

I camici bianchi: mobilità sanitaria? Spostare i medici e non i pazienti

Prosperetti e Petrucci alle p. 4 e 5
Commento di **Sacconi** a p. 5

«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»

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 Anaao 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 fronte del divario Nord-Sud. «Negli ultimi vent'anni le regioni del Nord hanno ricevuto più risorse, hanno sviluppato strut-

ture 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



Peso: 1-3%, 4-91%

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 spostare 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 pezze 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 isti-

tutiva 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

ANAAO-ASSOMED

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

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)

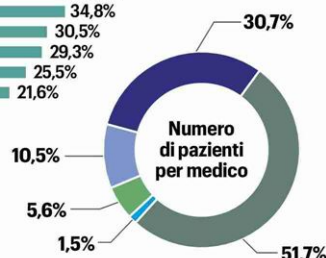
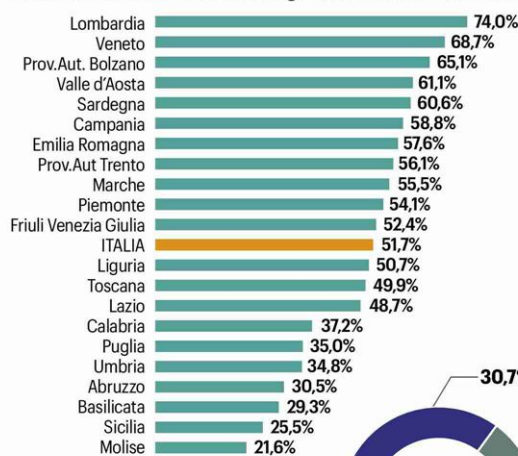
3 ● IL GIMBE

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



Percentuale di medici di medicina generale con oltre 1.500 assistiti



Peso: 1-3%, 4-91%