

*Presentati a Napoli, all'Auditorium Centro Direzionale Isola C 3, i nuovi dati della sanità nazionale. Ai bilanci in ordine di alcune Regioni non ha corrisposto un servizio sanitario adeguato per il cittadino. È diminuita la vita media in alcune regioni del Sud. Servono interventi adeguati*



Napoli, 1 giugno 2016 – Sono circa

4 miliardi di euro che passeranno da una regione all'altra in base al saldo positivo o negativo nei flussi di pazienti. A guidare la classifica delle Regioni in attivo la Lombardia che potrà contare su un "rimborso" di 533,9 milioni di euro. Segue l'Emilia Romagna con 327,9 milioni e la Toscana con 151,2 milioni. Dal fronte opposto, a causa di un saldo negativo nei flussi, dovranno rinunciare a 270,4 milioni di euro la Campania, a 251,6 la Calabria e a 201,5 il Lazio. Tutte le Regioni in piano di rientro hanno registrato un indice di fuga maggiore.

Se ne è discusso a Napoli al convegno nazionale a cui hanno partecipato oltre trecento persone, organizzato dall'associazione Motore Sanità, con il patrocinio di Regione Campania, Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, FederSanità ANCI. Dai dati esposti dai relatori, dott. Joseph Polimeni, Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Settore sanitario della Regione Campania, dott. Enrico Coscioni, Consigliere del Presidente della Giunta Regionale per i temi attinenti la sanità, dott. Riccardo Fatarella, Dirigente Generale Dip. Tutela Salute della Regione Calabria occorre coniugare razionalità, buonsenso e consenso per le riforme sanitarie regionali.

Necessario ricreare fiducia nei confronti dei sistemi regionali e seguire i cittadini in modo adeguato sulle loro priorità di salute; puntare su un incremento qualitativo e quantitativo; riprogrammare in modo sostenibile le reti territoriali; fare squadra; stabilizzare il servizio sanitario su standard meritocratici. Il dott. Giuseppe Zuccatelli, Presidente Agenas ha sottolineato come occorra invertire la rotta per un piano nazionale efficiente relativo agli Hub ospedalieri. Sulla disparità e l'accesso all'innovazione terapeutica e tecnologica ha relazionato il dott. Giovanni Monchiero, membro XII Commissione Affari Sociali, Camera di deputati.

Ai bilanci in ordine di alcune Regioni non ha corrisposto un servizio sanitario adeguato per il cittadino. Ad aumentare la soglia di povertà a causa delle spese sanitarie out of pocket, soprattutto le famiglie in Calabria (7,2 punti) con una quota dell'1,9% quantificabile in circa 15 mila nuclei familiari. Seguono la

Campania (9,3 punti) con una quota dell'1,5% pari a oltre 32 mila famiglie, la Sardegna (10,1 punti) e la Puglia (10,2 punti) entrambe con una quota che si aggira all'1,4% coinvolgendo nel processo di impoverimento rispettivamente 10 mila e 22 mila nuclei familiari. Le regioni dove si vive più a lungo sono: il Trentino-Alto Adige (80,7 anni gli uomini e 85,5 le donne) e le Marche (80,6 anni gli uomini e 85,3 le donne). Quelle in cui la vita media è più breve sono la Campania (78,0 anni gli uomini e 82,8 le donne) e la Sicilia (78,8 anni gli uomini e 83,2 le donne).

La Regione Campania con la sua riforma sta facendo importanti passi avanti, sta lavorando sulla patologie tempo-dipendenti (ictus, problematiche cardiache e traumatologiche d'urgenza) ove il cittadino non può scegliere. Gli esperti hanno concordato sul fatto che occorre creare una rete di ospedali di eccellenza, Hub di riferimento, concentrando i volumi di attività, anche con l'aiuto del privato convenzionato; incentivare la componente screening e di prevenzione di primo livello; lavorare sui presidi di confine e sulle percorrenze (viabilità, logistica, trasporti sanitari di secondo livello); potenziare accordi interregionali non solo sulle compensazioni ma sulla creazione governata di una mobilità con strutture di riferimento in una rete nazionale programmata.

Dai dati è emersa una certa lentezza di reattività da parte della sanità pubblica e si è parlato anche delle criticità del Piano sanitario nazionale. Il Patto per la salute 2014-2016, all'articolo 9 commi 2-5, interviene sugli accordi finalizzati alla compensazione della mobilità interregionale prevedendone, tra l'altro, l'obbligatorietà. In questo ambito l'analisi della mobilità però non può ridursi all'analisi degli sconfinamenti tra regioni perché questa non permette di conoscere in modo articolato le componenti strutturali del fenomeno e può indurre a non comprendere il fenomeno. Sui bisogni dei cittadini si è soffermato il dott. Tonino Aceti, coordinatore nazionale Tribunale Diritti del malato – Cittadinanzattiva.

### **Le diverse tipologie di mobilità**

Alla tavola rotonda hanno partecipato tra gli altri il dott. Walter Orlandi, Direttore Regionale Salute, Regione Umbria e il dott. Claudio Pileri, Direttore Sezione Programmazione – Area Sanità della Regione Veneto. Dai dati del convegno risulta che vi sono diverse tipologie di mobilità da gestire, come ha spiegato il direttore scientifico dell'associazione Motore Sanità, dott. Claudio Zanon: una mobilità di prossimità, per la quale l'utente sceglie la struttura sanitaria più vicina, anche se dislocata in una regione in cui non risiede; una mobilità di competenza con flussi di pazienti che ricevono prestazioni di complessità e specificità decisamente elevate erogate da poche strutture qualificate; una mobilità di casualità, che si associa ai movimenti temporanei della popolazione, sia di lungo periodo (lavoro o studio), che di breve e brevissimo periodo (vacanza); ed una mobilità di necessità per carenza d'offerta sul proprio territorio, sia quantitativa sia qualitativa. Gli utenti scelgono un presidio, anche distante, per ricevere cure tempestive o nella speranza di essere curati meglio.

### **Mobilità passiva**

Per quanto concerne la mobilità passiva, con un indice di "fuga" che misura, in una determinata regione la percentuale dei residenti ricoverati presso strutture sanitarie di altre regioni, sul totale dei ricoveri sia intra che extra regionali è la Basilicata, con 19,1 punti totalizzati nella classifica parziale, a registrare il rapporto più elevato e, conseguentemente, ad ottenere il valore minimo: 23,9% di indice di fuga pari ad una migrazione sanitaria quantificabile in poco meno di 21 mila ricoveri nel solo 2014. Al contrario, la Lombardia, con il 4,6%, registra il rapporto minore di ricoveri fuori regione dei residenti sul totale dei ricoveri totalizzando il massimo del punteggio (100 punti).

### **Mobilità attiva**

Per la mobilità attiva è il Molise (100 punti) a guadagnarsi la prima posizione della graduatoria parziale relativa alla mobilità attiva. L'indice di "attrazione" è pari al 26,7%. Sul versante opposto si colloca la Sardegna (5,4 punti) con un rapporto tra i ricoveri in regione dei non residenti sul totale dei ricoveri erogati pari all'1,4%. In valori assoluti, sono principalmente le regioni del Nord a ricevere il maggior numero di pazienti non residenti. Le realtà più attrattive sono la Lombardia (144 mila ricoveri extraregionali), l'Emilia Romagna (109 mila ricoveri extraregionali), il Lazio (83 mila ricoveri extraregionali), la Toscana (67 mila ricoveri extraregionali) ed il Veneto (55 mila ricoveri extraregionali) (Fonte: SurveyDemoskopika).

### **La crisi economica incide sulla qualità della salute**

Secondo uno studio di Lancet, marzo 2016, di cui ha parlato il Direttore scientifico di Motore Sanità, la crisi è 'costata' oltre 260mila decessi in più per tumore nei paesi OCSE, e circa 160 mila nell'Unione europea tra il 2008 e 2010. In termini numerici: a un incremento dell'1% di disoccupazione ha corrisposto un aumento di decessi per cancro pari a 0,37 ogni 100 mila persone. Per ciò che riguarda la spesa pubblica destinata alla salute, a un decremento dell'uno per cento (misurato sul Pil) sono corrisposte 0,0053 morti in più per cancro ogni 100 mila persone. Gli autori dell'indagine, studiosi americani di Harvard, inglesi dell'Imperial College e del King's College di Londra e di Oxford, hanno confrontato i tassi di mortalità per tumore attesi sulla base del trend precedente al 2008, con quelli effettivamente osservati dal 2008 al 2010. I tumori presi in considerazione sono stati colon-retto e polmone, prostata negli uomini e seno nelle donne, classificati come curabili se associati a tassi di sopravvivenza uguali o superiori al 50%, e come non trattabili se la sopravvivenza era inferiore al 10%.

*fonte: ufficio stampa*