

UNA RIPARTIZIONE PIU' EQUA DEL FONDO SANITARIO PER FRONTEGGIARE LE DISEGUAGLIANZE TRA LE REGIONI IN SANITA'

(Documento Ordini del sud

approvato nel Consiglio Direttivo OMCeO Brindisi del 17/6/2016)

I dati recentemente pubblicati nel Rapporto Osservasalute 2015 e nel Rapporto Istat 2016 hanno portato nuovamente all'attenzione dei media la situazione drammatica in cui versa la Sanità Italiana ed in particolare delle Regioni del Sud, come da tempo gli Ordini dei Medici denunciano pubblicamente attraverso campagne di sensibilizzazione e prese di posizione sugli organi di stampa.

Tra le cause, un periodo ininterrotto di definanziamento, come si evince dal Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025: "dopo i 25 miliardi di euro sottratti da varie manovre finanziarie nel periodo 2012-2015, la sanità pubblica ha lasciato per strada altri € 6,79 miliardi, rispetto a quanto definito nel Patto per la Salute. Insistendo su questa linea, il DEF 2016 prevede che il finanziamento del SSN nel 2019 si riduca al 6.5% del PIL, una soglia che non solo mina la qualità dell'assistenza, ma rischia di ridurre l'aspettativa di vita [...] Di conseguenza la sanità pubblica, a parità di potere di acquisto, nel triennio 2017-2019 disporrà delle stesse risorse solo se la ripresa economica del Paese raggiungerà previsioni più che ambiziose; in caso contrario, ulteriori tagli alla sanità pubblica saranno inevitabili".

L'analisi sullo stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane pubblicata dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane conferma che in conseguenza dei tagli alla Sanità cala l'aspettativa di vita, si fa meno prevenzione e si muore prima. Come sottolinea il presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, Ricciardi, con riferimento al dato nazionale: "I tagli hanno diminuito i servizi dati ai cittadini e questo può aver contribuito insieme ad una scarsa prevenzione, al calo delle vaccinazioni, e ai pochi screening oncologici", dando vita ad un fenomeno che ha pochissimi precedenti nel mondo occidentale.

Il rapporto conferma però, oltre al trend in diminuzione delle risorse pubbliche a disposizione per la sanità, l'aumento dell'incidenza di alcune patologie tumorali prevenibili e le esigue risorse destinate alla prevenzione, anche le persistenti iniquità che assillano il Paese e il settore della sanità, penalizzando le regioni meridionali.

In Puglia nel 2015 una donna alla nascita aveva una speranza di vita inferiore alla media nazionale (84,6 anni contro 84,7) con valori in decremento rispetto al 2014 e dati relativi alla mortalità maggiori rispetto ai valori Italia e in controtendenza rispetto al dato nazionale. Anche la Calabria registra valori inferiori alla media nazionale, con un'aspettativa di 79,6 anni per gli uomini (contro 80,1 anni della media nazionale) e 84,3 per le donne e dati sulla mortalità femminile nettamente superiori alla media Italia. In Campania addirittura la speranza di vita è di 78,3 anni per gli uomini e di 82,9 per le donne, con i valori di mortalità più alti tra tutte le regioni italiane. Il fatto che la popolazione del Sud sia svantaggiata quanto a speranza di vita è confermato dai Dati Istat 2016, che rilevano del resto un trend negativo a livello nazionale e aspetti di fragilità soprattutto tra chi ha un basso titolo di studio.

Secondo i dati OsservaSalute 2015, in Puglia il tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato senza complicanze non è mai sceso al di sotto del valore medio nazionale, mentre il valore dei tassi di ospedalizzazione e dell'efficacia assistenziale delle patologie croniche in termini di performance raggiunta nel 2014 varia da media, scarsa o molto scarsa. La qualità del servizio ospedaliero reso ai cittadini ha subito pesanti ricadute negative da un ultradecennale blocco del turnover e dalla conseguente carenza di personale, aggravata in molte aree del sud dalla mancata razionalizzazione della rete ospedaliera.

La spesa sanitaria pubblica pro capite, nel 2014, in Puglia è pari a 1.783€ (contro un valore nazionale di 1.817€ e con un decremento del 3,3% nel periodo 2010-2014). Per un calabrese nel 2014 si sono spesi in media 1.711€ (con un trend negativo del 3,8%), solo 1.689 € per un campano, il valore più basso a livello nazionale, con una diminuzione nel periodo 2010-2014 del 5,7%.

Una disparità confermata anche dai dati Agenas: la spesa sanitaria in Puglia nel 2014 è stata di 7,1 miliardi di euro, mentre a parità di popolazione una regione come l'Emilia Romagna ha speso 8,7 miliardi. E secondo il rapporto OASI 2015 tutte le regioni meridionali, ad eccezione del solo Molise, hanno un numero di posti letto per acuti e non acuti inferiore alla media nazionale.

Per l'assistenza domiciliare integrata nel 2006-2013, in Puglia si è registrato un decremento pari a -6,5% (valore nazionale -1,5%). Sempre in Puglia la prevalenza di coloro che dichiarano di non praticare sport è pari al 56,2% contro una media nazionale di 39,9%, mentre la Campania registra la percentuale più alta tra le regioni

italiane di fumatori (22,1%), di persone in sovrappeso (41,5%) e un dato rilevante di incremento sulle persone obese rispetto all'anno precedente (+5,7%). La percentuale di persone obese è superiore alla media nazionale anche in Molise e Calabria, dove si registra una percentuale bassissima di rifiuti solidi urbani raccolti in modo differenziato (22,3% in Molise, 18,6% in Calabria, contro una media nazionale del 45,2%).

Se guardiamo ai dati della mobilità sanitaria del 2014, lo squilibrio tra nord e sud è ancora più evidente: ad eccezione del Molise, tutte le regioni meridionali sono in deficit, con un saldo negativo che va dai 38,7 milioni della Basilicata ai 270,4 della Campania, la regione in assoluto più indebitata, a fronte di regioni come Lombardia ed Emilia Romagna che hanno un attivo rispettivamente di 533,9 e di 327,9 milioni. Si verifica la situazione paradossale per cui le regioni che hanno un sistema sanitario con più finanziamenti finiscono con il drenare ulteriori risorse a regioni che sono già in difficoltà e hanno una sanità sottofinanziata.

Le stesse iniquità territoriali nella distribuzione delle risorse e nelle conseguenze sulla salute dei cittadini erano state del resto confermate dai Dati Eurocare 5. Dal report emerge come la sopravvivenza al tumore sia correlata con la spesa sanitaria e i maggiori incrementi si siano registrati nei paesi e nei territori dove la spesa è aumentata maggiormente.

La disparità territoriale nella distribuzione delle risorse investite in Sanità, certificata anche dalla Corte dei Conti - "La fruibilità del diritto alla salute da parte dei cittadini non sembra uniforme sul territorio nazionale" (Relazione 2014, Corte dei Conti sugli andamenti della finanza territoriale) – deve essere affrontata rivalutando i parametri di attribuzione del fondo sanitario. Al momento infatti le risorse vengono assegnate in base a fattori demografici come l'invecchiamento della popolazione che penalizzano le regioni del sud – storicamente caratterizzate da una popolazione più giovane – e non tengono in considerazione fattori socio-economici come la povertà e la scarsa consapevolezza culturale. La povertà espone le persone a fattori di rischio comportamentali per determinate patologie, e l'insorgere di queste ultime, a sua volta, può diventare un elemento fondamentale nell'innescare la spirale discendente che conduce le famiglie alla povertà. Non vengono presi in considerazione nemmeno i fattori ambientali come l'inquinamento, che incidono sul rischio sanitario. Taranto è per esempio secondo l'OMS un'area "ad elevato rischio ambientale" con una mortalità da mesotelioma pleurico di +419% per gli uomini e +211% per le donne. In tali zone

gli interventi di screening e sensibilizzazione della popolazione sono fondamentali per la prevenzione che fa risparmiare il sistema nel lungo periodo ma richiede risorse investite nell'immediato. Secondo il rapporto OASI 2015, il Sud e le Isole non solo sono le aree in cui gli indicatori di salute della popolazione sono i peggiori, ma dove è più elevato il numero delle persone che rinunciano ad una visita specialistica a causa del costo. L'attuale sistema ha prodotto disparità così evidenti tra i servizi sanitari regionali, da mettere a rischio in alcune aree del paese il raggiungimento dei LEA e rendere difficile l'esercizio della professione medica.

Alla luce di questi dati c'è da chiedersi, citando il rapporto OASI 2015, "quanto questo blocco del naturale trend di crescita della spesa è stato ottenuto tramite la razionalizzazione dei processi produttivi e quanto tramite il razionamento dei livelli qualitativi o quantitativi di servizi?". Al prolungarsi del periodo di rigido contenimento della spesa, le leve disponibili per la razionalizzazione tendono ad esaurire i loro effetti positivi mentre crescono le manovre di razionamento, per rispondere alla crescente pressione dei bisogni o delle innovazioni tecniche più costose a fronte di un livello di finanziamento immutato. I risultati si vedono del resto nel recentissimo rapporto Censis dove emerge come dal 2012 a oggi siano in costante aumento coloro che fanno a meno di curarsi per risparmiare. Erano 9 milioni nel 2012, oggi sono 11 milioni. In particolare, a soffrire di più sono gli anziani e i millennials, giovani nati tra gli anni '80 e il 2000. Crescono inoltre coloro che per evitare le liste di attesa ricorrono alla sanità privata (+3,2% tra il 2013-2015 la spesa dei cittadini italiani per la sanità privata). Il risultato della stretta sulla spesa è un sistema spezzato in due e a due velocità: nord/sud, sanità pubblica/sanità privata. Un quadro confermato anche dal rapporto della Fondazione Gimbe nel suo "Piano di salvataggio per la Sanità pubblica": "Se vogliamo realmente salvare il SSN – dice il Presidente Cartabellotta – abbiamo poco tempo: dopo aver raccolto per anni inequivocabili evidenze sulle disuguaglianze regionali, sulla scarsa qualità dell'assistenza, sulle iniquità di accesso alle prestazioni e sulla rinuncia dei cittadini alle cure, oggi iniziamo a vedere i primi disastrosi effetti anche sulla mortalità, un dato che dovrebbe muovere senza indugi coscienza sociale e volontà politica".

Le disuguaglianze tra regioni italiane sono anche il frutto di un'organizzazione che ha permesso la formazione di 21 sistemi sanitari regionali che oggi non garantiscono più l'uguaglianza dei cittadini. Quando, una quindicina di anni fa, sono stati decisi i criteri

per la ripartizione del fondo sanitario nazionale, è stato chiesto alle regioni del sud (con una popolazione più giovane) un atto di responsabilità e di solidarietà verso le regioni settentrionali, che oggettivamente spendevano più soldi per l'assistenza sanitaria alla popolazione anziana. In questi anni però la forbice demografica tra nord e sud si è avvicinata, mentre fattori sociali ed economici hanno fatto sentire tutti i loro effetti sull'assistenza sanitaria. Per questo ora è necessario un atto di equità, questa volta verso le regioni del sud, affinché siano riequilibrati il numero del personale, i posti letto e le infrastrutture tecnologiche.

Di fronte al protrarsi di questa emergenza e all'assenza di provvedimenti riteniamo che la professione medica si debba assumere la responsabilità della gestione efficiente del sistema sanitario, ma al tempo stesso debba esigere un suo maggior coinvolgimento in modo tale che le scelte in ambito sanitario siano realmente indirizzate al raggiungimento degli obiettivi di salute e si scardini una volta per tutte il clientelismo politico.

È necessario che vi sia una ripartizione equa dei finanziamenti in Sanità e che questo avvenga attraverso una revisione dei criteri di attribuzione delle risorse, in nome dall'articolo 3 della Costituzione italiana, secondo cui è compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli che limitano l'eguaglianza dei cittadini. Occorrono maggiori risorse al sud in un rinnovato sistema sanitario pubblico, che superi il localismo e gli sprechi e abbatta le diseguaglianze sociali e territoriali. Non possono essere uguali cittadini che vivono situazioni di deprivazione e si avvalgono di un sistema sanitario più povero. E non è eticamente accettabile che proprio al sud dove c'è una popolazione più giovane e con meno risorse ci siano meno fondi da destinare alle cure. Così il diritto alla Salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione viene sacrificato in nome dell'obbligo di pareggio di bilancio.