

# Sanità, migliorano le cure in ospedale Male prevenzione e medicina territoriale

---

## Rapporto del ministero

---

Le regioni studiano proposta riforma. In Lombardia case di comunità senza medici

---

L'appello delle imprese: «Fermate il payback o dobbiamo chiudere»

---

Promosse le cure in ospedale ma è ancora buio o quasi in Italia per la prevenzione e l'assistenza sul territorio. È quanto emerge dai dati elaborati dal ministero della Salute relativi a qualità e quantità dei Lea, i livelli essenziali di assistenza. È proprio la sanità locale a preoccupare di più: le Case di comunità non sembrano in grado di decollare mentre sui medici di base le Regioni sono al lavoro per la riforma. Le imprese lanciano l'allarme: stop al payback o dobbiamo chiudere. **Bartoloni, Gobbi, Monaci** — a pag. 2-3

**Primo Piano**  
Lo stato della Sanità in Italia

136,5

**I MILIARDI PER IL SSN NEL 2025**  
il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale passerà dai 136,5 miliardi del 2025 ai 141,3 miliardi del 2027

# Migliorano le cure in ospedale, vanno male territorio e prevenzione

**Le pagelle.** Sono otto le Regioni insufficienti in almeno uno dei tre indicatori nell'erogazione dei livelli essenziali ai cittadini. Al top per le cure Veneto, Toscana, Trento ed Emilia Romagna. In coda Calabria, Valle d'Aosta, Sicilia e Abruzzo

**Marzio Bartoloni**  
**Barbara Gobbi**

Promosse le cure in ospedale ma è ancora buio o quasi in Italia per le due aree più critiche della prevenzione e dell'assistenza sul territorio. Tradotto: i pazienti ricoverati ricevono interventi sempre più appropriati e tempestivi dall'ictus ai tumori ma su temi cruciali per la salute come vaccinazioni, screening oncologici, stili di vita così come sull'uso di antibiotici, assistenza a domicilio, cure palliative, assistenza ai non autosufficienti o i tempi di arrivo di un'ambulanza la strada è tutta in salita. E come sempre quando si parla di sanità nel nostro paese, vale la regola "regione che vai cure che trovi": la classifica vede al top in base alle performance sanitarie Veneto, Toscana, Trento ed Emilia Romagna e in coda Calabria, Valle d'Aosta, Sicilia e Abruzzo. Con un evidente sbilanciamento a sfavore del Sud.

## Le "pagelle" del ministero

A dare il polso della situazione della nostra Sanità e delle cure che vengono erogate agli italiani sono le ultime "pagelle" che il ministero della Salute pubblicherà stamattina e che il Sole 24 ore è in grado di anticipare nei suoi risultati definitivi che riguardano il 2023: si tratta infatti degli ultimi risultati elaborati dal ministero della Salute - attraverso il Nuovo sistema di garanzia (Nsg) - che monitora qualità e quantità dei Lea, i livelli essenziali di assistenza e cioè le prestazioni che il Servizio sanitario nazionale è chiamato a erogare in modo gratuito e omogeneo da nord a sud del paese. E che ancora una volta sono la cartina di tornasole delle disuguaglianze nell'accesso alle cure, sulla pelle dei cittadini.

L'esame dei 24 indicatori "core", cioè determinanti ai fini del punteggio assegnato a ogni Regione per ciascuna area - appunto ospedale, prevenzione e distretto - fotografa tra 2019 e 2023 un trend di miglioramento soltanto per gli ospedali la cui performance - va detto - pesa per il 50% sull'intera assistenza. Dall'altra parte, si registra il peggioramento continuo per l'area della Sanità territoriale (distretto) e per le attività di prevenzione. Con diverse "insufficienze": sono infatti otto le Regioni che ne incassano almeno

una se non due in uno dei tre indicatori. Insufficienze che tra l'altro sono considerate "inadempienze" e quindi precludono l'accesso ai fondi premiali previsti dal Fondo sanitario che nel 2025 vale 136,5 miliardi.

## Il puzzle delle cure

Gli ultimi dati del Sistema di garanzia Lea fotografano per l'ennesima volta un'Italia a tante velocità ma con i risultati migliori concentrati nel Nord del Paese. Sono tredici le Regioni che raggiungono la sufficienza con un punteggio superiore a 60 in una scala da zero a cento in ciascuna delle tre macro aree: Piemonte, Lombardia, Pa Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Campania, Puglia e Sardegna. Tra queste spiccano le performance delle "top" che riescono

quindi non solo a erogare i Lea ai propri cittadini ma anche ad attrarre un flusso di pazienti con la valigia che si traduce in un saldo di mobilità sanitaria calcolato in circa 5 miliardi. Dall'altra parte, ben otto sono le Regioni "sotto-soglia" in almeno una o due aree: Valle d'Aosta su ospedale (unica Regione ad avere un'insufficienza per le cure in corsia) e distretto mentre Abruzzo, Calabria e Sicilia sono insufficienti su prevenzione e distretto. Bolzano, Liguria e Molise invece vanno "sotto" nell'area prevenzione mentre la Basilicata non centra il target delle cure distrettuali. E nel complesso sono sei le Regioni che non raggiungono la sufficienza nella prevenzione: Pa di Bolzano, Liguria, Abruzzo, Molise, Calabria e Sicilia mentre per il distretto restano sotto l'asticella dei 60 punti Valle d'Aosta, Abruzzo, Basilicata, Calabria e Sicilia.

## IL PRESIDENTE FIASO

### I manager Asl: «Con il digitale cure capillari»

«La digitalizzazione è la chiave per garantire equità di accesso alle cure e rafforzare l'assistenza territoriale, soprattutto nelle aree interne e nelle comunità montane, dove la distanza dai servizi sanitari alimenta disuguaglianze e spopolamento». A dirlo è Giovanni Migliore, presidente della Federazione italiana delle aziende sanitarie e ospedaliere (Fiaso). Per Migliore occorre «ripensare al concetto di prossimità» introducendo «il concetto di "Casa di Comunità diffusa", una rete assistenziale potenziata dalla tecnologia per costruire un sistema sostenibile, più equo e accessibile, in cui la Casa sia il primo luogo di cura e prevenzione, soprattutto per cronici, multipatologici e anziani».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Cure territoriali inadeguate

In molte Regioni resta fragile proprio quel "territorio" che la pandemia aveva rivelato come un vero e proprio tallone d'Achille del Servizio sanitario nazionale. Da qui la scelta di prevedere nel Piano nazionale di ripresa e resilienza un investimento in termini di risorse e riorganizzazione delle cure primarie che cuba oltre 7 miliardi, ma oggi questo traguardo sembra irraggiungibile per giugno 2026 quando il Pnrr "scadrà". Proprio dagli ultimi dati 2023 sui Lea, soprattutto per l'area-distretto, erano attesi i primi effetti dell'adozione degli standard fissati dal decreto 77 del 2022 che ha messo a terra il Pnrr ridisegnando le cure, tra case e ospedali di comunità, centrali operative territoriali, telemedicina e assistenza domiciliare integrata. E invece niente.

Senza contare che sono sotto il tiro incrociato dei sindacati di categoria riforme su cui il ministro della Salute Orazio Schillaci punta molto per "sbloccare" l'assistenza primaria, come la revisione dello status giuridico dei medici di famiglia attraverso il passaggio dal convenzionamento alla dipendenza per portarli a lavorare nelle Case di comunità previste con il Pnrr. Un tema su cui già il suo predecessore Roberto Speranza era stato costretto a fare marcia indietro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

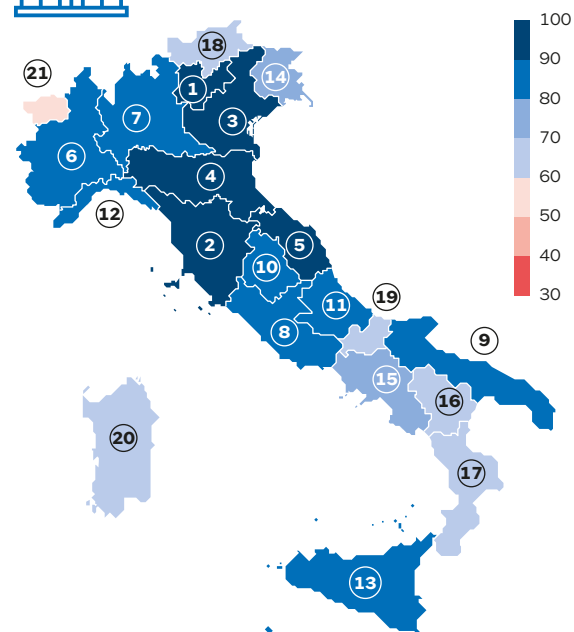
## Le classifiche regionali

### LE PAGELLE SUI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA EROGATI DAL SERVIZIO SANITARIO

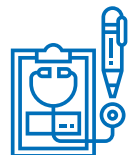
I punteggi ottenuti dalle Regioni nelle tre aree principali dell'assistenza (ospedale, prevenzione e distretto-territorio) in base a 24 indicatori nel 2023



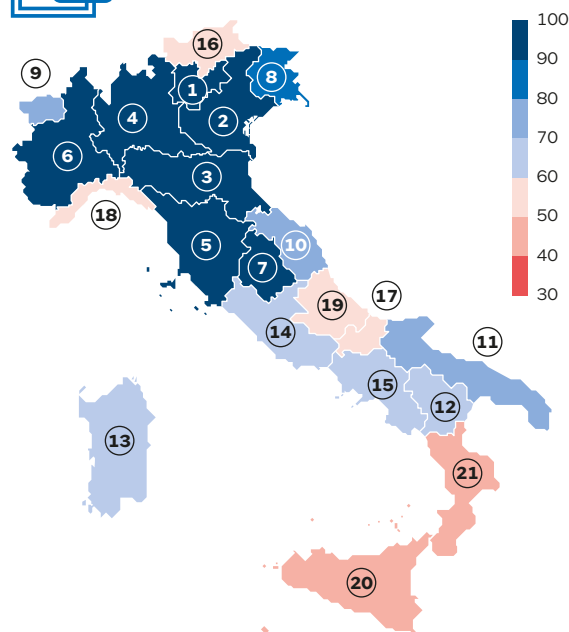
#### OSPEDALIERA



Rank	Region	Score
1	P.A. Trento	97
2	Toscana	96
3	Veneto	94
4	Emilia Romagna	92
5	Marche	91
6	Piemonte	87
7	Lombardia	86
8	Lazio	85
9	Puglia	85
10	Umbria	84
11	Abruzzo	83
12	Liguria	80
13	Sicilia	80
14	Friuli V.G.	73
15	Campania	72
16	Basilicata	69
17	Calabria	69
18	P.A. Bolzano	62
19	Molise	62
20	Sardegna	60
21	Valle d'Aosta	53



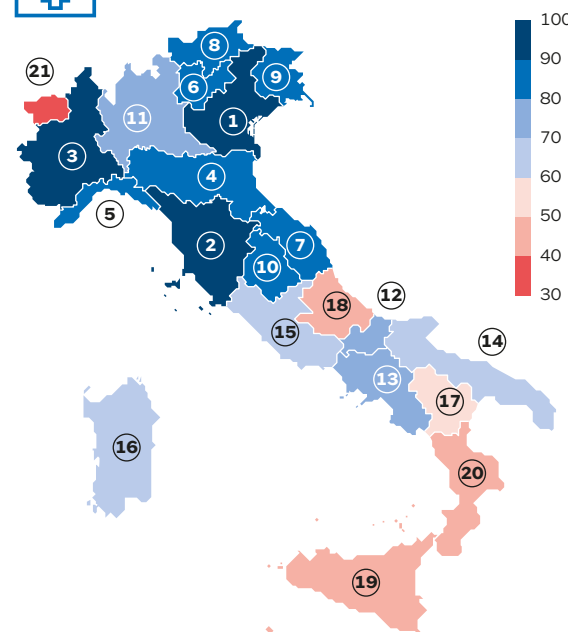
#### PREVENZIONE



Rank	Region	Score
1	P.A. Trento	98
2	Veneto	98
3	Emilia Romagna	97
4	Lombardia	95
5	Toscana	95
6	Piemonte	93
7	Umbria	93
8	Friuli V.G.	81
9	Valle d'Aosta	77
10	Marche	74
11	Puglia	74
12	Basilicata	68
13	Sardegna	65
14	Lazio	63
15	Campania	61
16	P.A. Bolzano	58
17	Molise	58
18	Liguria	54
19	Abruzzo	54
20	Sicilia	49
21	Calabria	41



#### DISTRETTUALE

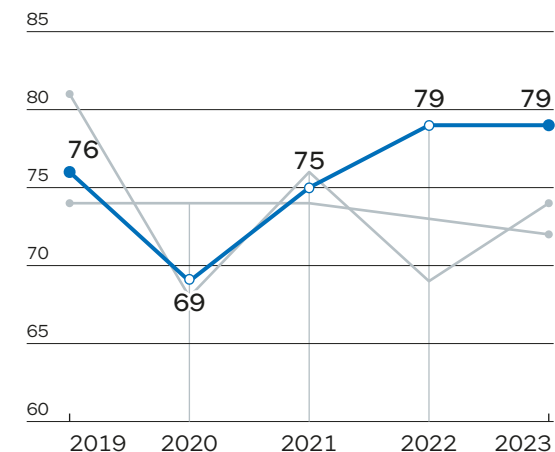


Rank	Region	Score
1	Veneto	96
2	Toscana	95
3	Piemonte	90
4	Emilia Romagna	89
5	Liguria	85
6	P.A. Trento	83
7	Marche	83
8	P.A. Bolzano	82
9	Friuli V.G.	81
10	Umbria	80
11	Lombardia	76
12	Molise	73
13	Campania	72
14	Puglia	69
15	Lazio	68
16	Sardegna	67
17	Basilicata	52
18	Abruzzo	45
19	Sicilia	44
20	Calabria	40
21	Valle d'Aosta	35

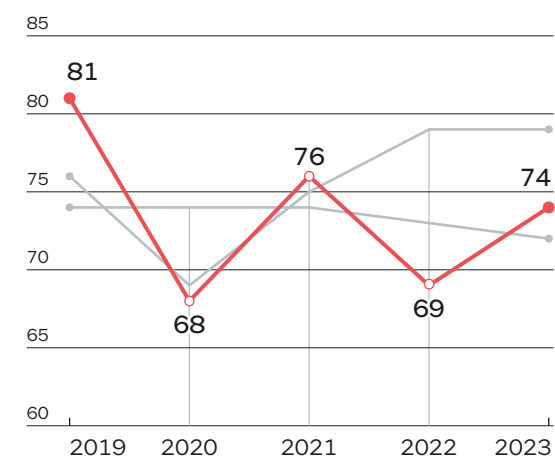
### MIGLIORA L'ASSISTENZA OSPEDALIERA PEGGIORANO PREVENZIONE E TERRITORIO

Il trend sul punteggio dei livelli essenziali di assistenza nelle tre aree dal 2019 al 2023

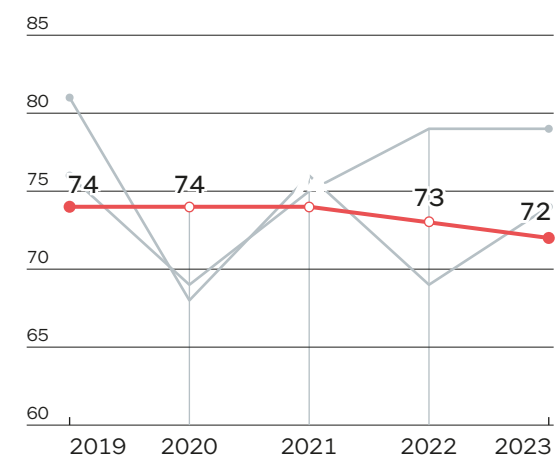
#### Ospedaliera



#### Prevenzione



#### Distrettuale



# L'ultimo appello delle imprese: «Fermate il payback o chiudiamo»

## Dispositivi medici

Ieri l'udienza al Tar: ancora in sospenso 1 miliardo relativo agli anni 2015-2018

«Il Tar del Lazio dichiara illegittimo il payback 2015-2018 per dare un futuro alle imprese dei dispositivi medici e dare tempo al Governo di cancellare la norma». Suona come un ultimo appello quello lanciato ieri dalle imprese che producono i preziosi dispositivi medici - dalle garze alle siringhe fino alle Tac e agli ecografi - con cui vanno avanti tutti i giorni gli ospedali italiani. Un appello siglato praticamente da tutto l'universo dell'industria biomedicale e cioè Aforp, Confapi salute università ricerca, Confimi Industria Sanità, Confindustria dispositivi medici, Conflavoro Pmi Sanità, Coordinamento filiera, Fifo Confcommercio.

Le oltre 1.800 imprese dei dispositivi medici che hanno fatto ricorso contro il payback 2015-2018, dopo la sentenza della Corte costituzionale, si sono appellate nuovamente al Tar per sottolineare che la norma, da una parte, viola la normativa europea in materia di appalti pubblici, e dall'altra, è illegittima perché ha fissato nel 2019 dei tetti di spesa sulle annualità 2015-2018 in ritardo e con effetti retroat-

tivi. «Questa è l'ultima occasione per bloccare un meccanismo assurdo che farà morire un comparto fatto di innovazione, ricerca e sviluppo di prodotti che salvano e migliorano la qualità della vita degli italiani - dichiarano le sette sigle -. Se le Pmi saranno costrette a chiudere o ridurre drasticamente le attività, le grandi saranno costrette a ritirare i propri investimenti in Italia e a spostarli in altri Paesi». «Tutte le imprese - concludono - già vessate dalla tassa dello 0,75% sul fatturato, dai costi esorbitanti dell'energia e dall'incubo dazi Usa, con l'ulteriore peso del payback potranno non riuscire a garantire le forniture di dispositivi medici agli ospedali con danni irreparabili per la Sanità, i cittadini e gli operatori sanitari».

Il meccanismo del payback sui dispositivi medici, introdotto nel 2015 dal Governo Renzi come misura di taglio alla spesa, prevede

che le imprese fornitrici di dispositivi medici debbano rimborsare il 50% del superamento degli scostamenti dal tetto di spesa regionale, stabilito nella misura del 4,4% del Fondo sanitario nazionale. Il payback però è rimasto inattuato fino all'estate 2022, quando l'allora governo guidato da Mario Draghi decise in extremis di tirarlo fuori prima di cadere. Da allora è stato una sorta di calvario tra proroghe e un taglio a metà del conto per le imprese che all'inizio era di 2,2 miliardi ed è stato portato appunto a circa 1,1 miliardi. Lo sconto però doveva essere applicato - così decise il decreto bollette di fine marzo 2023 - solo alle imprese che rinunciano ai contenziosi legali in atto.

Si arriva dunque alle sentenze della Consulta di luglio scorso: la prima prevede che lo sconto del 50% valga per tutte le imprese senza che rilevi più il fatto che esse abbiano rinunciato o meno al contenzioso legale, la seconda ritiene "compatibile" il payback con i principi della Costituzione. Ora gli occhi sono puntati sulla decisione del Tar che potrebbe arrivare nel giro di un mese circa. Anche perché le Regioni cominciano a bussare alle imprese per chiedere i pagamenti: ci ha provato l'Emilia Romagna a fine gennaio presentando un conto da 170 milioni, rinviando però - dopo le tante proteste - la scadenza al 31 dicembre.

—Mar.B.



**Sette sigle del biomedicale chiedono l'annullamento della misura per assicurare un futuro al settore**

1.420

**CASE DI COMUNITÀ A METÀ 2026**  
Le nuove strutture della Sanità territoriale sono finanziate con 2 miliardi dal Pnrr. A giugno scorso ne erano aperte 413, ma ancora poco attive

37.983

**I MEDICI DI FAMIGLIA IN ITALIA**  
In dieci anni calano i medici di medicina generale passati da 45.203 nel 2013 a 37.983 nel 2023, 7220 in meno (oltre il 15%)

## Case di comunità, in Lombardia solo sette hanno i requisiti ok

### I presidi territoriali

L'obiettivo è 187 strutture nel 2026. Ne esistono 130, mancano medici e infermieri

Sara Monaci  
MILANO

Fatte le case di comunità, il problema è farle funzionare. Un principio che vale per tutta Italia ma che per la Lombardia vale ancora di più, visto che si tratta della regione più popolosa, con i suoi 10 milioni di abitanti, e dato che l'assistenza territoriale era storicamente debole già prima della pandemia del 2020.

Vediamo lo scenario. Gli obiettivi della Regione Lombardia, fissati dopo il Covid, indicavano l'apertura di 187 Case di comunità e 60 Ospedali di comunità entro la fine del 2026. Durante la prima giunta guidata da Attilio Fontana - con Letizia Moratti chiamata in corsa a gestire il settore sanitario in piena crisi da pandemia - vennero dichiarati 3 miliardi di investimento per realizzare nuove strutture di presidio sanitario territoriale (di cui 486 milioni provenienti dal Pnrr).

Ebbene, l'apertura delle sedi sta procedendo: per quanto riguarda gli Ospedali, su 60 ne sono stati aperti 23; mentre su 187 Case di co-

munità ne sono state realizzate 117 definitive e 13 provvisorie. In molti casi gli edifici già esistevano e sono stati semplicemente ristrutturati.

Il problema però è metterli a regime. Solo 7 Case di comunità rispettano tutti i requisiti ministeriali con un'offerta completa (presenza medica tutto il giorno e infermieristica per 12 ore, specialistica ambulatoriale, presenza di un cup, servizi sociali, continuità assistenziale): la Casa di comunità di Saronno, di Borgo Palazzo, di Sant'Omobono Terme; di Zogno; di Villa D'Almé; di Varese, di Arcisate.

L'operatività è quindi fortemente ridotta. In questo momento solo 37 strutture offrono un servizio per 24 ore su 24, sette giorni su sette, funzionando quindi come "hub", mentre 26 sono state accreditate come strutture "spoke", e quindi funzionanti per 12 ore invece di 24. A livello di attività setti-

manale, 67 sono aperte sette giorni su sette; 19 per sei giorni; 31 per meno di sei giorni.

Infine, come riportava la Corte dei conti nel report di novembre 2024 sullo stato di attuazione dell'assistenza sanitaria territoriale nel Pnrr della Lombardia «in 112 case di comunità mancano i pediatri di libera scelta, un dato peggiore rispetto al precedente controllo di luglio 2023, nonostante l'incremento di strutture aperte».

Ovviamente è a Milano e nel suo hinterland la situazione più critica, visto che è qui che si concentra il maggior numero di utenti. Soltanto nell'area metropolitana dovrebbe sorgere un terzo di tutte le strutture previste per la Lombardia, ma ad oggi ne sono state aperte formalmente due su tre. I servizi procedono a rilento: ci sono state delle integrazioni con i servizi socio-sanitari del Comune, ma gli infermieri assunti sono pochi, solo un centinaio, mentre i requisiti ministeriali indicano un infermiere ogni 2-3mila abitanti (pertanto ne servirebbero circa mille).

In tutta Italia, secondo l'ultimo monitoraggio sulla Sanità territoriale del ministero della Salute, al 30 giugno 2024 risultavano attive 413 Case di comunità, meno di un terzo del totale. In ben dieci regioni - Basilicata, Calabria, Campania, Friuli, Lazio, Bolzano, Trento, Puglia, Sardegna e Valle d'Aosta - sei mesi fa non ce n'era neanche una.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**La difficoltà è garantire presenza medica per 24 ore su 24, sette giorni su sette. Pochi anche i pediatri**

## Medici di famiglia: Regioni pronte alla riforma, dipendenza sul filo

### Il decreto allo studio

I governatori lavorano a un testo da proporre al ministro Schillaci

Dipendenti o non dipendenti? È questo il dilemma ancora non risolto che attanaglia la riforma dei medici di famiglia - allo studio un decreto - che deve rilanciare la Sanità territoriale che dalle pagelle sui livelli essenziali di assistenza esce piuttosto male.

L'ipotesi di trasformare lo status attuale del medico di base che oggi lavora come libero professionista in convenzione con il Servizio sanitario nel suo studio per portarlo alla dipendenza in modo da poterlo assegnare più facilmente dove serve a partire dalle Case di comunità che stanno aprendo in questi mesi (praticamente vuote) è il punto più divisivo di questa riforma. Che le Regioni comunque vogliono portare a casa insieme al ministro della Salute Orazio Schillaci che sta aspettando a giorni una bozza condivisa da tutti i governatori. Il testo messo a punto da un gruppo di tecnici regionali è stato definito proprio in questi giorni e ora dovrà essere ufficializzato dai presidenti in una Conferenza delle Regioni: la prossima in calendario è il 6 marzo e già in quella data si potrebbe arrivare a una proposta definitiva da inviare al ministro Schillaci. Il dossier difatti è più che delicato: dopo un vertice lampo a Palazzo Chigi a metà febbraio con la premier Meloni e i due vice premier Tajani e Salvini l'incarico è stato quello di provare a scrivere una riforma la più condivisa possibi-



### Nelle Case di comunità.

L'obiettivo della riforma è far lavorare almeno un certo numero di ore ai medici di famiglia nelle nuove Case di comunità

le, in particolare con le Regioni che sono quelle che amministrano la Sanità. A frenare però sono sia i principali sindacati di categoria, a cominciare da quello più rappresentativo, la Fimmg, che boccia su tutta la linea l'ipotesi della dipendenza, mentre anche Forza Italia - all'interno della maggioranza - si dice contraria e rilancia una sua proposta per pagare i dottori in base alle ore e non al numero degli assistiti (come accade oggi). Non manca comunque anche qualche voce fuori dal coro tra i camici bianchi come quella del "Movimento Mmg per la dirigenza" favorevoli alla dipendenza.

Ma cosa prevede in sostanza la riforma? Il testo messo a punto dai tecnici regionali va in una doppia direzione: da una parte prevede l'assunzione obbligatoria come dipendenti

di tutti i nuovi medici di famiglia appena "assunti", dall'altra prevede che chi già lavora potrà rimanere a scelta nel proprio studio come libero professionista o passare alla dipendenza. L'altro punto - forse il più condiviso all'interno delle Regioni - è quello che comunque tutti i medici di famiglia dovranno in ogni caso garantire (in base al numero di assistiti che seguono nello studio) un certo numero di ore a settimana dentro le nuove Case di comunità su cui il Pnrr investe 2 miliardi. Di queste nuove strutture che dovrebbero rivoluzionare la Sanità sul territorio ne dovrebbero diventare operative oltre 1400 entro giugno del prossimo anno, ma al momento quelle già aperte lavorano a singhiozzo sia come orari che come servizi perché manca il personale sanitario, sia gli infermieri che i medici. Un vicolo cieco da cui Regioni e Governo vogliono uscire il prima possibile, ormai manca poco e il rischio che si aprano centinaia di cattedrali nel deserto è dietro l'angolo.

—Mar.B.  
B.Gob.

© RIPRODUZIONE RISERVATA