

Come calmierare le prestazioni extra-regionali: Campania docet?

Lazio, Molise, Puglia e Basilicata non potranno più erogare alcune particolari prestazioni sanitarie ai cittadini campani se non saranno muniti di autorizzazione preventiva della Asl di appartenenza. È quanto ha stabilito la Regione con un decreto commissariale che avrebbe come finalità quella di ridurre il fenomeno della mobilità sanitaria, evitando ricoveri inappropriati e prestazioni che, secondo il decreto, sarebbero ordinariamente erogabili in Campania

Ferdinando Petrazzuoli

Medico di medicina generale

Snamid - Caserta

European General Practice

Research Network Executive Board

(www.egpm.org)

La fine del sistema sanitario nazionale è ormai arrivata. Lentamente, ma progressivamente, i diritti fondamentali dei cittadini italiani vengono calpestati all'insegna di un cinico efficientismo, giustificato dalla grave situazione economica e dalle priorità del Ssn. Si allunga così la lista degli espedienti funzionali a tale logica fino a creare veri e propri ostacoli burocratici sui cosiddetti "viaggi della speranza" fuori Regione. La Campania è pioniera in questa ulteriore beffa, con la decisione di mettere in campo l'autorizzazione preventiva per una serie di prestazioni sanitarie da potere effettuare in altre Regioni. Sembra che un tale provvedimento potrebbe essere adottato anche a livello nazionale, visto l'intento della Commissione Salute, che riunisce gli assessori alla Sanità delle Regioni italiane, di voler arginare la "piaga della mobilità passiva".

D'ora in poi in Campania, se si vorranno effettuare alcune particolari prestazioni sanitarie fuori Regione, occorrerà il nulla osta di un'apposita commissione della Asl. La norma è stata introdotta con il decreto commissariale 156 del 31.12.2012, che è stato pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. 19 dell'8 aprile 2013. Il decreto ha valore retroattivo, così da gennaio 2013, in via sperimentale, sono cinque le prestazioni di rico-

vero e cura per le quali occorrerà essere autorizzati:

1. Interventi sulla retina.
2. Interventi sul cristallino, con o senza vitrectomia.
3. Interventi sulle strutture intraoculari.
4. Malattie e disturbi dell'apparato muscolo-scheletrico e connettivo.
5. Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione.

Secondo la Regione, l'offerta sanitaria delle strutture regionali sarebbe in grado di soddisfare il bisogno assistenziale della popolazione residente inerente a tali prestazioni che, peraltro, risultano essere di bassa complessità, rendendo quindi ingiustificata una forte mobilità nelle Regioni confinanti. Un giudizio che però fa a pugni con una realtà che ha visto un drastico ridimensionamento dei servizi offerti, l'introduzione di ticket, l'aumento delle liste di attesa e il crescere vertiginoso dell'Irpef.

► Le Regioni off limits

Sono proprio le Regioni confinanti, Lazio, Molise, Puglia e Basilicata che non potranno più accogliere direttamente i cittadini campani senza preventiva autorizzazione della Asl.

Il decreto commissariale quantifica il rischio di inappropriatazza "del rimborso alle Regioni di con-

fine” - relativo alle prestazioni elencate ed effettuate a pazienti provenienti dalla Campania - a circa 7 milioni di euro l’anno. Cifra che, secondo quanto specificato nel decreto, contribuirebbe significativamente a determinare il deficit del Servizio sanitario regionale campano. La preventiva autorizzazione della Asl quindi avrebbe: *“la duplice finalità di evitare la produzione di ricoveri inappropriati, nonché di evitare che prestazioni ordinariamente erogabili in Campania, siano viceversa fruite in altre Regioni da pazienti residenti”*.

► **Le ragioni addotte per negare un diritto**

“Siamo partiti da cinque categorie ad elevato rischio inappropriata per avviare un percorso strategico - ha spiegato a tal proposito **Raffaele Calabrò**, consigliere per la salute del governatore-commissario della Campania **Stefano Caldoro** - I cittadini hanno il diritto di scegliere dove farsi operare, ma se ciò determina gravi sprechi, la Regione può e deve controllare nell’interesse degli stessi cittadini che pagano le tasse e chiedono legittimamente servizi e prestazioni adeguate”. Motivo per cui il decreto ha stabilito che: *“la Asl di competenza rilascerà l’autorizzazione in tutti i casi in cui, per motivi organizzativi, o per la presenza di eccessive liste di attesa, in relazione all’urgenza della prestazione, o in mancanza di idonea offerta assistenziale nella Asl stessa o in altre Asl campane, o per altre motivazioni, risulti che l’erogazione in mobilità sanitaria extraregionale della prestazione sanitaria richiesta risulti essere la modalità più ido-*

nea per soddisfare il bisogno assistenziale del paziente e che, pertanto, risulti tutelato il diritto alla salute del cittadino”.

Dietro questa frase coniata in pieno stile burocratico si nascondono sicuramente ordini di scuderia interni finalizzati a di dire no a quasi tutti i cittadini campani soprattutto a quelli socialmente più fragili da cui non si aspettano ricorsi e proteste. Mi chiedo entro quanto tempo il cittadino avrà dalla Asl la risposta di autorizzazione, visto che la burocrazia è stata sempre un’arma formidabile di deterrenza? Preconizzo che il cittadino verrà portato allo sfinimento: io (istituzione) non dico di no a un tuo diritto, ma tu cittadino per ottenerlo dovrai fare questo e poi questo e poi ancora quest’altro.

► **Il nocciolo del problema**

È accezione ormai comune che il sistema sanitario del Sud sia fonte di sprechi, ma al riguardo occorre fare alcuni importanti distinguo. Innanzitutto i dati Istat ci dicono chiaramente che il cittadino residente nel Sud Italia per le prestazioni sanitarie in media spende meno dei cittadini del Nord: 1.812,00 euro contro 1.850,00 euro l’anno. È l’inefficienza del sistema sanitario che al Sud produce costi ingenti.

Da uno studio della Fondazione Censis, in collaborazione con il Cergas-Bocconi: *“Il sistema sanitario in controluce. Rapporto 2012 - Sostenibilità economica e qualità dell’assistenza”* emerge chiaramente che dal 2006 ad oggi gli interventi mirati al contenimento della spesa sanitaria hanno colpito solo quella parte di costi direttamente riferiti al fabbisogno sanita-

rio degli italiani, quindi la spesa riferita alle effettive necessità come visite mediche, accertamenti, farmaci e ricoveri ospedalieri. Quella che risulta aumentata e verso cui non sono stati presi provvedimenti di contenimento è la spesa riferita al funzionamento del sistema sanitario e ai costi amministrativi. Questo è particolarmente evidente al Sud ed in Campania.

Quindi la soluzione più appropriata sarebbe quella di ridurre le spese di questa macchina burocratica amministrativa e non le prestazioni per i cittadini. Ma come sempre, la cosa più facile a farsi è quella più difficile da ottenere soprattutto in un sistema sanitario il cui modello negli anni ha mostrato diverse criticità tra cui un eccesso di burocrazia. Infatti nei sistemi sanitari di tipo Beveridge, come il nostro, ispirati al modello inglese, ritroviamo una organizzazione burocratica sovradimensionata quasi elefantica se confrontati con quelli basati sul modello Bismarckiano.

Nei sistemi di tipo Beveridge, uno dei rischi più evidenti è quello che l’interesse primario dei politici e degli altri *decision makers* invece di essere rivolto al cittadino-paziente, venga mano a mano spostato verso l’organizzazione che gli stessi politici e *decision makers*, con giustificabile orgoglio, hanno costruito nei decenni (*Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index 2012 Report*).

È bene quindi che i cittadini Italiani (non solo quelli del Sud) e gli stessi medici siano consapevoli di questa realtà ed esercitino il loro ruolo di *stakeholders*, intervenendo con forza nelle decisioni politiche e non accettandole supinamente.