

Il «pianeta sanità»: i rischi della autonomia regionale

Il Servizio Sanitario Nazionale, oltre che tutelare la salute, nasce con l'obiettivo di superare gli squilibri territoriali delle condizioni socio-sanitarie del Paese, per rispettare l'art.32 della Costituzione per cui ogni cittadino in Italia ha diritto alle migliori cure possibili. I vari piani di rientro, i tagli continui e lineari fatti dai Governi nazionali in questi ultimi anni, sempre incentrati sulla riduzione di strutture e personale, il mancato turnover di infermieri e medici andati in pensione che ha determinato una grave carenza degli organici, la difficoltà o incapacità del livello regionale di fare politiche sanitarie di riqualificazione della rete ospedaliera e di potenziamento delle strutture territoriali, hanno portato, in generale nelle regioni meridionali, alla situazione attuale di sofferenza del sistema sanitario. Sono diventate sempre più marcate le differenze regionali nell'area della salute e sociali fra Nord e Sud, sia per quanto riguarda l'aspettativa di vita sia per la aspettativa di cura e i dati testimoniano il sostanziale fallimento delle politiche adottate. Ormai in Campania e Sicilia si ha una speranza di vita alla nascita di 4 anni inferiore rispetto a Trento e alle Marche, ma mentre i fattori di rischio per la nostra salute restano distribuiti in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale, la disponibilità e l'accesso ai servizi sanitari penalizzano i cittadini del Sud e delle regioni centrali in piano di rientro. In Regioni come Lazio e Puglia l'aspettativa di vita negli ultimi 15 anni è scesa mentre la spesa sanitaria resta stabile, al contrario delle Regioni settentrionali, dove a un contenimento delle spese ha fatto riscontro un aumento della stessa aspettativa di vita. Un trend che si conferma anche guardando un altro indicatore, quello della mortalità evitabile, che diminuisce al Nord, resta stabile al Centro, ma aumenta decisamente al Sud, con punte del più 20 per cento in Campania dal 2001. L'aspettativa di vita in Italia si riduce al Sud e torna ai livelli del dopoguerra, questo dicono i dati forniti dall'Istituto Superiore di Sanità (2018), con un aumento delle diseguaglianze per i cittadini italiani, in fatto di tutela della salute, negli ultimi 15 anni. Anche la mortalità in senso stretto è più alta al Sud e non perché ci sia una maggiore incidenza di malattie rispetto al resto del Paese, tant'è che al Nord, ad esempio, ci sono più casi di tumore alla mammella, che fa però più morti al Sud. In Campania nel 2017 gli uomini vivono mediamente

78,9 anni e le donne 83,3; nella Provincia Autonoma di Trento 81,6 gli uomini e 86,3 anni le donne. In generale, la maggiore sopravvivenza si registra nelle regioni del Nord-Est, dove la speranza di vita per gli uomini è 81,2 anni e per le donne 85,6; decisamente inferiore nelle regioni del Mezzogiorno, nelle quali si attesta a 79,8 anni per gli uomini e 84,1 per le donne. Le Province più longeve sono quelle di Firenze, con 84,1 anni (media uomini e donne) di aspettativa di vita seguite da Monza e Treviso; Brindisi ha una aspettativa di 82,11 anni, meglio di Taranto che ha un'aspettativa di 81,4. Colpisce anche la minor aspettativa di vita che hanno le persone meno istruite, perché anche la laurea può fare la differenza. In Italia, un cittadino può sperare di vivere 77 anni se ha un livello di istruzione basso e 82 anni se possiede una laurea. Tra le donne la differenza è minore, ma sempre significativa: 83 anni per le meno istruite, circa 86 per le laureate. Disuguaglianze acute anche dalle difficoltà di accesso ai servizi sanitari che penalizzano la popolazione di livello sociale più basso con un impatto significativo sulla prevenzione, sulla capacità di diagnosticare rapidamente le patologie e poterle curare. Altro tema significativo è la mancata applicazione della Legge 194/78, diffuso in tutta Italia, per il massiccio ricorso alla obiezione del personale sanitario, con una media nazionale del 70%, ma con percentuali più alte al Sud, tanto che in Puglia la media è dell'86% (a Brindisi, ad esempio, nelle strutture pubbliche quasi tutti i ginecologi sono obiettori).

ALCUNI DATI:

Decreto Ministero della Salute: LEA nuovo sistema di garanzia 2018 (in vigore dal 1 gennaio 2019)

Regioni che garantiscono i Lea			
	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera
PIEMONTE	76,30	86,19	78,82
LOMBARDIA	80,92	69,12	69,12
PROV. AUTON. TRENTO	69,41	88,49	92,40
VENETO	63,63	84,41	82,71
LIGURIA	65,34	86,39	74,50
EMILIA ROMAGNA	70,27	83,14	84,83
TOSCANA	70,73	80,50	89,13
UMBRIA	73,90	65,56	77,86
MARCHE	61,74	71,39	64,81

Decreto Ministero della Salute: LEA nuovo sistema di garanzia 2018 (in vigore dal 1 gennaio 2019)

Regioni che non garantiscono i Lea			
	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera
FRIULI VENEZIA GIULIA	52,00	71,43	78,96
LAZIO	65,24	56,32	66,16
ABRUZZO	65,29	57,12	59,75
PUGLIA	55,68	58,75	59,27
BASILICATA	68,71	41,41	68,40
CALABRIA	51,39	48,71	53,35
SICILIA	48,48	73,08	72,39
VALLE D'AOSTA	59,16	39,07	60,21
PROV. AUTON. BOLZANO	49,57	36,24	70,37
MOLISE	68,08	46,00	33,38
CAMPANIA	50,21	29,05	25,41
SARDEGNA	65,51	35,48	55,75

Mobilità passiva 2017 Regioni saldo positivo	
Lombardia	692.053.011
Veneto	121.690.181
E. Romagna	326.960.349
Toscana	142.998.080

Mobilità passiva 2017 Regioni saldo negativo	
Lazio	-224.923.893
Campania	-302.332.389
Puglia	-191.689.079
Calabria	-274.437.604
Sicilia	-210.794.870

L'analisi dei dati che lo stesso Ministero della Salute fornisce, circa il fenomeno “**mobilità passiva**”, appare drammatica, in termini di numero di prestazioni effettuate da cittadini di Regioni del Sud in strutture sanitarie di Aziende di Regioni del Nord Italia e per il costo conseguente. La mobilità passiva extra regionale è un aggravio di spesa per le ASL delle Regioni Meridionali, un'emorragia di denaro pubblico e privato: l'analisi dei costi di tale mobilità dovrebbe includere infatti oltre ai costi delle

prestazioni sanitarie e ricoveri anche i costi di trasporto di paziente ed accompagnatore, di soggiorno e produttività persa anche per l'accompagnatore. Ormai è **chiaro il depotenziamento in atto del Servizio Sanitario pubblico a favore del privato anche accreditato** (che viene pagato sempre con soldi pubblici), con una tendenza verso la costituzione di grossi gruppi privati, sempre più forti. Secondo un recente studio della "Bocconi" **la Puglia ormai si attesta come prima regione del Sud per la spesa pro capite per cure private** che si attesta sui 505 euro/anno. In cinque anni la Puglia ha visto aumentare la spesa media di 150 euro, un aumento non giustificabile con una migliore condizione economica della popolazione visto che tutti gli indicatori dicono che dal 2012 ad oggi il Pil medio è rimasto pressoché immutato. E' evidente che c'è qualcosa che non funziona nell'offerta delle ASL delle Regioni meridionali, non in grado di rispondere al meglio al bisogno di salute delle popolazioni.

Altra evidenza è che nel nostro territorio il **tempo di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche nei servizi pubblici supera ormai sempre più spesso i tempi massimi di attesa**, che per le prestazioni differibili devono essere 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli accertamenti diagnostici. Le liste di attesa sono spesso così lunghe da far dirottare le persone verso il privato o che, per chi non ha disponibilità economica e per tutte le fasce deboli della popolazione, si debba fare la scelta di non curarsi affatto. **Gravi sono le responsabilità della politica** che dovrebbe garantire la tutela dei cittadini, in particolare delle fasce deboli: i poveri, gli anziani, l'area della salute mentale e delle dipendenze, i portatori di disabilità, gli immigrati..., quelli che non possono ricorrere alle cure dei privati né fare i viaggi della speranza nelle strutture sanitarie delle Regioni «virtuose». Guardando alle Regioni "virtuose" del Nord si è visto che **i processi di riorganizzazione devono affrontare inevitabilmente alcuni nodi critici:**

- **il ridimensionamento** ma anche la **riqualificazione della rete ospedaliera;**

- il **potenziamento dei servizi territoriali** distrettuali (residenziali, semiresidenziali, domiciliari) e dipartimentali (DSM, Prevenzione, Ser.D);
- l'**integrazione fra ambito sociale e sanitario**;
- il governo degli **accreditamenti** e delle **spese per beni e servizi** e della **assistenza farmaceutica**.

Proprio dove si è proceduto con processi non solo di chiusura di servizi ma di **riconversione e riqualificazione della spesa**, di **lotta concreta agli sprechi e al malaffare**, di controllo della **qualità** assistenziale, attraverso programmi di medio/lungo periodo, la riorganizzazione ha pagato anche in termini economico-finanziari. Va certamente sollevato il problema di finanziare adeguatamente il Fondo sanitario nazionale e regionale per dire basta al ridimensionamento del Servizio Sanitario Nazionale pubblico, difenderlo e potenziarlo contro la privatizzazione.

Dati Ministero Sanità

Regioni	fabbisogno standard con popolazione aggiornata al 1/1/2016	Riparto quota 0,25%	altri riparti (113+75+100)	riparto finale 2017
PIEMONTE	8.059.769.560	2.000.000	21.364.138	8.083.133.698
V D'AOSTA	229.810.238	-	609.161	230.419.399
LOMBARDIA	17.915.192.784	1.000.000	47.488.040	17.963.680.824
BOLZANO	910.491.166	-	2.413.451	912.904.617
TRENTO	956.437.313	-	2.535.241	958.972.554
VENETO	8.811.291.726	6.279.328	23.356.208	8.840.927.263
FRIULI	2.245.377.075	-	5.951.851	2.251.328.925
LIGURIA	2.950.677.878	95.246.795	7.821.401	3.053.746.074
E ROMAGNA	8.070.898.808	1.000.000	21.393.639	8.093.292.447
TOSCANA	6.856.220.507	2.000.000	18.173.875	6.876.394.382
UMBRIA	1.629.047.992	6.918.866	4.318.139	1.640.284.997
MARCHE	2.808.714.451	15.714.343	7.445.097	2.831.873.891
LAZIO	10.477.803.008	-	27.773.652	10.505.576.659
ABRUZZO	2.395.320.140	1.532.834	6.349.307	2.403.202.281
MOLISE	566.624.022	6.062.221	1.501.958	574.188.201
CAMPANIA	10.113.600.062	113.616.213	26.808.254	10.254.024.529
PUGLIA	7.219.846.981	1.867.649	19.137.744	7.240.852.374
BASILICATA	1.028.534.665	21.119.213	2.726.351	1.052.380.229
CALABRIA	3.485.872.851	6.114.233	9.240.050	3.501.227.134
SICILIA	8.935.741.594	-	23.686.089	8.959.427.683
SARDEGNA	2.982.727.179	-	7.906.355	2.990.633.534
TOTALE	108.650.000.000	280.471.696	288.000.000	109.218.471.696

Alcune **Regioni del Nord** hanno **finanziamenti più cospicui rispetto alle regioni del Sud** (per numero di abitanti, fasce di età della popolazione, spesa storica,...), ma, come si vede dalla tabella precedente, vi sono regioni come Lazio e Campania che hanno un riparto del Fondo sanitario Nazionale di oltre 10 miliardi di euro, superiore al riparto di regioni del

Nord, come Toscana, Veneto, E.Romagna (Regioni «virtuose»). La stessa **Puglia ha un riparto di circa 7 miliardi e 250 milioni di euro per il 2017**, un budget comunque tale da far pensare: si può garantire la universalità d'accesso alle prestazioni sanitarie ed i servizi sanitari essenziali ai cittadini pugliesi? Certamente la autonomia delle Regioni del Nord porterà a stressare vecchie problematiche delle Regioni del Sud, con il rischio che si possa aggravare il gap esistente soprattutto se non si avvierà un cambiamento organizzativo e della politica sanitaria delle nostre Regioni. Va garantita la qualità del lavoro, con particolare riferimento alle dotazioni organiche di personale sanitario (medici, infermieri, OSS), ai servizi di supporto (pulizia, vitto, logistica, ecc.) e alle dotazioni tecnologiche e va garantita la riconversione/riqualificazione della rete ospedaliera residua. Vanno potenziati i servizi territoriali, che siano in grado di garantire iter diagnostici-terapeutici rapidi, efficaci ed efficienti e la presa in carico territoriale, le dimissioni protette, le cure domiciliari integrate. Va governata la spesa farmaceutica, favorendo la cultura della appropriatezza prescrittiva e non un mero controllo burocratico; lo stesso vale per la prescrizione di esami e indagini strumentali. Va fatta una attenta programmazione del numero di specialisti che devono essere garantiti dalle Università, soprattutto per alcune specialità mediche (rianimazione, radiologia, psichiatria, ortopedia...). Bisogna prevenire e lottare contro il malaffare e gli sprechi. Si deve risparmiare investendo nella qualità dei servizi e ristrutturare il «Pianeta Sanità» (non chiudere per risparmiare), investire e avviare un circuito virtuoso per dare risposte reali alla domanda di salute delle nostre popolazioni. Solo se si investe nella qualità dei servizi e nella valutazione attraverso riferimenti epidemiologici, indicatori di percorso, di esito e appropriatezza organizzativa, si può avviare un processo virtuoso dalla prevenzione alla cura e riabilitazione e si può pensare di realizzare nel tempo un risparmio e ridurre le differenze fra i territori.

Nel frattempo: «speriamo che io me la cavo»