

EDITORIALE

**Trump-Meloni,
si può rischiare
una super crisi
per una frase
mal tradotta?**

di Carlo Rebecchi

Non ci sono più barriere fisiche - le frontiere sono aperte, l'Europa si può girare con la semplice carta d'identità - e culturali. E' più facile prendere la metropolitana a Londra o a Parigi che trovare un indirizzo nella periferia romana. TV e giornali ci riferiscono "in diretta" quel che dice questo statista straniero. Ma siamo sicuri che quel giornale o quella TV, di cui non metto in causa l'onestà, ci dica la verità? Il dubbio lo avevo da tempo. E qualche giorno fa è stato Donald Trump e ripropormelo quando, davanti a una fotografia di Giorgia Meloni che lo guardava con occhio (politicamente) innamorato, The Donald ha sorriso con aria superiore e invocato contro la premier italiana "un'ordinanza restrittiva".

Un inaccettabile attacco alla Presidente del Consiglio, hanno subito interpretato televisioni e giornali italiani dando a più d'uno la sensazione che Giorgia si fosse macchiata di chissà quale colpa. Soltanto qualche ora dopo, quando all'espressione usata da Trump è stato dato il giusto significato, la tensione tra Palazzo Chigi e la Casa Bianca è calata. Trump non aveva alluso al significato legale che ha nell'inglese americano l'espressione da lui utilizzata, ma aveva voluto soltanto ironizzare sullo sguardo "adorante" di Giorgia con un altro dei significati dell'espressione, usata in casi di stalking e beghe all'interno di una relazione di coppia.

Ma mi chiedo: possibile che si possano attribuire a uomini politici o di governo cose che magari non pensa, e questo con una semplice traduzione sbagliata? Possibile che la traduzione da una lingua straniera crei eventualmente equivoci e fraintendimenti con possibili conseguenze gravissime? Il "caso" Trump - Meloni dice che è possibile. E purtroppo è quanto avviene sempre più spesso. In passato, quando ogni politico aveva i propri interpreti personali, le traduzioni erano "sicure". Oggi soprattutto sui social e sulle radio e tv che lavorano in diretta le traduzioni sono spesso errate o letterali da persone impreparate e creano talvolta le premesse di incidenti diplomatici o politici.

SEGUE A PAGINA 5

IN PRIMO PIANO/ I dati del Rapporto 2026 della Sace vedono l'Italia in piena corsa

Export, non ci batte nessuno

Turbolenze politiche ed economiche, crisi del sistema sociale, indicano un paese in affanno, ma quando si tratta di vendere all'estero non abbiamo rivali. Non le grandi industrie, ma le piccole e medie imprese. Aumento del 2% nel 2026, accelerazione negli anni successivi. E nel 2028 le esportazioni supereranno i 690 miliardi di euro. Segno indubbio di buona salute

di Giulio Terzi

SEGUE A PAGINA 5



L'INTERVENTO/ Sanità pubblica e privata accreditata, esiste un unico Servizio Sanitario

Una sola tariffa, un solo diritto alla cura

di Mariastella Giorlandino*

Si continua a parlare di "sanità pubblica" e "sanità privata" come se fossero due mondi separati, contrapposti, quasi alternativi. È una rappresentazione semplice, ma sbagliata. Il Servizio sanitario nazionale non è composto soltanto dagli ospedali pubblici, dalle ASL e dagli ambulatori direttamente gestiti dal pubblico. Il SSN è un sistema unitario, regolato dallo Stato e dalle Regioni, nel quale possono operare anche strutture private, purché siano autorizzate, accreditate e abbiano un accordo contrattuale con il servizio sanitario regionale.

1. Autorizzazione, accreditamento, contratto - L'autorizzazione consente a una struttura sanitaria di esercitare legittimamente la propria attività, perché attesta il possesso dei requisiti

minimi strutturali, tecnologici e organizzativi. L'accreditamento è qualcosa di diverso e ulteriore: è il riconoscimento con cui la Regione verifica che quella struttura possieda requisiti più qualificati di qualità, sicurezza, organizzazione e capacità professionale, tali da consentirle di entrare nella rete degli erogatori del SSN. Perché una struttura privata possa erogare prestazioni per conto del servizio sanitario regionale occorre anche un accordo contrattuale con la Regione o con l'azienda sanitaria competente. È questo accordo che stabilisce quali prestazioni possono essere erogate, in quale quantità, con quali limiti di spesa, secondo quali obblighi organizzativi e con quale remunerazione pubblica.

SEGUE A PAGINA 3

SCENARI

Dalla prossimità alla co-progettazione,
come contrastare la povertà sanitaria

pagina 7

AUTISMO



In Sardegna un bambino su 54 è autistico

pagina 9

SEGUE DALLA PRIMA

Una sola tariffa, un solo diritto alla cura

di Mariastella Giorlandino*

Quando questo percorso è completo, la struttura privata accreditata non opera più come semplice soggetto privato sul mercato, ma come erogatore del Servizio sanitario nazionale. Eroga prestazioni per conto del SSN, secondo regole pubbliche, controlli pubblici, programmazione pubblica, tetti di spesa, obblighi di qualità e tariffe stabilite dal nomenclatore. Una visita, un esame diagnostico, un'analisi di laboratorio o una prestazione specialistica eseguita in una struttura privata accreditata non è, per ciò solo, una prestazione "privata". Se è resa in regime di accreditamento, con prescrizione del medico, prenotazione attraverso i canali del sistema sanitario e nei limiti dei budget assegnati, essa è una prestazione del Servizio sanitario nazionale. Il cittadino, in quel caso, non compra una prestazione privata. Accede a una prestazione pubblicamente regolata, erogata da un soggetto privato che opera all'interno del SSN.

2. La salute è un diritto, non una questione di proprietà della struttura - L'articolo 32 della Costituzione tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. Da questo principio nasce il Servizio sanitario nazionale, istituito con la legge n. 833 del 1978 e fondato sull'universalità dell'assistenza, sull'uguaglianza dei cittadini e sull'equità nell'accesso alle cure.

Questi principi non impongono che ogni prestazione debba essere materialmente erogata da una struttura pubblica. Impongono, invece, che il diritto alla cura sia garantito secondo criteri pubblici, uniformi e controllabili. È questa la logica del sistema delineato dal decreto legislativo n. 502 del 1992 e dalle successive riforme: il servizio sanitario viene programmato dal pubblico, finanziato prevalentemente dalla fiscalità generale, regolato dalle Regioni, ma può essere erogato anche da strutture private accreditate. Il privato accreditato non sostituisce il pubblico, né lo svuota. Lo integra. Concorre all'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, sotto la responsabilità pubblica e nel rispetto della programmazione regionale.

3. Cosa sono i LEA e perché riguardano anche le strutture accreditate - I Livelli essenziali di assistenza, i LEA, sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini. Non sono un favore, né una concessione amministrativa: sono il contenuto concreto del diritto alla salute. Il SSN deve fornirli gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione, cioè il ticket. I LEA comprendono, tra l'altro, la prevenzione, l'assistenza distrettuale, l'assistenza ospedaliera, la specialistica ambulatoriale, la diagnostica, la riabilitazione e l'assistenza protesica. Il DPCM 12 gennaio 2017 ha aggiornato il quadro dei LEA e i relativi nomenclatori, cioè gli elenchi delle prestazioni garantite. Quando una prestazione rientra nei LEA ed è erogata in regime SSN, il cittadino deve poterla ricevere secondo regole uniformi, indipendentemente dal fatto che a erogarla sia una struttura pubblica o una struttura privata accreditata.

4. Il nomenclatore: stessa prestazione, stessa tariffa di riferimento - Quando si parla di "nomenclatore tariffario", ci si riferisce all'elenco delle prestazioni

sanitarie e alle relative tariffe riconosciute dal Servizio sanitario nazionale. Il nomenclatore serve a dire, in modo ordinato e trasparente, quali prestazioni sono erogabili e quale valore economico viene riconosciuto per ciascuna di esse. Il principio è semplice: se una prestazione è resa in regime SSN, la tariffa di riferimento è quella pubblica, prevista

sicurezza, qualità, adempimenti amministrativi e protezione dei dati. Se la tariffa è inferiore al costo reale, la prestazione diventa strutturalmente antieconomica. Ne deriva un rischio non solo per il singolo erogatore, ma per la capacità del SSN di utilizzare correttamente tutta la rete accreditata per garantire i LEA, ridurre le liste d'attesa e assicurare

di accesso. L'integrazione non serve a "privatizzare" la sanità. Serve a evitare che il diritto alla salute resti bloccato dentro colli di bottiglia organizzativi.

Il pubblico deve programmare, controllare, verificare appropriatezza, qualità, tempi e costi. Ma proprio perché ha questa responsabilità deve anche utilizzare in modo razionale tutte le risorse disponibili nel sistema, comprese quelle del privato accreditato. La sanità pubblica mantiene il suo ruolo centrale nelle funzioni di governo, prevenzione, emergenza, alta complessità, reti cliniche, programmazione e controllo. La sanità privata accreditata può contribuire soprattutto dove è più forte: diagnostica, specialistica ambulatoriale, riabilitazione, prossimità, capacità di risposta rapida, investimento tecnologico. Integrare questi due mondi significa ridurre le attese, migliorare l'accesso, usare meglio le risorse e rendere più effettivo il diritto alla cura. Il sistema deve essere pubblico nella regia, nella programmazione, nella definizione dei fabbisogni, nella verifica delle prestazioni, nella gestione delle liste d'attesa, nella misurazione degli esiti, nella tutela dei dati sanitari e nella garanzia dell'appropriatezza prescrittiva.

7. Il cittadino deve vedere un solo Sistema - Se ho una prescrizione del medico, devo poter prenotare attraverso il CUP. Se la prestazione è disponibile in una struttura pubblica o in una struttura privata accreditata, devo poter scegliere secondo criteri di prossimità, tempestività e qualità. Se pago il ticket, lo pago secondo le regole del SSN. Se la struttura eroga in regime accreditato, viene remunerata secondo il nomenclatore e gli accordi contrattuali, non secondo un prezzo libero. Il cittadino deve vedere un solo sistema: il Servizio sanitario nazionale. Dietro quel sistema possono esserci soggetti diversi: ospedali pubblici, ASL, ambulatori pubblici, laboratori, poliambulatori, strutture private accreditate. Ma il diritto resta uno solo. Le regole devono essere comuni. Le tariffe devono essere quelle pubbliche. L'accesso deve avvenire attraverso canali trasparenti. La qualità deve essere controllata. I tempi devono essere compatibili con il bisogno di salute.

8. Pubblico e privato accreditato sono due parti dello stesso patto costituzionale - La sanità privata accreditata non è una scorciatoia per chi può pagare. Quando opera nel SSN, è uno strumento attraverso cui il Servizio sanitario nazionale adempie alla propria funzione costituzionale. La vera alternativa non è tra pubblico e privato accreditato. La vera alternativa è tra un sistema frammentato, lento e ideologico, e un sistema integrato, trasparente e orientato al cittadino. Il SSN è nato per garantire il diritto alla salute a tutti. Per farlo oggi, deve utilizzare tutte le risorse qualificate di cui dispone: pubbliche e private accreditate. Con una regia pubblica forte. Con tariffe pubbliche. Con accesso tramite CUP. Con controlli rigorosi. Con piena trasparenza sulle prestazioni erogate. Solo così la sanità accreditata smette di essere percepita come "altro" rispetto al pubblico e torna a essere ciò che tecnicamente e giuridicamente è: una componente del Servizio sanitario nazionale. E solo così il cittadino può essere messo davvero al centro, non nella retorica, ma nell'organizzazione concreta delle cure.

* **Presidente Uap (Unione Nazionale Ambulatori, Poliambulatori, Enti e Ospedalità Privata)**



dal nomenclatore nazionale e recepita nei sistemi regionali. Non esiste una tariffa "più alta" solo perché la prestazione è eseguita da una struttura privata accreditata. Il privato accreditato viene remunerato secondo le regole del SSN, non secondo un libero prezzo di mercato. Quando una persona accede a una prestazione accreditata, non sta pagando una prestazione privata a prezzo libero. Se la prestazione è erogata in regime SSN, il cittadino paga, se dovuto, il ticket. La remunerazione della struttura avviene secondo il tariffario pubblico e nei limiti degli accordi contrattuali.

Il decreto tariffario del 25 novembre 2024 è stato censurato dal TAR Lazio per carenze istruttorie e per l'inadeguata dimostrazione della corrispondenza tra tariffe fissate e costi effettivi delle prestazioni. L'annullamento con efficacia differita, disposto per evitare un vuoto regolatorio e ricadute immediate sul sistema, conferma che il problema non riguarda soltanto gli operatori privati, ma l'equilibrio complessivo del Servizio sanitario nazionale. Una tariffa inadeguata produce effetti negativi sia sulle strutture pubbliche sia su quelle private accreditate, anche se con meccanismi diversi. Nelle strutture pubbliche il costo reale della prestazione può essere assorbito nel bilancio complessivo dell'azienda sanitaria, attraverso budget generali, finanziamenti indistinti, trasferimenti regionali e meccanismi di ripiano. Questo rende il problema meno visibile, ma non lo elimina: una prestazione sottotarifata resta una prestazione che consuma più risorse di quante il sistema tariffario riconosca. Per le strutture private accreditate, invece, il rapporto tra tariffa e singola prestazione è diretto. La tariffa del nomenclatore deve remunerare quella specifica attività sanitaria: personale, tecnologie, manutenzione, materiali, refertazione,

continuità di accesso ai cittadini. Per questo il nomenclatore non è un semplice listino. È uno strumento di governo del sistema sanitario.

5. Il CUP: il cittadino accede attraverso il sistema pubblico di prenotazione - L'accesso alle prestazioni del Servizio sanitario nazionale avviene normalmente attraverso la prescrizione del medico e la prenotazione mediante il CUP, Centro Unico di Prenotazione, cioè il sistema centralizzato e informatizzato deputato a gestire la prenotazione delle prestazioni sanitarie. Il CUP ha una funzione essenziale: mettere in relazione la domanda di salute del cittadino con l'offerta disponibile nel sistema. Questa offerta non dovrebbe essere limitata alle sole agende delle strutture pubbliche direttamente gestite dalla ASL o dall'ospedale. Deve comprendere anche le agende delle strutture private accreditate che operano per conto del SSN. Il cittadino non dovrebbe essere costretto a distinguere tra "pubblico" e "privato accreditato" come se fossero due percorsi separati. Dovrebbe poter entrare nel sistema attraverso un'unica porta: prescrizione, CUP, scelta tra le strutture disponibili, erogazione della prestazione, referto, eventuale prosecuzione del percorso diagnostico o terapeutico. Questa è la logica della vera presa in carico.

6. Liste d'attesa: l'integrazione non è un favore al privato, è una necessità per il Cittadino - Se il Servizio sanitario nazionale dispone di strutture pubbliche e strutture private accreditate, ma non utilizza pienamente tutta la capacità disponibile, il risultato è paradossale: da un lato cittadini che attendono mesi per una visita o un esame; dall'altro strutture autorizzate, accreditate, controllate e tecnologicamente attrezzate che potrebbero contribuire a ridurre i tempi