

## La sanità del sud

**Gruppo di lavoro: Giuseppe D'Auria, Gianluigi Scaffidi, Santo Monastra, Alessandro Falzone, Bruno Zuccarelli**

Nel 2011 la spesa sanitaria pubblica corrente in Italia è stata di 1849 euro per abitante, abbastanza in linea con quanto osservato per le ripartizioni del Nord-ovest (1863 euro per abitante) e del Nord-est (1841 euro per abitante); nettamente al di sopra del valore medio nazionale si colloca la ripartizione del Centro (1931 euro per abitante) mentre per il Mezzogiorno la spesa pro capite è decisamente inferiore alla media nazionale (1788 euro).

A norma vigente i posti letto ogni mille abitanti è prevista essere di 3,7 di cui 0,7 riservati alla riabilitazione e alla lungodegenza.

L'attività di ricovero è prevista dover essere di 160 ricoveri per 1000 abitanti di cui il 25% diurni.

Per quanto riguarda le regioni del sud il trend dei posti letto per 1000 abitanti correlato al numero di presidi di ricovero negli anni è stato il seguente:

REGIONE	presidi letto	n. posti letto	% posti	Anno
Puglia	97	15706	3,9	nel 2002
	71	14237	3,5	nel 2010
Basilicata	10	2408	4	nel 2002
	12	1851	3,2	nel 2010
Campania	139	19551	3,4	nel 2002
	123	16823	2,9	nel 2010
Calabria	75	8325	4,2	nel 2002
	68	6320	3,2	nel 2010
Sicilia	129	18946	3,8	nel 2002
	131	15115	3	nel 2010

Risulta evidente che il numero di posti letto è sostanzialmente in linea con quelli previsti, ma sono allocati in un numero di presidi tali da avere un numero medio di posti letto per presidio piuttosto basso con conseguenti diseconomie di gestione:

Puglia	200	posti letto per presidio
Basilicata	154	“
Campania	137	“
Calabria	93	“
Sicilia	115	“

A solo titolo di esempio teniamo di riferimento l'Emilia Romagna che nel 2002 aveva 79 istituti con 18.809 posti letto e 4,7 posti letto per mille abitanti e nel 2010 72 istituti con 17.295 posti letto e 4 posti letto per mille abitanti (240 posti letto per presidio con un'offerta di posti letto sensibilmente superiore rispetto alla popolazione).

In sintesi numerosi ospedali con pochi posti letto, costosi, poco completi in termini di offerta sanitaria e capillarmente diffusi sul territorio, in perfetta antitesi con la moderna organizzazione sanitaria che richiede pochi ospedali efficienti ed attrezzati ed una capillare diffusione sul territorio di strutture alternative all'ospedale.

## La valutazione dei livelli essenziali di assistenza

Per monitorare il rispetto dei criteri e l'omogeneità delle prestazioni a livello territoriale, l'intesa Stato-Regioni nel marzo del 2005 ha istituito il "comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea". Alla positiva valutazione del comitato viene condizionato l'accesso di ogni Regione a una quota aggiuntiva di finanziamento premiale pari al 3 per cento del finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale.

Annualmente il comitato predispone un monitoraggio dei Lea tramite indicatori standardizzati. Il monitoraggio tiene conto di indicatori che si articolano in tre categorie:

- assistenza collettiva
- assistenza distrettuale
- assistenza ospedaliera.

In base al punteggio complessivo, dato dalla media ponderata di 21 indicatori ogni Regione viene valutata come "adempiente" (punteggio complessivo superiore al 71 per cento di quello massimo conseguibile), "adempiente con impegno su alcuni indicatori" (punteggio compreso tra il 58 e il 71 per cento) oppure "critica" (inferiore al 58 per cento).

Quasi tutte le regioni del sud ed in particolare la Sicilia, la Calabria, la Puglia e la Campania sono Regioni così dette in "Piani di rientro" e quindi sottoposte a monitoraggio costante dal Tavolo tecnico ministeriale per la verifica degli adempimenti regionali e dal Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Al fine di esaminare le situazioni come sono andate a svilupparsi in questi ultimi anni e non entrando nel merito delle dinamiche economiche delle singole regioni, in verità molto complesse e differenziate, teniamo conto solamente di alcuni aspetti, più propriamente assistenziali e di utile conoscenza per i fini propri di una organizzazione sindacale, derivati appunto dalle osservazioni del Comitato permanente per la verifica dei LEA.

## **Sicilia**

Relativamente ai livelli essenziali di assistenza la situazione è da valutare critica rispetto agli standard nazionali in quanto la Regione ha ottenuto un punteggio pari al 48 per cento del valore massimo conseguibile, inferiore al valore medio delle altre Regioni (65,2 per cento) e delle altre Regioni che hanno adottato un piano di rientro (52,3 per cento).

Rispetto a queste ultime la Sicilia registra una valutazione migliore per quanto riguarda l'assistenza collettiva e significativamente peggiore per l'assistenza distrettuale. Relativamente ai dati di fine 2013 si evince un consistente decremento dell'ospedalizzazione totale che risulta lievemente al di sopra del valore di riferimento. Il valore della degenza media pre operatoria risulta sostanzialmente in linea con il valore medio nazionale. La dotazione di posti letto, per la riabilitazione e la lungo degenza post-acuzie risulta pari a circa 0,4 posti letto per 1000 abitanti, inferiore al valore di riferimento di 0,7 p.l. per 1000 abitanti. Per quanto riguarda l'erogazione dell'assistenza territoriale gli indicatori evidenziano un consistente incremento della quota di anziani assistiti a domicilio. Si evidenzia una bassa dotazione di posti letto presso strutture residenziali per anziani non autosufficienti. Sono insufficienti strutture tipo hospice e posti letto presso strutture destinate all'assistenza psichiatrica. Criticità anche nei servizi afferenti all'area degli screening oncologici. Particolarmente critico è il percorso nascita in quanto sarebbe necessaria una rimodulazione dei punti nascita e delle UTIN al fine di garantire la sicurezza delle partorienti e dei nati.

## **Calabria**

Rispetto ai LEA la Calabria risulta fortemente inadempiente rispetto agli standard nazionali. Essa ha ottenuto un punteggio di 43,9 per cento del valore massimo conseguibile. La valutazione è risultata inferiore alla media delle altre regioni con riferimento a tutte e tre le principali branche dei LEA, ma i maggiori divari sono stati registrati con riferimento all'assistenza distrettuale e a quella ospedaliera. Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, l'erogazione di prestazioni di minore qualità è associata ad una elevata frammentazione del sistema. L'incidenza delle strutture private accreditate è elevata (circa il 34% in termini di posti letto, contro valori di poco inferiori al 20%

delle altre regioni italiane). In questa regione è stata rilevata la continua approvazione, da parte del consiglio regionale, di provvedimenti in contrasto con il piano di rientro, e un grave ritardo riguardo agli interventi connessi all'erogazione dei LEA.

Pur tuttavia nelle ultime rilevazioni in merito all'erogazione dei LEA si riscontra un decremento dell'ospedalizzazione totale accompagnato da una consistente riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriata se erogati in modalità ordinaria. Il valore della degenza media pre-operatoria, pur mostrando un decremento nel tempo, si mantiene al di sopra del valore medio nazionale.

Relativamente all'erogazione di assistenza territoriale, gli indicatori evidenziano una quota di anziani assistiti a domicilio piuttosto inferiore all'atteso ed una dotazione insufficiente di posti letto presso RSA per anziani. Insufficienti sono le strutture tipo hospice e posti letto presso strutture residenziali destinate all'assistenza psichiatrica.

Vi sono criticità nell'erogazione dei servizi afferenti all'area della prevenzione soprattutto oncologica.

Vi è una particolare difformità sul territorio rispetto all'erogazione dei LEA.

### **Puglia**

Nei primi due anni di vigenza del piano di rientro (2010-2011) si sono registrati i primi significativi miglioramenti nel bilancio sanitario. Vi sono stati dei robusti interventi sulla rete ospedaliera dapprima poco efficaci perché ad una riduzione dei posti letto non ha corrisposto una proporzionale riduzione degli stabilimenti ospedalieri e delle strutture complesse ma un semplice taglio lineare dei posti letto ad invarianza di organizzazione, in un secondo tempo vi è stata la chiusura e in parte la riconversione di circa venti stabilimenti ospedalieri con una proporzionale riduzione delle strutture complesse e un reale iniziale beneficio organizzativo, ma senza dubbio un grande beneficio economico. Purtroppo però accanto ai dati di natura economica, significativamente favorevoli, occorre considerare le scadenti performance relative ai LEA. Il comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, ha assegnato alla sanità pugliese un punteggio pari al 32,8 per cento del valore massimo conseguibile, circa la metà della media delle regioni a statuto ordinario e inferiore anche alla media delle altre regioni in disequilibrio. La valutazione è stata inferiore con riferimento a tutte e tre le principali branche dei LEA, ma i divari maggiori sono stati registrati con riferimento all'assistenza distrettuale e a quella ospedaliera.

È stata dichiarata insufficiente la programmazione sanitaria di sostegno per l'area di Taranto.

Relativamente all'erogazione dei LEA dell'ultimo periodo (fine 2013) c'è un consistente decremento dell'ospedalizzazione sia in regime ordinario che di day hospital. Si osserva una riduzione degli indicatori di inappropriata. Il valore della degenza media pre-operatoria si mantiene al di sopra del valore medio nazionale. La dotazione di posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie risulta pari a circa 0,3 posti letto per 1000 abitanti, valore che si mostra inferiore a quello di riferimento nazionale di 0,7. Per quanto riguarda l'erogazione dell'assistenza territoriale, si rileva una quota di anziani assistiti a domicilio inferiore all'atteso ed una dotazione inadeguata di posti letto presso strutture residenziali per anziani non autosufficienti. Ci sono criticità nell'erogazione dei servizi afferenti all'area della prevenzione con particolare riferimento all'area degli screening oncologici.

### **Campania**

La Regione Campania ha dovuto subire, attraverso l'azione commissariale, un piano di rientro piuttosto drastico attraverso un blocco automatico del turnover, la ridefinizione dei tetti di spesa per le prestazioni da privati accreditati, riduzione della spesa farmaceutica, istituzione della centrale di acquisti, robusta riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale.

Rispetto all'erogazione dei LEA, la Regione è risultata inadempiente rispetto agli standard nazionali. In particolare, l'assistenza collettiva, cui è destinata in regione una quota relativamente più elevata di risorse, presenta una valutazione inferiore alla soglia ottimale definita dal Ministero della salute, a motivo soprattutto dell'insufficiente diffusione delle attività di vaccinazione

preventiva e delle ridotte risorse impegnate per l'assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro. Anche per l'assistenza distrettuale e per quella ospedaliera la valutazione dei LEA è inferiore alla media delle altre regioni (circa 41%). Assai diffusa è la presenza di strutture ospedaliere private accreditate la cui offerta di posti letto è prossima a un terzo della disponibilità totale in regione. Di recente è emersa l'esigenza sanitaria relativa alla "terra dei fuochi" con l'adozione di un adeguato registro tumori.

Particolarmente critica è la situazione del percorso nascita, in quanto è necessario individuare il numero e l'ubicazione dei presidi dove individuare i punti nascita unitamente ad una riduzione dei parti cesarei.

È necessario agire ancora sulla rete ospedaliera e sulla rete dell'emergenza integrata con essa. Relativamente agli ultimi rilevamenti relativi all'erogazione dei LEA, si rileva un decremento dell'ospedalizzazione totale e dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza. Sia il tasso di ospedalizzazione della popolazione ultrasessantacinquenne, sia il valore della degenza media pre-operatoria, si mantengono al di sopra del valore medio nazionale. La dotazione di posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie risulta pari a circa 0,3 posti letto per 1000 abitanti. Per quanto riguarda l'assistenza territoriale vi è una quota di anziani assistita a domicilio inferiore all'atteso. Vi è inoltre una dotazione insufficiente di posti letto sia presso strutture tipo hospice che presso strutture residenziali che erogano assistenza psichiatrica o destinate alla popolazione anziana non autosufficiente. Critica è l'erogazione dei servizi afferenti all'area della prevenzione oncologica.

### **Considerazioni**

Non è possibile pensare alle regioni meridionali in "piano di rientro" alcune "commissariate" come un unicum, ma sicuramente alcune radici socio-politiche comuni esistono.

Nel meridione l'assistenza sanitaria è stata spesso interpretata come propaggine di un potere politico che eroga servizi sanitari, non è mai stata sentita dagli utenti come un diritto inalienabile legato all'essere "cittadino". È mancato quello che in altre parti del paese potremmo definire "controllo democratico sull'utilizzo delle risorse pubbliche in sanità".

In questo contesto è stato facile per politici ed operatori creare negli anni una sanità a loro immagine e somiglianza dove spesso l'obiettivo della cura del paziente era subordinato a quello della conservazione del potere dei singoli.

Il fatto che le Regioni in piano di rientro hanno avuto un unico interlocutore ministeriale, il così detto "tavolo Massicci", ha reso sostanzialmente sovrapponibili i modi e i limiti assistenziali imposti da questo. I tempi sono stati ovviamente diversi, in quanto differenti erano le situazioni economiche di partenza e diversa è stata la capacità politica di interpretare i piani stessi.

Un po' tutte le regioni del sud hanno ultimamente vantato grandi successi economici, a fronte però del fatto che circa la metà degli italiani, quelli che rappresentano la parte più povera di economia produttiva ed occasioni di lavoro, hanno un ridotto o ridottissimo accesso ai LEA. Nel mentre sono le stesse Regioni (quelle meridionali) che finanziano, attraverso la mobilità passiva, le Regioni che hanno investito nel così detto "turismo sanitario". Intendiamoci, la classe medica ha spesso assecondato, per i più vari motivi, il patologico strutturarsi di situazioni funzionali ad interessi politici o più banalmente personali, e di questo il nostro sindacato se ne è fatto interprete denunciando le situazioni, pure a scapito di sporadiche perdite di consenso sindacale.

Un'altra nota metodologica negativa è senza dubbio quella di affidare la gestione commissariale agli stessi presidenti delle Regioni commissariate, cosa che spesso ha addirittura portato all'emanazione di leggi contrarie alle norme nazionali ed ai dettami dei piani di rientro tanto da essere spesso giudicate incostituzionali.

Negli ultimi anni è comparsa la parola magica "spending review". Però non bisogna confondere la spending review con i piani di rientro, anche se le cose sono temporalmente coincise. Dal nostro punto di vista la spending review rappresenta un'occasione e quindi una opportunità, in quanto negli anni che verranno dovremo necessariamente spendere di meno e quindi spendere meglio mentre

paradigma dei piani di rientro sono stati i tagli lineari soprattutto a carico della spesa per il personale, con la creazione di vere e proprie voragini assistenziali. È oggi opinione comune che i tagli lineari alla spesa fanno più danni dei risparmi che producono. Noi dobbiamo tendere, realisticamente, ad una spending review trasformativa, che guarda alle esigenze dell'utenza, alla qualità dei servizi, alla semplificazione delle procedure, alla reingegnerizzazione dei processi. Il sindacato in questo non deve tenere una posizione di retroguardia, deve avere il coraggio di innovare, essere "trasgressivi", rompere gli schemi di organizzazioni e metodologie consolidate. Oggi vi sono grandi movimenti di protesta in alcune regioni del sud come quelli dei colleghi A.O. dell'Annunziata di Cosenza, come vi è un diffuso profondo disagio generale legato al perdurare del blocco delle assunzioni, del precariato ingovernabile, della mancanza di sicurezza nei luoghi di lavoro, all'opinione negativa che spesso la stampa alimenta con pervicace scandalismo e per tanto altro ancora.

La politica dà risposte parziali o non ne dà affatto e spesso ritiene di trovare le soluzioni delegando alla sanità privata quello che non riesce a realizzare nel sistema pubblico, alimentando una deriva privatistica che di fatto snatura e svilisce la migliore tradizione di servizio pubblico nazionale. Il sud è ancora malato di "ospedalecentrismo", inventa ogni possibile forma di pseudo trasformazione per non chiudere e riconvertire piccoli ospedali. Manca la cultura e la volontà per un reale sviluppo dell'assistenza territoriale che sottragga all'ospedale l'onere di un'assistenza di primo livello, tipica del territorio avanzato.

Bisognerebbe portare sul territorio le migliori professionalità e le migliori attrezzature attivando sale operatorie, diagnostica strumentale qualificata, day service medici e chirurgici, ambulatori medici e chirurgici attrezzati al fine di trasferire l'utenza dalle strutture ospedaliere a quelle territoriali.

L'Ospedale insomma deve essere sempre di più il luogo dell'acuzie e di una organizzazione a questa finalizzata.

Il territorio deve invece aprirsi alla sfida delle cronicità, del recupero funzionale, della prevenzione e dell'urgenza di primo livello. Le formule sono tante, e questa non è la sede per esaminarle, ma il nostro sindacato non può e non deve sottrarsi alle sfide ed alle soluzioni che questo tempo richiede, anche, talvolta "osando" ed utilizzando tutte le migliori esperienze che Regioni più attente e lungimiranti delle nostre hanno adottato o sono in procinto di adottare.

In politica come nel sindacato è forse il tempo di limitare le spinte regionaliste per ricercare la migliore sintesi possibile tra le specificità regionali e l'esigenza di un autorevole governo nazionale a garanzia dei LEA sanitari.