31 - Tel 0376-224543); Milano (V. Ponte Nuovo, 50 - Tel 02-2565683); Sarezzo-BS (V. Repubblica, 52 - Tel 030-291468); Varese (V. Speri della Chiesa, 10 - Tel 0332-289548).

MARCHE - Ascoli Piceno (V. Kennedy, 22 - Tel 073-646561); Civitanova Marche-MC (V. Indipendenza, 64 - Tel 073-3770111); Jesi-AN (V. Mura Occidentali, 25 - Tel 0731-205236).

MOLISE - Campobasso (V. San Antonio dei Lazzari, snc - Tel 0874-310225); Venafro-IS (V. Vanvitelli, 9 - Tel 0865-900006).

PIEMONTE - Alessandria (V. Vochieri, 51 - Tel 0131-264212); Biella (V. Asmara, 15 - Tel 015-8493429); Busca-CN (P.zza Marconi, 11 - Tel 0171-946732); Domodossola-VB (V. Cadorna, 22 - Tel 0324-482601); Nizza Monferrato-AT (V. Billiani, 29 - Tel 0141-1098151); Novara (Str. Giraldego, 4 - Tel 0321-472287); Torino (V. Vittorio Asinari di Bernezzo, 101/c - Tel 011-7203903); Vercelli (V. Ariosto, 9 - Tel 0161-217165).

PUGLIA - Bari (C.so Vittorio Emanuele II, 180 - Tel 080-5538087); Barletta (V. Scommegna, 55 - Tel 0883-884080); Brindisi (C.so Umberto I, 108 - Tel 0831-667163); Cursi-LE (V. Piave, 9 - Tel 0836-433020); Foggia (V. Gorizia, 43/a - Tel 0884-513231); Taranto (V. Cavallotti, 149 - Tel 099-4596547).

SARDEGNA - Alghero-SS (V. Mazzini, 90 - Tel 079-950806); Cagliari (Vico III Sant'Avendrace, 24 - Tel 070-284490); Iglesias-SU (V. XX Settembre, 32/b - Tel 0781-878659); Oliena-NU (V. Dante, 4 - Tel 0784-287468); Oristano (V. Doria, 34 - Tel 0873-302144).

SICILIA - Agrigento (V. De Gasperi, 8 - Tel 0922-402958); Catania (V. Nazario Sauro, 38/40/42 - Tel 095-8163944); Enna (Via Donna Nuova, 109 - Tel 0935-1980098); Messina (V. Industriale, 152 - Tel 090-2402467); Modica-RG (V. Don Giuseppe Puglisi, 16); San Cataldo-CL (V.le dei Tigli, 93 - Tel 0934-571989); Siracusa (V. Brenta, 12 - Tel 0931-65476); Termini Imerese - PA (P.zza Europa, 6 - Tel 091-8111534); Trapani (V. Capitano Fodale Michele, 19).

TOSCANA - Chiusdino-SI (V. Roma, 25 - Tel 0577-751142); Firenze (V. La Marmora, 26 - Tel 0553-08642); Livorno (V. Russo, 24 - Tel 0586-410641); Massa (Gall. Raffaello Sanzio, 26 - Tel 0585-811463); Pisa (Corte S. Domenico, 8 - Tel 050-9913022); Pistoia (V. Storta, 3a - Tel 0573-420511); Prato (V. Toscana, 6b - Tel 0574-620118).

TRENTINO - Trento (V. Malvasia, 101 - Tel 0461-209737).

UMBRIA - Terni (V. Tre Venezie, 162 - Tel 0744-062106); Valfabbrica-PG (V. Fermi, 14 - Tel 075-901247).

VENETO - Belluno (V. dell'Agricoltura, 13 - Tel 0437-930244); Mirano-VE (V. dei Pensieri, 17 - Tel 041-5701177); Nervesa della Battaglia-TV (V. Calmontera, 5 - Tel 0422-779875); Padova (V. Tommaseo, 15 - Tel 049-8755938); Verona (V. Fraccaroli, 10 - Tel 045-8212805); Vicenza (V.le Milano, 55 - Tel 0444-325767).

L'Unsic ha oltre 2.100 Caf sparsi per l'Italia. L'elenco completo su www.unsic.it

<p>5 EDITORIALE</p> <p>Una sanità vicina al paziente (DOMENICO MAMONE) 5</p> <p>6 COPERTINA</p> <p>Sanità 2026: il punto e i numeri (GIAMPIERO CASTELLOTTI) 6</p> <p>10 QUALE SANITÀ</p> <p>Pubblico o privato, eterno dilemma (MARIA DI SAVERIO) 10</p> <p>Sanità privata: i maggiori operatori (VANESSA POMPILI) 11</p>  <p>14 TESTIMONIANZA</p> <p>L'attenzione della Chiesa nell'ambito del Servizio sanitario (GIAMPIERO CASTELLOTTI) 14</p> <p>18 SANITÀ SOCIALE</p> <p>Società di mutuo soccorso, nel segno della solidarietà (G.C.) 18</p>	<p>22 SANITÀ INTEGRATIVA</p> <p>Le aziende scelgono le Casse di assistenza (LORENZO SIGILLÒ) 22</p> <p>Il volto tech della sanità privata (VANESSA POMPILI) 23</p>  <p>24 TECNOLOGIE</p> <p>Sanità del futuro: il Fascicolo sanitario (MARIA DI SAVERIO) 24</p> <p>Sanità sotto pressione: la sicurezza Ot è una priorità (GIOVANNI CASTELLOTTI) 26</p>	<p>28 MONDO UNSIK</p> <p>Artigiani e commercianti: guida alla contribuzione "ridotta" (WALTER RECINELLA) 28</p> <p>Giovani agricoltori nel Lazio: a marzo parte la formazione Enuip (ELISA SFASCIOTTI) 30</p> <p>Enuip, formazione gratuita nel Lazio per Giovani imprenditori agricoli (RENO INSARDÀ) 31</p> <p>Corso di aggiornamento per il personale Caf Unsic (VANESSA POMPILI) 32</p> <p>Legge di Bilancio: conferme per l'Ape sociale (WALTER RECINELLA) 33</p> <p>34 LO SCAFFALE</p> <p>Lo sviluppo e il divenire (GIAMPIERO CASTELLOTTI) 34</p> 
---	---	---



ACCADEMIA
DELLE ARTI
E NUOVE
TECNOLOGIE

CONVENZIONE UNSIC

Triennali di
| Design,
| Graphic Design,
| Video Making.

aant.it

Ruler of my dream

Il tuo talento, la nostra eccellenza.

Una sanità vicina al paziente

L'impresa al servizio della salute

di DOMENICO MAMONE - presidente dell'UNSIK



Di sanità ci sarà sempre più bisogno nel nostro Paese. In particolare l'invecchiamento della popolazione richiede servizi sempre più capillari e specialistici, capaci di coniugare efficienza ed efficacia. Perché una sanità di qualità deve essere innanzitutto vicina al paziente, sia da un punto di vista organizzativo – la prossimità - sia umano, l'empatia. Deve garantire accoglienza e inclusione, responsabilità condivisa, ma anche produttività e valore comunitario.

Il modello universalistico del Servizio sanitario nazionale introdotto nel 1978, dopo quasi mezzo secolo è indubbiamente messo a rischio da provvedimenti scriteriati attuati negli ultimi decenni. Tagli sconsiderati hanno indebolito la sanità pubblica, moltiplicando i problemi: dalle infinite liste d'attesa alla riduzione complessiva dell'offerta. Un degrado di cui si occupano quotidianamente le cronache. Altre criticità quantitative e qualitative sono esplose nell'ambito della formazione dei professionisti. In gioco, nel complesso, ci sono valori civili e umani basilari, come la solidarietà sociale, l'uguaglianza tra gli individui, la coesione collettiva, la dignità del lavoro.

In questo contesto demonizzare le privatizzazioni in atto, frutto di un processo globale inarrestabile, è inutile, insensato, oltre che controproducente. Semmai si deve difendere la sanità pubblica in un'ottica di collaborazione tra pubblico e privato accreditato, binomio che in una dimensione armonica e flessibile costituisce certamente un valore aggiunto per tutti.

In questo numero di *Infoimpresa* ci interroghiamo proprio sul rapporto tra sanità e impresa, richiamando quei valori deontologici indispensabili per garantire servizi di pregio. Crediamo che coniugare buona sanità e redditività sia possibile, così come sfruttare al meglio l'innovazione tecnologica, strumento sempre più utile nell'ottimizzare la qualità delle prestazioni e l'organizzazione generale. Fuoriuscire da logiche ideologiche di contrapposizione tra modelli è doveroso per rilanciare questo settore vitale per ogni cittadino.



Questo numero di Infoimpresa, oltre a raggiungere – come di consueto - gli oltre 4mila uffici dell'Unsic e numerose istituzioni e opinion leader, viene inviato anche a numerose realtà del mondo sanitario in tutta Italia.

Sanità 2026: il punto e i numeri

Criticità crescenti e qualche spiraglio

di GIAMPIERO CASTELLOTTI

È naturalmente presto per valutare gli effetti sul Pnrr sulla sanità, a cui sono stati destinati ben 15,63 miliardi di euro (Missione 6 "Salute"), pari all'8,16% del totale delle risorse. Occorrerà, in particolare, monitorare l'operatività delle oltre 1.700 Case della comunità previste sulla carta, così come degli oltre 500 Ospedali di comunità e delle 650 Centrali operative territoriali, nonché l'efficienza dell'assistenza domiciliare che, nelle intenzioni, dovrebbe migliorare per far fronte al costante invecchiamento della popolazione, e l'attuazione del Fascicolo sanitario elettronico.

Tuttavia, al di là delle speranze legate ai soldi prestatati dall'Europa, il quadro della sanità resta sconfortante.

Nonostante nell'ultima Legge di Bilancio siano stati programmati per la sanità pubblica 7,7 miliardi in più (2,4 miliardi nel 2026 e 2,65 miliardi nel 2027 e nel 2028, anno in cui il Fondo sanitario nazionale toccherà i 145 miliardi complessivi), gli esperti sono certi dell'insufficienza dell'intervento, che quindi non riuscirà ad alimentare la tanto auspicata inversione di tendenza complessiva.

Stagioni di tagli

La ferita, che non si rimargina, è costituita dai profondi tagli operati per troppo tempo: soltanto negli ultimi tre anni sono spariti 13,1 miliardi, come rileva l'ottavo Rapporto della Fondazione Gimbe. Ed uno degli ultimi Annuari del Servizio sanitario nazionale, pubblicato dal ministero della Salute, attesta che se nel 2013 il Sistema sanitario italiano contava 226.387 posti letto, dieci anni dopo sono scesi a 215.827, cioè oltre 10mila in meno, con la chiusura di 74 ospedali (dai 1.070 del 2013 ai 996,5 del 2023). Nello stesso periodo sono diminuiti anche i consultori, da 2.430 a 2.140, cioè ben il 10% in meno, e i Centri di salute mentale, da 1.603 a 1.334.

Tutto ciò, per paradosso, è successo (e succede) proprio mentre la popolazione italiana continua ad invecchiare,

con la conseguente crescita delle esigenze di assistenza a lungo termine: attualmente circa 24 milioni sono gli individui che soffrono di almeno una patologia cronica e circa quattro milioni sono le persone disabili. L'indice di dipendenza degli anziani, al 36%, è previsto al 70% nel 2050.

In tale quadro, è chiaro che le criticità siano allarmanti e crescenti. E la quota del Fondo sanitario nazionale, benché incrementata dall'ultima Legge di Bilancio, scenderà al 5,9% del Pil rispetto al 6,3% del 2024 (la media Ocse per la spesa sanitaria è al 7,1%, quella europea al 6,9%) a causa principalmente dell'inflazione e dell'aumento dei costi energetici nel 2028. La spesa pubblica italiana è quindi inferiore del 44% rispetto alla media comunitaria, posizionandosi al 16° posto in Europa.

Anche per la spesa totale, che include sia quella pubblica sia quella privata, registriamo ritardi: siamo all'8,4% del Pil contro una media Ocse al 9,2%.

Problemi insoluti

L'insufficiente finanziamento del Servizio sanitario nazionale si riflette sulle prestazioni. I posti letto negli ospedali italiani sono 3,1 ogni mille abitanti rispetto alla media Ocse di 4,3. Questo e altri dati determinano una performance che ci pone al 22° posto in Europa per qualità e accesso alle cure, rispetto a non molti anni fa, quando la sanità italiana era riconosciuta come un'eccellenza internazionale.

Ma non c'è soltanto il problema dell'insufficiente finanziamento del Servizio sanitario nazionale, della sua organizzazione (o disorganizzazione) e del suo (mancato) funzionamento. La sanità registra anche la crescente demotivazione del personale medico-infermieristico, sempre più soggetto a turni massacranti, all'insicurezza sul posto di lavoro, a stipendi molto più bassi rispetto ad altri Paesi europei: un medico specialista riceve in Italia un compenso medio di 117.954 dollari contro la media



Legge di Bilancio, le novità per la sanità

La legge di Bilancio 2026 (legge n. 199 del 30 dicembre 2025) assegna alla sanità 142,9 miliardi per il 2026, con il finanziamento di 2,38 miliardi per il Fondo sanitario nazionale per il 2026 (2,63 miliardi per il 2027 e 2,63 miliardi annui a partire dal 2028). I fondi saranno principalmente utilizzati per assumere personale, riassorbire le liste d'attesa e potenziare la prevenzione.

Per quanto riguarda le assunzioni di personale, lo stanziamento a regime è di 450 milioni annui. Particolare attenzione è dedicata al personale di pronto soccorso: le Regioni possono stabilire, dal 2026 al 2029, un incremento delle risorse destinate al trattamento accessorio del personale, anche in deroga ai limiti di spesa normativamente previsti.

Si estende la tassazione Irpef agevolata al 5% ai compensi per lavoro straordinario per il personale dipendente delle strutture sanitarie, delle RSA e delle altre strutture residenziali e socio-assistenziali, erogati agli infermieri dipendenti dalle strutture private accreditate.

Previste, infine, le risorse necessarie per l'incremento dell'indennità di specificità sanitaria, medica e non, dell'indennità di specificità infermieristica e dell'indennità di tutela del malato e per la promozione della salute.

Per le liste d'attesa, gli enti del SSN potranno continuare per il 2026 a conferire incarichi semestrali di lavoro autonomo a medici specializzandi e incarichi a tempo determinato al personale delle professioni sanitarie, agli operatori socio-sanitari nonché ai medici specializzandi iscritti all'ultimo e penultimo anno della scuola di specializzazione.

Sul fronte della prevenzione, dal 2026 sono stanziati 238 milioni ogni anno. In particolare è prevista l'estensione dello screening per il tumore della mammella alle donne tra 45 e 49 anni e tra 70 e 74 anni, nonché l'estensione dello screening per il tumore del colon-retto tra 70 e 74 anni. Altri incrementi riguardano le risorse per i vaccini, i test genomici nei casi di carcinoma mammario avanzato o metastatico, il consolidamento del programma di monitoraggio del tumore polmonare e altre iniziative più specifiche riguardanti la sordità, le malattie rare, il Parkinson e le patologie oculari. Stanziati risorse anche per la prevenzione sanitaria legata alle patologie da inquinamento ambientale.

La manovra stanziava inoltre 80 milioni per il 2026, 85 milioni per il 2027, 90 milioni per il 2028 e 30 milioni annui a decorrere dal 2029, per l'attuazione del Piano nazionale di salute mentale. Per il triennio 2026-2028, aumentano di 2 milioni annui le risorse del Fondo per l'assistenza ai bambini affetti da malattie oncologiche.

Prosegue il processo di digitalizzazione. Tra gli interventi c'è la dematerializzazione della ricetta per l'erogazione dei prodotti per celiaci, l'implementazione delle infrastrutture di scambio transfrontaliero delle ricette elettroniche e il potenziamento dei servizi di telemedicina con uno stanziamento di 20 milioni annui dal 2026.

Ocse di 131.455 dollari, mentre gli infermieri ospedalieri sono a 45.434 dollari contro la media Ocse a 60.260. Il Rapporto Gimbe, inoltre, smentisce una diffusa diceria: attesta che non è vero che in Italia mancano i medici, semmai c'è un'emergenza per la penuria di infermieri. Secondo l'Ocse, il nostro Paese nel 2023 contava 315.720 medici (5,4 ogni 1.000 abitanti): siamo pertanto secondi per percentuale di medici dopo l'Austria, con un valore nettamente superiore alla media Ocse (3,9) e a quella dei Paesi europei (4,1). Viceversa, per quanto riguarda gli infermieri siamo a 6,5 operatori ogni 1.000 abitanti rispetto alla media Ocse di 9,5.

Le tante Italie

C'è poi l'annoso problema dei divari territoriali: se Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto registrano una sanità che tutto sommato funziona e calamita pazienti da altri

territori, le regioni del Mezzogiorno continuano a registrare enormi problemi ed alcune non rispettano i Livelli essenziali di assistenza. Come spiegano gli esperti del Gimbe, le conseguenze di questa permanente "frattura strutturale" tra Nord e Sud si riflettono anche nell'aspettativa di vita: 84,7 anni a Trento, 81,7 in Campania.

La rinuncia alle cure è una drammatica conseguenza di questa condizione generale: ormai un italiano su dieci abbandona la medicina, con punte di quasi due in Sardegna.

Cresce il privato

Tale situazione sta ovviamente spianando la strada al privato. "L'indebolimento della sanità pubblica favorisce la continua espansione dei soggetti privati, ben oltre la sanità privata convenzionata - dichiara Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe.

I numeri di tre ricerche

Continua a crescere la spesa sanitaria italiana. Lo attesta l'ultimo rapporto (il numero 12) della **Ragioneria generale dello Stato**. Nel 2024 la spesa pubblica ha toccato i 139,4 miliardi (+4,9% rispetto al 2023) cui vanno sommati altri 46,4 miliardi di "out of pocket" (+7,7%) per un totale di quasi 186 miliardi. A crescere sono principalmente la farmaceutica diretta (+11,8%), i beni e servizi (+9,3%), la spesa per il personale (+4,6%), l'assistenza medico-generica (+3,5%), la farmaceutica convenzionata (+3%) e gli acquisti da privato (+1,9%). La spesa pubblica corrisponde al 6,5% del Pil e al 15% delle entrate fiscali dello Stato.

Sedici Regioni hanno chiuso i conti in rosso (per 2,572 miliardi) e sono state costrette a coprire i buchi con risorse proprie, spesso sottraendole ad altri capitoli di spesa.

La spesa a carico diretto dei cittadini, in forte crescita, ha raggiunto i 46 miliardi.

Altra istantanea è stata scattata dal **XXI Rapporto Sanità del Crea**, che attesta il ricorso a spese di tasca propria per sette famiglie su dieci (dal 50,8% degli anni Ottanta al 70% attuale). L'incremento della spesa privata ha subito un'accelerata soprattutto negli anni Novanta, quando mentre la spesa pubblica è cresciuta in media del 4,4% annuo, quella privata più che doppio (+10,7%). Tra le principali aree dove prevale il privato si registrano l'odontoiatria e l'assistenza a lungo termine per le persone non autosufficienti.

Un dato significativo è quello della spesa maggiore per il privato che si registra nel Centro e nel Mezzogiorno, a cause delle forti carenze del servizio pubblico.

YouTrend, nell'ambito di Net-Health, il *policy enabler* ideato da Ls Cube, ha invece condotto un'indagine su cosa chiedono i cittadini alla sanità. La capillarità dell'assistenza sul territorio è la priorità per il 63% degli intervistati (con attenzione allo sviluppo della medicina territoriale, alla deospedalizzazione e all'assistenza medica domiciliare), seguita dalla prevenzione delle malattie (46%) e dalla digitalizzazione del sistema sanitario (33%). Rilevante anche la ricerca clinica e farmaceutica, indicata dal 31% del campione.

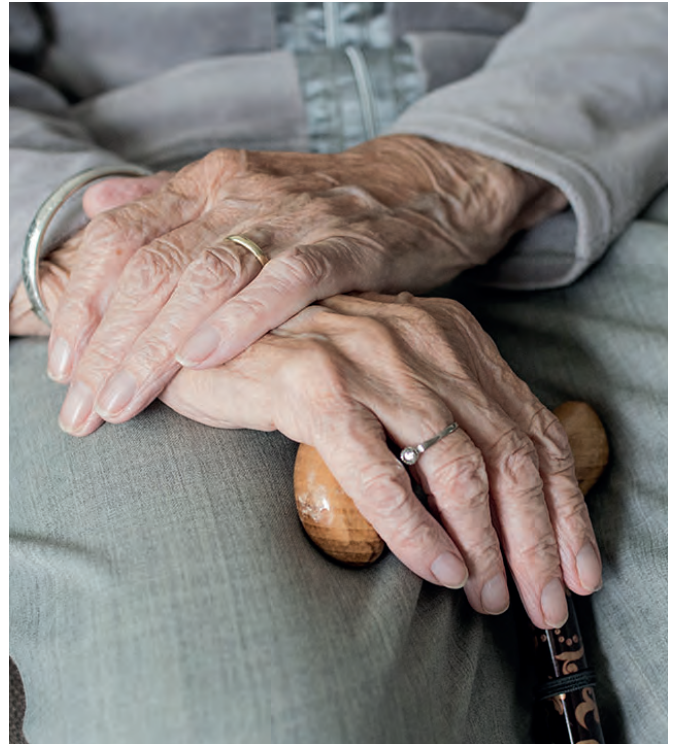
Riguardo alle criticità in essere, le principali del Servizio sanitario nazionale sono indicate nella disuguaglianza dei servizi territoriali (70%), nell'inefficienza gestionale e nello spreco di fondi (57%) e nella loro scarsità (37%).

Tra le richieste, infine, maggiore trasparenza sull'operato delle Regioni (58%), e la centralizzazione statale per il 32%.

Un ultimo amaro dato: il 71% teme di non potersi permettere in futuro l'assistenza sanitaria necessaria, preoccupazione che cresce tra i pensionati (77%).

In effetti, se la spesa pubblica destinata al privato convenzionato ha raggiunto i 28,7 miliardi nel 2024 e dai dati del ministero della Salute (2023) si evince il peso delle strutture private accreditate (su 29.386 strutture sanitarie, sono 17.042, pari al 58%), prevalenti sul pubblico in molti settori, dall'assistenza residenziale (85,1%) a quella riabilitativa (78,4%), da quella semi-residenziale (72,8%) a quella specialistica ambulatoriale (59,7%), il vero boom è quello del privato "puro": nel 2024 le famiglie italiane hanno dirottato 41,3 miliardi sulle strutture private e nel giro di sei anni gli esborsi sono raddoppiati. Altri 6,3 miliardi sono coperti da fondi sanitari e assicurazioni, a cui si ricorre sempre di più.

Duro Andrea Crisanti, il microbiologo diventato senatore con il Pd. Lo scorso 4 dicembre ha postato su Facebook: "L'Italia è il paradiso della sanità privata. Nel nostro Paese, infatti, i privati erogano solo le prestazioni che gli permettono di massimizzare il profitto senza però avere le strutture necessarie per gestire le eventuali emergenze, dal momento che hanno solo 400 letti di terapia intensiva - di cui oltre la metà in Lombardia. Tutto ciò è possibile perché, in caso di complicazioni, i privati utilizzano le strutture del Servizio sanitario nazionale, senza pagarle neanche un centesimo. Allo Stato italiano, invece, mantenere un solo posto letto in terapia intensiva costa centinaia di migliaia di euro l'anno. Favorire in questo modo strutture che hanno come obiettivo principale il profitto, quando la nostra sanità pubblica versa in condizioni disastrose non è solo inaccettabile, è immorale. Una soluzione, tuttavia, esiste: obbligare le strutture pri-



vate che fanno attività con un rischio medico clinico e che non hanno le strutture per farvi fronte a dare un contributo allo Stato".

Insomma, la contrapposizione – soprattutto ideologica – tra i due modelli non demorde e rischia di accentuare i problemi anziché attenuarli.

I numeri della "questione demografica"

Il Servizio sanitario nazionale è nato nel 1978, salutato come un'innovazione altamente democratica in quanto incentrato su valori di uguaglianza, equità ed efficienza, senza distinzioni sociali ed economiche, né disparità di trattamento. La tutela della salute è stato riconosciuto come diritto fondamentale, integrando servizi di prevenzione, cura e riabilitazione.

Da quasi cinquant'anni assicura un sistema pubblico universalistico, preso totalmente in carico dallo Stato e finanziato dalla tassazione generale (prelievo fiscale) e dai ticket sanitari. È strutturato su un livello centrale (Ministero della Salute), regionale (Assessorati) e locale (Aziende sanitarie locali e ospedaliere). Garantisce i cosiddetti Lea, i Livelli essenziali di assistenza.

Con il passare degli anni, però, il Servizio sanitario nazionale è stato sempre meno in grado di confermare obiettivi e tutele. Ingenti tagli hanno finito per sottofinanziare il settore, per cui il sistema non è più spesso in grado di rispondere con efficienza ed efficacia ai bisogni in evoluzione della popolazione, determinati non soltanto dalle trasformazioni sociali, ma soprattutto dalle dinamiche demografiche.

In questo quasi mezzo secolo, il numero delle persone anziane è aumentato in modo rilevante: quasi cinque milioni di over 75 in più, di cui 1,5 milioni multicronici in più. Negli ultimi dieci anni i non autosufficienti sono aumentati del 10%. Le nascite sono calate di 140mila unità, i decessi sono 27mila annui in più. Tutto ciò ha portato al disallineamento tra i bisogni e le aspettative della popolazione sul fronte sanitario.

Pubblico o privato, eterno dilemma

Attese, costi, efficienza...

di MARIA DI SAVERIO

Se fino a qualche decennio fa quasi tutti gli ospedali erano pubblici, con l'eccezione soltanto di alcuni ospedali gestiti da ordini religiosi, le facoltà di medicina erano tutte statali e le cliniche private erano poche, oggi il privato, nelle sue varie sfaccettature, copre circa un quarto dell'intera sanità (sette anni fa era un quinto, dati Mef), percentuale che da oltre un decennio supera quel limite del 15% raccomandato dall'Organizzazione mondiale della sanità.

Offerta privata dalle tante articolazioni: "accreditata" con il Servizio sanitario nazionale per le attività di ricovero e cura (dalle Rsa ai Centri diagnostici), "classificata" (ospedali religiosi, come il Gemelli o l'Israelitico a Roma) in accreditamento in base ai Patti Lateranensi (sanità cattolica), in "outsourcing" (in particolare nella gestione di servizi e strutture per conto delle Asl), "integrativa" regolata dal Jobs Act, o meramente "privata".

A questi soggetti vanno aggiunti i cosiddetti "terzi paganti", cioè gli intermediari costituiti da fondi sanitari, casse mutue, compagnie assicurative, imprese, enti del terzo settore e altre realtà non profit, che nel 2024 – dati Istat-Sha – hanno speso 6,36 miliardi. Il modello delle assicurazioni private di malattia, finanziate da polizze assicurative stipulate dai singoli cittadini o dalla aziende, tipico degli Usa, è in crescita nel nostro Paese.

La privatizzazione del Servizio sanitario nazionale e il progressivo indebolimento dell'offerta pubblica accentua il dibattito sulla trasformazione dei diritti costituzionali egualitari in privilegi per coloro che si possono permettere di pagare.

La contrapposizione è nota: il privato mira al reddito, per cui l'universalismo è un valore estraneo. Nel contempo, però, il privato è più attento all'efficienza e al risultato rispetto alla frequente disorganizzazione – fino al diffuso malaffare - del comparto pubblico.

Meglio pubblico o privato?

La premessa è che molti italiani non si possono permet-



tere le strutture private, per cui sono obbligati a ricorrere alle cure pubbliche. Questa è la prima abissale differenza tra pubblico e privato: il primo garantisce servizi per lo più gratuiti, equi e inclusivi per tutti i cittadini, senza discriminazioni connesse al reddito o allo status sociale. È un valore non da poco.

Una seconda differenza riguarda l'impegno pubblico per investimenti socialmente - e non necessariamente finanziariamente - utili, ad esempio sulla prevenzione con programmi di screening gratuiti o sul pronto soccorso, che per il privato sarebbe un costo infruttifero.

Una terza indicazione riguarderebbe la maggiore esperienza di medici con il pronto soccorso universalista in curriculum rispetto alla semplice specializzazione.

Ancora, la sanità pubblica può beneficiare di economie di scala, servendo un'intera popolazione.

Di contro, la sanità pubblica è caratterizzata dalle lunghe liste d'attesa, che ovviamente incidono sulla salute dei pazienti. Inoltre, il taglio delle risorse può determinare cure di non eccelsa qualità, infrastrutture obsolete e mancanza di personale qualificato. Ancora: potrebbe essere limitata la possibilità di scegliersi un medico di fiducia o di personalizzare le cure.

La sanità privata, di contro, offre soprattutto l'accesso immediato alle cure, senza lunghe liste d'attesa. Inoltre in genere garantisce strutture moderne, apparecchiature all'avanguardia e personale altamente specializzato. Altro vantaggio è la possibilità di scegliersi il medico o il centro sanitario desiderato.

Il rovescio della medaglia è rappresentato dai costi non accessibili a tutti e dalla finalità del guadagno, che potrebbe includere – dicono i più maliziosi - un'eccessiva medicalizzazione, con una maggiore prescrizione di procedure diagnostiche o terapeutiche.

Sanità privata: i maggiori operatori

Un giro d'affari in continua crescita

di VANESSA POMPILI

Vengono chiamate le “sette sorelle”. Sono i principali gruppi sanitari privati che gestiscono cliniche, centri di riabilitazione e Rsa. Vantano fatturati miliardari e una forte presenza - spesso convenzionata - sul territorio nazionale, con particolare concentrazione nel Nord Italia. Da sole controllano il 40% del mercato sanitario privato. Secondo l'ultimo report di Mediobanca (dati 2023), il Gruppo San Donato (GSD/Papiniano Spa), Humanitas, il Policlinico Gemelli, GVM - Gruppo Villa Maria e Kos Group primeggiano per ricavi, seguiti dall'Istituto europeo di oncologia e dall'Ics Maurgeri. Altri - Segesta, S.O. Holding e Don Gnocchi - hanno il punto di forza in una presenza capillare sul territorio nazionale. Alcuni, è il caso della Garofalo Health Care, sono arrivati ad essere quotati in Borsa.

Il **Gruppo San Donato (GSD)**, fondato nel 1957, è tra i primi gruppi ospedalieri europei e leader in Italia. Ha 63 sedi, di cui 3 IRCCS (Policlinico San Donato, Ospedale San Raffaele, Ospedale Galeazzi-Sant'Ambrogio). Ha capillare presenza nelle principali province lombarde (Milano, Monza, Como, Pavia, Bergamo, Brescia), a cui si aggiunge Bologna. Cura oltre cinque milioni di pazienti all'anno, in tutte le specialità riconosciute, leader in Cardiochirurgia, Cardiologia, Chirurgia Vascolare, Neurochirurgia, Ortopedia e Cura dell'Obesità. Realizza l'80% dell'attività clinica in convenzione con il SSN. Conta oltre 18mila collaboratori, di cui più di 7mila medici. Oltre all'eccellenza dell'attività clinica, ciò che rende unico GSD in Europa è la qualità dell'attività della didattica universitaria e della ricerca scientifica: circa 500 docenti e 1.200 ricercatori, 5.126 studenti, 1.454 specializzandi, 3.414 pubblicazioni scientifiche nel 2022 e 19.142 punti di Impact Factor.

Il **Gruppo Humanitas** ha un giro d'affari di 1.188 milioni. È il 2° operatore della sanità privata in Italia, attivo attraverso una rete integrata che comprende ospedali (Istituto Clinico Humanitas), centri medici ambulatoriali (Humanitas Medical Care) e un polo universitario (Huma-

nitas University). Le origini affondano negli anni Ottanta, dall'incontro tra il professor Nicola Dioguardi, Pier Carlo Romagnoli - allora presidente di Reale Mutua - e Gianfelice Rocca insieme a un gruppo di imprenditori. Del 1996 è la costruzione dell'ospedale a Rozzano (Mi) e dell'anno seguente la convenzione con il SSN per i servizi di ricovero. Del 1999 è la nascita della Fondazione Humanitas. È di proprietà della famiglia Rocca. Particolarmente forte in Lombardia, la sua rete ospedaliera si estende anche in Piemonte e in Sicilia.

Il **Policlinico Universitario Agostino Gemelli** è il 3° operatore privato italiano con 917 milioni di ricavi. Inaugurato nel 1964 come struttura integrata dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, dal 2015 l'ospedale ha assunto la forma giuridica di Fondazione. Del 2018 è il riconoscimento istituzionale con il decreto ministeriale che gli ha attribuito il carattere scientifico per “Medicina personalizzata” e “Biotecnologie innovative”, diventando Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs). Il Consiglio di amministrazione della Fondazione è presieduto da Daniele Franco, già ministro dell'Economia e delle Finanze.

Il **Gruppo Santa Maria (GVM Care & Research)** è attivo nei settori sanità, ricerca, formazione medico-scientifica, benessere, cure termali, ospitalità alberghiera, industria biomedica e servizi alle imprese. Fatturato: 897 milioni. Fondato da Ettore Sansavini, oggi presidente e amministratore delegato, vanta una presenza consolidata in Italia e all'estero. Con oltre 11.600 dipendenti, la rete del gruppo comprende 30 ospedali, 8 poliambulatori, 3 Rsa e 2 Ra in Italia, oltre a 14 centri clinici all'estero, in Francia, Polonia, Albania, Ucraina e Kosovo. Le strutture sono convenzionate con Fondi sanitari integrativi, Casse mutue e Assicurazioni sanitarie.

La storia del Gruppo è iniziata nel 1973, quando Ettore Sansavini ha assunto la direzione della Casa di Cura Villa Maria di Cotignola (ora Maria Cecilia Hospital), specializzandosi nell'attività cardiovascolare. Qui nel 1979 è nato

il primo polo cardiocirurgico privato italiano. Nel 1992 Sansavini ha fondato il Gruppo Villa Maria Spa, con sede a Lugo (Ravenna).

Kos Spa ha un fatturato di 752 milioni ed è attivo in 11 regioni con oltre 170 strutture tra Italia e Germania, impiegando più di 13.300 persone, tra dipendenti e collaboratori, e mettendo a disposizione oltre 13mila posti letto. Fondato nel 2002 con il nome HSS - Holding Sanità e Servizi, il progetto è stato affidato al professor Piero Micossi. Nel 2003 ha acquisito tre Rsa in Liguria, dando inizio al consolidamento dell'offerta. Un anno dopo ha rilevato anche Redancia, società che gestisce case alloggio per la riabilitazione psichiatrica in Liguria. Nel 2006 ha acquisito le Residenze Anni Azzurri. Nel 2019 il gruppo è entrato nel mercato tedesco con l'acquisizione

del 100% di Charleston Holding, che gestisce 53 strutture per anziani in Germania.

Garofalo Health Care S.p.A. (GHC) è quotata nel segmento Euronext STAR di Borsa Italiana. Ha sede a Roma. Gestisce 38 strutture di eccellenza in Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana e Lazio. La sua storia ha inizio negli anni Cinquanta grazie al chirurgo Raffaele Garofalo, che insieme ai fratelli Antonio e Mario, ha avviato un percorso imprenditoriale acquisendo strutture sanitarie nel Lazio. Negli anni Novanta, con il coinvolgimento della figlia Maria Laura, l'espansione si è estesa nel Nord Italia. Nel 2018 è iniziata la quotazione nel mercato telematico azionario di Borsa Italiana. Oggi è "il primo e unico operatore privato del settore sanitario in Italia a essere quotato in Borsa".

L'emigrazione "contromano" del manager di Cerba HealthCare

Massimo Bene, da Milano nel "suo" Salento

È una storia di emigrazione "contromano": Massimo Bene, dopo una lunga carriera a Milano nei più importanti gruppi della sanità, è tornato da tempo nella "sua" terra con il ruolo di Regional Executive Officer Puglia di Cerba HealthCare Italia.

"Sono nato in questa bellissima terra quasi per caso - racconta Massimo Bene - perché i miei genitori avevano una casa a Santa Maria di Leuca, ma i geni del Salento mi sono entrati dentro anche grazie alla mia infanzia e poi alla giovinezza quando venivo qui diversi mesi all'anno per trascorrere le lunghe vacanze scolastiche. Poi è iniziato il mio percorso professionale, che mi ha portato lontano dal Salento: sono cresciuto nei più importanti gruppi milanesi della sanità italiana, rafforzando le mie competenze e arrivando ad assumere ruoli direzionali. Nel 2022 sono stato chiamato da Cerba HealthCare Italia: mi sono proposto di tornare nella "mia" terra, con il ruolo di amministratore delegato della Puglia".

Massimo Bene è a capo di uno staff di 170 persone (tra personale di segreteria, tecnici di laboratorio, biologi, infermieri), a cui si aggiungono alcune decine di medici liberi professionisti con svariate specializzazioni che collaborano con il gruppo Cerba, che in Puglia conta decine di sedi tra poliambulatori e centri prelievi. "E la nostra organizzazione territoriale è costantemente in crescita, perché molte storiche strutture pugliesi scelgono di continuare la propria storia all'interno del nostro Gruppo - aggiunge Bene.

"Qualità dei servizi, attenzione ai dettagli, macchinari all'avanguardia e digitalizzazione come pilastro di innovazione, che significa centralità del paziente, il quale può contare su una tempestiva e corretta presa in carico e un'alta qualità degli esami e delle prestazioni erogate. Sono questi i valori di Cerba HealthCare, fondato in Francia nel 1967, che ha i propri punti di forza sul territorio nelle analisi cliniche di laboratorio, diagnostica per immagini, medicina dello sport e medicina del lavoro - conclude Bene.

Cerba HealthCare Italia, parte del gruppo presente in 90 nazioni, è specializzata nei settori dei laboratori analisi, medicina dello sport, medicina del lavoro, radiologia, poliambulatori e service lab. In Italia ha oltre 400 centri medici.



Massimo Bene



E 51 startup italiane conquistano gli Usa

Il Ces 2026 di Las Vegas

È il più importante evento tech al mondo. Con centinaia di startup. CES di Las Vegas ha visto l'Italia presente grazie all'ICE, con 51 startup provenienti da 13 regioni, Lazio e Lombardia in primis, poi Veneto e Puglia. Hanno partecipato anche realtà di Sicilia, Sardegna, Campania, Molise.

"Inspired by legacy, designed by vision" è stato il claim di un Paese che innova attingendo alle radici: l'Italia trasforma curiosità, ingegno e design in tecnologie che migliorano la vita quotidiana, rendono più competitive le imprese e resilienti le città.

Oltre alle soluzioni per ambiente e agricoltura, cybersicurezza e settore legale, marketing e comunicazione, molte startup hanno nella salute la mission. Tra i prodotti, i dispositivi per la sicurezza quali gli airbag indossabili come un marsupio che si gonfiano in caso di caduta: fondamentali per chi lavora in quota ma utilizzabili anche dalle persone anziane. Poi gli esoscheletri per chi ha difficoltà motorie o per lavoratori che movimentano carichi pesanti, dispositivi indossabili che monitorano lo stato psicologico a partire da parametri fisiologici, e sistemi AI che guidano i pazienti nella filiera sanitaria, dalla prevenzione alle visite specialistiche al reperimento dei farmaci.

Tra le aziende: la milanese **Agade** specializzata in robotica indossabile, la vicentina **D-Air Lab**, che produce dispositivi di protezione individuale, la toscana **Eye-Tech** con sensore che mira a replicare in silicio l'adattabilità dell'occhio umano. La cagliaritano **Icarus** sviluppa un assistente vocale basato su AI che gestisce le chiamate in entrata per i provider sanitari.

Poi tre strumenti per valutare il benessere mentale: **Limbico**, realizzato a Milano, *wearable* da polso che combina dopamina on-device con attività elettrodermica (conduttanza cutanea), variabilità della frequenza cardiaca e sensori di movimento; **Myndoor** di Rosate (Mi) con strumenti basati su AI che valutano stati emotivi a partire da linguaggio; **Oraigo** di Padova, specializzata in neurotecnologie.

Salute360 di Bruino (To) affronta la frammentazione dell'apparato sanitario trasformando servizi dispersivi, informazioni incoerenti, procedure complesse e attori scollegati in un percorso continuo.

Non manca l'attenzione alla salute del corpo: **Uptivo** di Milano, attraverso un ecosistema che traccia frequenza cardiaca e altri segnali biometrici e comportamentali, combina sensori fitness e AI per offrire allenamenti personalizzati.

L'attenzione della Chiesa nell'ambito del Servizio sanitario

Intervista a Padre Virginio Bebber, presidente Aris

di GIAMPIERO CASTELLOTTI

Da oltre sessant'anni l'Aris, l'Associazione religiosa istituti socio sanitari, riunisce le prestigiose istituzioni – attualmente sono 270 - che testimoniano, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, l'attenzione della Chiesa cattolica nell'assistenza e nella cura.

Infoimpresa intervista il suo presidente, Padre Virginio Benner, trentino di Mezzolombardo, sacerdote dal 1970, già direttore delle case di cura San Camillo a Cremona e Milano.

- Padre Bebber, la sanità pubblica sta vivendo una fase di forte criticità, con la riduzione di personale e di posti letto. Non sempre in questo contesto è in grado di assicurare – in linea con il dettato costituzionale – pari opportunità di cura a tutti i cittadini. A fronte di questo panorama poco edificante, qual è il ruolo delle istituzioni socio-sanitarie di matrice religiosa?

“È sotto gli occhi di tutti: quello che una volta era un sistema sanitario universalistico esemplare per la comunità internazionale, è ora sull'orlo del baratro. La decadenza è iniziata con i famigerati tagli del 2011 e non si è mai più arrestata. E non è certo dipesa dagli operatori sanitari, tra i migliori in circolazione, e restano tali. Peccato che il sistema non riesca a trattenerli, riconoscendo adeguatamente la loro alta professionalità (nonostante qualche immancabile umano scivolone) e soprattutto mettendoli nelle condizioni di poter sfruttare al meglio le loro capacità. La sanità italiana ha bisogno di riforme profonde: sul personale, sul territorio, sulla cronicità, sull'integrazione socio-sanitaria. Nessuna di queste sfide si affronta nazionalizzando gli erogatori. Si affrontano rafforzando la regia pubblica, aggiornando le regole e valorizzando in modo responsabile tutte le risorse disponibili, pubbliche e private accreditate. Ridurre il dibattito a una contrapposizione tra pubblico e privato accreditato come sempre più spesso accade, rischia di allontanare l'attenzione dalle soluzioni reali di cui il Paese ha bisogno. Per quanto



padre Virginio Bebber

riguarda il ruolo delle strutture gestite da enti e congregazioni religiose dovrebbe essere quello che gli è stato affidato dalla stessa legge istitutiva del SSN: essere parte integrante del SSN, con gli stessi diritti e gli stessi doveri del servizio pubblico. Uso il condizionale perché in realtà la legge è troppo spesso disattesa, nel senso che tali strutture vengono spesso trascurate ed escluse da provvedimenti positivi, riservati solo al servizio pubblico. E pensare che queste strutture rendono lo stesso servizio del pubblico e con il solo ticket previsto. Per di più le strutture religiose sono tutte non profit per statuto”.

- Quali sono i valori promossi, nello specifico, dall'Aris?

“Per propria natura le nostre strutture pongono sempre al centro del loro modus operandi l'uomo, l'uomo fragile nella sua malattia. L'esempio che hanno sempre davanti è quello raccontato nella parabola del Buon Samaritano: prendersi cura dell'uomo malato che non vuol dire solo curare le ferite del corpo. Accoglienza, amore, umanità, solidarietà e compassione: significa accompagnare la persona malata nel suo cammino di sofferenza, mettendo a sua disposizione tutto il nostro amore per colui che consideriamo comunque un fratello, la nostra pro-



fessionalità, la nostra possibilità tecnologica sempre all'avanguardia, la capacità di lenire il dolore sino al momento, quando è possibile, di giungere alla guarigione. In altre realtà si parla di presa in carico dell'uomo malato ma è qualcosa di diverso, che non ci appartiene. Va poi sfatata la storia che la sanità privata accreditata e non profit viene finanziata dallo Stato e dunque 'toglie soldi al servizio pubblico'. È bene chiarire che l'unico soggetto finanziato su base capitaria è la Asl di residenza del cittadino. Tutti gli altri erogatori, aziende ospedaliere pubbliche, IRCCS, Asl non di residenza e comprese le strutture private accreditate, vengono remunerati esclusivamente a fronte di prestazioni effettivamente autorizzate, erogate e rendicontate. In assenza di attività, non vi è alcuna entrata. Per di più le tariffe erogate sono le stesse di 15 anni fa, come se durante questi anni non fosse aumentato tutto e non ci trovassimo a combattere con una pesante inflazione. Motivo per cui tante nostre istituzioni hanno dovuto chiudere e se continua questo trend altre ancora chiuderanno, con buona pace di lavoratori, assistiti, e liste d'attesa".

- Ritieni che l'emergenza pandemica degli anni scorsi sia servita a qualcosa in termini di riorganizzazione del sistema sanitario?

"Sarebbe bello poterlo capire. Quella drammatica esperienza vissuta ha messo a nudo tutte le disfunzioni che, dal quel fatidico 2011 dei tagli scriteriati, stanno trasci-

nando il SSN verso il baratro. L'approccio alla pandemia è stato drammatico. Nessuno sapeva cosa fare: non c'era – ma avrebbe dovuto esserci – un piano per affrontare l'emergenza sanitaria. Mancavano tutti quei letti che avevano tagliato per risparmiare, mancavano gli ospedali che avevano chiuso, mancavano le attrezzature d'emergenza. L'unica cosa che si è resa evidente è stata che senza la messa a disposizione delle migliaia di letti delle strutture private accreditate, senza l'aiuto dei loro medici, dei loro infermieri delle loro attrezzature avremmo oggi forse qualche milione di morti in più da piangere. Passata la paura, tutto è tornato come prima. Anzi oggi ci troviamo a combattere con liste d'attesa che sfiorano l'eternità, malati costretti ad emigrare dal sud al nord per farsi curare, milioni di persone che devono rinunciare alle cure perché non se le possono pagare di tasca propria. E chi invece spende migliaia di euro per togliersi qualche ruga".

- Come vede l'evoluzione del sistema sanitario italiano nei prossimi anni?

"Con tanta preoccupazione. Si fanno tante, troppe chiacchiere, promesse e proclami pur sapendo che si raccontano favole. L'investimento in sanità è aumentato? Sì, ma non come dicono perché vengono ammucciate cifre messe a disposizione lo scorso anno e mai erogate, che vanno a gonfiare briciole nuove senza tuttavia tener conto dell'aumento dell'inflazione. Non a caso il rapporto

con il Pil è sempre in deficit. Ripeto: se vogliamo risolle-
vare il nostro SSN bisogna operare una radicale trasforma-
zione basata sul personale, sul territorio, sulla cronicità,
sull'integrazione socio-sanitaria, sulla digitalizzazione, sul-
l'equità delle prestazioni uguali per tutti, sulla collabora-
zione tra le regioni e lo Stato nell'assicurare a tutti gli italiani
la stessa possibilità di accedere alle cure a prescindere dal
ceto sociale di appartenenza, dal colore della pelle o dal
cap di residenza".

**- La forte contrapposizione, soprattutto ideologica, tra
sanità pubblica e privata rischia di depotenziare la profi-
cua sinergia e l'integrazione tra le due componenti del
sistema?**

*"Lei ha toccato un argomento sul quale si potrebbe scri-
vere un libro. È l'eterna questione della cattiva informa-
zione che spesso, troppo spesso, circola nel nostro
Paese. Per quanto ci riguarda più volte abbiamo denun-
ciato la falsità di notizie, pubblicate da alcuni giornali, a
proposito dei finanziamenti al privato accreditato che to-
glierebbero soldi al servizio pubblico, al tal punto da es-
sere messo alla gogna come nemico del servizio
pubblico. Le tante inesattezze di notizie diffuse, potreb-
bero essere causate dalla mancanza di preparazione di
alcuni colleghi nella specificità della materia trattata, o
dovute alla distorsione delle notizie apprese da fonti in-
teressate a far passare un certi tipo di informazioni, pur
conoscendone la falsità, o quanto meno l'ambiguità, o
frutto di compromessi ideologici o strettamente politici.
Purtroppo a questa mala informazione è quasi impossi-
bile fare argine, soprattutto quando sono personaggi po-
litici, che addirittura occupano scranni del Parlamento, a
diffondere notizie non rispondenti alla realtà. Vogliamo
sperare per pura ignoranza. Sta di fatto che ancora oggi
il povero cittadino comune non riesce a capire se i suoi
soldi finiscono in balzelli o per giuste cause. Sarà bene
ricordare che il servizio sanitario italiano è un sistema
complesso che si compone di varie realtà: il servizio
pubblico, rappresentato dal Sistema Sanitario Nazionale
(SSN), le strutture private, suddivise a loro volta in diverse
categorie, ognuna con caratteristiche proprie e specifici
ruoli. Ma se qualcuno osa dire che il nostro sistema sa-
lute, per funzionare, ha bisogno di una collaborazione
virtuosa e controllata tra sanità pubblica e sanità privata,
finisce per essere considerato un nemico della patria.
Eppure è proprio nella stanza dei bottoni che tanti si sono
ormai resi conto della necessità di puntare sul mix pub-
blico-privato per soddisfare le necessità di assistenza di
tutti i cittadini. Alla luce di questa evidenza ci chiediamo
se sia ancora giusto continuare a demonizzare tout court
la sanità privata.*

- Il mondo del "privato" è particolarmente variegato...

*"Generalmente viene definita 'sanità privata' il com-
plesso di quelle strutture che, seppure gestite da pri-
vati, offrono servizi e assistenza sanitaria al cittadino.
Diamo per scontato l'iter che devono seguire per poter
esercitare la loro professione. Diverse di queste istitu-
zioni hanno deciso di restare completamente autonome:
hanno fatto investimenti privati e naturalmente mirano
ad un profitto. Non sono finanziate dal SSN e dunque chi
si rivolge a loro, paga di tasca propria. E spesso il costo
può essere elevato. Questi servizi sono fondamentali per
chi desidera tempi di attesa più rapidi o servizi speciali-
stici non sempre disponibili nel pubblico. Naturalmente
c'è chi può permetterselo e chi no: sarà pure ingiusto
ma la disparità sociale certo non nasce dal SSN.*

*Ci sono poi strutture che hanno deciso di operare non
solo come soggetti privati, ma anche offrendo i propri
servizi a tutti i cittadini in convenzione con il SSN. È il
primo passo di quel sistema di collaborazione tra strut-
ture private e il SSN di cui si va sempre più parlando, no-
nostante il gracchiare di tante cornacchie. In questo
caso, le strutture offrono prestazioni a tariffe stabilite dallo
Stato e sono riconosciute ufficialmente come parte inte-
grante del sistema sanitario pubblico. Ma anche tra que-
ste tipologie di strutture esiste una sostanziale differenza:
alcune si mantengono fisse sul loro obiettivo naturale,
cioè quello di trarre profitto da questa loro attività ('for
profit'), cosa peraltro assolutamente lecita, mentre altre
hanno deciso, per statuto, di operare senza scopo di
lucro ('non profit'). Queste ultime realtà sono quelle a noi
associate, per la maggior parte gestite da enti e congre-
gazioni religiose, da enti del Terzo Settore, fondazioni o
associazioni, e sono riconosciute sin dalla legge istitutiva
del SSN, come parte integrante del sistema pubblico,
con gli stessi diritti e gli stessi doveri.*

*Spesso i media e il dibattito pubblico confondono, igno-
rano o fanno finta di ignorare queste fondamentali diffe-
renze, contribuendo a diffondere informazioni fuorvianti.
Resta il fatto che la percezione diffusa è che tutta la sanità
privata sia 'una minaccia' al sistema pubblico, anzi addi-
rittura causa del suo fallimento".*

**- Alla sanità privata è riconosciuto principalmente il ruolo
di alleggerire le liste d'attesa...**

*"Esattamente, che rappresentano uno dei principali pro-
blemi del sistema sanitario italiano. Le nostre 270 strut-
ture convenzionate e non profit in Italia dispongono di
oltre 35mila posti letto, offrono più di cinque milioni di
prestazioni ambulatoriali all'anno e rappresentano la
maggior parte dei centri di riabilitazione nel Paese. Se*



tutte dovessero sparire, dove finirebbero i 35mila malati che trovano un letto nelle nostre strutture? E i diversamente abili accolti e seguiti dai Cdr, che sono la maggior parte di quelli attivi in Italia, resterebbero sulle strade? E quegli oltre cinque milioni di malati che, pagando solo il ticket, si rivolgono annualmente ai nostri ambulatori quanto andrebbero a pesare sulle già gravate liste d'attesa? E tutti gli anziani non autosufficienti e pluripatologici ospiti delle RSA da chi sarebbero assistiti se dovessero sparire queste strutture come tanti sostengono?

Uno scenario non tanto lontano se si considera quante di queste nostre strutture hanno già chiuso i battenti e il rischio reale di seguire la stessa strada che stanno affrontando altri istituti non più in grado di sostenere da soli i costi di gestione alle condizioni imposte. E parliamo solo di una fetta della sanità privata convenzionata, quella Associata all'ARIS, non profit.

Il punto cruciale riguarda proprio le tariffe, che non sono aggiornate in linea con l'inflazione e soprattutto con il costante aumento dei costi di gestione. È proprio questa situazione che mette in difficoltà molte nostre istituzioni non profit. In pochi sanno che, tanto per fare un esempio, un posto letto in una di queste nostre opere, alle casse dello Stato costa il 30/40% di meno di quanto costa un posto letto negli ospedali pubblici. E si consideri

anche il fatto che mentre è lo Stato a coprire i milionari deficit di gestione delle strutture pubbliche, ripianando i buchi di bilancio annuale con fondi pubblici, le strutture private convenzionate devono provvedere da sole. Ecco perché auspichiamo che il dibattito sulla sanità abbandoni i teatrini politici ('l'agone politico' lo ha definito Schilacci) e si basi piuttosto su dati corretti e su una reale comprensione delle diverse componenti del sistema. Invece di attaccare o demonizzare un settore che, se ben regolamentato e valorizzato, può essere un alleato prezioso per la salute dei cittadini, bisognerebbe promuovere un confronto responsabile e informato, che tenga conto delle peculiarità e delle esigenze di un sistema sanitario complesso e in continua evoluzione.

La questione, quindi, è più profonda di come la si discute nei corridoi della politica. Il problema non è e non può essere l'esistenza della sanità privata convenzionata; piuttosto è la gestione complessiva del sistema, la distribuzione delle risorse, le politiche di integrazione tra pubblico e privato.

Sarebbe fondamentale trovare un equilibrio che permetta di mantenere alta la qualità e l'accessibilità universale, senza continuare a far credere alla gente che sia la partecipazione del privato convenzionato a compromettere la sostenibilità e la missione del Servizio Sanitario Nazionale".

Società di mutuo soccorso, nel segno della solidarietà

Il valore dell'aiuto reciproco

di G.C.

La sanità, benché talvolta ce ne scordiamo, ha una forte connotazione sociale. La cura, l'elemento base della salvaguardia della salute, non è soltanto un atto individuale nel rapporto tra medico e paziente, ma un'operazione – intrisa di amore per il prossimo, umanità e altruismo - finalizzata a garantire il benessere collettivo.

Questo aspetto comunitario era presente già nell'antica Roma, quando i "collegia opificum", associazioni di artigiani, garantivano assistenza in caso di malattia, oltre che di povertà e di vecchiaia.

Nella società moderna, tra le più longeve forme di solidarietà e condivisione rientrano sicuramente le società di mutuo soccorso, comparse in Europa già nell'Ottocento come risposta alle trasformazioni del mondo del lavoro imposte dalla rivoluzione industriale: da un panorama di attività prevalentemente individuali nell'ambito contadino, pastorale o artigianale al fiorire di produzioni meccanizzate, organizzate collettivamente negli opifici, nelle officine, nelle fabbriche.

Nate come associazioni senza scopo di lucro, con adesioni volontarie, a livello territoriale o professionale con finalità di mutuo aiuto, sono apparse principalmente in Inghilterra, poi in Francia e Germania, agli inizi dell'Ottocento. In Italia sono nate qualche decennio dopo.

Ai lavoratori che vivevano in fabbrica l'intera giornata non erano più necessarie doti creative, ma l'unica abilità era quella di effettuare ripetute, monotone e alienanti operazioni semiautomatiche in condizioni di insicurezza e di precarietà igienica. La condivisione di relazioni interpersonali tra operai condurrà, con non pochi ostacoli, alle prime forme associative, principalmente di autodifesa, ma anche solidaristiche nell'autoassistenza e nell'auto-tutela, all'incirca sul modello delle medievali confraternite o delle corporazioni di mestiere, benché queste fossero per lo più di tipo caritatevole.

Le società di mutuo soccorso sono nate per affrontare le spese riguardanti le malattie, ma anche gli infortuni, i decessi e la disoccupazione in epoche in cui la preven-



zione degli infortuni, la tutela dei diritti dei lavoratori, le pensioni e i benefit – cioè le fondamenta della legislazione sociale - erano strumenti sconosciuti. Attraverso i contributi periodici dei soci e basandosi sui principi di solidarietà, volontarietà e mutualità, hanno garantito e continuano a fornire sussidi e rimborsi per le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie ai soci e alle loro famiglie, estendo anche la loro azione in altri atti caritatevoli, ad esempio le borse di studio, le attività ricreativo-culturali, il microcredito per l'acquisto di attrezzi da lavoro e di beni di prima necessità, fino agli interventi nell'edilizia popolare. In sostanza le esigenze del singolo vengono ripartite tra tutti.

Radici ottocentesche

In Italia le società di mutuo soccorso si sono moltiplicate principalmente nell'Ottocento, stimolate da diversi fattori, tra cui, nella prima fase, le ideologie risorgimentali, in particolare dopo le rivoluzioni del 1848 (principal-



mente in Piemonte) con la concessione di costituzioni liberali, e poi la comparsa del primo tessuto industriale. Non è mancato all'inizio l'apporto filantropico delle classi imprenditoriali e borghesi liberali più illuminate, benché da parte del potere siano state viste sempre con preoccupazione perché costituite dal proletariato più avanzato, che infatti assorbirà in buona parte le idee socialiste, fino a quelle marxiste e anarchiche. Tuttavia, salvo poche eccezioni, mutuo soccorso ed istanze sindacali raramente si sono intrecciate.

Se nel 1848 le società di mutuo soccorso erano 66. Nel 1862, con la prima statistica ministeriale, le associazioni erano 443 con 111.608 soci: il 15% nate prima del 1848, il 38% tra il 1848 e il 1860 (di cui il 70% in Piemonte) e il 47% nel biennio 1861-62. Sono poi diventate 2.091 nel 1878, con 331.548 soci effettivi e presenze anche nel Centro Italia e in Sicilia; 4.896 nel 1885, con 800mila soci effettivi; 6.722 nel 1894. I soci nel 1904 hanno raggiunto quota 926mila. Una data significata dell'Ottocento è il 15 aprile 1886 quando, proprio grazie alla crescita del fenomeno, è stata promulgata la legge 3818 che ha riconosciuto alle società di mutuo soccorso la possibilità di acquisire la personalità giuridica e ne ha disposto le caratteristiche legali. L'articolo 1 ne elenca le finalità: "Assicurare ai soci un sussidio, nei casi di malattia,

d'impotenza al lavoro o di vecchiaia; venire in aiuto alle famiglie dei soci defunti".

Va ricordato, però, che queste organizzazioni riflettevano le caratteristiche sociali dell'epoca. Ad esempio la presenza femminile era esigua.

A fine secolo, la tutela del lavoro ha fatto qualche passo in avanti. Nel 1883 è stata creata la Cassa nazionale contro gli infortuni, nel 1898 è stata istituita l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro per i lavoratori dell'industria e lo stesso anno il Parlamento ha approvato l'istituzione della Cassa nazionale di previdenza per invalidità e vecchiaia. Il 29 ed il 30 giugno 1900 si è tenuto a Milano il congresso nazionale della previdenza fra le società di mutuo soccorso, con la nascita, lo stesso anno, della Federazione italiana delle società di mutuo soccorso.

È un periodo proficuo per le organizzazioni sociali, con le prime Camere del lavoro, le prime banche di credito cooperativo, le prime scuole di formazione professionale, i primi organismi di medicina del lavoro.

Altro anno decisivo è stato il 1912, quando è nato l'Istituto nazionale delle assicurazioni, che ha segnato il superamento delle tradizionali forme dell'associazionismo mutualistico, determinando la crisi, anche economica, delle società di mutuo soccorso.

L'Ascesa del Mutuo Soccorso in Italia (1862-1898)

Crescita esponenziale degli iscritti alle società di mutuo soccorso e consolidamento della solidarietà sociale.

1862: Le radici del movimento.

- Le società iniziano con 111.608 membri all'indomani dell'Unità d'Italia.



1898: Verso il milione.

- La solidarietà raggiunge il picco documentato con 994.183 membri totali.

NotebookLM

Con il fascismo, molte mutue hanno chiuso i battenti e la gestione della previdenza sociale è stata sottratta alle società di mutuo soccorso, affidata all'Inps (istituita nel 1933).

Concludendo questo breve profilo storico, si può ricordare la rinascita delle mutue nel secondo dopoguerra grazie in particolare al loro patrimonio immobiliare e l'istituzione del Servizio sanitario nazionale nel 1978 con la legge 833, che ha lasciato invariata la mutualità volontaria. Tuttavia l'odierna crisi del welfare e delle forme di socialità è una minaccia concreta alla loro esistenza.

Oggi le società di mutuo soccorso, senza scopo lucrativo, operano come enti del terzo settore, rimanendo regolamentate dalla legge 3818/1886. Provvedono principalmente ai rimborsi delle spese sanitarie e odontoiatriche, nonché all'accesso agevolato alle strutture convenzionate, benché i benefici per i soci tendano complessivamente a calare.

Negli ultimi anni si sono orientate soprattutto verso l'assistenza sanitaria integrativa e si sono verificati molti accorpamenti. Attualmente sono circa duemila, di cui cinquecento aderenti alla Fimiv.

Ricordiamo, tra le tante, la "Mutua MBA", considerata tra le maggiori. Gestisce l'assistenza sanitaria di grandi imprese partecipate al 100% dallo Stato (come la Società

generale d'informatica del ministero dell'Economia e delle Finanze o la Consip). "Insieme Salute", operativa dal 1994, assiste circa 400mila persone. Tra le altre, l'emiliana "Campa", nata in Fiat nel 1958, "Salutissima" del 2011, "SaluteMia" costituita nel 2015 da parte del Fondo sanitario integrativo dei medici e degli odontoiatri.

In Piemonte i primi nuclei

Operando una breve panoramica storica, includendo le più antiche società di mutuo soccorso, le prime in Italia sono apparse negli anni Quaranta dell'Ottocento. La Società di mutuo soccorso fra medici, farmacisti e veterinari di Parma è del 1847, mentre quella di Pinerolo, in Piemonte, è del 1848.

Proprio in Piemonte s'è verificata la prima "fioritura" di società, a Torino e a Tortona nel 1850, a Novara e a Castelletto Monferrato nel 1852, anno in cui è nata anche la Società Baldelli di Varano nelle Marche, mentre l'anno seguente ha visto la luce la Società di mutuo soccorso fra tipografi ed arti affini di Bologna. Negli anni Cinquanta dell'Ottocento anche le prime società liguri, alcune hanno goduto dell'avallo di Giuseppe Mazzini.

Il vero boom si è avuto dagli anni Sessanta: a Carpi, in



Emilia Romagna, nel 1860, anno in cui è nata anche la Società di mutuo soccorso dei macellai a Bologna; l'anno seguente, tra le tante, ad Avellino ("Garibaldi"), Perugia (via dei Priori 32) e Pistoia; nel 1862 ad Ascoli Piceno, Cremona, Lugo, Spoleto ("Luigi Pianciani") e Todi (una Società di mutuo soccorso tra i lavoratori della canapa è nata a Casalecchio); per il 1863 ricordiamo l'Associazione femminile di mutuo soccorso di Siena, la Società di mutuo soccorso per gli artigiani e operai modenesi e tre attivazioni nelle Marche, ad Amandola, Cupra Montana e Santa Vittoria in Matenano; per il 1864 due aperture al Sud, la "Garibaldi" a Benevento e la società di Massafra, in Puglia; dedicata a Garibaldi anche la società di Porto San Giorgio, nelle Marche, attivata nel 1865.

La Società di mutuo soccorso fra carpentieri e calafati è stata fondata a Venezia nel 1867 (erede diretti dell'antica Scuola piccola dei Calafai a l'Arsenal che formava l'ossatura degli arsenalotti, gli operai navali dell'Arsenale).

Chiudiamo questo breve elenco con due attivazioni in Campania, la "Tasso" a Sala Consilina (1867) e Cerreto Sannita nel 1881.

Un museo storico del mutuo soccorso ha sede a Pine-rolo (Torino).

Cosa fanno oggi: non solo rimborsi

Le società di mutuo soccorso, pilastri dell'economia civile, svolgono principalmente attività a rilevanza sanitaria

e socio-sanitaria. Ad esempio, erogano rimborsi e sussidi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, inclusa l'odontoiatria, e assicurano accessi agevolati per prestazioni e trattamenti sanitari e socio-sanitari presso le strutture convenzionate. Inoltre tutelano il socio con l'assistenza a vita: il rapporto associativo non può essere interrotto unilateralmente da parte della società né per sopraggiunti limiti di età né per aggravamento del tasso di rischio. Erogano anche servizi di assistenza familiare o di contributi economici ai familiari dei soci deceduti, nonché contributi economici e di servizi di assistenza ai soci che si trovino in condizione di grave disagio economico. Offrono, infine, vita associativa, che quindi si estende ad altri settori, oltre alla sanità, ad esempio attività a rilevanza culturale e sociale.

Pertanto le Società di mutuo soccorso, rappresentando anche un'alternativa alle compagnie di assicurazione, incarnano un patrimonio storico e sociale di inestimabile valore grazie alla promozione dei principi di solidarietà tra pari e aiuto reciproco. Il loro ruolo ha un senso proprio nella riaffermazione di questi principi di organizzazione sociale, che qualche analista giudica quale pratica di democrazia diretta.

Alle società di mutuo soccorso si applicano le disposizioni della legge 3818 del 1886, in subordine quelle del codice del Terzo settore e il codice civile.

Un'amara riflessione riguarda la possibilità che tale modello, che include soci per lo più anziani, sia pienamente riproducibile alle condizioni attuali, anche con squilibri demografici sempre più rilevanti.

Le aziende scelgono le Casse di assistenza

Coperture collettive, Long Term Care e benefici fiscali

di LORENZO SIGILLO' (DBDG De Besi – Di Giacomo)

Negli ultimi anni il sistema sanitario italiano è diventato sempre più complesso da sostenere, sia per lo Stato sia per le famiglie. Nel 2024 gli italiani hanno pagato direttamente oltre 41 miliardi di euro di spese mediche: un segnale chiaro che spinge molte aziende a ripensare il proprio ruolo nel garantire benessere e protezione ai dipendenti.

In questo scenario, le coperture sanitarie collettive tramite Casse di assistenza stanno diventando uno degli strumenti di welfare più efficaci.

Rispetto alle polizze individuali, queste soluzioni garantiscono pacchetti più ampi, meno costosi e senza limitazioni legate alle condizioni pregresse. I dipendenti possono accedere facilmente a visite specialistiche, diagnostica, fisioterapia, odontoiatria, supporto psicologico, maternità e programmi di prevenzione. A ciò si aggiungono servizi digitali come telemedicina e videoconsulti, che riducono tempi di attesa e migliorano l'esperienza di cura.

Molte aziende stanno introducendo anche tutele Long Term Care, fondamentali in un Paese che invecchia rapi-

damente: garantiscono sostegno economico nei casi di non autosufficienza, spesso con rendite vitalizie e senza periodi di carenza.

Uno dei motivi principali del successo della sanità integrativa è il vantaggio fiscale: i contributi alle Casse sono esenti fino a 3.315,20 euro per il dipendente e per l'azienda è previsto solo il contributo di solidarietà del 10 per cento, molto più conveniente rispetto alla tassazione ordinaria di una voce in busta paga.

In questo quadro, il ruolo di Unsic è sempre più strategico. L'Associazione aiuta le imprese a orientarsi, a ottenere condizioni più favorevoli e a implementare piani di welfare moderni, trasparenti e sostenibili.

Grazie alla collaborazione con DBDG De Besi – Di Giacomo, uno dei broker assicurativi più affermati in Italia, Unsic offre agli associati una consulenza assicurativa gratuita per accedere alle Casse di Assistenza in modo semplice e guidato.

Per conoscere le soluzioni disponibili o per richiedere l'adesione, è possibile rivolgersi a Filomena Alpini (filomena.alpini@realtimesrl.it)



Il volto tech della sanità privata

Telemedicina, Ia, IoMT e software gestionali

di VANESSA POMPILI

Fare di necessità virtù. È forse il modo più efficace per raccontare come la sanità privata abbia saputo adattarsi e reagire nel pieno della pandemia. Un periodo complesso che però ha finito per segnare un punto di svolta, agendo da acceleratore tecnologico. Per garantire continuità assistenziale e sicurezza sanitaria, si è resa necessaria la ricerca di soluzioni rapide che hanno portato all'adozione di strumenti digitali capaci di migliorare l'efficienza operativa, ampliare l'accesso alle cure e rendere più personalizzati i percorsi terapeutici. Un salto in avanti che non si è esaurito con la fine dell'emergenza, ma che ha continuato a generare soluzioni sempre più innovative.

Non si tratta solo della digitalizzazione di documenti cartacei, ma dell'introduzione di un nuovo paradigma che integra Intelligenza artificiale, Internet of Medical Things (IoMT) e software gestionali avanzati.

Tra le soluzioni adottate, primeggia la telemedicina. Attraverso piattaforme per televisite e teleassistenza, oggi è possibile gestire pazienti cronici e follow-up post-ricovero in modo continuo e remoto. Nelle cliniche private, il 65% delle strutture usa sistemi di teleassistenza per il monitoraggio dei pazienti dopo la dimissione. Gruppi ospedalieri come Humanitas e Gruppo San Donato hanno sviluppato applicazioni digitali che permettono consulto medici 24/7 e il controllo dei parametri vitali a distanza, portando a una riduzione delle visite fisiche che arriva in alcuni casi al 40 per cento.

Parallelamente, la diffusione del 5G e dei dispositivi indossabili collegati all'Internet of Medical Things (IoMT - rete interconnessa di vari dispositivi dotati di sensori e altre tecnologie che sono in grado reperire ed elaborare dati, per poi scambiarli con altri dispositivi e con l'ambiente circostante), supporta il monitoraggio e il trattamento dei pazienti in tempo reale e a distanza, consentendo la raccolta continua di Big Data sanitari. Questo conduce ad un potenziamento della capacità di intervento preventivo.

Come in ogni settore, anche in quello sanitario, l'IA sta



portando una rivoluzione tecnologica. L'IA generativa supporta la produzione automatica di referti; gli algoritmi predittivi ottimizzano le liste d'attesa; i sistemi avanzati analizzano i Big Data sanitari per individuare anomalie cliniche; i gemelli digitali (il Digital Twin è un modello virtuale di una determinata entità o processo) consentono di simulare terapie personalizzate. Infine, l'integrazione tra IoMT e IA è in grado di trasformare i dati raccolti in informazioni strategiche per supportare decisioni cliniche più rapide e accurate.

La digitalizzazione sta trasformando in profondità anche la diagnostica privata, rendendola più rapida e integrata nei percorsi di cura. Le nuove tecnologie stanno ottimizzando processi, tempi di risposta e qualità delle analisi, aprendo la strada a modelli organizzativi più moderni e orientati al paziente. Realtà come Synlab Italia integra sistemi di Intelligenza artificiale per imaging e analisi dei dati, affiancando tecnologie blockchain per garantire sicurezza e interoperabilità dei fascicoli sanitari. Nei laboratori e nei centri diagnostici, l'uso complementare di LIS (Laboratory Information System) e RIS (Radiology Information System) consente una tracciabilità completa dei campioni e una refertazione più veloce, favorendo la dematerializzazione dei processi e l'integrazione con il Fascicolo sanitario elettronico.

L'utilizzo di software gestionali di nuova generazione permette a cliniche e Rsa di ottenere un controllo completo sui processi ospedalieri e ambulatoriali, migliorando efficienza operativa e sicurezza dei dati.

Piattaforme *patient-centric*, sviluppate da operatori come GVM Care & Research e Fondazione Policlinico universitario Agostino Gemelli Irccs, hanno invece favorito un cambiamento strutturale da parte degli utenti nelle modalità di accesso ai servizi.

Sanità del futuro: il Fascicolo sanitario

La rivoluzione digitale del Ssn

di MARIA DI SAVERIO

Il Fascicolo sanitario elettronico 2.0 costituisce uno dei pilastri della trasformazione digitale della sanità italiana. Con un investimento complessivo di oltre 1,3 miliardi di euro e una governance condivisa con le Regioni, il "Fse 2.0" (Fascicolo sanitario elettronico) punta a costruire una sanità sempre più connessa. Questo è stato il messaggio al centro dell'evento "L'innovazione nel sistema sanitario nazionale: Ecosistema Dati Sanitari – presente e futuro", promosso nelle scorse settimane dal ministero della Salute.

"Quando ci siamo assunti la responsabilità del Fse 2.0, lo abbiamo fatto consapevoli che ogni rivoluzione, anche la più piccola, richiede tempi di gestazione - ha dichiarato Alessio Butti, sottosegretario alla Presidenza del Consiglio, nel corso dell'evento. "Il nostro obiettivo è sempre stato chiaro: creare un sistema sanitario più efficiente, inclusivo e connesso".

Quando il governo ha avviato il progetto "Fse 2.0", il quadro territoriale si presentava frammentato. Da qui la scelta di agire su quattro fronti paralleli: tecnico, normativo, finanziario e formativo, valorizzando le differenze territoriali come ricchezza e non come ostacolo. Sul piano tecnico, è stata realizzata un'opera di standardizzazione dei documenti clinici e di interoperabilità dei sistemi informativi. Grazie al piano "Sanità connessa", le infrastrutture digitali sono state potenziate: oltre 8.700 strutture sanitarie beneficiano di connessioni fino a 10 Gbps, di cui 6.950 risultano già connesse.

Sono stati inoltre definiti e promossi standard nazionali per referti di laboratorio, radiologia, lettere di dimissione, referti specialistici, certificati vaccinali, verbali di pronto soccorso e cartelle cliniche. Infine, è stato progettato un Ecosistema dei dati sanitari (Eds) che, pur standardizzato a livello nazionale, adotta un modello federato, consentendo a ogni Regione di conservare i dati dei propri assistiti e mantenere autonomia e responsabilità locali. Sono stati emanati decreti e linee guida per dare struttura al Fse, ripartendo le risorse tra le Regioni e istituendo formalmente l'Ecosistema dei dati sanitari. Il

Dipartimento per la trasformazione digitale ha predisposto linee guida operative, formative e di comunicazione a supporto delle amministrazioni regionali.

La governance è stata partecipativa, coinvolgendo le Regioni in modo costruttivo: la Conferenza delle Regioni ha espresso parere favorevole su tutti i principali decreti. Il piano finanziario prevede 1,37 miliardi, così articolati:

- 200 milioni per l'ecosistema dati e le infrastrutture di interoperabilità;
- 610 milioni per l'adozione e l'utilizzo del Fse da parte delle Regioni;
- 570 milioni per i progetti del Sistema tessera sanitaria.

Sul piano delle competenze, il governo ha avviato un vasto piano di formazione e comunicazione destinato ai professionisti sanitari. Grazie a una rete hub & spoke, che coinvolge ministero della Salute, Agenas, AgID, Commissione Salute delle Regioni e Dipartimento per la trasformazione digitale, l'86% delle Regioni e Province autonome ha già avviato programmi formativi. I 311 milioni destinati a questa linea d'azione hanno prodotto i seguenti risultati:

- il 90% delle Regioni ha formato figure apicali del Ssr (+10% rispetto a giugno 2025);
- l'81% ha coinvolto i professionisti sanitari (+5%);
- il 67% ha formato medici di medicina generale e pediatri (+15%).

Dopo tre anni, i risultati sono tangibili. L'87,12% dei medici specialisti ha accesso al Fse, con un incremento del 15% rispetto al semestre precedente, mentre il 97% dei medici di medicina generale e dei pediatri ha effettuato almeno un'operazione sul sistema nel secondo trimestre del 2025. Tra i cittadini, il 43% ha dato consenso alla consultazione del proprio fascicolo e il 25% lo ha già usato, segnando un aumento del 4,5% rispetto al trimestre precedente. Il prossimo passo sarà il nuovo portale nazionale del Fse, accessibile anche tramite IT-Wallet e

App IO. La sperimentazione avviata in Lombardia per gestire le liste d'attesa ha ridotto del 30% i no show in un anno: estendere tale esperienza a livello nazionale consentirà di recuperare risorse significative da reinvestire nel Ssn.

“Il Fse è uno strumento essenziale anche per la programmazione sanitaria – ha affermato Francesco Saverio Mennini, Capo Dipartimento della Programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del Ssn – perché consente di creare un vero data lake nazionale. Mettiamo in rete dati finora frammentati a livello locale e regionale, e questo ci permette di accedere a informazioni in tempo reale, identificare criticità, valutare le performance e allocare le risorse in modo più razionale”.



Sempre più esami sanitari in farmacia

Metamorfosi radicale per le farmacie italiane. Dopo essersi trasformate in una sorta di “supermercato del benessere”, con prodotti sempre più diversificati che includono integratori, alimenti, cosmetici e articoli per l'igiene e il benessere, ora stanno evolvendo verso una sorta di “ambulatori sanitari” per analisi di tutti i tipi, sebbene la locuzione non sia del tutto appropriata.

Grazie all'ultima legge di Bilancio, è scattata l'ufficializzazione per gli esami nelle 20mila farmacie italiane, riconosciuti come veri e propri presidi del Ssn, con tanto di rimborso su prescrizione medica.

Novità che divide però il mondo sanitario. Ad esempio, una ventina di laboratori e centri diagnostici privati del Lazio si sono rivolti al Tar contro la delibera regionale n. 461 del 2025 che ha approvato il protocollo attuativo della “farmacia dei servizi”, che include prestazioni di telemedicina e l'aggiornamento del cronoprogramma per i servizi in farmacia (2018-2025). Niente da fare per i ricorrenti: la giurisprudenza (sentenza della Sezione III Quater del Tar) ha stabilito che la farmacia può svolgere un ruolo importante come presidio di prossimità del Ssn, non fa concorrenza ai laboratori diagnostici e i farmacisti possono eseguire esami semplici, come l'Ecg o l'Holter cardiaco e pressorio, benché a fare le diagnosi siano preposti i soli medici del Ssn.

Non c'è vantaggio economico indebito, secondo i giudici, in quanto le farmacie, pur non sostenendo i costi dell'accreditamento, sopportano “tutta una serie di adempimenti e obblighi”, ad esempio il rispetto degli orari di apertura, con turni notturni e festivi, la continuità territoriale, le ispezioni periodiche, i vincoli di ubicazione.

Il mutamento del sistema accende interrogativi anche tra i cittadini. Se è vero che i presidi farmaceutici accrescono prossimità e rapidità, riducendo le liste d'attesa, e gli ospedali e i laboratori pubblici vengono alleggeriti, ci si domanda quali siano i rischi per la salute. Se è vero che il farmacista si limita ad offrire un servizio come “facilitatore tecnico”, mentre gli è inibita l'attività di refertazione e diagnosi, come precisano anche i giudici, può essere legittimo il timore, espresso da parte di molti analisti, di un generale declassamento degli standard? Un conto è un medico ospedaliero che incrocia le analisi, altro è un neolaureato in medicina che potrebbe collaborare con le farmacie per “validare” gli esami.

Viene ricordato, inoltre, che alcuni test condotti in farmacia, come i cosiddetti “pungidito”, presentano rilevanti margini di errore.

Nel contempo, però, un apparato sanitario più diffuso può intercettare in tempo le patologie silenziose e ridurre, nel lungo periodo, i costi sanitari legati alle cure tardive.

C'è poi il capitolo dei costi. Il fondo nazionale – 50 milioni – rischia di esaurirsi celermente, anche perché molte prestazioni vengono rimborsate alle farmacie a tariffe superiori rispetto a quelle riconosciute alle strutture pubbliche. Il rischio che i costi degli esami possano lievitare resta concreto. Anche perché questa “riforma” delle farmacie presenta ancora qualche zona nebulosa in termini di regole, controlli e garanzie per i cittadini.

Sanità sotto pressione: la sicurezza Ot è una priorità

Strategie per proteggere i sistemi sanitari

di GIOVANNI CASTELLOTTI

In ambienti sanitari sempre più interconnessi, il confine tra assistenza al paziente e tecnologia si è assottigliato. Dietro ogni organizzazione che eroga servizi sanitari (Healthcare Delivery Organization, HDO) si trova un complesso ecosistema di tecnologie operative (Operational Technology, OT), parte integrante sia delle funzioni di cura critica sia dei sistemi di gestione degli edifici (Building Management Systems, BMS).

Se da un lato tali tecnologie abilitano nuovi livelli di connettività per gli operatori sanitari, dall'altro pongono sfide significative per i team IT e di sicurezza, chiamati a garantire un equilibrio costante tra resilienza informatica e continuità dell'assistenza ai pazienti.

A rendere il quadro più complesso contribuisce la natura articolata dell'OT in ambito sanitario. A differenza dell'IT aziendale, l'OT sanitario può comprendere decine di fornitori di dispositivi medici e centinaia di configurazioni da monitorare e gestire. Ciò s'intreccia con rigorosi requisiti normativi e con le attività operative quotidiane, nelle quali la compromissione di un dispositivo può generare situazioni potenzialmente letali.

Ma cos'è, nel dettaglio, la Tecnologia Operativa (OT) nella sanità?

L'OT comprende i sistemi hardware e software che monitorano i dispositivi fisici e le infrastrutture a supporto dei processi e dell'assistenza ai pazienti. A differenza dei sistemi tradizionali incentrati sull'IT, focalizzati principalmente sulle funzioni di business, l'OT sanitario interagisce con il mondo fisico. Nella maggior parte dei casi, tali interazioni hanno implicazioni immediate sulla qualità dell'assistenza e sulla sicurezza dei pazienti.

Tra gli esempi OT rientrano i dispositivi medici, i sistemi di ingegneria clinica, i sistemi di gestione degli edifici e le apparecchiature di laboratorio. Questi elementi evidenziano la diversità dell'OT sanitario. Un singolo ospedale può, infatti, ospitare centinaia di dispositivi distribuiti tra diversi reparti, ciascuno con configurazioni, versioni firmware e profili di sicurezza differenti.

L'erogazione dell'assistenza sanitaria è diventata sempre

meno dipendente dai processi manuali e sempre più fondata sui sistemi OT. La resilienza dell'OT ha assunto un ruolo connesso alla sicurezza dei pazienti. I sistemi di monitoraggio, ad esempio, rilevano in modo continuo i parametri vitali dei pazienti e avvisano automaticamente il personale clinico in presenza di variazioni critiche, mentre i dati vengono registrati nelle cartelle cliniche elettroniche. Le apparecchiature diagnostiche acquisiscono e trasmettono immagini e misurazioni dettagliate a supporto di decisioni cliniche fondamentali, mentre i sistemi di gestione dei farmaci, come le pompe di infusione intelligenti, contribuiscono a garantire che ogni paziente riceva il corretto dosaggio dei medicinali. Oltre a incidere sui trattamenti, i sistemi OT — come i BMS — controllano il flusso d'aria nelle sale operatorie e regolano temperatura e umidità per assicurare il comfort dei pazienti e il corretto funzionamento delle apparecchiature.

Inoltre, la gestione ambientale tramite i sistemi BMS, inclusi HVAC e altri impianti, influisce in modo diretto sulla capacità di un ospedale di contenere eventuali infezioni, sulla stabilità dei prodotti farmaceutici e sulle prestazioni delle apparecchiature salvavita.

La complessità rappresenta uno dei principali ostacoli alla resilienza negli ambienti sanitari. Un ecosistema eterogeneo di dispositivi e sistemi amplia la superficie di attacco, rendendola sfruttabile dagli aggressori, soprattutto quando alcuni asset non sono pienamente visibili ai team di sicurezza. Perciò è fondamentale disporre di un inventario accurato dei dispositivi presenti all'interno di un'organizzazione sanitaria: ciò che non è visibile non può essere protetto.

Analogamente agli ambienti industriali, i Programmable Logic Controllers (PLC) svolgono un ruolo chiave sia nell'assistenza ai pazienti sia nelle operazioni quotidiane di un ospedale. Un attacco a un singolo PLC può avere conseguenze gravi. Possibili scenari:

Apparecchiature HVAC e sistemi di refrigerazione - Un

PLC compromesso che controlla il flusso d'aria e/o la temperatura potrebbe causare il deterioramento di colture di laboratorio o di farmaci che richiedono una refrigerazione rigorosa.

Ascensori e tubi pneumatici - Il trasporto di pazienti e di attrezzature chirurgiche critiche all'interno di un ospedale deve essere garantito 24 ore su 24, 7 giorni su 7. Un attacco all'OT potrebbe bloccare il trasferimento di pazienti in emergenza o di campioni di sangue tra i diversi piani, dando origine a situazioni potenzialmente letali.

Alimentazione elettrica e sistemi di backup - Gli aggressori potrebbero colpire i sistemi di gestione dell'energia e i relativi meccanismi di backup, impedendo l'avvio dei generatori in caso di blackout. Ciò potrebbe danneggiare apparecchiature diagnostiche o chirurgiche delicate. Oltre a tali esempi, i sistemi legacy e obsoleti rappresentano un'ulteriore sfida. La maggior parte dei dispositivi medici ha una vita tra 10 e 15 anni e, come accade per altre infrastrutture, le reti ospedaliere sono state progettate privilegiando longevità e affidabilità. Di conseguenza, è probabile che dispositivi nelle reti ospedaliere utilizzino sistemi obsoleti, caratterizzati da vulnerabilità non corrette.

Per rendere la resilienza operativa in un ambiente sanitario, le organizzazioni devono sviluppare sistemi capaci di resistere alle interruzioni, adattarsi e riprendersi da esse, garantendo al contempo elevati standard di assistenza ai pazienti. La resilienza si fonda su tre obiettivi chiave:

Sicurezza dei pazienti - Garantire che i sistemi di terapia critica operino in modo affidabile e accurato è un elemento essenziale della resilienza. Un loro malfunzionamento — o, peggio, una violazione della sicurezza — metterebbe a rischio la vita dei pazienti.

Continuità operativa - Anche in presenza di incidenti che coinvolgano tali sistemi, è fondamentale assicurare la continuità dell'erogazione dell'assistenza sanitaria. L'adozione di controlli compensativi rappresenta un approccio efficace per affrontare le debolezze legate a specifici requisiti di sicurezza e mitigare i rischi.

Conformità normativa - Tutte queste attività devono essere svolte nel rispetto dei requisiti normativi previsti, tra gli altri, dalla FDA e dall'HHS.

Un inventario completo degli asset costituisce un solido punto di partenza per raggiungere la resilienza dell'OT in ambito sanitario. Tuttavia, per allinearsi a questi tre obiettivi chiave, le organizzazioni sanitarie devono adottare un approccio *zero trust* basato sul principio del "non fi-



darsi mai, verificare sempre". Il modello prevede la verifica continua di ogni dispositivo che accede alla rete ospedaliera ed è particolarmente efficace in contesti che si basano su un numero elevato di dispositivi salvavita gestiti da fornitori esterni.

Con una posta in gioco così elevata, le HDO necessitano di soluzioni di cybersecurity in grado di proteggere i sistemi critici connessi alla sicurezza dei pazienti.

Possiamo soffermarci, ad esempio, sulla piattaforma Claroty, che supporta le HDO a livello globale grazie a funzionalità di scoperta degli asset leader di settore e a un approccio *zero trust* progettato per ridurre al minimo la superficie di attacco dell'ambiente.

Claroty ha ridefinito la protezione dei sistemi cyber-fisici con una piattaforma unica, con un forte focus sul settore, creata per proteggere le infrastrutture *mission-critical*. Claroty offre una visibilità più approfondita delle risorse e la più ampia gamma di soluzioni progettate per CPS sul mercato, che comprende gestione dell'esposizione, protezione della rete, accesso sicuro e rilevamento delle minacce, sia nel cloud con Claroty xDome che on-premise con Claroty CTD.

Artigiani e commercianti: guida alla contribuzione "ridotta"

L'esperto del patronato Enasc sul regime forfetario

di WALTER RECINELLA (Enasc)

Conformemente a quanto stabilito dalla legge di delega fiscale 11 marzo 2014, n. 23, il cui articolo 11, comma 1, prevede l'introduzione di regimi semplificati per i contribuenti di minori dimensioni, "nonché, per i contribuenti di dimensioni minime, di regimi che prevedano il pagamento forfetario di un'unica imposta in sostituzione di quelle dovute, purché con invarianza dell'importo complessivo dovuto, prevedendo eventuali differenziazioni in funzione del settore economico e del tipo di attività svolta...", ai commi da 54 a 89 dell'articolo 1 della legge 23 dicembre 2014, n. 190 (c.d. "legge di stabilità 2015") è stato disciplinato il nuovo regime forfetario, destinato agli operatori economici di ridotte dimensioni.

Tale regime, applicabile dal 1° gennaio 2015, poi significativamente modificato dall'articolo 1, commi da 111 a 113, della legge n. 208 del 2015 (di seguito "legge di stabilità per il 2016"), ha inteso razionalizzare la tassazione delle attività produttive di ridotte dimensioni – sia per i soggetti in attività che per coloro che intraprendono una nuova impresa, arte o professione – e superare, progressivamente, le criticità e le sovrapposizioni generate dalla coesistenza di più regimi di favore destinati a soggetti con caratteristiche simili.

Quindi, i soli imprenditori individuali che applicano il regime forfetario, di cui alla L. 190/2014, possono beneficiare di una particolare agevolazione contributiva, che consiste nell'applicazione di una riduzione del 35% alla contribuzione ordinariamente dovuta alle Gestioni artigiani e commercianti Inps, sia sulla contribuzione dovuta sul reddito minimo sia per quella dovuta sulla parte di reddito che eccede il minimale.

Non possono accedere al regime contributivo agevolato, i contribuenti che aderiscono al regime forfetario che:

- svolgono attività professionali non soggette all'iscrizione obbligatoria alla Camera di Commercio e né alla cassa professionale, ovvero;
- che hanno l'obbligo di iscrizione alla gestione separata



Inps (es. professionisti senza cassa).

Fino al 31.12.1995

Fino al 31.12.1995, l'agevolazione contributiva a favore dei contribuenti aderenti al regime forfetario, consentiva di calcolare i contributi dovuti dagli imprenditori autonomi – esclusi coloro iscritti alla Gestione Separata Inps (vale a dire i professionisti iscritti a una cassa professionale) – nei seguenti modi:

- applicando le aliquote contributive previste per le Gestioni degli artigiani e commercianti al reddito dichiarato;
- senza tenere conto del livello minimo imponibile sta-

bilato per il versamento dei contributi dall'articolo 1, comma 3, L. 233/1990.

Dal 1° GENNAIO 2016

Dal 1° gennaio 2016, l'agevolazione contributiva per i soggetti che applicano il regime forfetario è stata oggetto di una significativa modifica, ad opera della Legge di Bilancio 2016.

Rispetto alla versione precedente, l'agevolazione previdenziale consente di applicare una riduzione del 35% alla contribuzione ordinaria dovuta alle Gestioni artigiani e commercianti dell'Inps. In dettaglio, questa riduzione si applica:

- alla quota di contributi dovuta sul reddito minimo;
- alla quota eventualmente dovuta sul reddito che supera il minimo.

Particolarità

Con riferimento alla posizione previdenziale di eventuali coadiuvanti o coadiutori del titolare dell'impresa che aderisce al regime forfetario (anch'essi compresi nel regime previdenziale agevolato a cui ha aderito il titolare dell'impresa), trova applicazione la disposizione contemplata all'articolo 3-bis, D.L. 384/1992, a mente del quale la base imponibile (su cui il titolare dovrà determinare la contribuzione dovuta) è determinata dalla quota di reddito determinato forfetariamente ed attribuita al collaboratore sino ad un massimo del 49% (circolare Inps n. 35/2016).

Versamento della contribuzione

I contributi previdenziali vanno calcolati con le seguenti scadenze:

la parte relativa al contributo minimo viene versata, mediante il modello F24, nel corso dell'anno seguendo le scadenze trimestrali che, per il 2024, risultano essere le seguenti:

- 16.5.2025 (I° rata);
- 20.8.2025 (II° rata);
- 17.11.2025 (III° rata);
- 16.2.2026 (IV° rata).

La quota eventualmente da determinare sul reddito che supera il minimale deve essere versata, alle scadenze previste per il pagamento delle imposte sui redditi.

Accredito della contribuzione

Per quanto riguarda l'accredito dei contributi previdenziali, si applica la disposizione dell'articolo 2, comma 29,

L. 335/1995 (che fa riferimento alla Gestione separata Inps), che prevede:

- i soggetti che hanno versato un contributo non inferiore a quello calcolato sul minimale di reddito, previsto per le Gestioni Inps degli artigiani e dei commercianti, hanno diritto all'accREDITAMENTO di tutti i contributi mensili, relativi a ciascun anno solare;
- in caso di contribuzione annua inferiore al predetto importo, i mesi di contribuzione da accREDITARE sono ridotti in proporzione alla somma versata, con attribuzione a decorrere dall'inizio dell'anno solare.

Quindi, di conseguenza, in presenza di contribuenti "forfetari" l'importo dei contributi versato risulta inferiore (valutando sia la contribuzione sul minimale e sia quella sul reddito eccedente) all'importo ordinario della contribuzione dovuta sul minimale di reddito, verrà accREDITATO un numero di mesi proporzionale a quanto versato. In questo caso, con l'adesione alla riduzione contributiva prevista per il regime "forfetario", i mesi che si "accREDITANO" sulla posizione assicurativa non sono 12, pari a 52 settimane annue, ma bensì 7, pari a 31 settimane annue, a partire dal mese di gennaio fino a luglio. Tale situazione va attentamente "ponderata", in considerazione dei relativi "effetti" sfavorevoli che potrebbero conseguire, ai fini della maturazione sia dei requisiti, diritto, e sia dell'entità, misura, della futura pensione.

Compatibilità

In caso di adesione al regime contributivo agevolato "forfetario", non sono compatibili le riduzioni "ordinarie" previste per:

- coloro che sono già pensionati presso una Gestione Inps e hanno più di 65 anni, ai quali sarebbe applicata la riduzione del 50% dei contributi, secondo quanto stabilito dall'articolo 59, L. 449/1997, sia per gli imprenditori che per i familiari collaboratori;
- i coadiuvanti e coadiutori di età inferiore a 21 anni, ai quali spetterebbe la riduzione del 3% dell'aliquota contributiva, come prescritto dall'articolo 1, comma 2, L. 233/1990, fatti salvi gli aumenti progressivi fino al raggiungimento dell'aliquota del 24% (articolo 24, comma 22, D.L. 201/2011);
- i titolari di ditte individuali e familiari che percepiscono redditi di impresa, anche in regime forfetario, soci di società, sia di persone che di capitali (S.r.l.) e coadiuvanti e coadiutori familiari dei titolari come sopra individuati, che usufruiscono della riduzione al 50% della contribuzione per attività avviate nel 2025, in base all'articolo 1, comma 186, della legge 30 dicembre 2024, n. 207 (legge Finanziaria 2025).

Giovani agricoltori nel Lazio: a marzo parte la formazione Enuip

Per la crescita e la qualificazione in agricoltura

di ELISA SFASCIOTTI

Partito a marzo 2026 il progetto Giovani agricoltori, finanziato dalla Regione Lazio e realizzato da Enuip nell'ambito della Misura 1.1 del PSR Lazio, con l'obiettivo di formare Giovani Imprenditori Agricoli Professionali (IAP), per poter usufruire dei contributi della Regione per la propria impresa.

Il progetto rappresenta un'importante opportunità di crescita e qualificazione professionale per chi opera o intende operare nel settore agricolo, alimentare e forestale, contribuendo allo sviluppo sostenibile delle aree rurali del territorio laziale.

Destinatari progetto Giovani agricoltori:

- i titolari di imprese devono condurre una azienda che abbia più del 50% della superficie ricadente nel territorio della regione Lazio;
- gli addetti devono operare (con un regolare contratto di lavoro) in una azienda che abbia più del 50% della superficie ricadente nel territorio della Regione Lazio, oppure in una unità locale istituita nel Lazio;
- avere 18 anni compiuti al momento della richiesta di adesione al corso;
- non aver compiuto 41 anni al momento della presentazione della domanda di adesione al bando di selezione degli allievi;
- aver assolto l'obbligo scolastico secondo la normativa vigente;

- rivestire la qualifica di utilizzatore ai sensi del Decreto Legislativo del 15/08/2012, n. 150 e del D.M. 22/01/2014 e ss.mm.ii. (solo nel caso delle tipologie di corso per il PAN);
- non aver presentato domanda di contributo sul Bando per Giovani imprenditori della Regione Lazio.

Per i cittadini stranieri, in possesso di regolare permesso di soggiorno, è previsto un test preselettivo di comprensione della lingua italiana. L'eventuale esito negativo comporta l'esclusione dalla graduatoria.

Al momento dell'adesione formale al corso, pena l'esclusione, ciascun allievo deve dichiarare di non aver presentato ulteriori richieste di iscrizione alla medesima tipologia formativa presso altri enti beneficiari della misura. Tutti i requisiti devono essere posseduti al momento della domanda.

I corsi hanno una durata complessiva di 150 ore, con il 50% in modalità e-learning sulla parte teorica, per favorire la massima flessibilità. Le lezioni sono in presenza a Roma, presso la sede nazionale Enuip, in Via Angelo Bargoni 78 (zona Trastevere). Sono inoltre previste due visite presso aziende agricole di successo a livello regionale.

Per informazioni e iscrizioni:
E-mail: formazione@enuip.it
Tel. 06 58333803



ENUIP
ENTE NAZIONALE UNSIC
ISTRUZIONE PROFESSIONALE

Approvato dalla Regione Lazio con DET. N. G02642 DEL 04/03/2025 rettificato con Det. N. G05671 del 09/05/2025
CUP F81J2500177009

GIOVANI AGRICOLTORI
formazione gratuita
"IMPRENDITORE AGRICOLO PROFESSIONALE"

☎ 06.58333803
✉ formazione@enuip.it
📍 Via Angelo Bargoni, 78, 00153 Roma RM

Cofinanziato dall'Unione europea   **REGIONE LAZIO** 

Enuip, formazione gratuita nel Lazio per Giovani imprenditori agricoli

Per lo sviluppo sostenibile delle aree rurali

di RENO INSARDÀ

Avvitato a marzo 2026 il progetto Giovani per l'agricoltura, finanziato dalla Regione Lazio e realizzato da Enuip nell'ambito della Misura 1.1 del PSR Lazio, con l'obiettivo di formare Giovani Imprenditori Agricoli Professionali (IAP), per poter usufruire dei contributi della Regione per la propria impresa. Il progetto rappresenta un'importante opportunità di crescita e qualificazione professionale per chi opera o intende operare nel settore agricolo, alimentare e forestale, contribuendo allo sviluppo sostenibile delle aree rurali del territorio laziale.

Destinatari progetto Giovani per l'agricoltura:

- i titolari di imprese devono condurre una azienda che abbia più del 50% della superficie ricadente nel territorio della regione Lazio;
- gli addetti devono operare (con un regolare contratto di lavoro) in una azienda che abbia più del 50% della superficie ricadente nel territorio della Regione Lazio, oppure in una unità locale istituita nel Lazio;
- avere 18 anni compiuti al momento della richiesta di adesione al corso;
- non aver compiuto 41 anni al momento della presentazione della domanda di adesione al bando di selezione degli allievi;
- aver assolto l'obbligo scolastico secondo la normativa vigente;

- rivestire la qualifica di utilizzatore ai sensi del Decreto Legislativo del 15/08/2012, n. 150 e del D.M. 22/01/2014 e ss.mm.ii. (solo nel caso delle tipologie di corso per il Pan);
- aver presentato domanda di contributo sul Bando per Giovani imprenditori della Regione Lazio.

Per i cittadini stranieri, in possesso di regolare permesso di soggiorno, è previsto un test preselettivo di comprensione della lingua italiana. L'eventuale esito negativo comporta l'esclusione dalla graduatoria.

Al momento dell'adesione formale al corso, pena l'esclusione, ciascun allievo deve dichiarare di non aver presentato ulteriori richieste di iscrizione alla medesima tipologia formativa presso altri enti beneficiari della misura. Tutti i requisiti devono essere posseduti al momento della domanda.

I corsi hanno una durata complessiva di 150 ore, con il 50% in modalità e-learning sulla parte teorica, per favorire la massima flessibilità. Le lezioni sono in presenza a Roma, presso la sede nazionale Enuip, in Via Angelo Bargonì, 78 (zona Trastevere). Sono inoltre previste due visite presso aziende agricole di successo a livello regionale.

Per informazioni e iscrizioni:
E-mail: formazione@enuip.it
Tel. 06 58333803



ENUIP
ENTE NAZIONALE UNSIK
ISTRUZIONE PROFESSIONALE

Approvato dalla Regione Lazio con DET. N. G02642 DEL 04/03/2025 rettificato con Det. N. G05671 del 09/05/2025
CUP F81J25001780009

GIOVANI PER L'AGRICOLTURA
formazione gratuita
"IMPRENDITORE AGRICOLO PROFESSIONALE"

☎ 06.58333803
✉ formazione@enuip.it
📍 Via Angelo Bargonì, 78, 00153 Roma RM

Finanziato dall'Unione europea REGIONE LAZIO PSR Lazio

Corso di aggiornamento per il personale Caf Unsic

Un mese di formazione itinerante in tutta Italia

di VANESSA POMPILI

Si è concluso anche quest'anno il mese dedicato all'aggiornamento professionale dei responsabili e degli operatori degli sportelli Caf Unsic attivi su tutto il territorio nazionale, iniziativa promossa per garantire una formazione costante e qualificata.

Partito il 2 marzo a Roma, il corso di formazione itinerante è terminato mercoledì 1 aprile a Bologna, attraversando sedici città distribuite lungo l'intera Penisola.

L'appuntamento formativo rappresenta un momento centrale per le diverse realtà territoriali Caf Unsic, riunite ogni anno in un percorso che si sposta quotidianamente di regione in regione coinvolgendo per un intero mese le principali località italiane.

Obiettivo dell'iniziativa è aggiornare il personale sugli ul-

timi sviluppi in materia fiscale e sulle procedure operative, con particolare attenzione alle novità introdotte dalla legge di Bilancio 2026, consolidando la qualità dei servizi offerti dagli sportelli Caf Unsic. L'iniziativa rafforza inoltre il coordinamento tra le sedi territoriali e la struttura nazionale, garantendo uniformità operativa nell'applicazione delle nuove disposizioni fiscali. A relazionare la platea degli operatori intervenuti si sono alternati dipendenti e responsabili della sede nazionale di Roma e delle sedi territoriali. Tra questi il direttore tecnico del Caf Unsic Giacomo Florio, insieme a Alessandro Taverna, Marco Daviddi, Manlio Marra e Jacopo Pescosolido. Come di consueto, i saluti istituzionali sono stati affidati all'amministratore del Caf Unsic Francesca Campanile.



Legge di Bilancio: conferme per l'Ape sociale

Nuove indicazioni dall'Inps

di WALTER RECINELLA

L'Inps, con circolare 19 del 25.2.26, fornisce indicazioni sulle disposizioni introdotte dalla legge di Bilancio su Ape sociale, incremento dell'importo della maggiorazione sociale e incentivo al posticipo del pensionamento.

L'art. 1, c. 162, legge di Bilancio prevede che "le disposizioni di cui ai c. da 179 a 186 dell'art. 1, legge 11.12.2016, n. 232, si applicano fino al 31.12.26 per i soggetti che si trovano in una delle condizioni di cui alle lettere da a) a d) del c. 179 al compimento dei 63 anni e 5 mesi. Le disposizioni al II e III periodo del c. 165, art. 1, legge 27.12.17, n. 205, si applicano anche con riferimento ai soggetti che si trovano nelle condizioni ivi indicate nel 2026".

Il c. 163 prevede che "il beneficio di cui al c. 162 non è cumulabile con i redditi di lavoro dipendente o autonomo, a eccezione di quelli derivanti da lavoro autonomo occasionale nel limite di 5.000 euro lordi annui". Per l'istruttoria delle domande, l'Inps conferma le indicazioni fornite in passato.

I soggetti interessati possono presentare domanda per l'Ape sociale entro il 31.3.26, il 15.7.26 e, comunque, non oltre il 30.10.26.

Per la maggiorazione sociale, l'art. 1, c. 179, legge di Bilancio, ha previsto che "a decorrere dal 1.1.26, l'importo mensile di cui all'alinea del c. 1, art. 38, legge 28.12.2001, n. 448, e l'importo annuo di cui alle lettere a) e b) del c. 5, art. 38, aumentato ai sensi della lettera d) del c. 5, come rideterminati ai sensi dell'art. 5, c. 5, decreto-legge 2.7.2007, n. 81, convertito, con modificazioni, dalla legge 3.8.2007, n. 127, sono incrementati rispettivamente di 20 euro e di 260 euro".

Le maggiorazioni sociali, aumentate di 20 euro al mese, sono riconosciute d'ufficio a chi è già titolare della maggiorazione sociale e del relativo incremento. Inoltre si incrementa di 260 euro annui il limite reddituale massimo oltre il quale tale beneficio non è riconosciuto.

Riguardo all'incentivo al posticipo del pensionamento per i lavoratori dipendenti che entro il 31.12.2026 maturano il diritto alla pensione anticipata ed alla pensione



anticipata "flessibile" ("quota 103"), il c. 194, art. 1, legge di Bilancio prevede che "la disposizione di cui all'art. 1, c. 286, legge 29.12.22, n. 197, si applica anche con riferimento ai lavoratori dipendenti che abbiano maturato, entro il 31.12.26, i requisiti minimi previsti dall'art. 24, c. 10, decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22.12.11, n. 214".

L'Inps precisa che il beneficio spetta ai lavoratori dipendenti iscritti all'Assicurazione generale obbligatoria o alle forme sostitutive ed esclusive che:

- entro il 31.12.25 hanno maturato i requisiti minimi previsti per l'accesso alla pensione anticipata flessibile di cui all'art. 14.1, decreto-legge 28.1.19, n. 4 (62 anni di età e 41 anni di contributi);
- entro il 31.12.26 maturano i requisiti minimi previsti per l'accesso alla pensione anticipata di cui all'art. 24, c. 10, decreto-legge n. 201 del 2011 (41 anni e 10 mesi per le donne e 42 anni e 10 mesi per gli uomini).

Per la pensione di vecchiaia e anticipata a 64 anni – contributiva – con computo della rendita di previdenza complementare per l'importo soglia, l'art. 1, c. 195, legge di Bilancio ha abrogato il c. 7-bis e soppresso l'ultimo periodo del c. 11, art. 24, decreto-legge n. 201 del 2011, introdotti dall'art. 1, c. 181 e 183, legge di Bilancio 2025. L'abrogato c. 7-bis, non applicabile anche nei casi in cui ne sia stata fatta richiesta nella domanda di pensione, prevedeva, a decorrere dal 1.1.25, su richiesta degli interessati, la possibilità di computare una o più prestazioni di rendita di forme pensionistiche di previdenza complementare per raggiungere l'importo soglia richiesto per l'accesso alla pensione anticipata o alla pensione di vecchiaia nel sistema contributivo.

La legge di Bilancio 2026 non ha previsto la proroga di "Opzione donna" e della pensione anticipata flessibile.

Lo sviluppo e il divenire

A proposito dell'ultimo lavoro di Giuseppe De Rita

di GIAMPIERO CASTELLOTTI

“ Il mondo si fa da solo; è causa di sé stesso; si basa sull'energia creatrice collettiva; è alimentato dalla sua capacità di fare ricerca, scienza, tecnologia; ha una sua continua forza e capacità di superamento dell'esistente. Non è quindi frutto di grandi uomini, grandi ideologie, grandi piani pluriennali, grandi stagioni conflittuali o rivoluzionarie; in realtà, è frutto semplicemente dello spirito che muove ogni cosa”.

Giuseppe De Rita, classe 1932, fondatore del Censis e già presidente del Cnel, uno dei più lucidi analisti dell'evoluzione della società italiana dal secondo dopoguerra ad oggi, riassume in poche righe del suo ultimo lavoro, “Lo sviluppo e il divenire. Nota sull'autopropulsione sociale” la sua idea della contemporaneità segnata, nel bene e nel male, dallo sviluppo. L'eminente concetto, che racchiude dal dopoguerra una grande forza simbolica e una mobilitazione corale, è essenzialmente frutto della lenta sedimentazione storica capace di maturare l'anima collettiva. Ma le letture sono articolate. Se per Emanuele Severino, come ricorda l'autore del testo, lo sviluppo è in mano a tre soli apparati, cioè la scienza, la finanza e il sistema d'armi, il fondatore dell'Istituto di Piazza di Novella a Roma ribatte, invece, che lo sviluppo è della società e non dei suoi più potenti soggetti, anzi il cambiamento è prodotto da milione di soggetti semplici. Inoltre esso costituisce un continuo squilibrio, senza marcia verso la giustizia sociale. Gli manca la razionalità illuministica. E la cultura collettiva è prigioniera nel raccontare il presente.

De Rita conferma le sue critiche al ruolo della borghesia, “ridotta al padroneggiamento e alla sintesi dei processi in atto”, incapace di movimentare la realtà: sul banco degli imputati c'è pure la “cetomedizzazione”, che pur essendo uno dei fenomeni di maggiore ascesa sociale dal dopoguerra con il noto “ascensore sociale” (che ha nello studioso senza dubbio il più lucido esaminatore), non è riuscita a far nascere una moderna classe borghese in Italia. La riprova è l'affermazione del populismo, visto come attaccamento piccolo borghese al circo-



Sergio Mattarella e Giuseppe De Rita (foto Quirinale)

stante. Il panorama odierno è quello di una diffusa debolezza culturale, con schemi mentali prigionieri del circostante, del superfluo, dell'algorithm, dell'intelligenza artificiale.

“Con la bacchetta del raddomante, che registra ogni minima vibrazione sul terreno, Giuseppe De Rita ha scoperto i giacimenti di energia nascosti della società italiana e ne ha saputo cogliere anche i minimi sommovimenti, quelli che preludono ai grandi cambiamenti dei costumi – ha scritto Massimiliano Valerii, direttore generale del Censis, che lavora da oltre venticinque anni al fianco del maestro oggi ultranovantenne, la cui fama è legata principalmente agli annuali Rapporti del Censis, vere e proprie Bibbie della sociologia che arricchiscono un vocabolario di fortunate metafore e allegorie entrate nel linguaggio comune, ma anche ai saggi agli editoriali sul *Corriere della Sera* capaci di accendere sempre proficui dibattiti.

TESSERAMENTO

Un anno di tutela, servizi e rappresentanza
Per imprese, pensionati e cittadini

**CREA VALORE
E SVILUPPO
SOSTENIBILE**



A chi è rivolto

Possono aderire a UNSIC:

- Imprese agricole
- Imprese e autonomi dei settori artigianato, commercio, servizi e pesca
- Lavoratori autonomi e liberi professionisti
- Disoccupati percettori di Naspi o disoccupazione agricola
- Pensionati
- Proprietari di immobili per la tutela e la gestione della proprietà edilizia



Cosa offre l'adesione

Il tesseramento dà accesso a servizi organizzati e coordinati:

- Assistenza amministrativa e contrattuale
- Consulenza fiscale e previdenziale
- Supporto allo sviluppo d'impresa e ai bandi
- Supporto nei rapporti con enti e istituzioni
- Tutela sindacale e rappresentanza
- Supporto nella gestione delle indennità
- Assistenza per esigenze patrimoniali



Un vantaggio in più

Con il tesseramento è riservata la UNSICard (Amica Card):

una card annuale che consente l'accesso a convenzioni, sconti e vantaggi presso esercizi e servizi convenzionati.



Cos'è il tesseramento

Il tesseramento UNSIC è l'adesione annuale a una rete sindacale autonoma che rappresenta e tutela imprese, lavoratori autonomi, professionisti e cittadini, disoccupati e pensionati.

Un punto di riferimento concreto che garantisce:

- Tutela
- Assistenza qualificata
- Presenza sul territorio
- Supporto continuo durante l'anno
- Assistenza nei rapporti con la Pubblica Amministrazione

Come aderire

Scopri il tesseramento più adatto a te!
Rivolgiti alla tua sede territoriale UNSIC
o vai sul sito www.unsic.it

SERVIZI UNSIC PER LE AZIENDE



**Centro Autorizzato di Assistenza
Fiscale alle Imprese**

www.cafimpreseunsic.it



**Centro Autorizzato di Assistenza
Agricola**

www.caaunsic.it



**Associazione Produttori
Europei Olivicoli**



**Associazione Nazionale Sindacale
Cooperative Unsic**

www.unsicoop.it



**Associazione Nazionale Proprietari
Immobiliari**

www.unsicasa.it



**Organo Nazionale di Mediazione
e Conciliazione Unsic**

www.unsiconc.it



CENTRO STUDI UNSIC

Centro Studi Unsic

www.centrostudiunsic.it



**Associazione Nazionale Datori
di Lavoro dei Collaboratori Familiari**

www.unsicolf.it



**Ente Nazionale Unsic
Istruzione Professionale**

www.enuip.it



**Centro Servizi
per la Consulenza Aziendale**

www.cescaunsic.it



Fondolavoro

FONDO PARITETICO INTERPROFESSIONALE NAZIONALE
PER LA FORMAZIONE CONTINUA DELLE IMPRESE

**Fondo Interprofessionale Nazionale
per la Formazione Continua delle Imprese**

www.fondolavoro.it



**CAMERA NAZIONALE
GIOVANI FASHION DESIGNER**

CNGFD

www.cngfd.it



**Ente Bilaterale
Intercategoriale**

www.ebint.it

SERVIZI UNSIC PER I CITTADINI



CENTRO ASSISTENZA FISCALE UNSIC

**Centro di Assistenza Fiscale
Unsic**

www.cafunsic.it



**Ente di Patronato e Assistenza Sociale
ai Cittadini**

www.enasc.it