

Le cifre del disastro

Sanità, livelli di assistenza la Campania all'ultimo posto

Piano di rientro sotto esame: Asl e ospedali al minimo storico

Ettore Mautone

Livelli essenziali di assistenza (Lea) in caduta libera in Campania, precipitati all'ultimo posto nella classifica delle Regioni italiane e per la prima volta sotto la soglia dei 100 punti nella pagella che il ministero della Salute stila ogni anno per valutare le regioni in Piano di rientro. Mai nessuna regione è rimasta così indietro sui livelli di cura. Scarse, anzi scarsissime, le performance dei vari parametri di qualità sotto osservazione, lontane anniluce dai 160 punti necessari a scalare la sufficienza. Il 99 attribuito nell'ultima verifica di metà novembre dai ministeri vigilanti Salute ed Economia - di cui Il Mattino anticipa i risultati - alle attività di cura erogate da Asl e ospedali nel 2015 (compresi i primi mesi del 2016), è addirittura meno dei 101 punti assegnati nel 2009, quando la Campania, già commissariata nel 2007, ha iniziato il difficile percorso per il rientro dal deficit, ben 40 punti sotto i 139 guadagnati appena due anni orsono, nel 2014, quando la nostra regione sembrava aver iniziato a scalare non solo il fronte contabile, con bilanci finalmente in pareggio, ma anche il versante dei livelli di assistenza assicurati ai cittadini.

Un viaggio in un tunnel, quello del Piano di rientro, che oggi si rivela un infernale gioco dell'oca. La Campania, in sette anni dopo aver tagliato

dove ha potuto i servizi sanitari, disarticolato ambulatori e reparti, applicato ticket e tasse (aliquote di Irpef e Irap ai valori massimi) e lasciato sul campo 14 mila camici bianchi non rimpiazzati, sconta un debito organizzativo per nulla intaccato dal commissariamento. Anzi, anche alcuni grandi ospedali delle reti cittadine a Napoli come a Salerno e Caserta, su cui ricade gran parte del peso assistenziale, mostrano un preoccupante logoramento in cui barelle e affollamenti perenni sono la spia accesa su un problema irrisolto. Disordine organizzativo del 118, piante organiche della rete dell'emergenza non rispettate, profili di personale squilibrato, procedure disomogenee, tante unità (troppe), inquadrature con contratti precari nonostante i piani per la stabilizzazione e il passaggio alla dipendenza, avvisi per la mobilità interregionale e concorsi per il reclutamento di nuovo personale che procedono al ralenti. E poi il nodo irrisolto dei policlinici universitari non ancora ospedalizzati come in tutte le altre regioni e per larghe fette assistenziali ancorati a modelli di cura e tempistiche risalenti a un secolo fa. Procedure non più compatibili con i parametri di qualità fissati dalle linee guida nazionali né tantomeno con le esigenze di salute della popolazione e che rendono conto di una sanità ancora tutta da ricostruire nei pilastri fondamentali.

In attesa del verbale ufficiale, che metterà nero su bianco i risultati del test di novembre, le prime anticipazioni parlano ancora di un'insuffi-

cienza netta. Si parte dal debito informativo che De Luca sta cercando di riassorbire rendendo omogenei e dialoganti i flussi di dati in ogni singola Asl per andare ai contratti con i centri privati accreditati: un nodo intricato che sconta gravi ritardi a valle di un autunno caldo di contenziosie proteste. Spie rosse accese anche sul terreno della prevenzione: parliamo degli screening che muovono i primi passi in iniziative sperimentali non ancora strutturali. Così il rilancio delle vaccinazioni. In difficoltà la fase di start-up della riorganizzazione della sanità territoriale che, tranne le felici sperimentazioni nel Sannio e in qualche quartiere di Napoli (come testimoniato in uno studio condotto nell'ambito del Master in management sanitario del-



la facoltà di Sociologia dell'Ateneo Federico II), vede ancora tutte da impiantare le Aft (Aggregazioni funzionali di medici, pediatri e specialisti) e le Unità complesse di cure primarie che in altre regioni sono realtà consolidate, mentre manca una regia al tavolo con i ministeri.

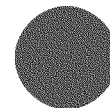
Un quadro a tinte fosche che si completa con il tassello degli stili di vita diventati una natura morta. Per non parlare del Piano oncologico regionale: sulla carta prevede sin da questo dicembre l'immediata costituzione di equipe multidisciplinari in grado di prendere in carico il paziente, indirizzarlo nelle strutture di cura e assicurargli in tempi certi, non oltre i 15 giorni, tutte le cure mediche, chirurgiche e radioterapiche di cui ha bi-

sogno per assicurare le massime percentuali di guarigione. E invece, tranne poche eccezioni (la recente unità integrata oncologica della Sun, alcune realtà del Pascale) abbiamo ancora singoli medici, singoli chirurghi e solitarie unità operative di bravi specialisti impegnati a smaltire liste di attesa troppo lunghe per intercettare una migrazione sanitaria ormai strutturale che, da almeno dieci anni, sottrae a monte 300 milioni al riparto del fondo sanitario tra le regioni. Un grande ospedale virtuale di mille postiletto, grande come il Cardarelli, che dal Lazio alla Toscana all'Emilia alla Lombardia accoglie e cura i cittadini campani in cerca di terapie migliori e nei tempi giusti.

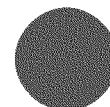
© RIPRODUZIONE RISERVATA



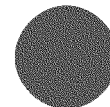
Gli ospedali Barelle al pronto soccorso del Cardarelli: l'immagine è stata scattata il 12 dicembre scorso



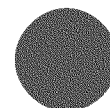
Spie rosse /1
Prevenzione al palo: gli screening muovono i primi passi con iniziative non strutturali



Spie rosse /2
Ancora in difficoltà la tenuta della Sanità territoriale tranne rare eccezioni



Spie rosse /3
Il piano oncologico con equipe multidisciplinari non decolla: unità operative «solitarie»



Spie rosse /4
Irrisolto il nodo dei policlinici universitari non ancora ospedalizzati come accade in altre regioni