

EMILIA-ROMAGNA L'assessore Fabi

Troppi malati in trasferta «Faremo accordi bilaterali con le altre regioni»

Raschi a pagina 15

Un freno ai malati da altre regioni «La soluzione? Accordi bilaterali»

L'assessore Fabi spiega la strategia dell'Emilia-Romagna dopo l'allarme lanciato da de Pascale
«Confronto in atto con Umbria, Abruzzo, Campania e Calabria». Svolta sui Cau: «Restano tutti aperti»

di **Monica Raschi**
BOLOGNA



Lettere alle altre regioni italiane per definire accordi sui 'migranti' sanitari, i Cau restano tutti aperti, mentre l'accordo tra l'Ausl di Modena e i medici di famiglia per gli incentivi a chi prescrive meno visite e farmaci resta una scelta delle singole Aziende Usl.

L'assessore regionale alle Politiche per la salute, Massimo Fabi, tira le fila della sanità emiliano-romagnola in vista del nuovo piano generale che sarà presentato, presumibilmente, all'inizio del prossimo anno.

Assessore, i pazienti che arrivano dalle altre regioni sembrano essere diventati un grosso problema. Come si risolve?

«Da sempre l'Emilia-Romagna cura l'Italia in quanto ci sono delle eccellenze indiscusse. Dal 2012 ci sono norme nazionali che governano i flussi di mobilità con tetti di spesa, contemperando la scelta del luogo di cura che è un diritto costituzionale. Il problema è che da più di dieci

anni c'è un progressivo sottofinanziamento del sistema di cura, salvo la parentesi Covid».

Tradotto in termini di numeri?

«La mobilità di pazienti che arrivano da altre regioni, nel 2024, secondo quelle che sono le tariffe nazionali, vale 241 milioni di euro, ma per noi il costo è stato di 253 milioni proprio per effetto delle grandi eccellenze presenti. Di questi 253, per gli inter-

venti di alta complessità, sono stati spesi 113 milioni e per quelli di bassa complessità 128 milioni: la differenza di 12 milioni è costituita da 4 milioni per prestazioni di alta specializzazione, ma gli altri otto sono per basse complessità cliniche che possono essere eseguite anche nelle regioni di provenienza. I ricoveri totali di chi arriva da fuori sono stati 51.000, di cui 7.000 per alta specializzazione, ma 44.000 sono di bassa. Quindi è necessario definire degli accordi con le altre regioni».

Con quali regioni iniziamo a fare questi accordi?

«Stiamo rinnovando quello con Lombardia e Liguria, quello con il Veneto è ancora vigente e c'è un confronto in atto con Campania, Umbria, Abruzzo e Calabria».

Cosa definiranno questi accordi?

«Definiranno i bisogni, la stima di persone che hanno utilizzato i nostri servizi, il livello tariffario e il tetto relativo al volume di attività. Il presidente de Pascale ha posto una questione nazionale e finalmente iniziamo a parlarne».

Sulla mobilità canaglia cosa si può dire?

«Nessuno vuole definire così i nostri professionisti: è solo il gergo che usano le regioni. L'Emilia-Romagna viene definita 'canaglia' perché non ha defi-

nito i tetti di mobilità sanitaria».

L'accordo stipulato dall'Ausl di Modena con i medici di famiglia che vede incentivi a chi fa meno prescrizioni è un modello che sarà esteso?

«Sono 20 anni che gli accordi integrativi tra le Aziende sanitarie e i sindacati della medicina generale prevedono, sull'appropriatezza della prescrizione sia che si tratti di visite, farmaci o ricoveri, incentivi al singolo professionista o al gruppo».

Allora perché l'accordo dell'Ausl modenese che prevede 1,2 euro a paziente ha fatto così tanto rumore?

«Forse perché abbiamo poca memoria: a Piacenza, Parma, Reggio Emilia ci sono già. Può anche essere che, in questa stagione di negoziazione a livello regionale con i medici di famiglia, qualche direttore generale voglia dare una spinta».

Ma non è che viene meno la fiducia del paziente nel proprio medico? Può sorgere il dubbio che non prescriva un esame perché prende soldi?

«No, perché questo non è un incentivo a prescrivere meno, ma meglio. Siamo arrivati a 75 milioni di prestazioni tra visite, esami



Peso:1-3%,15-74%

di laboratorio e diagnostica nel 2024: 1.5 milioni in più dell'anno prima. Non possiamo continuare a potenziare l'offerta. Poi bisogna arrivare alla presa in carico dei cronici con la prescrizione del controllo da parte dello specialista e non lasciare al cittadino il fatto di dover fare la prenotazione. È uno dei punti focali del nuovo piano sanitario. Ed è indispensabile fare l'accordo integrativo con i medici di famiglia».

I Cau (Centri di emergenza e urgenza) dovevano essere mappati e quelli meno attrattivi chiusi. A che punto siete?

I centri di emergenza hanno funzionato. Il passo decisivo sarà l'accordo con i medici di base

I premi ai medici legati alle prescrizioni ci sono sempre stati, non per fare meno ma per fare meglio

«I Cau non chiuderanno. Abbiamo analizzato i dati degli accessi: quelli vicino ai Pronto soccorso e che hanno sostituito i punti di primo intervento funzionano sono un servizio molto apprezzato e non verranno modificati. Quelli all'interno delle Case della Comunità, che comunque hanno dato buoni risultati, verranno rimodulati all'interno dei servizi del territorio in coerenza con l'accordo con i medici di medicina generale».

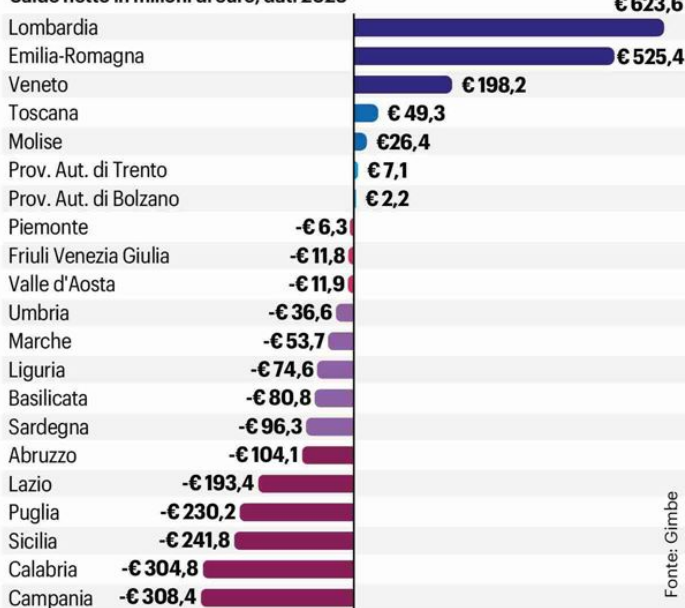
© RIPRODUZIONE RISERVATA



Massimo Fabi, assessore alla Sanità della regione Emilia-Romagna

Il costo della mobilità sanitaria

Saldo netto in milioni di euro, dati 2023



Fonte: Gimbe



Peso:1-3%,15-74%