

AL SERVIZIO SANITARIO PUGLIESE SERVE UNO SCOSSONE.

Il sistema sanitario pugliese è in affanno. Lo dicono i numeri prima ancora dei cittadini che ne fanno ricorso. Cerco di leggere il DIEF, il documento che ogni anno divide la torta del finanziamento del SSR tra le aziende sanitarie. La mobilità passiva è salita nel 2006 a 235 milioni di euro rispetto ai 163 dell'ultima rilevazione. 400 milioni il deficit 2006. Qualche giorno fa ho dovuto inviare a curarsi fuori regione un uomo con un tumore raro della coscia perché in Puglia non si è mai pensato di formare un gruppo di ortopedici dedicati all'oncologia, neppure nell'Istituto Tumori che dirigo. E tante altre cose non facciamo perché alla registrazione della mobilità passiva non segue una programmazione risolutiva. I professionisti, quando non sono guidati da una programmazione, fanno e chiedono di fare ciò che a loro più piace o ciò che a loro torna più utile. Così non va!

Eppure il finanziamento al servizio sanitario regionale è cresciuto negli ultimi anni del 25%, dai 5 miliardi del 2003 ai 6,2 del 2007, di quasi 400 milioni solo nell'ultimo anno (+6.5%). Ma questo aumento in parte è stato "rosicchiato" dai 235 milioni di mobilità passiva, circa 70 in più rispetto all'ultima rilevazione. Raddoppia, da 235 a 476 milioni, la quota non assegnata alle ASL e gestita direttamente dall'assessorato alla salute, all'interno della quale trovano spazio una miriade di progetti, del cui impatto, prodotto negli anni, sulla qualità del servizio nulla si sa. L'unico dato certo è la crescita costante della mobilità passiva.

Tra queste attività centrali colpisce la spesa per le case protette che passa da 19 milioni nel 2006 a 33 milioni nel 2007. Una spesa che mi chiedo se non si sarebbe potuto in parte indirizzare verso l'assistenza domiciliare, questa grande sconosciuta della nostra sanità, considerato anche che le ASL non possono assumere personale per effetto delle limitazioni imposte dalle ultime finanziarie di centro destra e di centro sinistra.

Quanto nel 2007 viene assegnato alle ASL, le vere responsabili dell'erogazione dei servizi, si riduce dell'1% mentre aumenta del 2.5 % la quota assegnata ad aziende ospedaliere, enti ecclesiastici e istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Ma tra queste ultime istituzioni non si fanno parti uguali. L'ospedale di Castellana perde l'8% rispetto all'anno precedente, San Giovanni Rotondo guadagna il 3,7%, cioè 8 milioni di euro, l'Oncologico appena un milione di euro, il Miulli 3 milioni e l'ospedale di Tricase 4 milioni e mezzo. Non capisco la logica di questa ripartizione.

In definitiva, l'incremento di finanziamento nazionale, circa 400 milioni, viene assorbito dall'aumento della spesa per coloro che si curano fuori regione, dai maggiori finanziamenti agli enti ecclesiastici e da una maggiore quota gestita direttamente dall'assessorato competente.

Questi sono i numeri! Poi ci sono le difficoltà denunciate dagli operatori dedicati al servizio pubblico. Non si riesce ad utilizzare a pieno le sale operatorie nei nostri ospedali per carenza di operatori. Alcuni ne mancano, alcuni non si possono spostare da un ospedale all'altro per benefici o privilegi. Un quarto degli infermieri non fa l'infermiere! I dipendenti amministrativi sono circa il 10% degli organici, una percentuale congrua, ma spostarli secondo le esigenze reali è molto difficile, quasi impossibile.

Intanto i sindaci reclamano la riapertura di reparti inutili in ospedaletti fatiscenti sotto la spinta di operatori che vogliono conservare vicino casa comodità, potere e possibilità di carriera. Non sono buone motivazioni per impiegare denaro pubblico!

I pugliesi come i meridionali in genere pagano più degli altri italiani le cure di tasca propria. Sono di più in Puglia le famiglie povere in base ai consumi (24% nel 2004 contro 11.5% Italia), sono di più quelle che impoveriscono per spese sanitarie (2,3% contro 1,3%) e quelle che sostengono spese catastrofiche (7% contro 4,2%). Farmaceutica, disabilità e visite specialistiche sono i motivi principali di esborso diretto da parte delle famiglie (Dati CEIS Sanità 2006). Bene si è fatto quindi ad allargare nel 2005 il beneficio dell'abolizione del ticket farmaceutico, ma come si tiene conto delle condizioni di povertà all'interno della regione quando si distribuiscono le risorse tra le varie ASL?

L'Emilia Romagna destina nel 2007 30 milioni all'innovazione. Quale è il piano regionale in Puglia per le macchine pesanti (TAC, RM, PET-TAC. Radioterapia), per l'informatizzazione dell'attività clinica e per la ricerca?

Credo che sia giunto il momento di svegliarsi, gli slogan non bastano più. Bisogna chiudere i piccoli ospedali, sostituirli con ambulatori generali e specialistici, attrezzare adeguatamente i grandi ospedali, formare medici e infermieri nelle attività in cui siamo carenti. Si è perso già molto tempo prezioso.

Maurizio Portaluri
Direttore Generale
Istituto Tumori di Bari

6 settembre 2007