

La sanità, i fondi e i centri convenzionati

» Pier Paolo Polizzi presidente Aspat

«Pericolo lunghe liste d'attesa e blocco servizi a metà mese»

L'INTERVISTA

Limiti di spesa alle singole strutture sanitarie accreditate per l'assistenza in specialistica ambulatoriale: è la novità per la sanità privata accreditata del 2022. Significa un tetto di spesa assegnato per ciascuna struttura, saldato mensilmente, con la modalità di erogazione della sanità pubblica. Ad avanzare tutte le perplessità in merito è il presidente dell'Associazione della sanità privata accreditata, Aspat, Pier Paolo Polizzi.

Perché questa nuova metodologia non è convincente?

«In pratica, la sanità privata accreditata assume i caratteri di quella pubblica. Non solo l'assegnazione del budget mensile convince poco, ma

anche il sistema secondo il quale è il medico di base prescrittore ad assumersi l'onere di regolare di fatto il flusso di prestazioni». **In che modo accadrebbe ciò?** «Perché attraverso i codici di priorità renderebbe programmabile l'esame o la visita che occorre al paziente il



«LE STRUTTURE SI TROVEREBBERO DI FRONTE A RICHIESTE CHE GIÀ NON TROVANO COPERTURA NEI BUDGET DOPO SOLI 15 GIORNI»

quale già in partenza non ha scelto la sanità pubblica». **Detta così significherebbe dare il via ad altre liste d'attesa. Giusto?**

«Sì. In pratica ci sarebbe la lista degli esami e delle visite urgenti, che devono essere svolte in massimo 72 ore, seguite da quelli brevi (per cui non devono trascorrere oltre 10 giorni), quelli differibili (usufruibili dai 30 ai 60 giorni) e in ultimo quelli programmabili, erogabili in 120 giorni».

È questo il neo principale?

«No. Anche l'assegnazione alla singola struttura, nonché il pagamento mensile, potrebbero costituire un problema. Le strutture si troverebbero a far fronte a richieste avanzate a metà mese che già non trovano copertura nei budget».

Da quando è operativo il nuovo



sistema?

«La delibera 599 della giunta regionale è entrata in vigore dal 2 gennaio e abbiamo già ricevuto segnalazioni da alcuni centri casertani che per l'8 gennaio avevano ultimato le prestazioni possibili in convenzionamento».

L'associazione che può fare?

«Abbiamo fino al 30 aprile per poter proporre modifiche al testo normativo. Nel frattempo, la volontà è di istituire uno sportello di aiuto per gli utenti anche per guidarli tra le liste d'attesa e i codici di priorità».

or. mi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La sanità, i fondi e i centri convenzionati

Visite, ora è il dottore a decidere l'urgenza

LA SANITÀ

Ornella Mincione

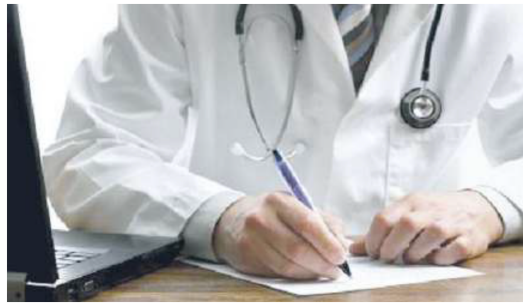
L'Asl di Caserta ha attuato la delibera regionale 599 che prevede nuove modalità circa l'assegnazione dei tetti di spesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. A dire il vero tali nuove modalità sono state già applicate a livello regionale dal 2 gennaio scorso ma solo negli ultimi giorni il provvedimento si è tradotto a livello formale (ovvero su carta) anche a Caserta. Dunque il tetto di spesa viene assegnato per ogni branca specialistica ma parcellizzato a ciascuna singola accreditata.

Per Caserta, al netto dei venti centri di dialisi per cui esiste una normativa distaccata, sono stati assegnati i budget: 4.463.657 per la branca a visita; 4.933.597 per la Cardiologia; 3.417.589 per la Diabetologia; 14.884.876 per i laboratori; 5.568.891 per la Medicina nucleare; 21.759.162 per la Radiologia e 4.230.355 per la Radioterapia. Nel Casertano insistono 63 laboratori con altre 13 aggregazioni di laboratori uniti tra essi; 28 centri di Radiologia; cinque centri di Medicina nucleare; due centri per la Radioterapia; tre centri per la Diabetologia; 12 centri per la Cardiologia; 12 centri accreditati per varie branche a visita. Dunque i budget assegnati annualmente vengono erogati mensilmente, quando sono trasmessi a loro volta i dati relativi all'attività. Tale cambiamento è stato applicato per evitare gli stop erogativi dai centri, in particolare quelli che sopraggiungono puntualmente nel periodo autunnale, spiegano i tecnici. Negli allegati della delibera siglata dall'Asl di Caserta, è scritto a chiare lettere che «il passaggio dei tetti di spesa di branca ai tetti di spesa di struttura è stato accolto con favore dalla nostra azienda a causa delle enormi difficoltà di gestione registrate nel corso degli anni dall'impostazione precedente».

D'altro canto però diversi limiti sono stati evidenziati dai rappresentanti dei centri accreditati, in particolare dall'Aspat, l'Associazione della sanità privata accreditata, che rappresenta i loro interessi.

Lo stop autunnale, infatti, non dovrebbe verificarsi grazie all'erogazione mensile del convenzionamento, ma di contro avviene uno stop «mensile», spiegano dall'associazione, in quanto «molte strutture volendo rispondere alle richieste in relazione al fondo assegnato fermano la loro attività tra l'8 e il 10 di ogni mese, se fortunate anche in ogni mese, così come avvenuto a gennaio», spiega il presidente dell'Aspat Pier Paolo Polizzi. Inoltre, «si solleva il problema li-

►Passa al medico di famiglia il compito di indicare le priorità nelle prestazioni ►Tetti di spesa stabiliti mensilmente e ad hoc per evitare stop in autunno



sta d'attesa», continua. Infatti con il nuovo sistema viene rinnovata la necessità dei codici di priorità che il medico di base dovrà assegnare alla prestazione utile al paziente. Quattro i codici: urgente, breve, differibile e programmabile. Quest'ultimo codice prevede tempi di erogazione anche fino a 120 giorni.

Il medico di base, dal canto suo, secondo il presidente dell'Aspat, «avrà molta cura nell'assegnare l'urgenza all'impegnativa. Quindi è logico pensare che molte delle richieste saranno soddisfatte in tempi decisamente più lunghi», esattamente quell'attesa che il paziente tenta di superare non rivolgendosi alla sanità pubblica.



CittadinanzAttiva propone di istituire lo sportello S.A.U.S.



Vista la nuova dinamica, quindi, l'Aspat, nelle more che vengano accolte le proprie osservazioni alla delibera regionale 599, ha elaborato insieme a CittadinanzAttiva Tribunale del malato una proposta per andare incontro all'assistito e ha avanzato un progetto dal titolo Saus - Sportello ascolto utenza sanità, da collocare, presso l'ufficio di accettazione Utenti di ciascun centro erogatore privato accreditato di specialistica ambulatoriale. Lo scopo è di attivare una sorta di Cup centralizzato, assistenza nei codici di priorità e nell'eventuale lista d'attesa, reclami e manifestazioni di disagio.