

---

I PRESIDENTI: FAREMO RICORSO ALLA CORTE COSTITUZIONALE

# Tagli alla sanità è scontro tra le Regioni e il governo

Liguria, vicina la riforma della guardia medica  
I dottori di famiglia garantiranno la reperibilità

Scontro tra le Regioni e il governo sul nuovo taglio ai fondi per la Sanità: i governatori annunciano un possibile il ricorso alla Consulta.

RIFORMATO, ROSSI, RUSSO E VIANI / PAGINE 2-3

# Sanità

## Regioni in rivolta

L'ultimatum al governo contro i tagli  
«Pronti a ricorrere alla Corte costituzionale»  
La premier ribatte: risorse ai massimi storici



Presidente Fedriga presiede il Friuli-Venezia Giulia e la Conferenza delle Regioni

### IL CASO

Serena Riformato/ROMA

«I numeri non sono opinioni: il fondo sanitario nel 2024 è al massimo storico di sempre: 134 miliardi. Prima del Covid stava a 115 miliardi. Non si può dire che abbiamo tagliato». La premier Giorgia Meloni, dallo studio di Porta a Porta, difende il suo esecutivo (e omette di precisare che la spesa sanitaria vada conside-

rata in rapporto al Pil: in discesa al 6,4 per cento nel 2024, pari ai livelli pre pandemia). Intanto tre segnali d'allarme in ventiquattro ore danno la misura dell'urgenza: primok, salvare il Ssn, subito. Dopo l'appello di quattordici esperti, ieri all'indirizzo di Palazzo Chigi sono arrivati, a stretto giro, un ammonimento della Ragioneria di Stato sui Lea e l'aut aut della Conferenza delle regioni: se il governo non dovesse ripristinare i finanziamenti di 1,2 miliardi tagliati dal decreto Pnrr per le opere di sicurezza sismica

delle strutture ospedaliere, i governatori potrebbero rivolgersi alla Corte Costituzionale. La battaglia unisce amministratori di destra e sinistra. «Ci siamo sempre mossi in modo costruttivo seppure in uno scenario critico», premette il presidente del Friuli-Venezia Giulia Massimiliano Fedriga, alla guida della Conferenza delle regioni: «Abbiamo chiesto - spiega il leghista - che venga eliminato il defianziamento o che venga preso un impegno per rifinanziarlo negli anni successivi». Nella conclusione, l'ultima-

tum, seppur sfumato, in risposta a una domanda sulla possibilità di rivolgersi alla Corte Costituzionale: «Utilizzeremo - avvisa Fedriga - tutti i canali della collaborazione e anche quelli di non collaborazione, se necessario, per tutelare il Ssn». Un documento della Conferenza delle regioni illustra il braccio di ferro nei dettagli: l'articolo 1, comma 13 del decreto Pnrr prevede che gli interventi di edilizia ospedaliera non più finanziabili con il piano europeo siano coperti da fondi propri delle regioni, sen-

za aggiungerne altri. Problema non irrilevante: le risorse in questione «sono destinate ad interventi di edilizia sanitaria che le regioni hanno già programmato». Insomma, soldi impegnati.

Il presidente del Friuli-Venezia Giulia attenua la critica:

«Da un'interlocuzione informale abbiamo visto un'apertura».

Il terzo segnale d'allarme lo lancia un documento del 26 marzo: la Ragioneria dello Stato critica l'ennesimo slittamento al 2025 dei nuovi Livelli essenziali di assistenza e delle tariffe aggiornate, chiedendo

### L'ANALISI

## Le promesse (tradite) della politica

#### LISTE D'ATTESA



GIORGIA MELONI  
16 OTTOBRE 2023

Quella delle liste d'attesa per il governo è una priorità. Abbiamo messo 3 miliardi in manovra per abatterle.

#### Soltanto 500 milioni per ridurre le code. Il resto ai contratti

Partiamo dai 3 miliardi citati dalla premier: larga parte di quella somma, ben 2,5 miliardi, sono andati al rinnovo dei contratti del personale sanitario. I soldi investiti per abbattere le liste di attesa sono 500 milioni, destinati alle maggiori prestazioni erogate soprattutto dalle strutture private convenzionate. Gli effetti di questa cura sono di fronte agli occhi di tutti. La nostra inchiesta di qualche giorno fa sui tempi comunicati dai Cup regionali dice che tra visite e accertamenti diagnostici solo in 5 casi su 66 si sta entro i tempi massimi previsti per legge. Ora Schillaci annuncia un nuovo Piano da 600 milioni, destinati alle aziende sanitarie in difficoltà, che potranno farsi dare una mano dai privati o pagare medici e tecnici affinché visite e accertamenti si facciano a orario quasi continuato. Vedremo se questa volta dalle parole si passerà ai fatti. —

© RIPRODUZIONE RISERVATA

#### SANITÀ TERRITORIALE



RAFFAELE FITTO  
15 MARZO 2024

I finanziamenti espunti per la sanità territoriale verranno assicurati con le risorse del programma per l'edilizia sanitaria. Non c'è stato nessun taglio.

#### I soldi mai spesi e molte strutture senza personale

Il riferimento del ministro per gli Affari europei e il Pnrr è al finanziamento di 312 case di comunità sulle 1.350 inizialmente previste dal Pnrr e di 74 ospedali di comunità su 381. Strutture fondamentali per rilanciare la sanità territoriale, le prime come maxi ambulatori aperti 7 giorni su 7, 24h, i secondi luogo di assistenza per chi può essere dimesso ma non è in grado di tornare a casa. A finanziare le strutture stralciate dal Pnrr sarà l'ex articolo 20 della finanziaria datata 1988. Ma non sarà un caso se in 36 anni le regioni non siano riuscite ancora a spendere 10 di quegli originari 30 miliardi. Soldi rimasti impigliati nella rete della burocrazia. Al di là dei soldi manca un provvedimento che vincoli medici di famiglia e specialisti ambulatoriali a lavorare nelle nuove strutture. Le oltre 300 già realizzate risultano essere nella maggioranza dei casi delle scatole vuote. —

© RIPRODUZIONE RISERVATA

#### MEDICI GETTONISTI



ORAZIO SCHILLACI  
4 OTTOBRE 2024

Dopo la stretta del decreto bollette sui medici gettonisti lancio un appello alle Regioni affinché facciano in modo che il fenomeno finisca.

#### Ospedali in difficoltà dove sono state escluse le coop

L'appello del ministro della Salute è stato raccolto solo dalla Lombardia, che ha bloccato i contratti con le coop dei gettonisti. Gli ospedali lombardi sono andati in tilt per carenza di personale, prima che intervenisse il Tar regionale a sospendere tutto. Nelle altre regioni si va avanti più o meno come prima, perché il decreto bollette è andato con i piedi di piombo sul taglio dei gettonisti, prevedendo comunque una proroga dei contratti in essere con le coop. Il problema è che, ha ammesso lo stesso Schillaci, negli organici di Asl e ospedali mancano 4.500 medici e 10mila infermieri. A parte il superamento del tetto di spesa per il personale, promesso dal ministro, per assumerli servono soldi. Quelli che il governo non ha programmato di investire nei prossimi anni che vedono un nuovo calo della spesa sanitaria dal 6,4 al 6,2% del Pil nel 2026. —

© RIPRODUZIONE RISERVATA

#### SICUREZZA



RAFFAELE FITTO  
15 FEBBRAIO 2024

Per la messa in sicurezza degli ospedali non c'è alcun passo indietro. Le regioni hanno 2,2 miliardi non spesi dal fondo per l'edilizia sanitaria.

#### I progetti al palo. Molti enti hanno già finito i fondi

A dicembre, dopo l'incendio all'ospedale di Tivoli, il coro da destra a sinistra fu unanime: i nostri ospedali sono troppo vecchi, vanno messi in sicurezza. Per tutta risposta il governo ha tolto dal Pnrr 1,2 miliardi destinati a 200 interventi sui nostri malandati nosocomi, facendoli planare nel fatidico fondo per l'edilizia sanitaria, per attingere al quale occorre vedersela con procedure borboniche. 1,2 miliardi di cui parla Fitto saranno pure disponibili al Sud ma non al Centro Nord, dove ad esempio Piemonte, Lombardia e Lazio hanno già impegnato tutte le risorse. Contro quello che le regioni continuano a definire un taglio i governatori minacciano ora di ricorrere alla Corte costituzionale. In attesa che spunti 500 milioni che Schillaci vuole mettere allo scopo in manovra, i lavori restano al palo con buona pace dei pazienti. —

© RIPRODUZIONE RISERVATA

#### NUOVI MACCHINARI



MARCELLO GEMMATO  
15 FEBBRAIO 2024

Il differimento a giugno 2026 per la sostituzione di almeno 3.100 grandi apparecchiature sanitarie si è reso necessario per esigenze delle Regioni.

#### Lavori e formazione perché i governatori chiedono più tempo

Se le liste di attesa si allungano la colpa è anche di un parco macchine dei nostri ospedali dell'era giurassica. In Italia ci sono quasi 37mila apparecchiature obsolete. Il 92% dei mammografi convenzionali ha più di dieci anni e lo stesso dicasi per il 96% delle Tac e il 91% dei sistemi radiografici fissi. Questo tipo di macchinari quando diventano obsoleti finiscono per andare fuori uso, allungando così i tempi di attesa per chi deve fare un accertamento. Lo slittamento a giugno del 2024 degli acquisti è stato in effetti richiesto dalle Regioni. Quel che sembrano incredibili sono però le motivazioni: la necessità di svolgere dei lavori per ospitare apparecchiature più grandi, prendere tempo per smaltire quelle vecchie, formare il personale all'utilizzo delle nuove. Come se la parola "programmazione" fosse esclusa dal vocabolario della nostra sanità. —

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Medici di famiglia, la riforma ligure Obiettivo: reperibilità giorno e notte

Raggiunto l'accordo tra la Regione e i sindacati. Sfuma la distinzione con la guardia medica  
L'Asl 3 di Genova risparmia sui gettonisti grazie ad accordi flessibili con specialisti, anche pensionati

## IL CASO

Bruno Viani / GENOVA

Optimizzare i servizi minimizzando i costi: manca solo la firma ma gli ultimi dettagli sono stati già definiti nel corso di un incontro riservatissimo con i sindacati dei medici, martedì scorso in Regione, che ha visto cadere alcune barriere che sembravano insormontabili. La Liguria si appresta così ad essere apripista per una radicale riforma del sistema dei medici di famiglia, capisaldi dell'offerta di salute alla collettività, all'interno del quadro tracciato al Pnrr. Obiettivo: creare in ogni distretto sanitario postazioni aperte sette giorni su sette, anche di notte, dove poter trovare assistenza medica senza andare in ospedale. La rivoluzione si innesta nel quadro disegnato a livello nazionale con la firma dell'accordo collettivo sulla medicina generale che entrerà in vigore dopo la ratifica in conferenza Stato-Regione. L'assetto organizzativo dell'assistenza territoriale si sposterà in capo alle Regioni e, altro passaggio fondamentale, si sfumerà la distinzione tra i medici di famiglia, oggi autonomi in regime di convenzione con le Asl, e i medici di guardia medica. Nascerà invece la figura del "medico del ruolo unico".

### LE LINEE DELLA RIFORMA

I nuovi medici di medicina generale, a partire dal 2025, dovranno prestare quote del loro



ANGELO GRATAROLA  
ASSESSORE ALLA SANITÀ  
REGIONE LIGURIA

«Siamo stati i primi a introdurre i cento euro per ogni ora aggiuntiva dei medici dell'urgenza. Non è bastato»

tempo per il Servizio sanitario, per chi è già convenzionato sarà un'opzione. La rivoluzione si inserisce nel quadro tracciato dal Pnrr che prevede entro il 2026 l'introduzione di "Case di comunità" dove il paziente che non presenta una patologia acuta possa trovare risposte, evitando di recarsi al pronto soccorso o in ospedale.

Di fatto, nel modello ligure la "Casa di comunità" non sarà un edificio fisico ma un territorio (coincidente con i distretti sociosanitari) in cui i medici siano tenuti a lavorare in modo coordinato, accanto a specialisti e personale infermieristico, prestando alcune ore nell'ambulatorio comune aperto ventiquattr'ore su ventiquattro e attrezzato anche per



Una vaccinazione antinfluenzale all'Asl 3

BALOSTRO

la diagnostica-base: radiografie, esami del sangue, teleconsulte specialistiche. Il "medico del ruolo unico" riunirà così le due funzioni del medico di guardia medica e di medicina generale, ma sarà disponibile anche per visite occasionali a non residenti, a cominciare da turisti e studenti fuori sede. A livello nazionale, le bozze dell'accordo ipotizzano anche i parametri di ore che ogni nuovo medico di medicina generale dovrà prestare negli ambulatori: dalle 36 ore di continuità assistenziale per chi segue fino a 400 pazienti, per scendere a 6 ore per i massimalisti con 1.500 pazienti.

### IMEDICI GETTONISTI

La nuova fonte di costi per le

Regioni nasce dal fenomeno dei medici "a gettone", specialisti che vanno a coprire posti vacanti all'interno del sistema delle Asl. La situazione ligure è pesante in tutte le aziende, salvo la Asl3 Genovese dove non vengono utilizzati medici gettonisti. «Puntiamo da sempre sulle risorse interne - spiega il direttore sanitario Asl3, Marta Caltabellotta - gli specialisti che lavorano nei reparti, se utili, possono prestare ore aggiuntive in pronto soccorso. In più, abbiamo stipulato contratti flessibili con specialisti selezionati in base al curriculum, anche pensionati, che non costano i 100 euro dei gettonisti ma al massimo 60».

Altrove non è così. Nel dettaglio, la Asl1 Imperiese ha sostenuto

nel 2023 un costo complessivo di oltre un milione e mezzo di euro per pagare i servizi offerti dalle cooperative; la Asl2 viaggia attorno a un milione e 200.000 euro, con picchi di costi come quello del servizio di guardia specialistica psichiatrica presso l'Ospedale San Paolo di Savona dove i 91 turni da 12 ore sono stati affidati a una società esterna per 129.500 euro (poco meno di 120 euro all'ora).

La Asl4 lo scorso anno ha sostenuto un costo complessivo di 823.000 euro per pagare cooperative, la Asl5 ha pagato 132.000 euro.

Il superamento del sistema costosissimo dei medici a gettone è la sfida che l'assessore alla Sanità Angelo Gratarola è chiamato ad affrontare. «La carenza di personale medico soprattutto in alcuni settori, è una nota dolente in tutta Italia e la Liguria non ne è esente - premette - quindi in questo periodo di tempo che va almeno fino al 2026-2027, dobbiamo ricorrere a provvedimenti anche straordinari tra i quali le prestazioni aggiuntive».

Per questo la Liguria si è mossa in più direzioni. «Siamo stati la prima Regione a deliberare la tariffa dei cento euro per i medici dell'urgenza per ogni ora aggiuntiva, norma che poi è diventata nazionale. In alcune discipline e in alcuni settori questo non è stato possibile o non è bastato e, quindi, si è ricorso in modo provvisorio alle cooperative che sono in questo momento necessarie per garantire i servizi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

che i fondi destinati a questo scopo non siano usati per altre voci di spesa. Il rischio? «Le differenze nell'erogazione di prestazioni tra le regioni», secondo i tecnici del Mef, con un altro rinvio, «consoliderebbero le disparità assistenziali nei territori regionali».

A CURA DI PAOLO RUSSO

## NUOVI LEA



ORAZIO SCHILLACI  
19 APRILE 2023

Protesica e specialistica ambulatoriale: le nuove tariffe in vigore dal 1° gennaio e 1° aprile 2024. Con loro assicurate nuove cure ricomprese nei Lea

## Tumori e anoressia le cure innovative rimandate al 2025

Per i nuovi Lea, i Livelli essenziali di assistenza arriva invece la beffa del rinvio delle cure innovative al 2025. Parliamo di procreazione assistita, malattie rare, la diagnosi e il monitoraggio della celiachia, il riconoscimento dell'endometriosi come malattia invalidante, esami e visite per tenere sotto controllo bulimia e anoressia, l'adroterapia per alcuni tipi di tumori e ausili al passo con i tempi per i disabili. Governo e regioni non hanno resistito al pressing dei privati per ridurre le tariffe, del 30% e in alcuni casi persino dell'80% rispetto alle attuali. La Ragioneria generale dello Stato ha osservato che si sarebbe potuto applicare il nuovo tariffario se le regioni avessero fatto piazza pulita dei piccoli laboratori che lavorano a costi più elevati. I 3,4 miliardi erogati dal 2017 per i nuovi Lea sono finiti a tappare i buchi di bilancio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il presidente della Regione Liguria contro la stretta: per il suo territorio sono 35 milioni in meno

## Toti chiede a Roma un cambio di passo «Regole uniformi per attingere ai fondi»

### IL CASO

Emanuele Rossi / GENOVA

«Con le regioni siamo tutti allineati, siamo tutti molto attenti al tema ovviamente. È complesso gestirlo come un unico pacchetto, ci sono situazioni molto diverse da caso a caso. In alcuni casi è possibile che quel provvedimento abbia serie e comprovate giustificazioni, in altri no e non si può fare di tutta un'erba un fascio». Anche Giovanni Toti si unisce al coro dei presidenti di Regione che hanno contesta-

to il taglio sull'edilizia sanitaria nel Pnrr per 1,2 miliardi deciso dal ministro Fitto. Toti invita il governo a «semmai uniformare i criteri di accesso e di utilizzo dei vari tipi di fondo rispetto alle spese che si iscrivono a bilancio».

Il taglio operato dal governo sul Pnrr per la Liguria si tradurrebbe in 35 milioni in meno, già programmati per interventi edilizi di adeguamento antisismico su tre padiglioni del Policlinico San Martino (Monoblocco, Specialità e 13), cinque padiglioni del Galini (Dea, zero, 4, 17,18) e poi i presidi ospedalieri della Colletta di Arenzano, Lavagna, Sestri Levante e l'ospeda-



Giovanni Toti

le San Nicolò di Levanto. A dare il dettaglio è stato recentemente l'assessore alla Sanità Angelo Gratarola, interrogato sul punto in consiglio regionale. «Tali interventi risultano tutti contrattualizzati per le

esecuzioni delle progettazioni o per le esecuzioni dei lavori e, per questo, dovrà essere garantita la continuità di finanziamento mediante l'utilizzo delle risorse ex articolo 20, oggi disponibili, oppure mediante l'utilizzo di risorse aggiuntive messe a disposizione dal governo», ha aggiunto Gratarola rispondendo a Davide Natale (Pd) e Paolo Ugolini (M5S).

Secondo il presidente della Regione Liguria, «il ministro Fitto ha ragione a dire che languono nei bilanci di talune regioni e di taluni comuni fondi che non vengono spesi nei tempi previsti. Ma così come sarebbe logico utilizzare lo

strumento di finanziamento più coerente con i tempi di realizzazione tra Fsc, Pnrr, Piano complementare, Articolo 20, è vero che tutti questi fondi hanno regole di accesso e una serie di sbarramenti assai farraginosi che non rendono facile il passaggio da un fondo all'altro». Da qui la proposta di Toti: un testo di legge per accorpate e uniformare i criteri di accesso ai fondi che dipendono da accordi tra Stato e Regioni: «Se il governo lavorasse ad un testo che prevedesse che tutti i finanziamenti di questo tipo, dipendenti da un accordo governo regioni, seguissero le medesime regole e avessero la stessa responsabilità in capo agli enti che li devono spendere senza passare per le varie commissioni governative su cui spendiamo sei-otto mesi per non sapere poi di chi sia la responsabilità di una riqualificazione sanitaria, questo esercizio di buona contabilità diventerebbe più facile per tutti: su questo una riflessione va fatta».