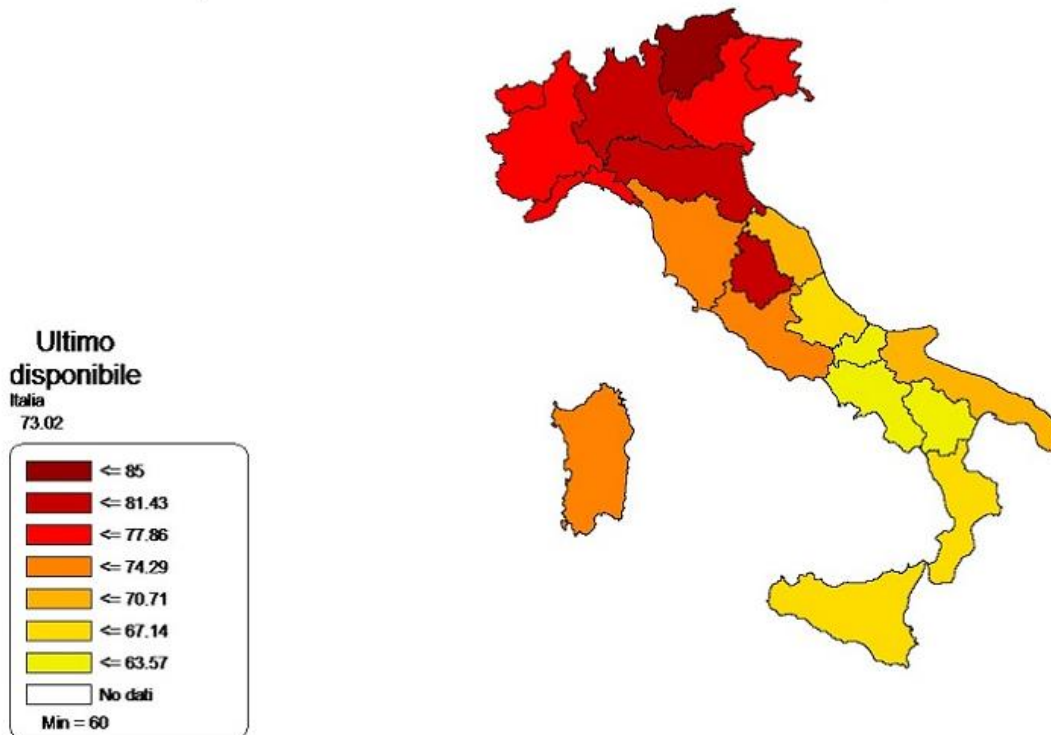


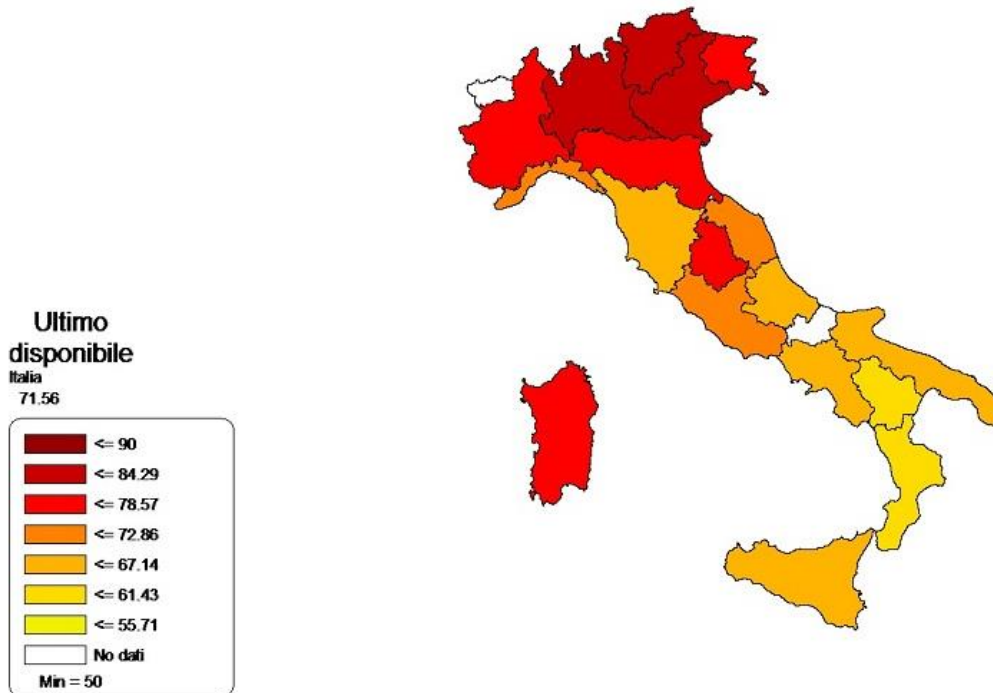
PER UNA PIU' EQUA RIPARTIZIONE DEL FONDO SANITARIO

I più recenti dati in nostro possesso ripropongono 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, oltre che attraverso il documento di denuncia accolto dal Consiglio nazionale della FNOMCeO. I dati dell'indagine Istat *Health for all Italia*, datata dicembre 2016, confermano l'immagine di un'Italia divisa in due, in cui a sud del Lazio c'è un'assistenza scarsa, i cittadini sono insoddisfatti dei servizi sanitari che ricevono e la spesa sanitaria rispetto al Pil è più pesante.

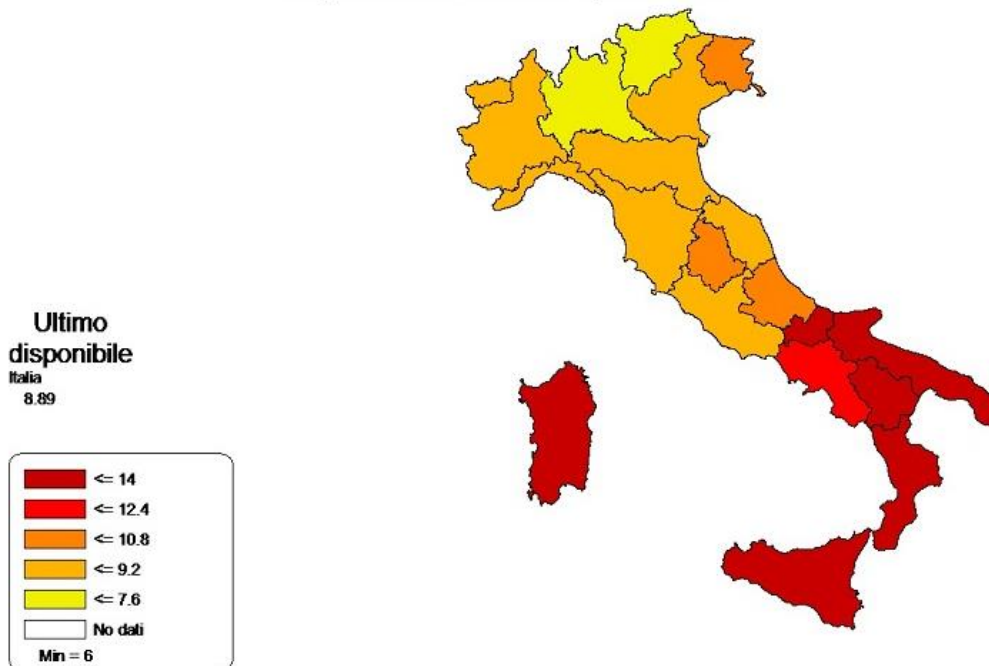
% persone molto soddisfatte ultima visita specialistica M+F



% persone molto soddisfatte ultimo ricovero ospedaliero M+ F



%spesa sanitaria totale rispetto al Pil



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". Il Rapporto, stimato in 200 miliardi di euro il fabbisogno della sanità nel 2025, propone un dettagliato "piano di salvataggio": disinvestimento da sprechi e

inefficienze per circa € 25 miliardi/anno, potenziamento della sanità integrativa e ripresa del finanziamento pubblico. Ma ribadisce che in assenza di un preciso piano politico per attuare tali misure, il crac della sanità pubblica sarà inevitabile.

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 (OsservaSalute) conferma che in conseguenza dei tagli alla Sanità cala l'aspettativa di vita e si fa meno prevenzione. I tagli portano ad una diminuzione dei servizi e della prevenzione, al calo delle vaccinazioni, e ai pochi screening oncologici, dando vita ad un fenomeno che ha pochissimi precedenti nel mondo occidentale.

Anche il rapporto OsservaSalute 2017 conferma le persistenti iniquità che assillano il Paese e il settore della sanità, penalizzando le regioni meridionali. A livello nazionale scende la mortalità riconducibile ai servizi sanitari: rispetto al biennio 2010-2011, negli anni 2012-2013 il tasso standardizzato di amenable mortality è passato da 75,14 a 72,93 per 100.000 (-3,03%). Tuttavia, valori significativamente superiori al dato nazionale si registrano, invece, in 5 regioni: Piemonte, Lazio, Campania, Calabria e Sicilia. La Campania ha i valori più alti in assoluto (91,32 per 100.000). Nel periodo 2001-2014, la spesa sanitaria privata pro capite a livello nazionale è cresciuta passando da 449,3€ a 553,1€ con un incremento medio annuo dell'1,61%. Tuttavia, tutte le regioni del Sud e le Isole incrementano la spesa sanitaria privata con valori che oscillano fra +1,74% annui in Campania e +3,53% annui in Basilicata, mentre le regioni del Centro-Nord, presentano incrementi mediamente più contenuti.

In Puglia nel 2015 una donna alla nascita aveva una speranza di vita equiparabile alla media nazionale, ma con valori in decremento rispetto al 2014. 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 82,8 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 (2015) che evidenzia un preoccupante divario nella speranza di vita in buona salute tra regioni del Nord e del Sud, pari a quasi cinque anni.

Tabella 2. Indicatori di speranza di vita (2015)

	Speranza di vita alla nascita	Speranza di vita in buona salute alla nascita	Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni
Nord	82,5	60,0	10,3
Centro	82,3	58,6	9,5
Mezzogiorno	81,5	55,4	7,5
Italia	82,2	58,2	9,2

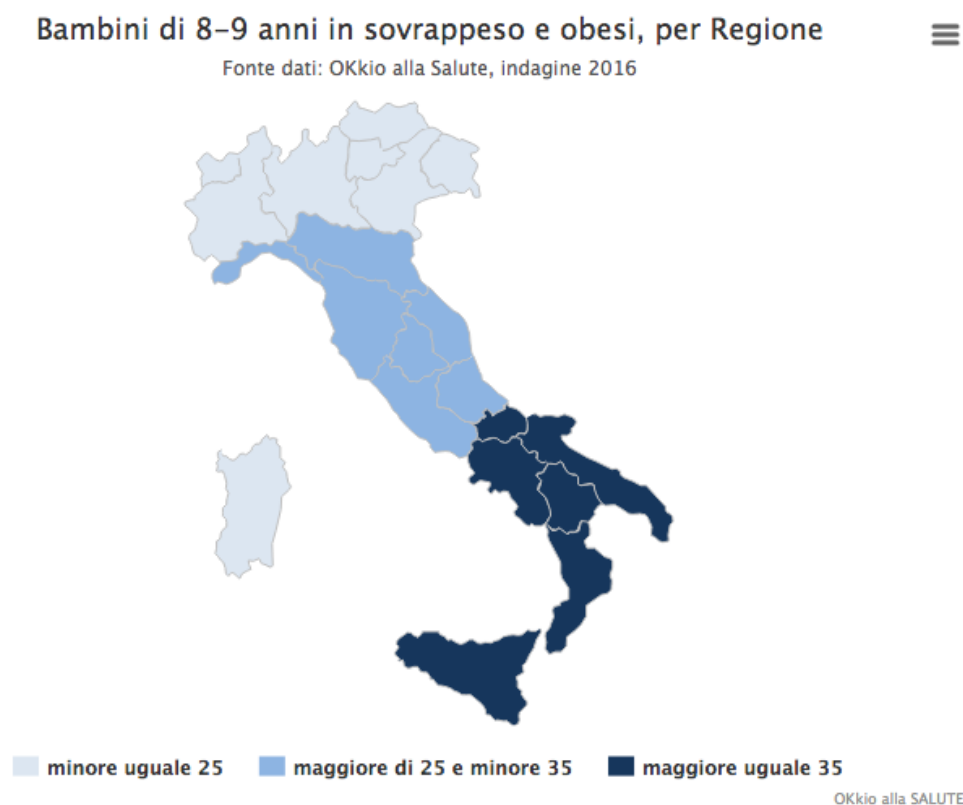
Fonte: ISTAT, Rapporto BES 2015

La spesa sanitaria pubblica pro capite, nel 2015, in Puglia è pari a 1.799€ (contro un valore nazionale di 1.838€). Considerato il periodo 2010-2015 si è registrata una diminuzione pari a -2,4% (valore nazionale -1,2%). Per un calabrese nel 2015 si sono spesi in media 1.725€ (-3,0%), 1.726€ per un campano, con una diminuzione nel periodo 2010-2015 del 3,6% (Dati OsservaSalute riferiti al 2015).

Una disparità confermata anche dagli ultimi dati Agenas disponibili: la spesa sanitaria in Puglia nel 2014 è stata di 7,3 miliardi di euro, mentre a parità di popolazione una regione come l'Emilia Romagna ha speso 8,7 miliardi. E secondo il rapporto OASI 2016 (SDA Bocconi), al nord, che pesa per il 45% della popolazione italiana, si concentra il 58% di Ospedali ad Alta specialità, mentre al sud solo il 24%, nonostante pesi per il 35% della popolazione. Il divario nord/sud si rileva anche nell'assistenza agli anziani e nelle strutture assistenziali post-acuti. Questo squilibrio nella distribuzione del know-how medico-clinico ha senz'altro un ruolo nell'alimentare la mobilità ospedaliera. Tra 2010 e 2014, a fronte di una riduzione significativa dei ricoveri nel SSN in termini di valore (-6%), la mobilità inter-regionale (in gran parte lungo la direttrice sud-nord) è cresciuta del 1,5%. Il Sud ha un indice di emigrazione sanitaria più che doppio rispetto al Nord (16,7 vs 7,3 – Elaborazione Dati ISTAT 2017). 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.

Per quanto riguarda gli stili di vita e i fattori di rischio, in Puglia nel 2015 la prevalenza di coloro che dichiarano di non praticare sport è pari al 51,1% contro una media nazionale di 39,9%, mentre la Campania registra la percentuale più alta tra le regioni italiane di fumatori (22,2%), di persone in sovrappeso (39,3%) e un dato rilevante, in controtendenza rispetto a quello nazionale, di incremento delle persone obese rispetto all'anno precedente (+4,5%) – Dati OsservaSalute riferiti al 2015. La percentuale di

persone sovrappeso e obese è superiore alla media nazionale in tutte le regioni del Sud. Drammatico il dato sull'obesità infantile al sud. Dall'indagine Okkio alla Salute coordinata dall'ISS emerge che in Italia la percentuale di bambini obesi di 8-9 anni scende dal 12% del 2008/09 al 9,3% del 2016, e quella dei bambini in sovrappeso passa dal 23,2% del 2008/9 al 21,3% del 2016. Tuttavia le regioni meridionali presentano tutte valori decisamente più elevati rispetto a quelle settentrionali.



Le stesse iniquità territoriali si rilevano nella distribuzione delle risorse e nelle conseguenze sulla salute dei cittadini. Dai Dati Eurocare 5 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. Il Rapporto OASI 2016 presenta numerosi confronti inter-regionali che mostrano la crescita del differenziale nord-sud, anche per quanto riguarda le risorse out-of-pocket, che in Lombardia sono più che doppie rispetto alla Campania. 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 Livelli Essenziali di Assistenza – non è un caso che gli ultimi dati sui LEA vedano in difficoltà proprio le regioni che sono state in piano di rientro - 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 (Welfare, Italia. Laboratorio per le nuove politiche sociali, dati 2014) dove emerge come dal 2012 siano in costante aumento coloro che fanno a meno di curarsi per risparmiare. Erano 9 milioni nel 2012, nel 2014 erano 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 diseguaglianze 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 scardinino 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.