

## DI LUCIA LOBUONO

Chiarire se sia vero o meno che ad un giovane studente universitario fuorise- de sarebbe stata rifiutata, in un Cup dell'Emilia-Romagna, una visita otorinolaringoiatrica perché la sua Regione di residenza, il Molise, avrebbe un saldo economico di mobilità sanitaria passiva troppo alto, e non sarebbe quindi possibile per i suoi assistiti accedere a prestazioni sanitarie in Emilia-Romagna. A chiederlo, in un'interrogazione, è la consigliera regionale bolognese Valentina Castaldini, di Forza Italia, che interroga la giunta per sapere se la Regione Emilia-Romagna, alla data del 30 aprile 2025 abbia sottoscritto accordi per la mobilità con tutte le Regioni e le Province Autonome e quali siano i tempi d'attesa per una visita otorinolaringoiatrica in Provincia di Bologna e se siano mai state aperte preliste per tale prestazione presso l'Ausl Bologna. Castaldini chiede quali siano le Regioni ai cui assistiti sono precluse le prestazioni diagnostiche nella Regione Emilia-Romagna a causa di difficoltà economiche. La consigliera ricorda come secondo i dati presentati da Agenas il 12 dicembre

2024 sulla mobilità interregionale nell'anno 2023 l'Emilia-Romagna ha un saldo economico di mobilità sanitaria positivo di 387.117.085 euro, il Molise ha un saldo economico di mobilità sanitaria positivo di 3.204.076 euro e la mobilità sanitaria e che dal Molise si sposta in Emilia-Romagna genera ricavi per 4,08 milioni di euro.

Essere trattati da pezzenti dall'Emilia Romagna ci auguriamo possa indignare e far reagire anche il presidente della Regione Molise, Francesco Roberti, dello stesso partito, cioè Forza Italia, della brava consigliera regionale bolognese che ha sollevato il caso. Anche perché nel 2022 il Molise ha registrato un saldo positivo nella mobilità sanitaria interregionale. I dati sono stati elaborati dalla Fondazione Gimbe. Nello specifico, il saldo tra crediti e debiti ammonta ad oltre 26 milioni di euro (26.381.191) e deriva da crediti pari a 109.351.329 di euro e debiti di 82.970.138 di euro. Tenendo conto della popolazione residente al 31 dicembre 2022 (Istat), è stato calcolato anche l'impatto economico pro-capite della mobilità sanitaria. Dalla graduatoria regionale emerge che il Molise,

con un saldo positivo di 91 euro, è al secondo posto in Italia dopo l'Emilia Romagna (118 euro). In coda, la Calabria con un saldo negativo pro capite di 165 euro.

Nel 2022, secondo dati elaborati dalla Fondazione Gimbe, "la mobilità sanitaria interregionale ha raggiunto la cifra record di 5,04 miliardi, il livello più alto mai registrato e superiore del 18,6% a quello del 2021 (4,25 miliardi). I dati confermano anche il peggioramento dello squilibrio tra Nord e Sud, con un flusso enorme di pazienti e di risorse economiche in uscita dal Mezzogiorno verso Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto, che si confermano le Regioni più attrattive. "Questi numeri - osserva Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe - certificano che la mobilità sanitaria non è più una libera scelta del cittadino, ma una necessità imposta dalle profonde disuguaglianze nell'offerta dei servizi sanitari regionali. Sempre più persone sono costrette a spostarsi per ricevere cure adeguate, con costi



Peso: 4-87%, 5-88%

economici, psicologici e sociali insostenibili". Il Report **Gimbe** sulla mobilità sanitaria 2022 si basa su tre fonti dati: i dati economici aggregati dal Riparto 2024 sono stati utilizzati per analizzare mobilità attiva, passiva e saldi; i flussi dei Modelli M trasmessi dalle Regioni al ministero della Salute, acquisiti tramite accesso civico generalizzato, hanno permesso di valutare la differente capacità di attrazione delle strutture pubbliche e private per le varie tipologie di prestazioni erogate in mobilità; e infine i dati del Report Agenas hanno consentito un approfondimento specifico su ricoveri e specialistica ambulatoriale, spiega la fondazione. Oltre 1 euro su 2 speso per ricoveri e prestazioni specialistiche fuori regione, si legge nella nota di **Gimbe**, "finisce nelle casse della sanità privata accreditata: 1.879 milioni di euro (54,4%), contro i 1.573 milioni (45,6%) destinati alle strutture pubbliche. "La crescita del privato accreditato nella mobilità sanitaria - sottolinea Cartabellotta - è un indicatore sia dell'indebolimento del servizio pubblico sia dell'offerta che della capacità attrattiva del privato, seppur molto diversa tra le varie Regioni". Infatti, le strutture private assorbono oltre il 60% della mobilità attiva in Molise (90,6%), Lombardia (71,4%), Puglia (70,7%) e Lazio (62,4%). In altre, invece, il privato ha una capacità attrattiva inferiore al 20%: Valle D'Aosta (16,9%), Umbria (15,5%), Liguria (11,9%), Provincia autonoma di Bolzano (9,9%) e Basilicata (8,9%). Secondo i dati Agenas, il 78,5% della mobilità per ricoveri è classificato come effettiva (2.108 milioni), ovvero dipende dalla scelta del paziente. Il 17,4% (468 mln) è invece legato a prestazioni in urgenza

(mobilità casuale) e il 4,1% (109 mln) riguarda casi in cui il domicilio del paziente non coincide con la regione di residenza (mobilità apparente). Della mobilità effettiva, solo il 6,5% riguarda ricoveri ordinari a rischio inappropriato. Inoltre, considerando che una struttura è definita di prossimità se dista al massimo 50 km e/o il tempo di percorrenza non supera i 60 minuti, nel 2022 solo l'11,6% dei ricoveri in mobilità effettiva è avvenuto in strutture di prossimità. "Questo dato - commenta Cartabellotta - dimostra che lo spostamento dei pazienti verso altre regioni per ricevere cure in regime di ricovero è una necessità dettata dall'assenza di un'offerta sanitaria adeguata. Per molti cittadini, questo significa affrontare lunghi spostamenti, con disagi pesanti per chi è malato e costi significativi per le famiglie". Relativamente alla specialistica ambulatoriale erogata in mobilità, oltre il 93% è riconducibile a tre categorie: prestazioni terapeutiche (33,9%), diagnostica strumentale (31,6%) e prestazioni di laboratorio (27,9%). "La mobilità sanitaria, che riflette solo in parte le disuguaglianze regionali, è un fenomeno dalle enormi implicazioni sanitarie, sociali, etiche ed economiche, che evidenzia profonde disparità nel diritto alla tutela della salute. Rappresenta dunque un segnale di allarme, che impone interventi urgenti per riequilibrare i diritti delle persone", avverte Cartabellotta. "Garantire il diritto alla tutela della salute su tutto il territorio nazionale significa evitare che intere aree del Paese continuino a esportare pazienti e miliardi di euro, mentre altre consolidano i propri poli d'eccellenza, spesso rappresentati da strutture private accreditate.

In assenza di investimenti mirati, coraggiose riforme, in particolare su Piani di rientro e commissariamenti, e politiche di riequilibrio, la mobilità sanitaria finirà per penalizzare sempre più i cittadini più fragili, minando alle fondamenta l'universalità del Ssn. Infine, senza adeguate misure correttive, l'autonomia differenziata affosserà definitivamente la sanità del Mezzogiorno, con un effetto boomerang sulle Regioni del Nord più attrattive, che potrebbero trovarsi in difficoltà nel garantire un'adeguata erogazione dei Lea ai propri cittadini residenti".

### IL PEGGIO MOLISE DI CALDEROLI

Pure il ministro leghista Calderoli ci mette del suo nell'apostrofare il Molise. "Se lo Stato pretende il rispetto delle liste di attesa con il rischio di commissariamento delle Regioni, qualcuno mi deve spiegare perché le Regioni oggi commissariate, Molise e Calabria, rappresentano il peggio rispetto alle liste di attesa e altri parametri", ha detto Calderoli nel criticare la decisione del Governo di impugnare la legge trentina sul terzo mandato.

### IL PRIMATO DEL MOLISE NELLA PREVENZIONE PER I TUMORI

Ma in Molise la sanità non è tutta ombra. Anzi, per la prevenzione ai tumori brilla su tutti. "Tutte le Regioni del Mezzogiorno ad eccezione del Molise si collocano sotto la soglia del 100%, a dimo-





strazione che in queste Regioni la bassa adesione agli screening è spesso legata a carenze organizzative nella gestione degli inviti". La media nazionale di adesione allo screening mammografico è del 49,3%, ma anche in questo caso le differenze tra Regioni sono marcate: si passa dall'82,5% della Provincia autonoma di Trento all'8,1% della Calabria (Figura 2). Tutte le Regioni del Sud hanno livelli di adesione inferiori alla media nazionale. Lo screening per il tumore del collo dell'utero è offerto a tutte le donne di età compresa tra i 25 ed i 64 anni: in particolare, tra i 25-30/35 anni viene offerto il Pap-test ogni 3 anni, mentre per le età successive il test per il virus del papilloma umano (HPV test) ogni 5 anni. Alcune Regioni hanno adottato protocolli personalizzati sulla base dello status vaccinale per l'HPV. In caso di esito positivo, viene proposta come test di secondo livello la colposcopia, eseguita nel 2023 dal 90% delle donne risultate positive allo screening", rileva **Nino Cartabellotta**, presidente della Fondazione **GIMBE**. Nel 2023 sono state invitate 3.982.378 donne, di cui il 71,3% (n. 2.838.955) con test HPV e il 28,7% (n. 1.143.423) con Pap-test. Complessivamente, è stato invitato il 111% della popolazione target, con forti differenze tra Regioni: dal 162,9% della Puglia al 61,5% della Calabria. «Le percentuali superiori al 100% - spiega Cartabellotta - registrate in ben 12 Regioni, lasciano presumere un numero molto elevato di recuperi degli inviti non effettuati negli anni segnati dalla pandemia". La media nazionale di adesione allo screening cervicale è del 46,9%, con forti disparità tra le Regioni: dal 78% della Provincia autonoma di Trento al

17% della Calabria. Lo screening per il tumore del colon-retto viene offerto a tutte le persone di età compresa tra i 50 ed i 69 anni e consiste nella ricerca del sangue occulto nelle feci. In caso di esito positivo, come test di secondo livello viene proposta la colonscopia, eseguita nel 2023 da quasi l'83% delle persone positive allo screening. Per l'estensione dello screening nel 2023 è stato invitato il 94,3% (n. 7.945.956) della popolazione target, con marcate differenze regionali: dal 118,6% dell'Emilia-Romagna al 55,9% della Sardegna. La media nazionale di adesione è del 32,5%, con un'adesione che varia sensibilmente tra le Regioni: dal 62% del Veneto al 4,4% della Calabria. Tutte le Regioni del Mezzogiorno, ad eccezione della Basilicata, si collocano al di sotto della media nazionale. «Il tasso di adesione agli screening - spiega Cartabellotta - è un indicatore che sintetizza le performance complessive dei servizi sanitari regionali sugli screening organizzati. Riflette la capacità di mantenere aggiornati i dati anagrafici della popolazione target, programmare e spedire gli inviti, promuovere campagne di sensibilizzazione pubblica e garantire l'erogazione dei test di screening». In generale, il posizionamento di ciascuna Regione rispetto all'adesione risulta abbastanza omogenea o coerente fra i tre screening, riflettendo la maggiore o minore capacità organizzativa dei sistemi sanitari regionali, pur con alcune eccezioni. «Se da un lato i dati ONS 2023 - aggiunge Cartabellotta - mostrano il trend in crescita sia degli inviti che della copertura della popolazione, siamo ancora molto lontani dall'obiettivo fissato nel 2022 dal Consiglio Europeo: garantire entro il 2025 una copertura

degli screening oncologici ad almeno il 90% della popolazione target". Tenendo conto della popolazione target non invitata o che non aderisce agli screening e del tasso di identificazione dei tumori (detection rate), è possibile stimare il numero di tumori e lesioni pre-cancerose potenzialmente identificabili dagli screening oncologici organizzati, fissando il target di copertura al 90%. "Nel 2023 - spiega Cartabellotta - la mancata adesione ai programmi di screening organizzati non avrebbe consentito di identificare circa 10.900 carcinomi della mammella, di cui quasi 2.400 invasivi di piccole dimensioni; di quasi 10.300 lesioni pre-cancerose del collo dell'utero; e per il colon-retto di oltre 5.200 tumori e quasi 24.700 adenomi avanzati. Complessivamente si tratta di oltre 50 mila lesioni la cui identificazione avrebbe consentito di avviare il percorso per una diagnosi precoce e, ove necessario, per una terapia efficace". Per i tumori della mammella tenendo conto di un tasso di identificazione dello 0,5% per tutti i carcinomi e dello 0,14% per quelli invasivi di dimensioni minori ed uguali a 10 mm e di una popolazione stimata di 2.118.870 donne che non si è sottoposta allo screening, si stima che nel 2023 non siano stati identificati 10.884 tumori, di cui 2.381 carcinomi invasivi di dimensioni minori ed uguali a 10 mm. Per i tumori della cervice uterina sulla base di un tasso di identificazione di lesioni pre-cancerose (istologia CIN2+) pari allo 0,76% per l'HPV test e allo 0,64% per il Pap-test, e considerando che



potenzialmente 1.156.447 donne non hanno ricevuto o aderito all'invito per l'HPV test e 604.304 a quello per il Pap-test, si stima che nel 2023 complessivamente siano sfuggite alla diagnosi 10.273 lesioni con istologia CIN2+. Con un tasso di identificazione dello 0,11% per il carcinoma del colon-retto e dello 0,52% per gli adenomi avanzati, considerando che potenzialmente 5.574.231 persone non hanno aderito allo screening, si stima che nel 2023 non siano stati identificati 5.223 carcinomi e 24.692 adenomi avanzati. "È vero - spiega Cartabellotta - che molte persone dichiarano di sottoporsi a controlli periodici per 'iniziativa spontanea', come rileva l'indagine campionaria del sistema di



Peso:4-87%,5-88%



Peso:4-87%,5-88%