

L'INCHIESTA

Sanità, Campania bocciata mesi di attesa per un esame assistenza negata ai disagiati

Il settore pubblico in crisi mentre le strutture convenzionate esauriscono rapidamente le risorse per i "tetti di spesa"

di **Giuseppe Del Bello**

● alle pagine 2 e 3

La trappola dei tetti di spesa sanità negata per i disagiati "Saltano esami e trattamenti"

Ogni mese, dopo le prime due settimane, le strutture accreditate esauriscono il budget assegnato dalla Regione. L'allarme del direttore Anci-Sanità Campania, Salvatore: "Qui la vita dura meno e in questo modo si foraggia il privato"

di **Giuseppe Del Bello**

In Campania la vita dura meno: i maschi fino a 78,4 anni e le femmine si fermano a quota 83,3, contro rispettivamente i 79,7 e gli 84,4 registrati dall'Istat in tutta Italia. Nella classifica siamo ultimi, dopo la Valle d'Aosta. Ci si ammala di più. E in tanti, troppi, sono costretti a rinunciare a curarsi. Dati certificati e amari da cui non si sfugge e che sono in peggioramento. Inesorabilmente, anno dopo anno. E non solo a causa della pandemia. Nel viaggio di *Repubblica* emerge chiaramente un'assistenza sempre più simile a una groviera, si tappa una falla se ne scopre un'altra. Con la beffa di annunci trionfalistici, tipo il nuovo Santobono, dispendioso megaprogetto di cui si potrebbe fare a meno, visto che la sanità nostrana è in crisi.

Ma partiamo dalle prestazioni ambulatoriali, un settore della medicina territoriale che racchiude una miriade di voci: analisi del sangue, esami di laboratorio complessi, accertamenti specifici di geneti-

ca (fondamentali per scoprire la genesi di alcuni tumori e le potenziali terapie da praticare), esami di alta diagnostica radiologica (Tac, Risonanza, Pet, scintigrafia). C'è chi deve aspettare quattro mesi per sottoporsi a colonscopia, tre per una gastroscopia, fino a cinque per una Rmn. Nel pubblico. Poi se paghi, allora fai tutto in giornata. E a seguire le visite specialistiche, anche queste cartine di tornasole della situazione carente, (in alcuni casi assente).

L'ultima batosta ha un nome singolare, "Tetti di spesa", una definizione che non ha niente a che fare con gli assetti urbanistici, ma che



Peso: 1-5%, 2-58%

si identifica nelle soglie massime di risorse che la Regione concede ogni anno ai centri privati-accreditati. Di quali strutture si tratta? Di quelle gestite da soggetti privati che, assicurando gratuitamente prestazioni specialistiche ai cittadini, saranno rimborsate dal Sistema sanitario regionale, secondo criteri specifici. Un ruolo irrinunciabile che sopperisce alle carenze del pubblico per oltre il 70 per cento e che risale addirittura alle mutue. Con un meccanismo di rimborso concepito nei primi anni '90 (legge 502 del 92) è che è sempre lo stesso, solo che fino a dicembre funzionava così: ogni struttura (laboratorio, ambulatorio, istituto diagnostico e via dicendo) poteva contare su un fondo assegnato che prevedeva l'erogazione di un determinato numero di prestazioni. Il budget doveva durare 12 mesi, ma storicamente a settembre si è sempre esaurito (i "tetti di spesa") lasciando i pazienti privi di assistenza per i tre mesi successivi. Oggi, pur con gli stessi (obsoleti e insufficienti) parametri di assegnazione, le risorse vengono distribuite (è scritto nel decreto legge regionale 599 di dicembre 2021) non più alle cosiddette macroaree (branche specialistiche) ma alle singole strutture private accreditate, e mese per mese. Significa che ognuna riceve una determinata quota e che quando si sarà esaurita, non potrà più garantire prestazioni in convenzione. E oggi questo accade, non più a settembre-ottobre, ma alla fine dei primi 15 giorni. Osserva Antonio Salvatore, direttore del dipartimento sanità dell'Anici-Campania: «In sostanza non è cambiato nulla, perché le risorse disponibili sono sempre le stesse. Anzi se ne sarebbero avuti solo vantaggi se non fossero errati i criteri utilizzati dalla Regione per l'assegnazione dei budget alle singole strutture assistenziali. Sem-

plicemente perché si basano sulla spesa storica e non tengono conto delle diverse capacità tecnologiche di ogni struttura e della specificità delle prestazioni che ognuna di loro è in grado di esprimere».

Non solo. Il guaio (per i cittadini) è che quando, a metà mese, laboratori e ambulatori registrano il sold-out, si resta ancora una volta a secco di prestazioni: il medico curante prescrive un esame diagnostico ma il paziente che interpellava una delle strutture accreditate riceve subito un rifiuto per "tetti di spesa superati". E allora? Si aspetta il mese successivo, con il rischio di ripetuti stop dovuti alle richieste precedenti non soddisfatte. Ed è così che comincia un'altra via crucis alla ricerca di un centro, semmai non qualificato per la prestazione necessaria, dove ci siano ancora disponibilità. Poi, in extremis, rimangono quattro soluzioni, una peggio dell'altra: mettere mano alla tasca (per i fortunati che possono permetterselo), rivolgersi a strutture sanitarie di altre regioni, bypassare ogni ostacolo rivolgendosi a un grande ospedale (intasando, con un percorso scorretto, i pronti soccorso già pesantemente carichi di lavoro). Oppure, ed è la più penalizzante conseguenza per la salute, rinunciare alle cure. Che significa ammalarsi in forma più grave ed aumentare la mortalità. C'è un peccato originale alla base della cronica, e adesso acuta, insufficienza delle prestazioni erogate: il budget non risponde alle esigenze. Ancora Salvatore: «Siamo di fronte a una sottostima sistemica del fabbisogno, valutabile in circa il 40 per cento del numero di prestazioni finanziate dal Sistema sanitario regionale. E sa cosa comporta la sottostima? Che la gente è costretta, nel migliore dei casi, a rimandare la cura e che, in questo modo, si favorisce l'aumento del-

la spesa privata delle prestazioni. In parole povere, la storia è sempre la stessa, ma conviene ripeterla: il cittadino che ha bisogno di una visita o di un esame diagnostico urgente deve pagare, foraggiando il privato». Cilegina sulla torta, il Covid. Con i suoi effetti, anche a lungo termine, ha fatto lievitare enormemente la domanda di accertamenti di varia natura, dalla Tac alla risonanza e fino agli accertamenti cardiologici e alle analisi del sangue.

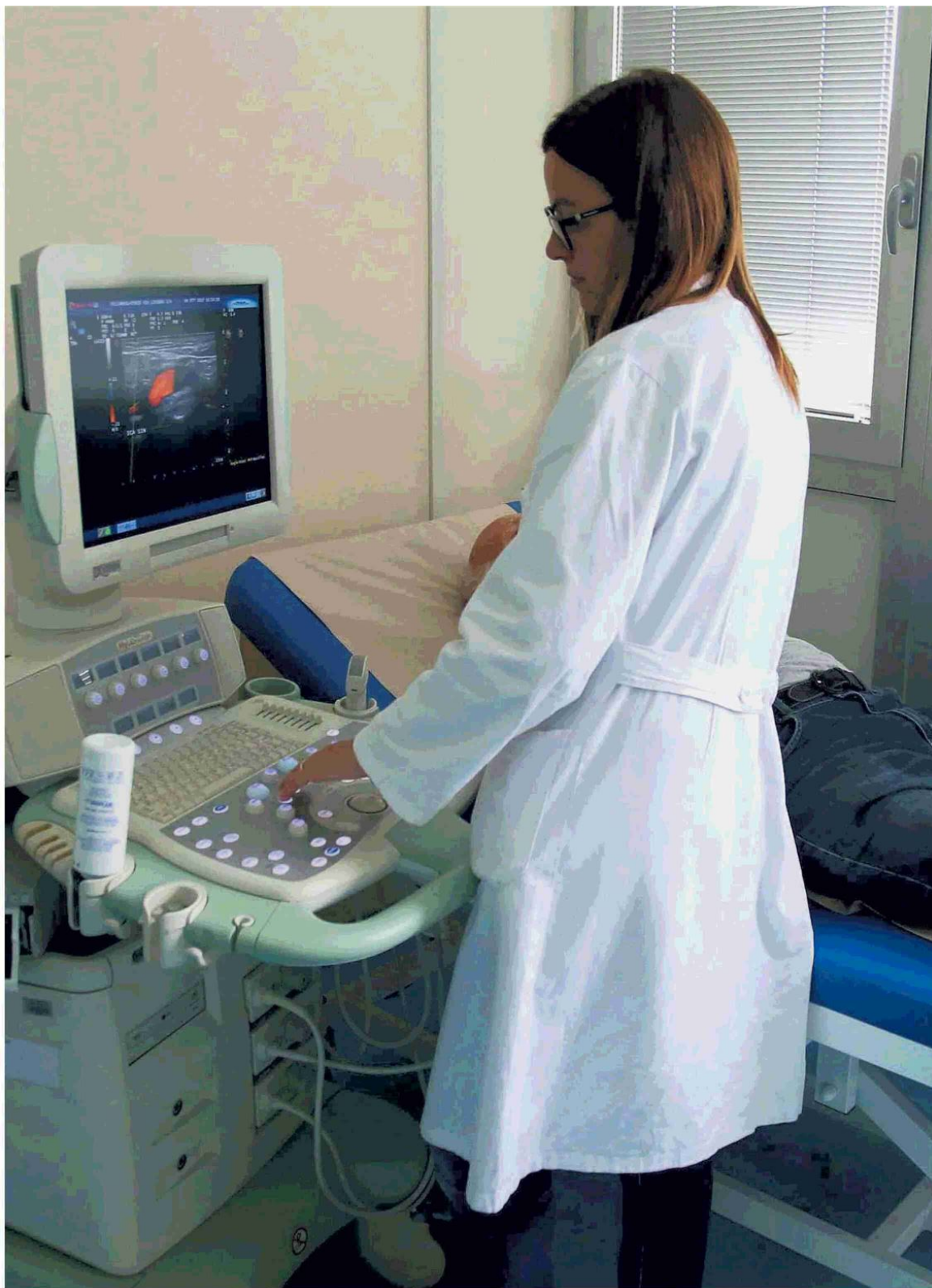
«L'immagine di quell'uomo che dimora ai piedi del Crocifisso che sembra vegliarlo mi ha colpito come una sciabolata». L'assessore del Comune alle Politiche Sociali, Luca Trapanese ha ancora negli occhi la foto pubblicata da *Repubblica* del senzatetto nella Galleria Principe. Avvolto nelle coperte l'uomo dorme ai piedi del Crocifisso della chiesa monumentale di Santa Maria di Costantinopoli, proprio sotto il porticato. «Rappresenta la disperazione - aggiunge - oltre che la solitudine nella fragilità estrema a cui, come istituzioni, abbiamo il dovere di dare una risposta».

Assessore quell'uomo sotto il Crocifisso come gli oltre duemila senzatetto a Napoli chiedono un impegno quotidiano e forte. Cosa sta facendo il Comune per affrontare l'emergenza povertà?
«Prima di tutto è in campo un progetto per destinare oltre 300 mq che si trovano nei pressi della stazione Garibaldi, in via Aquila, ai

I trattamenti erogati non bastano: il budget è sottostimato e non risponde al fabbisogno



Peso: 1-5%, 2-58%



Peso: 1-5%, 2-58%

La Regione Campania le ha convocate per il prossimo 26 aprile **Sanità e tetti di spesa, le richieste delle associazioni di categoria**

Regione Campania ha convocato, per il prossimo 26 aprile, le associazioni di categoria della macroarea specialistica ambulatoriale. La notizia è stata ufficializzata questa sera, nel corso dell'assemblea congiunta che ha visto, allo stesso tavolo, Federlab Italia (Gennaro Lamberti), il Sindacato Nazionale Radiologi (Bruno Accarino), l'Associazione Imprese Sanitarie Campane (Antonio Gambardella e Gaetano Gambino); l'Associazione Sanità Privata Accreditata (Pierpaolo Polizzi) e la Confederazione Centri Antidiabete (Luigi Gesù). «Non vediamo l'ora di andare a vedere cosa vorranno riferirci» ha commentato Gennaro Lamberti, presidente di Federlab Italia, tra le principali associazioni di categoria dei laboratori di analisi cliniche e dei centri poliambulatoriali privati accreditati, con oltre 2mila strutture associate presenti su tutto il territorio nazionale. Nel mirino è finita, da tempo, la nuova delibera per la determinazione definitiva dei tetti di spesa 2022 che dovrà essere adottata entro il prossi-

mo 30 aprile. «Essendo stati convocati in tempi così ristretti, speriamo solo non si tratti di una convocazione per metterci al corrente di decisioni già prese. Chiediamo e confidiamo in un confronto costruttivo» aggiunge Lamberti. Tre, in ogni caso, i «punti fermi», sui quali le associazioni non hanno alcuna intenzione di fare dietrofront.

"Gran parte del tetto di spesa individuale è collegato alla spesa storica. Bene, vogliamo sapere come le Asl hanno elaborato questi dati e come li hanno inviati alla Regione. Il controllo deve essere preciso, perché se sono stati commessi errori di calcolo, anche il più piccolo, questi poi ricadono su tutte le strutture» prosegue il presidente di Federlab.



Medici



Peso: 19%

Sanità Nel mirino la delibera da adottare entro il 30. Il presidente di Federlab, Lamberti: "Speriamo in un incontro costruttivo". D'Anna: sui biologi dichiarazioni fantasiose

Tetti di spesa, summit Regione-associazioni

NAPOLI (ff) – Un faccia a faccia che non tranquillizza. La Regione Campania ha convocato, per il prossimo 26 aprile, le associazioni di categoria della macroarea specialistica ambulatoriale per discutere di Sanità privata e tetti di spesa. La convocazione è stata decisa durante l'assemblea congiunta che ha visto, allo stesso tavolo, Federlab Italia (**Gennaro Lamberti**), il Sindacato Nazionale Radiologi (**Bruno Accarino**), l'Associazione Imprese Sanitarie Campane (**Antonio Gambardella** e **Gaetano Gambino**), l'Associazione Sanità Privata Accreditata (**Pierpaolo Polizzi**), la Confederazione Centri Antidiabete (**Luigi Gesuè**) e Confindustria Sanità (**Giovanni Severino**). "Non vediamo l'ora di andare

a vedere cosa vorranno

riferirci", ha commentato Lamberti, presidente di Federlab Italia, tra le principali associazioni di categoria dei laboratori di analisi cliniche e dei centri poliambulatoriali privati accreditati, con oltre 2mila strutture associate presenti su tutto il territorio nazionale. Nel mirino è finita, da tempo, la nuova delibera per la determinazione definitiva dei tetti di spesa 2022 che dovrà essere adottata entro il prossimo 30 aprile. "Essendo stati convocati in tempi così ristretti, speriamo solo non si tratti di una convocazione per metterci al corrente di decisioni già prese. Chiediamo e confidiamo in un confronto costruttivo", aggiunge Lamberti. Tre, in ogni caso, i "punti fermi", sui quali le associazioni non hanno alcuna intenzione di fare dietrofront. "Gran parte del tetto di spesa individuale è collega-

to alla spesa storica. Bene, vogliamo sapere come le Asl hanno elaborato questi dati e come li hanno inviati alla Regione. Il controllo deve essere preciso, perché se sono stati commessi errori di calcolo, anche il più piccolo, questi poi ricadono su tutte le strutture", prosegue il presidente di Federlab. Ancora: le associazioni chiedono di capire "a quanto ammonterà l'annunciato incremento di fondi previsto anche quest'anno per l'abbattimento delle liste di attesa. Nel 2021 ammontava a 72 milioni, una cifra che ci ha consentito di erogare più di 9 milioni di prestazioni aggiuntive", sottolinea ancora Lamberti. Infine, "secondo le indicazioni del Garante, è necessario che il tetto di spesa non sia esclusivamente storico. Quindi proporremo che ci sia un tetto misto, in parte derivante da

quello storico, in parte da determinate caratteristiche qualitative delle strutture, così da distribuire il budget su base meritocratica". In ogni caso, subito dopo l'incontro con i rappresentanti della Regione, "comunicheremo ai nostri associati di cosa si è discusso e soprattutto quali azioni eventualmente intraprendere", conclude il presidente di Federlab. Sull'argomento si è espresso anche **Vincenzo D'Anna**, presidente dell'Ordine nazionale dei Biologi: "Ho il dovere di difendere nostra categoria innanzi alle dichiarazioni, fantasiose e suggestive del governatore Vincenzo De Luca".

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazioni a confronto



Peso:20%

ASSEMBLEA DELLE SIGLE DI CATEGORIA: «VOGLIAMO SAPERE A QUANTO AMMONTERÀ LO STANZIAMENTO PREVISTO PER IL 2022 E PROPORREMO UN LIVELLO MISTO»

Tetti di spesa, gli esponenti della sanità privata convocati in Regione

NAPOLI. Sanità privata e tetti di spesa: la Regione Campania ha convocato, per il prossimo 26 aprile, le associazioni di categoria della macroarea specialistica ambulatoriale. La notizia nel corso dell'assemblea congiunta che vede, allo stesso tavolo, **Gennaro Lamberti** (Federlab Italia); **Bruno Accarino** (Sindacato Nazionale Radiologi); **Antonio Gambardella** e **Gaetano Gambino** (Associazione Imprese Sanitarie Campane); **Pierpaolo Polizzi** (Associazione Sanità Privata Accreditata); **Luigi Gesùè** (Confederazione Centri Antidiabete); **Giovanni Severino** (Confindustria Sanità). «Non vediamo l'ora di andare a vedere cosa

vorranno riferirci» dice Lamberti. Nel mirino è finita, da tempo, la nuova delibera per la determinazione definitiva dei tetti di spesa 2022 che dovrà essere adottata entro il prossimo 30 aprile. «Essendo stati convocati in tempi così ristretti, speriamo solo non si tratti di una convocazione per metterci al corrente di decisioni già prese. Chiediamo e confidiamo in un confronto costruttivo» aggiunge Lamberti. Tre, in ogni caso, i «punti fermi». «Gran parte del tetto di spesa individuale è collegato alla spesa storica. Bene, vogliamo sapere come le Asl hanno elaborato questi dati e come li hanno inviati alla Regione. Il controllo deve essere preciso, perché se sono stati com-

messi errori di calcolo, anche il più piccolo, questi poi ricadono su tutte le strutture» prosegue il presidente di Federlab. Ancora: le associazioni chiedono di capire «a quanto ammonterà l'annunciato incremento di fondi previsto anche quest'anno per l'abbattimento delle liste di attesa. Nel 2021 ammontava a 72 milioni, una cifra che ci ha consentito di erogare più di 9 milioni di prestazioni aggiuntive». Infine, «secondo le indicazioni del Garante, è necessario che il tetto di spesa non sia esclusivamente storico. Quindi proporremo che ci sia un tetto misto».



Peso: 16%