

DI LUCIA LOBUONO

«**E**normale che dopo 18 anni la situazione anziché migliorare sia peggiorata?». Se lo chiede l'ex Pm, molisano, di Mani Pulite nel puntare il dito contro il commissariamento della sanità in Molise, il cui disavanzo di 580 milioni chiede che sia pagato proprio da chi ha contribuito fondamentale-mente a provocarlo, cioè lo Stato. A condividere la tesi di Di Pietro è ora il governatore veneto Luca Zaia. «Le Regioni sono pronte a ricorrere fino alla Corte costituzionale contro un eventuale commissariamento per le liste d'attesa, e penso che sia un fatto legittimo. Sul fronte delle liste d'attesa immaginare che ci sia questa nuova figura, il commissariamento da parte dello Stato, sicuramente è un'azione molto popolare nei confronti dei cittadini. Ma spieghiamo ai cittadini che se lo Stato fosse così bravo a gestirle, ci sono due ragioni già commissariate come Molise e Calabria, e non è già tutto risolto basta. E lo dice una Regione che è quella messa meglio», ha detto ieri ai giornalisti il presidente leghista della Regione Veneto.

E a proposito di gestio-

ne fallimentare della sanità molisana, il governatore del Molise Francesco Roberti dovrebbe dare ascolto al suo collega, pure di Forza Italia, della Sicilia Renato Schifani che ha dichiarato: «Dobbiamo migliorare l'aspetto organizzativo del nostro sistema sanitario, anche scegliendo manager che siano all'altezza della situazione. A breve faremo valutazioni sui manager e anche sulla riduzione delle liste d'attesa: i manager che non avranno rispettato i target sulla riduzione delle liste di attesa saranno revocati. Si tratta di una possibilità inserita per la prima volta in un contratto: lo scandalo delle attese di un anno per esami importanti deve finire». Perché, quindi, non cacciare dall'Asrem il direttore generale e i vertici che lo affiancano che finora hanno dato prova di una gestione più che fallimentare della sanità molisana?

Sulle liste d'attesa, soprattutto, si gioca comunque lo scontro tra Governo e Regioni. «Faremo una manifestazione pubblica dove abbiamo invitato anche il Ministro della Salute. In quell'occasione faremo il resoconto di un anno e più di lavoro intenso che abbiamo fatto per ridurre le liste di attesa», ha detto il presidente della Regione Campania nella sua consueta diretta Facebook del venerdì: «Faremo una manifesta-

zione pubblica dove abbiamo invitato anche il Ministro della Salute. In quell'occasione faremo il resoconto di un anno e più di lavoro intenso che abbiamo fatto per ridurre le liste di attesa». «Posso già anticipare - continua il governatore - ma il 6 maggio daremo informazioni dettagliatissime e verificabili, sui risultati che abbiamo in Campania per quanto riguarda le liste di attesa. Noi saremo fra le prime due regioni d'Italia per i tempi delle liste di attesa. Quasi il 95% dei nostri concittadini riceve la prima visita entro un massimo 10 giorni. Una metà riceve la prima visita per le prestazioni classificate come urgenti, cioè quelle da erogare entro le 72 ore. Una metà riceve già queste prestazioni entro le 72 ore. Sono risultati davvero straordinari. E possiamo dire di essere non tra le prime due, ma la prima regione d'Italia». «Se teniamo conto del fatto che si dimentica di solito che siamo una regione che ha 15 mila dipendenti meno rispetto alla media nazionale, le risorse finanziarie



più ridotte di tutte le regioni nell'ambito del riparto del Fondo Sanitario Nazionale è il numero più basso ai posti letto. Quindi tenendo conto delle risorse umane finanziarie di cui disponiamo siamo di gran lunga la regione migliore" conclude De Luca.

Sulle liste di attesa "il governo ha alzato un muro", riferisce a "Repubblica" il presidente della Toscana, Eugenio Giani, che ha presieduto ieri la riunione della conferenza Stato-Regioni al posto di Massimiliano Fedriga. Con rammarico racconta di aver provato ad "esprimere, con spirito costruttivo, il desiderio dei governatori di rinviare il decreto attuativo sulle liste d'attesa nella sanita' cosi' da poter approfondire i vari aspetti". Tra gli aspetti da approfondire "il punto piu' significativo riguarda i poteri sostitutivi, quindi il commissariamento dell'azione regionale in merito alle liste d'attesa. Il testo normativo e' troppo discrezionale: prevede in modo politico che il governo possa commissariare questa o quell'altra Regione rispetto agli adempimenti per snellire le liste d'attesa. E' sconcertante". "L'istituto del commissariamento per giurisprudenza consolidata deve essere svolto attraverso regole certe - osserva il presidente -. Si devono individuare le condizioni per arrivare ad una misura cosi' pesante. Nel caso della normativa del governo e' tutto molto generico. Noi chiedevamo di poter approfondire questa normativa per mettere dei paletti oggettivi e chiari, non basati sulla discrezionalità politica". Ne avremmo voluto discutere con il governo - aggiunge -, ma non ci e' stato consentito. Il governo preferisce approvare il testo senza l'intesa delle Regioni". Giani osserva inoltre che "in

realta' non c'e' stata un'interlocuzione permanente. Noi siamo stati piuttosto critici sul provvedimento perche' per snellire le liste occorrono risorse, occorre pagare i medici che fanno un surplus di orario. E nel provvedimento del governo i fondi sono assolutamente insufficienti". Quanto ai prossimi passi: "Valuteremo cosa fare prima nella commissione sanita' e poi nell'assemblea della conferenza delle Regioni. Ho visto una grande reazione da parte delle Regioni di ogni colore politico perche', sulle liste d'attesa, si tocca una prerogativa che abbiamo affrontato con una grande volonta' di risolverla" conclude Giani

s "Più che un confronto costruttivo, quello in corso appare come un tentativo reciproco di nascondere un fallimento annunciato: l'incapacità di Governo e Regioni di affrontare con serietà e responsabilità una delle più gravi emergenze del Servizio Sanitario Nazionale. E mentre si rincorrono lettere, accuse e rinvii, milioni di cittadini continuano ad aspettare una prestazione sanitaria, rischiando ogni giorno di vedersi negato un diritto costituzionale". **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione **GIMBE**, commenta così lo scontro fra governo e Regioni sul decreto "liste di attesa", con "un botta e risposta con almeno cinque lettere ufficiali, senza contare smentite e dichiarazioni pubbliche. E ora la corda rischia di spezzarsi sul decreto attuativo più indigesto: quello che prevede poteri sostitutivi dello Stato in caso di inadempienze regionali. Le Regioni vogliono maggiore chiarezza, garanzie di contraddittorio e indicatori chiari per il commissariamento; il Governo, dal canto suo, ha rimandato al mittente tut-

te le richieste. Uno scambio sempre più teso che, al di là dei formalismi istituzionali, mette in luce un conflitto sostanziale su risorse, competenze e responsabilità nella gestione delle liste di attesa". Cartabellotta ricorda che "il Governo accusa le Regioni di non aver speso € 320 milioni su oltre € 2 miliardi destinati al recupero delle prestazioni non erogate durante la pandemia; ma di fatto € 860 milioni del Governo Meloni non sono risorse aggiuntive, bensì solo di indicazioni di spesa. Schillaci punta giustamente anche sulle gravi irregolarità rilevate dai NAS. Dal canto loro, le Regioni contestano la mancanza di risorse aggiuntive, l'assenza di interventi per ridurre le prestazioni inappropriate e, soprattutto, l'invasione di campo sulle loro competen-

■ **CONTINUA A PAGINA 4**
ze. Secondo **Nino Cartabellotta**, "il conflitto tra Governo e Regioni si placa quando le responsabilità sono reciproche". Infatti, prima le Regioni hanno temporeggiato per mesi prima di dare parere favorevole al decreto attuativo sulla piattaforma nazionale; poi il Governo lo ha tenuto in ostaggio per quasi due mesi prima di pubblicarlo in Gazzetta Ufficiale. E ora le Regioni hanno 60 giorni di tempo per presentare un progetto operativo per far comunicare le 21 piattaforme regionali con quella nazionale". Il quadro delineato da Cartabellotta è allarmante: "Quasi 5 milioni di italiani rinunciano alle cure". 4,5 milioni di italiani hanno dovuto rinunciare a visite mediche o esami diagnostici. Tra questi, 2,5



milioni hanno dovuto fare i conti con difficoltà economiche tali da impedirgli l'accesso alle cure. Un incremento di quasi 600.000 persone rispetto al 2022, che testimonia l'indebolimento crescente del principio di equità, da sempre pilastro del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). "Quando curarsi diventa un privilegio e non un diritto, non è solo la salute a essere in pericolo, ma la tenuta stessa del patto sociale", ha dichiarato Cartabellotta. Secondo il presidente della Fondazione Gimbe, il sistema sanitario italiano è messo in ginocchio da una carenza cronica di professionisti. "Mancano all'appello oltre 5.500 medici di famiglia. Ogni anno circa 10.000 infermieri si cancellano dall'albo e i (sempre meno) giovani che scelgono questa professione non bastano neppure lontanamente a compensare l'emorragia." Le conseguenze di questa crisi sono sotto gli occhi di tutti: diminuzione dei servizi pubblici, tempi di attesa sempre più lunghi, pronto soccorso congestionati e crescente difficoltà nel reperire un medico di base. Un contesto che spinge chi può permetterselo verso la sanità privata, mentre chi non può, finisce per rinunciare alle cure. La situazione non appare destinata a migliorare nel breve termine. Come sottolineato da Cartabellotta, la Legge di Bilancio 2025 prevede un aumento del Fondo Sanitario Nazionale pari a 2,52 miliardi di euro (+1,9%), ma soltanto la metà di queste risorse - 1,3 miliardi - rappresenta nuovi stanziamenti. Il resto, 1,2 miliardi, erano già stati previsti dalla manovra precedente. E le prospettive per gli anni a venire appaiono ancora più preoccupanti: se per il 2026 è previsto un incremento del 3% (pari a 4 miliardi),

dal 2027 al 2029 gli aumenti saranno minimi. In rapporto al PIL, il finanziamento alla sanità pubblica passerà dal 6,12% del 2024 al 6,05% nei due anni successivi, per poi scendere progressivamente fino al 5,7% nel 2029. "Tradotto: cambiando unità di misura (da valori assoluti a percentuale del Pil) gli 'investimenti record' si trasformano in 'minimo storico'", ha spiegato il presidente Gimbe. Cartabellotta ha infine posto l'accento sulla necessità di potenziare la sanità territoriale, elemento chiave per ridurre la pressione sugli ospedali e contenere le liste d'attesa. Tuttavia, ha avvertito che "non basta costruire muri". Il riferimento è alla riforma territoriale disegnatasi dal decreto ministeriale 77/2022, che pure va nella direzione giusta, ma rischia di rimanere incompiuta se non sarà supportata da un adeguato piano per il personale sanitario e da un'organizzazione chiara ed efficace. "Case di comunità, centrali operative territoriali, ospedali di comunità rimarranno scatole 'vuote' se non si colma il vuoto di personale: servono almeno da 20 a 27 mila infermieri in più e un concreto coinvolgimento dei medici di famiglia."

Nella contrapposizione tra ministero della Salute e Regioni sul decreto liste d'attesa, "tra i due litiganti il terzo soffre. Mentre loro litigano noi continuiamo a soffrire, insieme ai cittadini e alla sanità pubblica, per carenza di personale, contratti non applicati nelle varie aziende, lesione dei diritti elementari, soldi che non arrivano se non al privato accreditato senza regole". E "i pazienti continuano ad avere difficoltà di accesso alle cure". Così all'Adnkronos Salute Pierino di Silverio, segretario nazionale del sindacato

dei medici ospedalieri Anaa Assomed, commenta la mancata intesa Stato-Regioni di ieri su decreto attuativo del Dl liste d'attesa in merito ai poteri sostitutivi in caso di inadempimenti regionali, ultimo episodio di una tensione già in atto sulla questione. Sul tema specifico dei poteri sostitutivi, Di Silverio evidenzia che i medici ospedalieri considerano positiva "l'inversione di tendenza rispetto all'autonomia differenziata. Il Governo punta a centralizzare il controllo, e ben venga nel momento in cui le Regioni non sono in grado di assicurare la giusta ripartizione delle risorse. Noi, però, vorremmo essere coinvolti in ambito decisionale semplicemente perché tutte queste norme, questi provvedimenti alla base di questi litigi, appartengono a metodologie organizzative e a leggi che poi ricadono inevitabilmente su di noi". "Siamo profondamente convinti - continua Di Silverio rafforzando il concetto - che il centralismo, in termini di governo della salute, sia una giusta strada, perché il federalismo sanitario ha portato ad avere un'Italia che viaggia a velocità differenti. L'importante è che questo non voglia dire impugnare una mannaia e quindi cercare o pensare di risolvere il problema imputando una responsabilità ai professionisti o cercando sempre vie d'uscita sulla pelle dei professionisti", conclude il leader Anaa secondo il quale tra ministero e Regioni è necessario cercare



di appianare la controversie con l'obiettivo di ridurre le diversità regionali: "Si faccia un tavolo gestito dal ministero della Salute, perché centralizzare significa anche trovare soluzioni alla conflittualità, coinvolgendo le parti sociali".



Peso:2-89%,3-19%,4-41%