FICO, Presidente della Giunta regionale. Grazie e buongiorno a tutti e a tutte. Grazie per l'interrogazione.
Nel Question Time, con riferimento ai quesiti formulati, è utile partire dalla richiesta di estendere alla diabetologia la compensazione dei sottoutilizzi prevista per la dialisi e la radioterapia. Quel meccanismo risponde ad una situazione specifica.
La dialisi e la radioterapia sono terapie salvavita che non possono essere interrotte né rinviate e una parte rilevante dei pazienti le riceve nelle strutture private accreditate, che suppliscono, in modo strutturale, ad un'offerta pubblica insufficiente a coprire il fabbisogno. Se quelle strutture fermassero le attività al raggiungimento del tetto, i pazienti resterebbero senza cure, ed è per questo che la Regione ne garantisce la continuità anche attraverso la compensazione. L'assistenza diabetologica è organizzata in modo diverso.
La presa in carico del paziente diabetico è affidata alla rete di centri antidiabete, i cosiddetti CAD, gestiti direttamente dalle aziende sanitarie, in coerenza con la Legge regionale del 22 luglio 2009, n. 9, che all'articolo 9 affida a ciascun centro un team interdisciplinare composto, oltre che dal diabetologo, dai cardiologi, oculisti, nefrologi, infermieri, dietisti e podologi, a presidio delle complicanze della malattia.
Le strutture private accreditate integrano questa rete e contribuiscono a contenere i tempi di attesa, mentre il paziente trova comunque nel CAD pubblico la risposta di cui ha bisogno.
La Regione ha intrapreso da tempo un percorso di rafforzamento di questa rete e continua a investire per ampliarne e qualificarne l'offerta, con l'obiettivo di garantire ai pazienti una presa in carico pubblica sempre più complessa e di ridurre così progressivamente di conseguenza il ricorso alle prestazioni acquistate dalle strutture accreditate. Nella sola ASL di Salerno, per fare un esempio, sono attivati 11 CAD pubblici, 5 dei quali previsti a partire dal 2022, nei quali operano 27 dirigenti medici diabetologi e 13 specialisti ambulatoriali, affiancati da cardiologi, oculisti, neurologi, dietisti e podologi; 17 dirigenti medici sono stati assunti con il concorso indetto nel 2023.
Quanto al primo quesito, con la delibera n. 215 del 4 maggio 2022 la Campania è passata dai tetti di branca ai tetti assegnati a ciascuna struttura, con premi e penalità legate alle performance e con la facoltà di produrre fino al 10 per cento oltre il proprio tetto, con la garanzia che almeno il 30 per cento dell'eccedenza sia remunerato a consuntivo.
Questa extra-produzione è coperta da accantonamenti costituiti ad inizio anno e dalle economie che si registrano nell'insieme della specialistica ambulatoriale. Il Fondo è unico perché le risorse possano andare dove la domanda e i tempi di attesa sono più critici.
Una compensazione automatica riservata alla singola branca altererebbe questo meccanismo, che assicura la tenuta dei vincoli di finanza pubblica e il pieno impiego delle risorse stanziate. I consuntivi lo confermano.
Nessuna risorsa è rimasta inutilizzata e gli sforamenti della diabetologia entro il 10 per cento sono stati remunerati sempre oltre la soglia minima: al 100 per cento nel 2023, al 71,73 per cento nel 2024, al 57,21 per cento nel 2025, anni in cui il Fondo di riequilibrio ha coperto 18,4 milioni di euro di over-produzione nell'intera specialistica. Le economie di circa 850 mila euro richiamate dagli interroganti (831 mila 369 euro nel Consuntivo 2025) sono maturate in strutture diverse da quelle che hanno prodotto oltre il tetto e sono confluite, come previsto, in quel Fondo.
Quanto al secondo quesito, il tetto della diabetologia è stato portato, nel 2025, a 12,87 milioni di euro, con un aumento di circa 1,17 milioni, ed è stato confermato per il 2026 dalla delibera n. 540/2026. Rispetto al periodo precedente la pandemia è cresciuto di circa il 50 per cento, a fronte di un incremento medio del 10 per cento per l'intera specialistica acquistata dal privato. La

disparità denunciata, con una spesa inferiore a 100 euro l'anno per paziente a Napoli e Salerno contro i 240 euro di Caserta e Avellino, nasce da un calcolo che divide la sola spesa per le strutture private accreditate di ciascuna ASL per il numero complessivo dei diabetici residenti. In questo modo si contano tutti i pazienti, compresi quelli seguiti dai CAD pubblici, e si tralascia quanto il Servizio Sanitario Regionale spende per curarli in quei centri, con il proprio personale e le proprie strutture.
Nelle province di Napoli e Salerno, dove la rete pubblica segue una parte rilevante dei pazienti, ne risulta una cifra artificialmente bassa, che misura soltanto la spesa per i centri privati. Il percorso del paziente diabetico comprende inoltre visite ed esami resi presso gli altri nodi della rete.
Le prestazioni contabilizzate dal singolo centro coprono dunque una parte del suo fabbisogno complessivo.
Per misurare quel fabbisogno con esattezza, entro la fine del 2026 sarà avviata una ricognizione dei dati di tutti i CAD, con i pazienti presi in carico, le prestazioni erogate, la frequenza degli accessi e la complessità dei casi e la Regione avvierà il collegamento progressivo in una base informativa regionale delle cartelle informatizzate che i centri già utilizzano. Su questi dati sarà verificato il fabbisogno appropriato per il paziente e saranno ridefiniti i tetti della programmazione del 2027.
Quanto al terzo quesito non trova riscontro nei dati l'affermazione secondo cui metà delle risorse andrebbe alle ASL di Caserta e di Avellino. Nel 2025 alle tre ASL di Napoli e a quella di Salerno è stato assegnato oltre il 52,4 per cento del tetto regionale, ovvero 6,7 milioni di euro; a Caserta e Avellino il 44,59 per cento, pari a 5,7 milioni di euro.
L'attuale riparto riflette la storia dei budget, la distribuzione dei centri accreditati sul territorio e la Regione ha già avviato il suo superamento. La delibera n. 540/2026 ha destinato 6 milioni di euro – per la prima volta succede una cosa di questo tipo in una delibera rispetto ai tetti – ripartiti tra le sette ASL, all'integrazione dell'offerta di specialistica ambulatoriale nelle aree con maggiori criticità individuate sulla base dei tempi di attesa e della mobilità sanitaria.
Nella programmazione del 2027 i criteri di riparto terranno conto dei pazienti effettivamente presi in carico dalla rete pubblica e accreditata, della loro complessità e dei flussi di mobilità tra le province. Quanto, infine, al quarto quesito, la compensazione automatica all'interno della branca è incompatibile con il sistema dei tetti di struttura. L'esigenza di riequilibrio che la muoveva trova risposta nella nuova programmazione appena descritta, sulla quale proseguirà il confronto con le aziende sanitarie e con le associazioni previste nella stessa delibera n. 540/2026. Su quanto accadrà dal 1° novembre occorre essere chiari: il raggiungimento del tetto riguarda la remunerazione delle prestazioni che alcune strutture accreditate scelgono di erogare oltre il budget loro assegnato, una scelta imprenditoriale legittima che la Regione remunera nei limiti previsti, nel rispetto dei limiti di spesa fissati dalla Legge statale e che non può tradursi nell'obbligo di ampliare ogni anno la spesa.
La tutela dei pazienti resta garantita. Chi ha bisogno di una visita di controllo o del rinnovo del piano terapeutico per farmaci, insuline e dispositivi per l'autocontrollo trova risposta, a carico del Servizio Sanitario Regionale, nei CAD pubblici delle aziende sanitarie.
È su questa rete che la Regione continuerà a investire perché è lì che la presa in carico del paziente diabetico trova la sua garanzia più solida e perché il suo potenziamento è la via per contenere strutturalmente la domanda rivolta al privato accreditato.