

# Tetti di spesa mensili e budget è scontro tra privati e Regione

## La svolta del commissario Polimeni, centri in rivolta

**Ettore Mautone**

Tetti di spesa in dodicesimi: una circolare firmata dal commissario governativo per la Sanità Joseph Polimeni e dal sub commissario Claudio D'Amario, inviata il 2 febbraio scorso alle Asl e alle Associazioni di categoria del settore privato accreditato, istituisce un tetto di spesa mensile, anziché annuo, per venire a capo del fatale esaurimento delle attività in convenzione a fine anno. Le risorse resteranno quelle stanziare nel 2014 con un ritocco al ribasso del 2%, per rispettare i vincoli della spending-review.

«Un sistema - avverte Pierpaolo Polizzi, presidente dell'Aspat - che sposterà su 30 giorni i problemi che si verificano a fine anno. Esaurite le risorse nelle prime settimane i cittadini dovranno fare i conti con liste di attesa anche nel privato convenzionato e a poco servirà avere il Cup (centro di prenotazione unico) in cui verificare la possibilità di eseguire un'analisi e una radiografia in un altro centro accreditato o in un ospedale pubblico. L'alternativa? Pagare la prestazione o rinunciare alle cure».

«In tali condizioni - aggiunge Eugenio Basile, di Confindustria Sanità - sarà sempre più difficile accedere a prestazioni ambulatoriali a cari-

co del Servizio sanitario nazionale considerando anche la stretta del ministero sui medici di famiglia, riguardo alla prescrizione di 203 prestazioni ambulatoriali considerate ad elevato rischio di inappropriatazza con l'effetto collaterale dell'aumento degli accessi impropri nel pronto soccorso ovvero della migrazione extraregionale».

Altra novità: il provvedimento introduce vincoli di budget per singolo centro anziché per macroarea assistenziale. Per semplificare laddove finora ogni disciplina (laboratoristica, diagnostica, specialistica ambulatoriale, dialisi, diabetologia, ecc) attingeva a un serbatoio unico per i rimborsi (indipendentemente da chi fosse l'erogatore convenzionato) ora ci saranno tante piccole tancine a disposizione di ogni laboratorio o gabinetto specialistico, la cui capienza è calcolata in base alla spesa storica. «Un ritorno al passato - conclude Bruno Accarino del Sindacato radiologi - quando tale sistema determinava una completa ingessatura delle attività dei centri garantendo rendite di posizione ma tagliando le gambe alla concorrenza, alla qualità e agli investimenti». Intanto il crono-programma fissato dalla struttura commissariale prevede entro il 15 febbraio i decreti commissariali per regolare definitivamente i

tetti di spesa ed i contratti del 2015, entro il 30 maggio la conclusione delle procedure in corso di accreditamento definitivo dei privati, entro il 30 giugno

La definizione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati tetti di spesa per il biennio 2016-2017 (per dare la possibilità agli erogatori di programmare gli

Investimenti). Il 31 luglio la data ultima per stipulare gli accordi contrattuali annuali in funzione di liste di attesa, mobilità passiva, contesto epidemiologico). Tempi entro cui, secondo indiscrezioni, ci sarebbero margini per una marcia indietro almeno sul budget per singola struttura se non sui tetti di spesa mensili.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lunedì 08 FEBBRAIO 2016

## Campania. Tetti di spesa, Polimeni li attribuisce per singola struttura e propone vincoli mensili anziché annuali

***Il budget resterà quello stanziato nel 2014 con un ritocco al ribasso del 2%, per rispettare i vincoli della spending-review. Associazioni di categoria sul piede di guerra. Ma si intravede la possibilità di una marcia indietro prima dell'adozione del decreto finale.***

Sanità accreditata part-time: la schiarita annunciata dal governatore De Luca su tetti di spesa e accordi contrattuali rischia di trasformarsi subito in cielo cupo. La bufera è segnata dal semaforo verde fatto scattare nei giorni scorsi dal commissario Joseph Polimeni alla prima circolare del 2016. Indirizzata ai manager di Asl e ospedali, oltre che ai presidenti delle associazioni di categoria degli erogatori, disciplina le attività in convenzione attraverso tetti di spesa mensili anziché annuali e fissa budget e volumi di prestazioni massimi attribuiti per singola struttura anziché per macroarea assistenziale.

Queste le principali novità del provvedimento che hanno provocato la levata di scudi delle Associazioni di settore.

Il budget resterà quello stanziato nel 2014 con un ritocco al ribasso del 2%, per rispettare i vincoli della spending-review. Fatte salve le premesse - che sintetizzano le buone intenzioni di evitare che a fine anno l'esaurimento delle risorse disponibili lasci scoperta l'assistenza - il provvedimento introduce dunque l'obbligo, per le strutture convenzionate, di rispettare un tetto di spesa mensile ma anche vincoli di spesa calibrati sulla spesa storica di ogni singola struttura.

Il tempo per una marcia indietro del commissario Polimeni e del sub commissario D'Amario invocata a gran voce dai rappresentanti degli operatori è, secondo indiscrezioni, ancora possibile, inscritta nei tempi del preciso crono-programma stilato dalla struttura commissariale per il riordino della sanità ex convenzionata.

### I tempi

Entro il 15 febbraio è infatti previsto il via ai decreti commissariali per regolare definitivamente i tetti di spesa ed i contratti dell'anno appena trascorso. Contratti che hanno viaggiato finora sulla scia di un regime di prorogatio e in assenza di veri e propri accordi. Il secondo step è fissato in agenda per il 30 maggio quando dovranno essere concluse le procedure in corso di accreditamento definitivo di tutti i privati ancora operanti in regime di provvisorio accreditamento.

Entro il 30 giugno, infine, dovrà arrivare la griglia dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati tetti di spesa per il biennio 2016-2017. Tetti di spesa calibrati su un biennio per dare la possibilità agli erogatori di programmare gli investimenti. E' il 31 luglio, infine, la data ultima da cerchiare in rosso in agenda entro cui stipulare gli accordi contrattuali annuali tra centri erogatori e Asl in funzione del contenimento delle liste di attesa, della mobilità passiva e del contesto epidemiologico.

**"I tetti mensili - avverte Pierpaolo Polizzi, presidente dell'Aspat - non farà altro che spostare su 30 giorni i problemi che oggi si verificano a fine anno. Esaurite le risorse nelle prime settimane i cittadini dovranno fare i conti con liste di attesa anche nel privato convenzionato e a poco servirà avere il Cup (centro di prenotazione unico) in cui verificare la possibilità di eseguire un'analisi e una radiografia in un altro centro accreditato o in un ospedale pubblico. L'alternativa? Pagare la prestazione o rinunciare alle cure".**

### Confindustria Sanità

"In tali condizioni - aggiunge Eugenio Basile, di Confindustria Sanità - sarà sempre più difficile accedere a prestazioni ambulatoriali a carico del Servizio sanitario nazionale considerando anche la stretta del ministero sui medici di famiglia, riguardo alla prescrizione di 203 prestazioni ambulatoriali considerate ad elevato rischio di inappropriately con l'effetto collaterale dell'aumento degli accessi impropri nei pronto soccorso ovvero della migrazione extraregionale".

### Il Sindacato radiologi

Altra novità: come detto il provvedimento introduce vincoli di budget per singolo centro anziché per macroarea assistenziale. Per semplificare laddove finora ogni disciplina (laboratoristica, diagnostica, specialistica ambulatoriale, dialisi, diabetologia, ecc) attingeva a un serbatoio unico per i rimborsi (indipendentemente da chi fosse l'erogatore convenzionato) ora ci saranno tante piccole taniche a disposizione di ogni laboratorio o gabinetto specialistico, la cui capienza è calcolata in base alla spesa storica. "Un ritorno al passato - sottolinea Bruno Accarino del Sindacato

radiologi - quando tale sistema determinava una completa ingessatura delle attività dei centri garantendo rendite di posizione ma tagliando le gambe alla concorrenza, alla qualità e agli investimenti. Il vero nodo è quello dei controlli che in Campania, a dispetto di norme che sin dal 2008 hanno anticipato l'impossibilità per i medici di prescrivere analisi e indagini diagnostiche a rischio d'inappropriatezza, sono sempre stati assenti.

Va del resto ricordato che il settore della specialistica esterna è stato falciato lasciando sul piatto qualcosa come 110 milioni di euro in 5 anni. Ovvio che la coperta corta lasci scoperti i piedi del paziente e poco importa se su scala pensile si utilizza un plaid. Se non si cambia qualche fattore la somma non cambia e i piedi resteranno sempre fuori dal letto".

"Il presidente De Luca – aggiunge ancora Polizzi – aveva assicurato che nell'arco dei primi mesi dell'anno avrebbe voltato pagina rispetto al passato nella programmazione delle nostre attività. Ci ritroviamo invece, con un commissario governativo che rispolvera un vecchio arnese della programmazione come i tetti di spesa per singola struttura e che adotta il budget su base mensile anziché annuale. Ciò non farà altro che riproporre in dodicesimi i problemi oggi concentrati alla fine dell'anno quando, negli ultimi mesi, il budget risulta esaurito. Eppure ci siamo fatti parte diligente per proporre una minuziosa proposta di riassetto del nostro settore che contempera maggiore efficienza, assicura controlli sulla appropriatezza della spesa e garantisce l'assistenza per tutto l'anno secondo standard di qualità ed efficienza. Alla luce di quanto ci propone la struttura commissariale ci chiediamo, inoltre, che fine abbia fatto la minuziosa analisi del fabbisogno da approfondire nei singoli tavoli tecnici e che avrebbe dovuto riguardare tutte le discipline in convenzione per mettere a punto il lavoro di pianificazione ed evitare tagli a valle di prestazioni già erogate che oggi alimentano disservizi e contenzioso".

### La Federlab

A puntare il dito sulla proposta avanzata dalla struttura commissariale è anche la Federlab che però resta fiduciosa in un ripensamento di D'Amario e Polimeni.

"Ci saranno più disagi che vantaggi – dicono i rappresentanti di quest'ultima associazione – se il budget è incapiente su base annuale resta tale su base mensile e a pagarne le spese saranno i cittadini che, nella migliore delle ipotesi dovranno spostarsi da un territorio all'altro ovvero scontare le liste di attesa sia nel pubblico sia nel privato perdendo il vantaggio di un servizio unanimemente riconosciuto dall'utenza come di qualità ed efficiente". "Mi auguro che il provvedimento frettolosamente assunto – avverte il presidente di Federlab Italia Vincenzo D'Anna, senatore di Ala – possa essere rivisto a stretto giro anche in ragione delle promesse del governatore de Luca fatte ai cittadini campani di venire a capo delle liste di attesa e dell'esaurimento delle attività negli ultimi mesi dell'anno".

### Dialisi e radioterapia

Per quanto riguarda le prestazioni di dialisi e di radioterapia "considerata la specificità di questi settori – è scritto nella circolare firmata da Polimeni - in attesa del decreto commissariale che definirà i tetti di spesa 2016, i centri privati potranno regolarsi come segue:

- per la branca della dialisi ambulatoriale, ciascuna struttura privata potrà fare riferimento in via provvisoria ai tetti di spesa stabiliti per singola struttura per il 2014, come integrati in applicazione del decreto commissariale n. 68 del 16/6/2015 (BURC n. 41/2015), senza decurtazioni.

- per la branca della radioterapia ambulatoriale, ciascuna struttura privata potrà fare riferimento in via provvisoria al fatturato 2014 riconosciuto liquidabile dalla ASL competente (dopo tutti i controlli e dopo l'applicazione del tetto di spesa di branca per il 2014), senza decurtazioni. Infine, occorre far presente alle Associazioni ed agli Erogatori Privati Accreditati per la specialistica ambulatoriale che, dal 10 gennaio 2016, la possibilità di incrementi dei limiti di spesa programmati per le prestazioni rese ai residenti in altre regioni (vigente in passato per i tetti di spesa di macroarea / branca specialistica) potrà essere prevista ed ammessa solo per le prestazioni sanitarie ed alle condizioni fissate dall'art. 1, comma 574, della legge n. 208/2015.

### Riabilitazione

Riflettori accesi infine anche sul nodo della riabilitazione dove tutto è fermo alla mancata ridefinizione delle tariffe sulla scorta di diverse sentenze della magistratura amministrativa regionale, sia del Tar, sia del Consiglio di Stato. "La transazione conclusa a maggio scorso – conclude Polizzi - è finita nelle sabbie mobili della burocrazia e non ha ancora trovato attuazione. Sotto la lente c'è anche la questione Radioterapia che, al pari delle altre terapie considerate salvavita, (dialisi e diabetologia), viaggia dallo scorso settembre in versione "economy", con risorse rastrellate rimodulando le tariffe di rimborso di alcune prestazioni di ultima generazione. Qui si pensava a una griglia di pacchetti prestazionali a valore predefinito capaci di assorbire la complessità della terapia, premiare l'innovazione e remunerare l'investimento tecnologico elevando così la qualità media delle cure come avviene in altre regioni. Tutto ciò avviando, comunque, stringenti controlli sull'appropriatezza in chiave antisprechi. Il modello di riferimento è quello attuato in regioni come la Toscana, l'Umbria e la Lombardia. Ma lo è solo sulla carta se fa fede il tenore di circolari come quelle firmate da Polimeni".

**Ettore Mautone**