

MOBILITA' PASSIVA: 'REGALO' DI 20 MLN A CLINICHE PRIVATE, CENTRODESTRA USA RISPARMI GARE PUBBLICHE

4 Aprile 2024



L'AQUILA – Per molti è un “regalo” per le cliniche private con una operazione “disinvolta”, per la Giunta regionale in carica fino a poche settimane fa, spostare fondi dal pubblico al privato è il rimedio per abbattere la mobilità passiva nel territorio abruzzese, una vera e propria emergenza dal costo molto salato.

E' accaduto infatti che per acquistare prestazioni ad “alta complessità”, la Regione Abruzzo ha deciso di destinare alle cliniche private ben 20 milioni di euro aggiuntivi fondi che arrivano dai risparmi ottenuti “dalle procedure di gara relative al settore sanità aggiudicate e bandite”, da Areacom, la stazione unica d'appalto regionale.

L'obiettivo è quello di avvalersi dei privati per abbattere la mobilità passiva, ovvero il numero di pazienti abruzzesi che vanno a curarsi in altre regioni, transumanza sanitaria che costa alle Asl abruzzesi oltre 100 milioni di euro l'anno, da versare ad altre aziende sanitarie in giro per l'Italia.

La delibera sotto accusa risale alla fine dell'anno passato, ed è la numero 1002 del 28 dicembre approvata dalla Giunta del presidente di Fdi, Marco Marsilio, riletto poi alle elezioni del 10 marzo scorso, passata all'unanimità, mentre a palazzo dell'Emiciclo ci si apprestava ad approvare l'ultimo bilancio della legislatura, già in un clima di campagna elettorale e con la consueta pioggia di fondi ad hoc e discrezione, spartiti tra tutti i consiglieri e assessori regionali.

La trovata è venuta fuori solo in questi giorni e si incrocia con il caso scoppiato dopo l'annuncio, da parte del riconfermato consigliere regionale del Partito democratico, Pierpaolo Pietrucci, di un esposto all'Autorità nazionale anti corruzione per denunciare la incompatibilità del recordman di preferenze, quasi 12mila, il riletto Mario Quaglieri, che per cinque anni ha fatto prima il consigliere regionale e il presidente della commissione sanità e poi negli ultimi 13 mesi l'assessore regionale

al Bilancio e contestualmente il medico chirurgo in cliniche convenzionate con il sistema sanitario nazionale attraverso un contratto con la Regione: ebbene, in quella riunione Quagliari, medico chirurgo con partita iva, avrebbe votato il provvedimento che destina risorse anche alla clinica privata Di Lorenzo di Avezzano, con la quale collabora dopo aver chiuso, nel 2021, il rapporto con la Immacolata di Celano.

E manco a dirlo la delibera è stata inserita come fuori sacco per poi non essere ricompresa nel comunicato stampa che la Regione è solita inviare ai media. Fino ad oggi rimasta nascosta con il silenzio di medici, sindacati e anche delle stesse ex opposizioni di centrosinistra in Regione, in primis il Pd e il Movimento Cinque Stelle.

Una tegola per il centrodestra al secondo storico mandato e alle prese con la non facile composizione della nuova giunta.

A proposito di medici, su quello che viene considerato un nobile intento, i sanitari, come rappresentato ad Abruzzoweb anonimamente, sottolineano che “di fatto con una mano si toglie al pubblico, che avrebbe bisogno come l’aria di risorse, con l’altra mano si dà alle cliniche private”, quando invece la “priorità dovrebbe essere quella di potenziare servizi e personale degli ospedali pubblici”, sia per abbattere la mobilità passiva, che le liste di attesa, in molti casi insostenibili, e che costringono i pazienti a rivolgersi a pagamento, ancora una volta, alle cliniche private.

Ad approvare la delibera, oltre a Marsilio e a Quagliari, Nicoletta Veri, ex leghista e non rielezione, che aveva la delega alla Salute, Marsilio, Emanuele Imprudente, Nicola Campitelli e Pietro Quaresimale.

Questa dunque la ripartizione alle singole case di cura private convenzionate, in aggiunta al budget annuale erogato dalla Regione, per altre prestazioni: Pierangeli, 7.898.044,91 euro, Villa Letizia, 2.987.798,76 euro, Villa Serena, 5.014.478,91 euro, Ini di Canistro, 1.921.176,67 euro, Di Lorenzo, 1.621.543,98 euro, L’immacolata 452.248,33 euro e Spatocco, 104.708,43 euro.

In un altro allegato si specificano nel dettaglio quali prestazioni di alta complessità le cliniche dovranno garantire ai pazienti, con costo a carico della finanza pubblica: una cinquantina nelle branche della neurochirurgia, cardiocirurgia, ginecologia, neonatologia, ortopedia, ematologia e grandi ustioni.

L’accordo ora andrà sottoscritto dalle quattro Asl con le cliniche del loro territorio provinciale, e si precisa nella delibera che esso avrà una natura sperimentale, per le annualità 2023-2024, con “la finalità di valorizzare l’alta specialità ospedaliera, ai fini del recupero della mobilità sanitaria”.

E spetterà alle Asl la verifica dei presupposti per l’attribuzione dei budget per l’alta specialità, nonché la verifica della corretta esecuzione delle prestazioni contrattuali discendenti dall’Addendum nel rispetto delle disposizioni ivi recate e della vigente regolazione nazionale e regionale.

Ma contestano a questo proposito i medici, ancora con la richiesta dell’anonimato “va preso atto che la valorizzazione dell’alta specialità ospedaliera riguarda le cliniche private, e non la sanità pubblica, dove permane una gravissima carenza di personale, dove servirebbero, proprio per abbattere le liste di attesa, altri macchinari e attrezzature. In una situazione in cui le Asl hanno importanti deficit da ridurre”.

Infine c’è chi fa notare che “desta perplessità anche da un punto di vista formale e giuridico questo spostamento di ingenti risorse, destinate all’acquisto di beni e servizi delle Asl, alla remunerazione delle prestazioni dei privati”.

E si cita a tale proposito quanto scritto dalla Corte dei Conti nel Rendiconto per l’esercizio 2021, circa la necessità di riorganizzare il sistema anche per ridurre l’incidenza della mobilità passiva.

“E’ compito dell’amministrazione regionale adempiere puntualmente alla definizione di una pianificazione preventiva dei fabbisogni che contempli quantità presunte e qualità delle cure mediche da affidare al servizio privato, con fissazione del limite massimo di spesa affinché questa non patisca una “crescita fuori controllo”,, così come definito da stringenti vincoli legislativi previsti in plurime norme”, e ha aggiunto: “il limite ‘invalicabile’ del tetto di spesa deve anche sollecitare una razionalizzazione ed una massimizzazione dell’uso delle strutture pubbliche cui è destinata una gran mole di risorse dell’ora dell’Erario. Vi è dunque la necessità di rivedere l’offerta complessiva delle prestazioni messe a disposizione dai soggetti privati utilizzando al meglio le potenzialità delle strutture pubbliche, al fine di garantire il loro massimo rendimento”.

Approfondendo infine il problema rappresentato dalla mobilità passiva, basti citare il report della fondazione Gimbe, in base ai dati più aggiornati del Ministero della Salute e della Conferenza Stato-Regioni. secondo cui l’Abruzzo deve pagare 108 milioni di euro per le visite, le cure e i ricoveri dei suoi cittadini che sono andati in strutture sanitarie di altre regioni.

Per quanto riguarda invece le liste di attesa, era stata ancora una volta la Corte dei Conti a evidenziare che ridurle deve essere una priorità per la sanità regionale, e in tal senso la Regione, su iniziativa dell'ex assessore Veri a luglio dell'anno scorso ha varato un piano da 5 milioni, che prevede l'estensione degli orari di apertura e chiusura degli ambulatori dalle 8:00-20:00 nei giorni feriali e aperture domenicali), una ripianificazione della generazione dei calendari da dedicare alle nuove prenotazioni Cup/Call Center, l'intensificazione del servizio di re-call per l'intercettazione degli utenti in attesa e per la verifica del drop-out, la riprogrammazione di visite ed esami già programmati per i percorsi diagnostico-terapeutici, l'inserimento di prestazioni in telemedicina.