



Venerdì 11 Maggio 2018

Privati, cambiano le regole: stop ai tetti e altri 50 milioni

di Fulvio Scarlata

Cinquanta milioni in più ai privati accreditati, contratti biennali, l'obbligo di non fare causa alla Regione, l'addio ai tetti di spesa con le sospensioni delle prestazioni, standard nazionali per la quantità di servizi offerti da cliniche, laboratori e centri di riabilitazione. E poi la rilevazione del fabbisogno di assistenza sanitaria della popolazione, per la prima volta dopo 15 anni. Vincenzo De Luca presenta l'accordo con gli operatori privati, che rappresentano il 25% della sanità campana: «È una svolta che consente pianificazione e riorganizzazione per il pubblico e per il privato». Ma Federlab e Aspat fanno sapere di non sapere nulla dell'intesa e la Regione replica: «La gran parte delle associazioni della sanità privata ha firmato».

Restano fuori da ogni beneficio i lavoratori del settore privato spesso costretti perfino a contratti che si discostano da quello nazionale, con più ore di lavoro e retribuzioni inferiori. «Siamo a una svolta perché per la prima volta c'è condivisione tra Regione e operatori privati»: è soddisfatto il direttore generale dell'assessorato Salute Antonio Postiglione. Uno degli obiettivi principali della Giunta De Luca è raggiunto: un contratto biennale per i privati accreditati in modo da garantire continuità assistenziale ai cittadini. Finora si andava avanti con i tetti di spesa che venivano sfondati a inizio estate con successive prestazioni a pagamento per laboratori, cliniche private e riabilitazione mentre scattavano contenziosi tali che la Regione, ogni anno, deve accantonare 1,2 miliardi come fondo rischi secondo un'imposizione del ministero dell'Economia.

La Regione questa volta è partita dalla «rilevazione scientifica» del fabbisogno dei cittadini, dalle medie nazionali che prevedono 12 prestazioni sanitarie pro capite all'anno da parte dei privati, e dal colmare i settori che non sono coperti dal servizio pubblico. Così arrivano 35 milioni in più per le case di cura convenzionate, con una premialità se si limitano i parti cesarei («oggi siamo arrivati al 36%, dobbiamo scendere altri dieci punti per arrivare alla media nazionale») e le operazioni al femore nelle 48 ore e una incentivazione per l'alta specialità. Per la specialistica ambulatoriale vengono tagliati 5 milioni ai laboratori con un incremento di 7,7 milioni per prestazioni tipo quelle salvavita e dialisi. «Finora i privati facevano le prestazioni per loro più remunerative magari con tecnologie vecchie - spiega De Luca - con l'individuazione del fabbisogno correggiamo le storture mentre come sanità pubblica entriamo in concorrenza con i privati».

Sei milioni di incremento, infine, per il settore della riabilitazione «ma con una serie di correzioni - la sottolineatura - per esempio un paziente dopo cinque anni di riabilitazione non può più migliorare e deve essere preso in cura dall'assistenza domiciliare liberando il posto nei centri privati e accorciando le liste d'attesa oggi infinite. Riabilitazioni che durano da cinque-dieci anni sono improprie. C'è bisogno della riabilitazione vera e non di attività residenziali o speculative».

L'analisi

**SFORZO ATTESO E NECESSARIO
ORA MIGLIORARE IL «PUBBLICO»****Ettore Mautone**

Tetti di spesa per Case di cura, budget per ambulatori specialistici, volumi di prestazioni annui da programmare per centri di riabilitazione e gabinetti diagnostici: la Regione Campania finalmente colma un vuoto di programmazione che risaliva all'epoca dell'ex commissario Bruno Zuccatelli, in auge a partire dalla seconda consiliatura Bassolino, e poi affrontato, con alterna efficacia, da Mario Morlacco, sub commissario che affiancava Stefano Caldoro. Il presidente della Regione Vincenzo De Luca, dunque, dopo una melina che si trascinava dallo scorso Natale, prende il toro per le corna e - a distanza di nove mesi dall'assunzione dell'incarico di commissario governativo - finalmente mette ordine. Una svolta attesa da anni, che per la prima volta configura su base biennale la programmazione e che introduce il criterio dirimente, da sempre reclamato a gran voce dai principali attori, della preventiva stima dei fabbisogni annui. Ma De Luca e il suo staff commettono anche qualche errore: riguardo ad alcune scelte tecniche adottate ad esempio. Ma soprattutto sul piano delle relazioni con le controparti. Parliamo delle associazioni imprenditoriali avvertite (ma non tutte), con una nota di sintesi dramata un giorno prima della ufficia-

lizzazione del piano da tradurre in decreto. Eppure, con tutti i distinguo del caso, parliamo di un comparto che assorbe circa il 20% della torta annua della spesa sanitaria regionale assicurando oltre il 50% delle prestazioni. Marginali, nella partita della programmazione, anche i sindacati che rappresentano i lavoratori della sanità privata accreditata. Medici e camici bianchi su cui ricadono le scelte di programmazione adottate.

Ma andiamo con ordine e diciamolo chiaro: correggere la rotta del programmazione finora andata avanti a spanne, è doveroso. Lo stesso vale per i controlli annunciati da De Luca: finalmente affidati al progressivo consolidamento delle performance della piattaforma informatica Saniarp. Ovvero al numero medio di prestazioni ambulatoriali diagnostiche, radiologiche e di laboratorio che ciascun cittadino effettua ogni anno in base agli indicatori nazionali. E da desumere anche dalla spesa farmaceutica a testimoniare uno stato di malattia. Ma tale valutazione, al netto di speculazioni o magari imbrogli, non può prescindere da una analisi reale dei bisogni di salute della popolazione. E dunque da verificare nel merito, in ciascuna Asl, ai tavoli di monitoraggio allestiti periodicamente e previsti dalle norme, per controllare il flusso della spesa.

> Segue a pag. 33**Ettore Mautone**

Trascurare questo aspetto potrebbe far rientrare dalla finestra quel contenzioso su cui lo stesso De Luca ha detto di voler svoltare anche per liberare ingenti somme bloccate nelle casse di palazzo Santa Lucia come fondo rischi.

Né si può prescindere dal dato che l'erogazione finale è sempre il frutto di una filiera di decisioni e prescrizioni che vede coinvolti specialisti e medici di fonte pubblica. **Qui De Luca fa una scelta precisa: annuncia che potenziando la rete delle strutture ospedaliere e distrettuali, mira a una contrazione della domanda di salute, da parte dei cittadini, nel privato accreditato.** Bene, ma la via maestra da seguire sarebbe quella di potenziare prima le reti pubbliche e poi ridurre il peso delle altre. Senza contare le contraddizioni presenti sul fronte del riordino dei laboratori, il cui accorpamento, per conseguire economie di scala e migliore qualità tecnologica e operativa, ha subito l'ennesimo rimando. Anche l'aumento di budget per le Case di cura (calcolato per circa 35 milioni di euro e da attribuire soprattutto alle prestazioni di alta specialità), sebbene sia concepito per contrastare la migrazione sanitaria non tiene conto delle difficoltà ordinarie di quei pochi che hanno accettato la sfida di dedicarsi alle attività meno lucrative. Come il pronto soccorso. Ospedali accreditati che già fanno parte della rete infarto e che negli ultimi anni pur avendo raddoppiato le prestazioni di emergenza, assunto personale e investito in tecnologie, sono ora costretti a fare i conti con il dimezzamento della quota assorbita da tali funzioni se questa supera il budget attribuito negli ultimi due anni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Regione, intesa con i privati: «Garantiremo i tetti di spesa»

De Luca: «Premio alle Case di cure per incentivare prestazioni di qualità»
Ma Cgil Campania, Federlab e Aspat vanno all'attacco del governatore

NAPOLI Non ha inibizioni di sorta nel definirlo «un accordo epocale». E del resto l'enfasi guarnisce da sempre le espressioni di compiacimento del presidente della Regione. Vincenzo De Luca convoca la stampa per comunicare il nuovo tassello aggiunto alla cosiddetta «rivoluzione della sanità campana» attraverso la regolamentazione dei rapporti con le strutture private convenzionate basata sulla sottoscrizione di contratti biennali per il 2018-2019.

«Argineremo così il fenomeno dello sfioramento dei tetti di spesa — dice il governatore — grazie all'eliminazione della mensilizzazione dei tetti annuali. Le strutture pubbliche dovranno sopperire con una erogazione del 30% in più in quei territori in cui i privati non riusciranno ad assicurare le dovute prestazioni». Il presidente spiega: «Parliamo del 25 per cento del comparto in cui nel corso dei decenni abbiamo accumulato debiti e contenziosi irrisolti tra le cause principali del commissariamento. Un contenzioso che ora dovrà essere fermato. Siamo partiti dalla revisione del fabbisogno. Per 15 anni non era stato mai calcolato. Inoltre c'era un meccanismo ottuso e iniquo di calcolo sulla spesa storica». In



Contratti biennali con le strutture accreditate fondati sui fabbisogni effettivi e cancelliamo le mensilità

Non c'è struttura con tetto al di sotto del 2017 o superiore alla media di quanto prodotto



tutto, è prevista una dotazione di circa 50 milioni di euro in più rispetto all'anno scorso.

Ma la Cgil Campania (guidata da Giuseppe Spadaro), a distanza di qualche ora, accusa l'amministrazione regionale: «De Luca sostiene di aver ripianato i conti, recuperato 40 punti sulla griglia dei Lea e di essere pronto a chiedere l'uscita dal commissariamento. Ancora: di aver ripianato il contenzioso con la sanità accreditata. Ci piacerebbe conoscere i dati relativi a queste ro-

boanti dichiarazioni e la reale descrizione di una situazione che è assolutamente diversa». Il sindacato spara sulla mancata condivisione delle scelte che hanno interessato il piano ospedaliero, la stabilizzazione dei precari e il riequilibrio tra attività pubblica e privata.

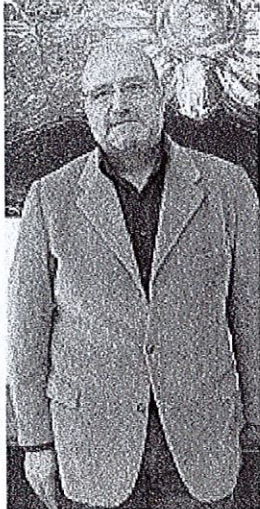
Pure Federlab contesta che non vi è stata alcuna sottoscrizione di intesa: «Sovviene alla mente il Principe di Machiavelli laddove egli affermava che "governare è lasciar credere" — afferma Gennaro

Lamberti, presidente dell'associazione che rappresenta circa 700 strutture ambulatoriali private accreditate —. De Luca non può tirare in ballo intese che mai sono state siglate con la sanità pubblica a gestione non statale». Così l'Aspat, altra associazione di categoria, nega accordi con la Regione. Il presidente De Luca, invece, spiega che per le case di cura private «è stato completato il programma di accreditamento adeguando il budget all'effettiva capacità di

erogazione dei servizi, tanto che stanziamo 35 milioni di euro in più rispetto allo scorso anno, lavorando anche alla riconversione di alcune strutture. Nessuna casa di cura avrà una diminuzione sugli stanziamenti dello scorso anno e nessuna avrà un tetto superiore a quello degli ultimi due anni, considerando che incentiveremo chi fa prestazioni di alta specialità». In particolare, viene introdotto un meccanismo di premialità per chi incrementa i parti naturali e le operazioni di fratture al femore entro 48 ore. Inoltre, per la specialistica ambulatoriale («dove abbiamo registrato numerose anomalie») è stata identificata la quantità di prestazioni necessaria sulla base delle richieste degli utenti «per avvicinarci agli standard nazionali, pari a 12 prestazioni annue per cittadino».

E sono state incrementate anche le prestazioni salvavita come dialisi e radioterapie con incentivi di 5,5 milioni per il 2018 e 2,2 per il 2019». Il terzo comparto è quello della riabilitazione: «Qui registriamo liste di attese infinite. Prevediamo circa 6 milioni di euro con riequilibrio tra i diversi territori regionali. Incrementiamo i livelli di pagamento degli acconti del 90-95 per cento unendoli al giorno di pagamento degli stipendi e dei fornitori. Oggi siamo a 32 giorni. A fine 2018 chiederemo al Governo l'uscita dal commissariamento, ma occorrerà un anno di tempo per completare le procedure. Sarebbe un'ulteriore rivoluzione per la dignità dei cittadini campani».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Chi sono

Nelle foto
a sinistra
De Luca
Sopra
il segretario
regionale Cgil
Spadaro