



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**1 Agosto 2024**

**A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA**

**MARIELLA QUINCI**



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

# GIORNALE DI SICILIA

## Trapianto del microbiota fecale, Policlinico di Milano all'avanguardia

MILANO (ITALPRESS) – Nel nostro Paese sono pochi i centri dedicati alla cura via trapianto di microbioma dell'infezione da Clostridioides difficile, batterio la cui presenza è associata un'alterazione della flora intestinale che causa diarrea, colite e, nei casi più gravi, la perforazione del colon con un elevato indice di mortalità.



MILANO (ITALPRESS) - Nel nostro Paese sono pochi i centri dedicati alla cura via trapianto di microbioma dell'infezione da Clostridioides difficile, batterio la cui presenza è associata un'alterazione della flora intestinale che causa diarrea, colite e, nei casi più gravi, la perforazione del colon con un elevato indice di mortalità. Da poco, il Policlinico di Milano è stato accreditato dal Centro Nazionale Trapianti per eseguire il trapianto del microbiota fecale umano (FMT) che ha riconosciuto e avallato l'innovativa procedura ideata dai professionisti della Gastroenterologia ed Endoscopia, dalla Medicina Trasfusionale e dalla Microbiologia e Virologia del Policlinico di Milano divenendo così anche il primo centro autorizzato per questo intervento in Lombardia. Per comprendere qual è la novità, però, è bene sapere cos'è il trapianto del microbiota fecale: si tratta di somministrare la componente batterica "buona" a persone con patologie associate a un disequilibrio della flora intestinale attraverso le feci di un donatore sano. Questa pratica è autorizzata in Italia soltanto per la cura delle infezioni recidive da Clostridioides difficile, patologia di cui negli ultimi anni si assiste a un aumento dei casi e colpisce soprattutto i pazienti più anziani. La difficoltà principale oggi nell'esecuzione del FMT, sta nell'individuare persone idonee alla donazione. Da qui la soluzione avanzata dal team di lavoro del Policlinico di



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

Milano diretto da Flavio Caprioli, gastroenterologo responsabile del Programma e del Centro FMT: attingere dall'ampia platea di quanti donano periodicamente il sangue, ossia soggetti sani, dallo stile di vita bilanciato e propensi ad aiutare il prossimo. In questo modo si ottiene il doppio risultato di aumentare il reperimento di donatori idonei e unire sotto una unica supervisione le fasi di selezione dei donatori; raccolta di unità per la donazione, conservazione e analisi dei campioni; selezione del ricevente e somministrazione del trapianto. Il risultato è il frutto di un impegno di anni dell'ampio team di ricerca che include la Gastroenterologia ed Endoscopia sotto la direzione di Maurizio Vecchi, insieme alla Medicina Trasfusionale sotto la direzione di Daniele Prati e al team della Microbiologia e Virologia dell'Ospedale diretto da Annapaola Callegaro. In pratica, quel che per tutti è materiale di scarto, qui diventa un bene prezioso. La valutazione di idoneità per la donazione delle feci comprende approfondimenti anamnestici, ematici e, solo in seconda battuta, l'analisi biologica e microbiologica dei campioni ricevuti. Altro fattore cruciale è la variabile tempo: le persone che superano la prima fase di osservazione sono considerate idonee per 4 settimane, mentre il tempo massimo che deve passare tra analisi con esito positivo e l'effettiva donazione non può superare i 4 giorni. Gli operatori del Centro Trasfusionale del Policlinico di Milano sono in grado di intercettare durante le donazioni di sangue, profili aderenti a intraprendere l'iter per diventare anche donatori di microbiota. Ogni indagine prevede un doppio controllo prima che il materiale raccolto possa essere effettivamente inserito nella biobanca dell'Ospedale, procedura necessaria per garantire totale sicurezza prima e dopo l'intervento. "L'esperienza del Centro Trasfusionale nella gestione delle donazioni e nel mantenimento degli standard di sicurezza favorisce la garanzia del rispetto delle normative, ma la normativa italiana non prevederebbe un coinvolgimento diretto dei reparti di Medicina Trasfusionale - dichiara Daniele Prati, direttore della Medicina Trasfusionale del Policlinico di Milano -. Esperienze positive in questo senso riguardano il Nord Europa e l'Australia e per questo motivo negli ultimi anni in Ospedale abbiamo iniziato un percorso per implementare questo programma con il supporto della Direzione Scientifica". Il trapianto di microbiota fecale è una pratica a basso grado di invasività e di breve durata. La procedura prevede una iniziale terapia antibiotica e la preparazione intestinale prima del trapianto, eseguito in endoscopia tramite una colonscopia, o attraverso clistere. La biomassa da traferire paziente viene rilasciata dalla biobanca dell'Ospedale con una procedura simile a quanto avviene per le unità di sangue. Il paziente è dimesso dopo una degenza che non supera le 72 ore. La ricerca, però, non si ferma mai e lo sguardo si allarga già a nuovi sviluppi del trapianto fecale per il trattamento di altre patologie. "Le prospettive sono ampie e molte ricerche già avviate nel mondo iniziano a portare solide conferme verso manifestazioni infiammatorie dell'intestino comuni come la colite ulcerosa e la malattia di Crohn - dichiara Flavio Caprioli, gastroenterologo



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

ed endoscopista al Policlinico di Milano e responsabile del Programma e del Centro FMT -. Nei pazienti oncologici, il trapianto di microbiota intestinale potrebbe contrastare gli effetti collaterali dovuti alle terapie in caso di melanoma, leucemia mieloide acuta, tumore al polmone. Anche nel trapianto del midollo emopoietico esistono dati preliminari relativi alla riduzione o alla prevenzione degli effetti collaterali cronici intestinali". Altri campi già coinvolti nello studio sulle possibilità terapeutiche del trapianto del microbiota intestinale riguardano le patologie neurologiche come il Parkinson e la depressione. Si guarda con fiducia anche ai primi risultati sui benefici nel trattamento delle malattie metaboliche come il diabete mellito di tipo 2. "Poter organizzare l'intero iter del trapianto del microbiota fecale in Policlinico di Milano è un unicum che ci rende molto orgogliosi - dichiara Matteo Stocco, direttore generale del Policlinico di Milano -. Lo studio e l'analisi della fattibilità di questa procedura è il frutto di un'intuizione dei nostri specialisti e ricercatori che da anni hanno creduto in un metodo che potesse garantire a donatori e riceventi un servizio sicuro, altamente specializzato e vicino alle esigenze dei nostri pazienti e di chi in modo ricorrente dona il sangue al nostro Centro Trasfusionale".

# Senza medici

Sono quasi 30 mila i camici bianchi  
che mancano in Italia  
Molti si licenziano per andare  
all'estero o nel privato  
Abruzzo, Marche, Campania  
e Sicilia le Regioni in affanno

PAOLO RUSSO

**D**i infermieri sicuramente ne mancano ancora di più, circa 70mila dicono le stime del loro ordine, ma una cosa è sicura: senza medici che visitano, refertano, eseguono tac, risonanze e altri accertamenti complessi abbattere le liste d'attesa resta un'utopia. Lo sa bene il ministro della Salute, Orazio Schillaci, che proprio oggi andrà a battere cassa al collega dell'Economia Giorgetti, chiedendogli almeno un miliardo in più per detassare gli stipendi e assumere.

Due modi per arginare la grande fuga di 6.000 giovani l'anno dalle scuole di specializzazione e di altri 4.000 che si sono addirittura licenziati nel 2023 per andare all'estero o approdare al privato, che paga più o meno uguale del pubblico ma senza imporre turni di lavoro massacranti. E magari lasciando più tempo alla remunerativa libera professione. Se a questo aggiungiamo la cattiva programmazione dei posti in medicina che non sta facendo trovare giovani sostituiti ai vecchi dottori che vanno in pensione, ecco arrivati a un buco nero di circa 25 mila camici bianchi mancanti, che se si aggiungono quelli di famiglia sfiorano il tetto dei 30 mila. Una carenza destinata ancora a crescere di

qualche migliaio perché la gobba pensionistica delle uscite toccherà l'apice nel 2026. Così tra ancora troppi pochi giovani attratti dalle specialità più usuranti, medici in fuga dal servizio pubblico e specializzandi che potrebbero dare una mano in corsia, ma che i "baroni" universitari continuano a tenere legati al guinzaglio, pensare di ridurre le liste di attesa sembra oggi un miracolo. «Di medici ne servono 50mila - spara alto in una intervista di qualche giorno fa a *La Stampa* il governatore veneto Luca Zaia -, ma il problema è che i concorsi vanno deserti perché c'è stata una sbagliata programmazione del numero chiuso».

«Lettura del problema vera solo in parte - replica Pierino Di Silverio, segretario nazionale del più importante sindacato dei medici ospedalieri Anaa -, perché i concorsi vengono spesso snobbati, ma la cattiva programmazione è stata quella dei posti nelle scuole di specializzazione, perché dalle Facoltà di medicina di giovani ne sono usciti a sufficienza». Per questo il sindacato, così come l'Ordine dei medici, è contrario all'abbattimento del numero chiuso, che a loro avviso da qui al 2032 rischia di generare un problema inverso: quello di una pletera medica, ossia di disoccupati. I conti li ha fatti

l'Anaa. Dopo il 2027 la curva pensionistica sarà in netto calo, mentre le scuole di specializzazione dopo i forti incrementi dei posti disponibili, pur considerando quelli che andranno deserti, sforneranno 32mila medici in più rispetto a quelli che nel frattempo appenderanno

il camice al chiodo. «Anche se bisogna considerare la variabile impazzita degli ultimi anni, ossia la crescita esponenziale del numero di medici che per cause varie lasciano anzitempo il servizio pubblico, 4.288 solo nell'ultimo anno», rivela Di Silverio. Per il quale però far saltare oggi il numero chiuso a medicina creerebbe solo uno stuolo di disoccupati da qui a dieci anni, «mentre l'emergenza è ora e si affronta rendendo nuovamente attrattiva la professione e utilizzando, come avviene in larga parte d'Europa, i giovani specializzandi». Già dal 2018, in base al "decreto Ca-



# LA STAMPA

labria" si sarebbero potuti utilizzare nei reparti dietro la supervisione di un tutor, se solo le Università l'avessero concesso. L'ultimo ostacolo al loro utilizzo lo ha alzato una circolare del Miur dell'8 luglio, che dopo la conquista di poter formare gli specializzandi facendoli lavorare anche in una struttura non universitaria, ora fa un passo indietro, reintroducendo l'esame di fine anno da parte delle stesse Università. Come a dire che 25 mila specializzandi continueranno ad essere bloccati. E nel frattempo in Parlamento si è arenato e rischia di decadere il decreto che avrebbe dovuto far debuttare già nell'anno accademico 2025-2026 la riforma dell'accesso programmato alle Facoltà di medicina, imperniata su

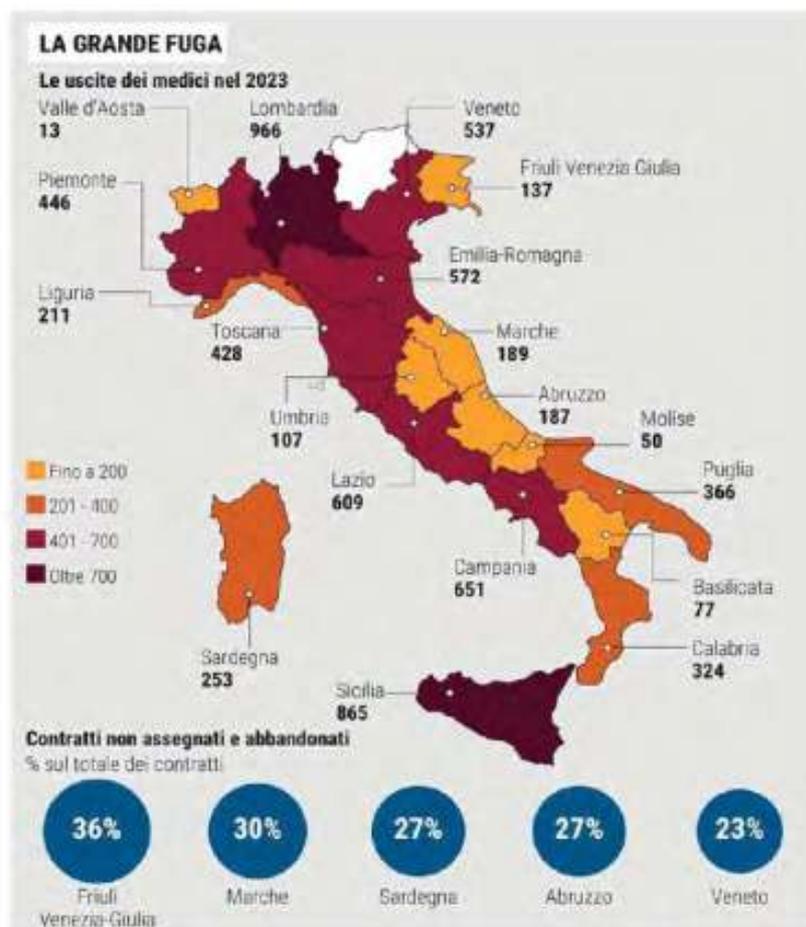
un primo semestre aperto a tutti gli aspiranti "camici bianchi" e lo sbarramento spostato all'inizio del secondo.

Intanto, però, c'è da convincere i giovani a riaffermarsi a quelle specialità mediche ritenute da sempre fondamentali, ma con le quali si fa poca attività privata. I dati elaborati dall'Anaa dicono che il 78,3% delle borse di studio per microbiologia e virologia non sono state assegnate o i posti sono stati abbandonati, percentuale che è del 70,2% per patologia clinica, 67,7% per radiologia, 60,7% per medicina di emergenza e urgenza, 54,7% nella medicina nucleare. Al contrario fanno il pieno le scuole di dermatologia, oftalmologia e chirurgia plastica, dove il business è assicura-

to. Per questo Schillaci vorrebbe incentivare economicamente soprattutto le specialità meno attrattive.

Nel frattempo, è guerra aperta tra le Asl, pronte a offrire di tutto pur di strappare la firma di un dottore sul contratto. All'Elba, come un po' in tutte le piccole isole, i medici non vogliono andare, così una delibera offre loro ombrellone, biglietti del cinema, sconti in palestre, ristoranti ed autonoleggi, più incentivi economici. Venezia assicura lo studio gratis ai medici di famiglia mentre per le zone montane del Veneto c'è un bonus di quasi 8.000 euro. E in Piemonte il nuovo ospedale di Alba-Bra mette a disposizione vitto e alloggio ai medici specializzandi. Sempre che l'Università molli l'osso. —

**Sono circa seimila i giovani che lasciano le scuole di specializzazione**



## *Sanità, visite anche nel fine settimana e piattaforma nazionale per le liste d'attesa*

**DI PASQUALE QUARANTA**

Visite diagnostiche e specialistiche possibili anche nel week end e un sistema unico di prenotazione regionale o infra-regionale. Istituzione di una piattaforma nazionale per le liste d'attesa per verificare i tempi di erogazione delle prestazioni e di un Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria. Possibilità di assunzione a tempo indeterminato di dirigenti sanitari da parte di aziende ospedaliero-universitarie, e nuove disposizioni in materia di tariffe orarie per le prestazioni aggiuntive svolte dal personale medico e del comparto sanitario. Sono queste le maggiori novità della legge n. 107 di conversione del decreto 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie. Il provvedimento, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 178 del 31 luglio 2024, intende migliorare l'accesso alle cure riducendo i tempi delle liste di d'attesa. Un obiettivo che per essere raggiunto avrà bisogno di ulteriori risorse e che, quindi, sarà oggetto di confronto nella riunione prevista per oggi tra il Ministro della salute, Orazio Schillaci, e il Ministro dell'economia Giancarlo Giorgetti. Infatti secondo l'ultimo rapporto sul Benessere Equo e Sostenibile (Bes) presentato dall'Istat, nel 2023, circa 4,5 milioni cittadini hanno dovuto rinunciare a visite mediche o accertamenti per problemi economici, o per l'allungamento delle tempistiche dovute, probabilmente, al recupero delle prestazioni sanitarie differite per il COVID-19 e per le conseguenti difficoltà emerse nel riorganizzare efficacemente l'assistenza sanitaria. A tal fine, dunque, viene istituita, presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), la Piattaforma nazio-

nale per le liste d'attesa di cui si avvarrà il Ministero della Salute per monitorare e mappare i tempi di attesa delle prestazioni erogate in ogni singola Regione che saranno garantite anche attraverso l'apertura a centri accreditati o convenzionati. Inoltre le visite diagnostiche e specialistiche si potranno fare anche nel fine settimana con l'estensione della fascia oraria per l'erogazione di queste specifiche prestazioni mentre, in caso di ritardi, le Asl potranno far saltare la fila ai pazienti interessati ricorrendo a professionisti privati che operano in ospedale o in strutture private convenzionate. Sempre con l'obiettivo di smaltire le prenotazioni, il legislatore intende poi creare un Centro Unico di Prenotazione (CUP) regionale o infra-regionale al quale gli operatori pubblici e privati convenzionati dovranno fare necessariamente riferimento. Infine la legge prevede un sistema di 'Recall', gestito sempre dal Cup, per aiutare l'assistito nella gestione della sua prestazione; incrementa del 15% il fondo sanitario regionale con lo scopo di remunerare maggiormente il personale di aziende e degli enti del Sistema Sanitario Nazionale; autorizza la regione Calabria a riprogrammare la quota residua di alcune risorse, nel limite di un importo massimo pari a euro 19.732.858,87, per intervenire in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico.

—© Riproduzione riservata— ■



VERSO LA MANOVRA

## Allarme Corte conti sui tagli ai Comuni Giorgetti ai sindaci: nessuna spending

La relazione annuale della Corte dei Conti lo mette nero su bianco: i Comuni non hanno altri spazi per una nuova spending review. Perché negli ultimi tre anni le spese degli enti locali sono cresciute per rinnovo contratti, inflazione e assunzioni. Da qui la preoccupazione dei sindaci. Ma ieri il ministro Giorgetti ha assicurato che nella prossima manovra non ci saranno tagli. — a pagina 5

# Allarme spending nei Comuni Giorgetti rassicura: niente tagli

**Finanza locale.** La Corte dei conti: spesa su per prezzi e personale, +4,7 miliardi in 2 anni. «Le nuove correzioni preservino gli investimenti». Il ministro ai sindaci: lavoriamo su riscossione e gestioni associate

**Gianni Trovati**

ROMA

La battaglia sull'ultima spending review è appena finita con un quasi pareggio fra il ministero dell'Economia, che puntava a misurare una quota importante dei tagli in base ai fondi ricevuti dal Pnrr, e i sindaci che chiedevano parametri diversi. A intensificare i toni c'è stato anche il timore, diffuso fra molti amministratori locali, che il confronto di primavera fosse solo un antipasto leggero del probabile scontro d'autunno, quando il Governo dovrà mettere insieme una complicata manovra da almeno 20-25 miliardi chiedendo sacrifici diffusi per finanziare cuneo fiscale, riduzioni Irpef e spese obbligatorie senza creare nuovo debito pubblico come sostenuto a più riprese dal ministro dell'Economia Giorgetti.

Ora ci pensa la relazione annuale della Corte dei conti sulla finanza locale a mettere in bella copia le paure circolate finora fra i sindaci. Il ritorno in campo del Patto Ue fondato ora sul controllo della spesa primaria e la procedura per deficit eccessivo, spiegano i magistrati della sezione Autonomie, rischiano di «imporre già con la manovra per il 2025-2027 correzioni al concorso alla finanza pubblica degli enti locali», dopo cinque anni in cui «la sospensione del Patto ha evitato poli-

tiche procicliche, permettendo misure di sostegno agli enti locali e di rilancio economico». Il cambio di rotta pare inevitabile, ma andrà accompagnato da «misure di sostegno per gli investimenti» per non azzoppare gli enti locali proprio nella fase decisiva dell'attuazione del Pnrr.

Gli anni delle vacche ingrassate dal sostegno centrale sono finiti, spiega in pratica la Corte anche se con un linguaggio più sorvegliato, ma ora bisogna evitare cambi di scenario troppo bruschi.

Giorgetti, che in questi giorni ha avviato il solito confronto annuale con i colleghi di Governo nel tentativo di raccogliere da ogni ministero obiettivi credibili di riduzione di spesa, sa bene che i confronti sulla spending non sono facili. Giusto ieri, per esempio, il ministro della Salute Orazio Schillaci ha fatto precedere il suo incontro con il titolare dei conti, in programma oggi, da un'intervista alla *Stampa* in cui annunciava di voler «chiedere a Giorgetti più soldi per assunzioni e incentivi al personale». Tutti, insomma, faranno conoscere all'inquilino di Via XX Settembre le ragioni per cui proprio loro vanno esclusi dai sacrifici della prossima manovra.

La Corte dei conti ne offre una non banale agli enti locali. Che negli ultimi tre anni hanno visto gonfiarsi la colonna delle spese correnti per effetto

di inflazione, rinnovi contrattuali e assunzioni, ma in pratica non hanno spazi per compensare questa dinamica con aumenti di entrate.

Proprio su questi numeri si è concentrato l'incontro che ieri pomeriggio, poche ore dopo la pubblicazione della relazione, i sindaci hanno avuto al ministero dell'Economia in vista della manovra.

La delegazione degli amministratori locali, guidata dal presidente facente funzione dell'Anci Roberto Pella (Fi) affiancato dal presidente dell'Ifel Alessandro Canelli, sindaco leghista di Novara, ha trovato un Giorgetti rassicurante, che ha escluso espressamente la volontà di introdurre nuovi tagli diretti alle risorse per lavorare piuttosto su efficienza della riscossione, rilancio delle gestioni associate e miglioramento nella gestione del patrimonio pubblico.

Certo, la manovra è ancora lontana,



ma il faccia a faccia di un'ora e mezza è stato dominato da un clima molto diverso rispetto a quello di poche settimane fa, e dalla disponibilità ad approfondire nodi critici strutturali a partire dalla riscossione: che ha bisogno di una cura di lungo periodo (si veda l'articolo a fianco), che potrebbe cominciare a settembre con i decreti attuativi della delega fiscale che su questo capitolo non hanno ancora visto la luce. «Un confronto positivo - commentano i sindaci -, assicuriamo la massima collaborazione».

I numeri messi in fila dalla relazione della sezione Autonomie del resto parlano un linguaggio piuttosto chiaro. L'anno scorso la spesa corrente dei Comuni è arrivata a 60,2 miliardi, cioè 4,7 miliardi sopra i livelli del 2021 (+8,4%; rispetto al 2022 l'aumento è del 4,2%). A gonfiare le uscite non è però un'impennata delle attività rivolte dagli enti ai propri amministrati, per-

ché la corsa è spiegata integralmente da inflazione e buste paga: la prima ha aumentato di 3,7 miliardi (da 29,8 a 33,5) la spesa per l'acquisto di servizi, voce in cui rientrano le utenze di luce e gas, e le seconde hanno portato da 10 a 10,7 miliardi le uscite per il personale, che pure rimane il meno pagato e il più carente nella Pubblica amministrazione italiana anche dopo il nuovo contratto e la spinta alle assunzioni, in genere a termine, portata dal Pnrr.

Gli enti locali vivono insomma nei propri bilanci le difficoltà affrontate in questi anni dagli italiani a reddito fisso. Ora l'inflazione smodata del l'ultimo biennio è archiviata, insieme però ai sostegni temporanei mentre i prezzi non sono certo destinati a tornare ai livelli precedenti all'invasione russa dell'Ucraina.

Tutto questo accade mentre gli

spazi fiscali liberi per eventuali aumenti di aliquote sono quasi esauriti da anni, con gli incrementi decisi per compensare i vecchi tagli.

di RIPRODUZIONE RISERVATA

Incontro al Hef con la delegazione Anci guidata da Roberto Pella  
«Confronto positivo, massima collaborazione»





Dir. Resp. Marco Girardo

## UNIVERSITÀ

### Per Medicina 1.231 posti in più

Sono 20.867 le nuove immatricolazioni previste per il corso di laurea in Medicina e chirurgia per il 2024-2025. Oltre 1.200 in più rispetto al precedente anno accademico. Per il corso di laurea in Odontoiatria e protesi dentaria, i posti sono più di 1.500. Quasi 1.300, invece, i posti per Medicina veterinaria. I decreti che fissano le nuove disponibilità sono stati firmati dal ministro dell'Università e della ricerca, Anna Maria Bernini. Gli aspiranti medici hanno tempo fino alle 15 del 2

settembre 2024 per esprimere le preferenze degli atenei ai fini dell'iscrizione. La scelta può essere fatta tramite l'apposita piattaforma online (<https://accessoprogrammato.mur.gov.it/2024/>).

In quanto alle scuole di specializzazione, ha riferito Bernini rispondendo al question time alla Camera dei deputati, «abbiamo innanzitutto aumentato le borse di studio annullando di fatto il cosiddetto imbuto formativo. È solo una prima risposta, non è sufficiente, ora dobbiamo trovare una

soluzione strutturale per allineare sempre meglio i posti disponibili nei corsi di studio con quelli delle scuole di specializzazione».



## A caccia di soldi: la Toscana farà pagare le spese sanitarie ai turisti extra-europei

di Carlo Valentini a pag. 81

Contro il deficit. La Toscana farà pagare le spese sanitarie ai turisti extra-confine Ue

# Sanità: il conto agli stranieri

Un incasso di 15 milioni. Coinvolti i tour operator

DI CARLO VALENTINI

**S**anità pubblica in crisi. Nelle Regioni si fatica a fare quadrare i bilanci. L'ultimo rapporto Omar (Osservatorio malattie rare) rileva: «Il livello della spesa sanitaria italiana è distante dalla media Ue del 32%. Per portare la quota di Pil destinata alla sanità sui valori attesi in base alle effettive disponibilità del Paese, ricordando che una parte significativa del Pil non è disponibile perché impegnata per gli interessi sul debito pubblico (sono il 4,3% del Pil contro una media dell'1,8% negli altri Paesi), servirebbero 15 miliardi. Questo lascerebbe un rilevante gap fra la spesa sanitaria italiana e quella europea ma almeno in tal modo si eviterebbe di peggiorare ulteriormente il gap con i partner Ue».

**Un taglio di risorse deciso dal governo** (che si difende sostenendo che si tratta di una partita di giro) ha fatto infuriare i presidenti di Regione, tanto da creare un contenzioso che dovrebbe dipanare la Corte Costituzionale. Dice **Eugenio Gianni**, presidente della Toscana: «Vogliamo il ripristino del finanziamento di 1,2 miliardi (per tutte le Regioni), tagliato dal decreto Pnrr, destinati alla sanità. Non possiamo accettare la risposta, da parte del governo, che quei fondi saranno rimessi attraverso le risorse del cosiddetto articolo 20, un programma di investimenti specifici

sull'edilizia sanitaria e l'ammodernamento tecnologico». La Toscana riceve dallo Stato, per la sanità, 7,6 miliardi di euro l'anno, per arrivare al pareggio con i costi occorrono altri 400 milioni.

**Che fare per riuscire a riequilibrare i conti?** Oltre che cercare di razionalizzare le spese e ritoccare l'Irpef, il presidente ha deciso che d'ora in poi la sanità pubblica sarà a pagamento, in Toscana, per gli stranieri. È vero che Firenze e la Toscana sono mete preferite dagli stranieri e può capitare che debbano rivolgersi alle strutture sanitarie pubbliche ma imporre una diversità di trattamento, ovvero gli italiani curati gratis e gli stranieri no, potrebbe risultare un messaggio che cozza contro lo spirito dell'ospitalità e la conseguente attrattiva turistica. Ma Gianni rigetta questa ipotesi e ribatte: «Perché mio figlio se vuole recarsi negli Stati Uniti deve sottoscrivere un'assicurazione sanitaria per evitare di pagare delle spese mediche altissime mentre qui da noi chi arriva dall'America negli ospedali viene curato gratis? Per lo meno ci vuole reciprocità». E sull'altare della reciprocità egli spera di raggranellare un po' di soldi da destinare al servizio sanitario. «La presenza di turisti stranieri nei pronto soccorso è altissima», aggiunge. «Per esempio al pronto soccorso di Santa Maria Nuova su 10 pazienti 8 sono turisti. Abbiamo approntato un tariffario, stimiamo un ricavo di circa 15 milioni di euro l'anno».

**Sono 18mila i turisti provenienti da Paesi fuori Europa** che ogni anno visitano la Toscana e per qualche ragione si recano a un pronto soccorso. Un ricovero in Obi (osservazione breve intensiva al pronto soccorso) costerà da 300 a 473 euro al giorno, una Tac per gli arti inferiori avrà una tariffa di 173 euro, una risonanza magnetica dell'encefalo 130 euro, un intervento chirurgico su un arto inferiore o una spalla 1.887 euro per un giorno. Poiché si tratta di cifre non irrisorie è stato previsto il coinvolgimento dei tour operator affinché consiglino i turisti con destinazione Toscana a sottoscrivere una polizza sanitaria assicurativa, che dovrà essere esibita al momento della prestazione sanitaria o del ricovero. In assenza dovranno essere indicati i dati della propria carta di credito. Differente è invece il discorso per quanto concerne le malattie infettive. In casi di questo genere, infatti, il sistema sanitario si farà carico in toto dei costi, dal momento che è nell'interesse della collettività intervenire, oltre che del singolo. Imporre un tariffario in questo caso potrebbe



spingere alcuni a non richiedere un soccorso medico, mettendo a rischio altri.

**I cittadini Ue non sono colpiti dal provvedimento**, per loro l'assistenza continuerà ad essere gratuita. Altrimenti l'Europa sarebbe intervenuta per costringere la Regione a tornare sui suoi passi. Salvati gli europei, oltre ai possessori del permesso di soggiorno, gli altri dovranno mettere mano al portafoglio. Assicura **Federico Gelli**, direttore generale della sanità toscana: «I turisti sono i primi ad essere sorpresi dal fat-

to che dopo essere stati curati non siano tenuti a pagare. Ma sia chiaro che chi dovrà pagare non avrà alcuna priorità e dovrà attendere il proprio turno».

Il meccanismo dovrebbe anche evitare che il turista non paghi con l'impossibilità o quasi per l'Asl di andare all'incasso. Perciò è previsto che il pagamento avvenga per ottenere la prestazione. «Queste risorse in più che riscuoteremo», conclude Giani, «potranno essere utilizzate per la giusta remunerazione del personale dei pronto soccorso ma anche per abbattere le liste di attesa».

**In Toscana la spesa sanitaria** sostenuta dai cittadini è ammontata nel 2023 a 719 euro pro capite. In parte essi hanno pagato anche le prestazioni gratuite finora somministrate agli stranieri.

