

MOBILITÀ SANITARIA

Le emergenze da risolvere

«Spostare i medici, non i pazienti»

La proposta dei camici bianchi: «Costruiamo un network di servizi»

La soluzione per colmare il gap Nord-Sud è affiancare le strutture
Il presidente di Fnomceo: «Così tutte le Regioni svilupperanno competenze»



LA VICENDA

1 I DATI

Il fenomeno della mobilità

La mobilità sanitaria interregionale è in forte aumento. Il governatore dell'Emilia-Romagna, Michele De Pascale, nei giorni scorsi ha lanciato l'allarme: «Sistema non sostenibile»

2 I COSTI E I RICAVI

Vale oltre 5 miliardi

Il fenomeno della mobilità sanitaria vale 5,04 miliardi (dati 2022). Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto attraggono oltre metà dei pazienti (in tutto si parla di 750mila ricoveri/anno)

3 IL GIMBE

Le accuse: «Mancano i fondi»

Nino Cartabellotta (presidente del Gimbe) accusa il grave sottofinanziamento della sanità nazionale. Anche le ricche regioni del Nord sono in crisi e faticano a garantire i Livelli essenziali di assistenza

di **Giulia Prosperetti**
ROMA



Con un valore che supera i 5 miliardi di euro, una media di 750mila ricoveri l'anno, e una pressione concentrata, in particolare, nelle tre grandi Regioni del Nord (Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto), la mobilità sanitaria sta mettendo alla prova la tenuta del Sistema sanitario nazionale. A riportare all'attenzione un problema ben noto è stato, negli ultimi giorni, l'allarme lanciato dal presidente della Regione Emilia-Romagna Michele De Pascale che ha detto a chiare lettere: «Non ce la facciamo più». Uno scenario confermato anche dal presidente della Lombardia, Attilio Fontana. «Quando un napoletano sale su un treno per farsi operare a Brescia o a Padova non è mobilità sanitaria. È la sconfitta di un'intera nazione. È l'ammissione che lo Stato ha rinunciato a garantire l'uguaglianza dei diritti» ha riconosciuto, infine, il ministro della Salute Orazio Schillaci promettendo una «vera rivoluzione».

Il problema, dicono le Regioni, non sono (solo) le risorse, va cambiato il modello. E sul punto

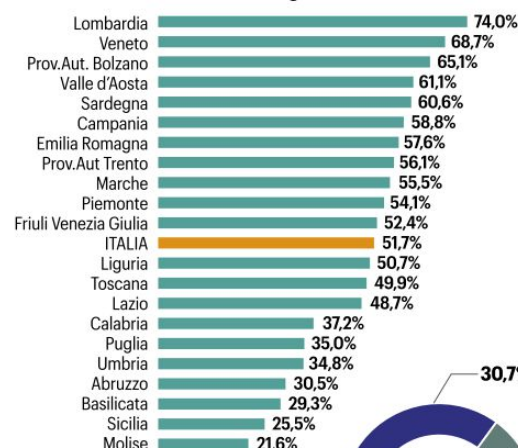
sono d'accordo anche i medici. «Da una parte – spiega il segretario nazionale Anaa Assomed, Pierino Di Silverio – il problema è il gap che si consuma a danno delle Regioni meridionali, che spiega in parte la mobilità Nord-Sud. Dall'altra le liste d'attesa eccessivamente lunghe determinano la mobilità tra le Regioni settentrionali o meridionali».

Un fenomeno, quest'ultimo, alla base del problema, sollevato da Pascale, della cosiddetta mobilità impropria. «Se si offrisse sul luogo di residenza un servizio in tempi brevi e veloci – sottolinea il presidente della Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Filippo Anelli – anche la questione della mobilità impropria, di non altissima specializzazione, potrebbe essere risolta. La gente preferirebbe curarsi a casa propria risparmiando un bel po' di soldi». Più complesso il problema sul

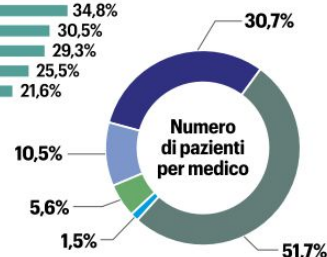
ANAAO-ASSOMED

«Le liste d'attesa eccessivamente lunghe determinano la mobilità tra Settentrione e Meridione»

Percentuale di medici di medicina generale con oltre 1.500 assistiti



da 1 a 50
da 51 a 500
da 501 a 1.000
da 1.001 a 1.500
oltre 1.500



fronte del divario Nord-Sud. «Negli ultimi vent'anni le regioni del Nord hanno ricevuto più risorse, hanno sviluppato strutture sanitarie migliori, hanno più personale, un maggior numero di centri di alta specializzazione, e questo ha creato le disuguaglianze – commenta Anelli –. La gente sceglie dove andare a curarsi e questo meccanismo strangola le regioni del Sud che si trovano a dover pagare prestazioni fuori Regione, aggravando la propria situazione economica. C'è innanzitutto un tema di perequazione di strutture e di personale che deve essere affrontato dallo Stato in maniera chiara. Andrebbe previsto finanziamento ad hoc per recuperare i divari che si sono creati».

Tra le criticità sollevate da Di Silverio vi è anche la mobilità dei medici. «I medici – spiega – non vogliono andare a lavorare in posti in cui non c'è una buona qualità del lavoro e dell'assistenza, dove non c'è attenzione alle sperimentazioni, alle nuove tecnologie. Per sconfiggere la mobilità passiva dobbiamo, innanzitutto, dotare di tecnologia e personale le strutture regionali che ne sono sprovviste».

Anelli propone un meccanismo a rete basato su una sorta di affiancamento. «Invece di far spo-

stare i cittadini, si possono spostare i professionisti o si può mettere su una rete di servizi che porta le eccellenze e le competenze che mancano lì dove ce n'è bisogno finché quella Regione, quella provincia, quell'ospedale non cresce sviluppando le competenze necessarie. Il modello può essere quello dei meccanismi a rete che oggi all'interno delle stesse Regioni funzionano e che potrebbero tranquillamente funzionare anche tra Regioni. Ma alla base deve esserci un maggiore potere dato al ministero della Salute per coordinare tali interventi».

«Facciamo gli Stati generali della sanità che non si fanno da 10 anni e ripensiamo ai modelli organizzativi della presa in cura del paziente perché continuando a mettere pezzetti purtroppo il problema è che la pezza si rivela peggiore del buco. Se vogliamo salvare quel che resta del servizio di cure pubbliche – conclude Di Silverio – dobbiamo innanzitutto cambiare la legge istitutiva delle aziende ospedaliere che ha 48 anni, è vecchia e non adeguata alle esigenze. Poi distribuire bene le risorse esistenti: solo una volta riorganizzato il modello ha senso valutare ulteriori investimenti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

FOCUS Il nodo della mobilità sanitaria I Gimbe: spostamenti in aumento

Inquadra il qr code qui di fianco con il tuo smartphone



5,04
miliardi di euro

Il valore della mobilità sanitaria nel 2022 (+18% rispetto al 2021)

750
mila

I ricoveri in un anno avvenuti fuori dalla propria area territoriale

623,6
milioni di euro

Il saldo attivo della Lombardia per la mobilità sanitaria, il più alto in Italia

Tumore al polmone

«LO SCREENING NEI LEA»



Massimo Di Maio
Presidente Aiom

Nei nuovi Livelli essenziali d'assistenza (Lea) va incluso lo screening per la diagnosi precoce del tumore del polmone nei forti fumatori, cioè la Tac spirale a basso dosaggio ogni anno. È la richiesta dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom), dopo la recente decisione della Conferenza Stato-Regioni di approvare l'aggiornamento dei Lea.

Emergency in Italia «Sanità sempre più per ricchi Da noi non solo stranieri»

L'allarme del coordinatore nazionale Longo: soffrono soprattutto le periferie
«Al Nord le cose vanno meglio? Ci sono molte problematiche anche lì»

di Antonio Petrucci
MILANO



«Esistono delle barriere che si frappongono fra il malato e le cure, che andrebbero tolte per rendere tutto più funzionale. Invece, è evidente uno scollamento nel sistema che, è bene ricordarlo, è socio-sanitario, non solo sanitario».

Emanuele Longo (foto), coordinatore delle attività mediche italiane di Emergency, perché c'è questo scollamento, questi "viaggi della speranza", questa questione meridionale sanitaria ancora oggi?

«La percezione in molti pazienti del Sud è che al Nord le cose vadano meglio, e che i servizi siano migliori. Lungi da me dare dei voti, ma occorre ricordare intanto che anche al Nord ci sono delle problematiche, in un contesto comunque di servizi di buon livello, e poi che se è vero che ognuno ha il diritto di farsi curare nel posto che ritiene migliore, è altresì vero che non tutti hanno una rete familiare o la possibilità di spostarsi». Insomma, alla fine gli ultimi restano ultimi.

«Noi con le nostre unità mobili, cerchiamo di dare un servizio anche a quelli che non hanno una tessera sanitaria, perché hanno perso il lavoro e la residenza. Inoltre, diamo assistenza di medicina generale a stranieri definiti Stp (stranieri temporaneamente presenti), che cioè non hanno un permesso di soggiorno e dunque un medico di base».



Con le nostre unità mobili diamo un servizio anche a quelli che non hanno una tessera sanitaria

Ma non sono sempre di più gli italiani che si rivolgono a voi?

«Dipende soprattutto dalle zone e dai servizi. Sono di più gli italiani che si rivolgono a noi per quanto riguarda la richiesta di orientamento, mentre sono soprattutto gli stranieri regolari a venire da noi, perché magari non sanno dove andare anche per problemi medici non gravi o urgenti».

Riassumendo, avete unità mobili di assistenza in zone dell'Italia senza nosocomi, orientate stranieri regolari e non, e vedete sempre più italiani che non sanno a chi rivolgersi e come affrontare un problema di salute non grave, perché non hanno magari i soldi per il ticket. Tutto ciò non è, come ha detto Michele De Pascale, governatore dell'Emilia Romagna, un fallimento nazionale?

«Di certo c'è, come dicevo, uno scollamento, l'incapacità di allocare le risorse in modo da offrire un servizio valido in ogni regione. È ahimè la storia dell'intramontabile "Legge dell'assistenza inversa" che formulò Julian Tudor Hart: "Chi ha maggiore bisogno di cure ne riceve di meno". Infatti vediamo i grandi centri che hanno servizi e infrastrutture moderne o prezzi calmierati, e altre aree periferiche dell'Italia dove tali opportunità sono assenti».

C'è stato un episodio che le ha dato concretamente la percezione che le cose possano cambiare, o almeno che il sistema in fondo funziona se si sa come muoversi?

«Badante ucraina, irregolare, con tumore alla mammella. Ha atteso a lungo per andare in ospedale, perché non aveva un'assistenza e per paura di perdere il lavoro. Siamo riusciti a farle avere un permesso di soggiorno per patologia tumorale, e avviarla alle cure. Il problema è che c'è arrivata con 5 mesi di ritardo, e nel caso di un quarto stadio come il suo, questo può fare la differenza fra la vita e la morte. Il sistema funziona, offre delle risposte, ma le barriere sono troppo alte, e il tempo nella cura di un paziente è determinante».

Emanuele Longo
Medico

«La percezione in molti pazienti del Sud è che al Nord le cose vadano meglio, e che i servizi siano migliori. Lungi da me dare dei voti, ma occorre ricordare intanto che anche al Nord ci sono delle problematiche, in un contesto comunque di servizi di buon livello, e poi che se è vero che ognuno ha il diritto di farsi curare nel posto che ritiene migliore, è altresì vero che non tutti hanno una rete familiare o la possibilità di spostarsi».

gersi e come affrontare un problema di salute non grave, perché non hanno magari i soldi per il ticket. Tutto ciò non è, come ha detto Michele De Pascale, governatore dell'Emilia Romagna, un fallimento nazionale?

«Di certo c'è, come dicevo, uno scollamento, l'incapacità di allocare le risorse in modo da offrire un servizio valido in ogni regione. È ahimè la storia dell'intramontabile "Legge dell'assistenza inversa" che formulò Julian Tudor Hart: "Chi ha maggiore bisogno di cure ne riceve di meno". Infatti vediamo i grandi centri che hanno servizi e infrastrutture moderne o prezzi calmierati, e altre aree periferiche dell'Italia dove tali opportunità sono assenti».

C'è stato un episodio che le ha dato concretamente la percezione che le cose possano cambiare, o almeno che il sistema in fondo funziona se si sa come muoversi?

«Badante ucraina, irregolare, con tumore alla mammella. Ha atteso a lungo per andare in ospedale, perché non aveva un'assistenza e per paura di perdere il lavoro. Siamo riusciti a farle avere un permesso di soggiorno per patologia tumorale, e avviarla alle cure. Il problema è che c'è arrivata con 5 mesi di ritardo, e nel caso di un quarto stadio come il suo, questo può fare la differenza fra la vita e la morte. Il sistema funziona, offre delle risposte, ma le barriere sono troppo alte, e il tempo nella cura di un paziente è determinante».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Esistono delle barriere che si frappongono fra il malato e le cure

Come intervenire

L'intera rete degli ospedali va razionalizzata

Maurizio Sacconi



G iorgia Meloni rivendica legittimamente il rifinanziamento del Fondo sanitario nazionale a livelli record in valori assoluti e percentuali per abitante. Questi ultimi sono passati dai 1.914 euro del 2019 ai 2.426 per il prossimo anno. Permangono tuttavia i forti differenziali tra le Regioni per quanto riguarda i livelli delle prestazioni e, soprattutto, le odiose liste d'attesa relative agli interventi chirurgici. Da anni gli amministratori regionali sono consapevoli che l'invecchiamento della popolazione impone di spostare risorse in favore dei servizi territoriali, a partire dalla assistenza domiciliare e dagli studi associati dei medici di famiglia, così come hanno potuto constatare che l'innovazione riduce la spedalizzazione dei pazienti acuti. Inoltre, da ben dieci anni, un decreto ministeriale ha definito gli standard minimi di efficienza dei plessi ospedalieri senza che i decisori agissero di conseguenza. Gli stessi piani degli esiti segnalano moltissime insufficienze. Preoccupante è poi il dato medio giornaliero degli interventi nelle sale operatorie pubbliche che risulta essere solo di due con poche punte di quattro e vi sono moltissimi casi nei quali si registra un solo intervento medio al giorno. Ne consegue l'esigenza di ottimizzare l'impiego del personale sanitario concentrandolo in un numero ridotto di ospedali più moderni ove la cura dei pazienti acuti richiede la disponibilità di tutte le competenze, un'ideale massa critica per ciascuna tipologia di intervento e un elevato livello di impiego delle tecnologie. Si tratta di un processo che si era positivamente avviato in alcuni territori ma che poi si è fermato per il timore delle immediate reazioni delle comunità locali. Sembra oggi riproporsi nelle Regioni la cinica affermazione di quel politico lussemburghese che disse: «Sappiamo tutti ciò che è giusto fare, ma non sappiamo come essere rieletti dopo averlo fatto».

© RIPRODUZIONE RISERVATA