

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

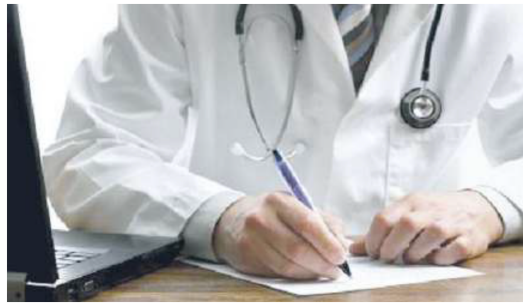
L'Asl di Caserta ha attuato la delibera regionale 599 che prevede nuove modalità circa l'assegnazione dei tetti di spesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. A dire il vero tali nuove modalità sono state già applicate a livello regionale dal 2 gennaio scorso ma solo negli ultimi giorni 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 il 15, 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.



CittadinanzaAttiva 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 Cittadinanza attiva 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.

«Valutare i dg Asl dalle liste di attesa»

Regione, la mozione di Ciarambino passa all'unanimità. Ok al rendiconto 2020

Oggi il 70% delle prestazioni sanitarie in Campania viene assicurato per lo più dalle strutture private accreditate. Ma l'obiettivo è di far crescere la quota pubblica e di recuperare buona parte di queste attività nelle case di comunità, che da qui ai prossimi giorni saranno ufficialmente presentate dall'amministrazione regionale.

Tuttavia, **nessuno che faccia i conti con la mancanza di medici e infermieri e con gli 11 milioni di prestazioni sanitarie che non vengono erogate, ogni anno, in Campania, rispetto al fabbisogno.** Da qui, la mozione del capogruppo del M5s Valeria Ciarambino, approvata all'unanimità dal consiglio regionale — che ha approvato a maggioranza, con

il voto contrario del centrodestra e l'astensione dei 5 Stelle, il Rendiconto finanziario 2020 — **sulla riorganizzazione dei nuovi tetti di spesa che tante polemiche ha finora sollevato, in quanto ha trovato del tutto insufficiente l'offerta sanitaria: «Una delibera di giunta ha cambiato i criteri dei volumi di spesa — ha detto Ciarambino — fissando i tetti di spesa di struttura e su base mensile. La conseguenza è che i cittadini meno abbienti non possono sostenere le cure sanitarie. Chiediamo di attuare il Piano Nazionale di governo delle liste di attesa — ha aggiunto — e precisamente: istituire il centro unificato di prenotazione regionale che includa anche le prestazioni private; introdurre lo smalti-**

mento delle liste di attesa tra i criteri di valutazione dei direttori generali, garantire ai malati oncologici gli stessi diritti che hanno in altre regioni, la presa in carico da parte degli specialisti per gli esami diagnostici da effettuare presso le strutture pubbliche».

Una prima apertura è giunta da Franco Picarone, presidente della commissione Bilancio, il quale ha asserito che «la questione è stata ampiamente esaminata ed abbiamo ampliato il testo della mozione per raggiungere il medesimo obiettivo e significare che la Regione Campania si fa carico di queste problematiche». Pasquale Di Fenza (Più Europa) — la cui mozione per acquisire gli immobili confiscati per housing sociale pure

è stata accolta all'unanimità — ha detto di sperare nella modifica della delibera «sui tetti di spesa 599, così come dichiarato dall'assessore Cinque». Approvata all'unanimità anche la mozione di Tommaso Pellegrino(IV) per chiedere che alcune aree del Vallo di Diano non siano inserite tra quelle idonee all'estrazione e alla produzione degli idrocarburi.

Angelo Agrippa



L'assemblea
Una seduta
del Consiglio
regionale
della Campania



Approvata mozione dei consiglieri M5S poi integrata dalla maggioranza

Sanità, bocciatura su tetti spesa dei privati

Sollecitato un potenziamento dell'offerta sanitaria, «troppi morti per mancata prevenzione»

Il Consiglio regionale della Campania, presieduto da Gennaro Oliviero, ha approvato all'unanimità la mozione, presentata dalla capogruppo del M5S, Valeria Ciarambino, insieme con il collega di gruppo Vincenzo Ciampi, come integrata dalle proposte della maggioranza, presentate dal presidente della Commissione Bilancio, Francesco Picarone, sulla problematica dei tetti di spesa di struttura mensili nelle prestazioni diagnostiche nel privato accreditato in Campania.

“Con la mozione odierna voglio portare all'attenzione del Consiglio regionale la grande emergenza sanitaria che stiamo vivendo, non il Covid, che ormai sembra essere divenuto l'unico problema, ma tumori, cardiopatia, diabete, e altre patologie, per le quali è divenuto molto difficile nella nostra Regione accedere a prestazioni diagnostiche in convenzione a causa del precoce esaurimento dei tetti di spesa - così Valeria Ciarambino di M5S -. A dicembre scorso la Giunta regionale è intervenuta con una delibera che ha cambiato i criteri dei

volumi di spesa, fissando i tetti di spesa di struttura e mensili e la conseguenza è che i cittadini che non hanno risorse economiche, in Campania, non si possono curare. Chiediamo di attuare il Piano Nazionale di governo delle liste di attesa e precisamente: istituire il centro unificato di prenotazione regionale che inclusa anche le prestazioni private, introdurre lo smaltimento delle liste di attesa tra i criteri di valutazione dei direttori generali, garantire ai malati oncologici gli stessi diritti che hanno in altre Regioni, la presa in carico da parte degli specialisti che hanno in carico il paziente degli esami diagnostici da effettuare presso le strutture pubbliche”.

Sulla mozione ampie convergenze anche della maggioranza consiliare con diversi suoi esponenti tra cui il consigliere regionale di 'Noi Campani' Gino Abbate: "Ogni giorno si è fatto il conto delle persone morte per Covid, ma non di quelle morte per mancata prevenzione, per problemi

cardiovascolari e tumorali; alla luce di ciò i direttori generali devono rispondere di queste problematiche e non solo alla politica”.

Giudizio negativo generalizzato in più interventi di esponenti dei diversi gruppi sul sistema tetti spesa per mese, con convergenza 'bipartizan' sulla necessità di lavorare pancia a terra sulla sanità regionale, oltre il risanamento finanziario. Molto duro il giudizio espresso da Alfonso Piscitelli di Fratelli d'Italia: "La situazione sanitaria in Campania è disastrosa che non ha eguali nel passato e non riguarda solo i tetti di spesa e le liste di attesa, ma riguarda la malasanità nel suo complesso, basta pensare alle condizioni critiche in cui versa l'ospedale Cardarelli”.



Tetti di spesa, il sì del Consiglio

Approvata in Regione la Mozione, presentata dalla capogruppo del M5S, Valeria Ciarambino

Il Consiglio Regionale della Campania, presieduto da Gennaro Oliviero, ha approvato all'unanimità la Mozione, presentata dalla capogruppo del M5S, Valeria Ciarambino, insieme con il collega di gruppo Vincenzo Ciampi, come integrata dalle proposte della maggioranza, presentate dal presidente della Commissione Bilancio, Francesco Picarone, sulla problematica dei tetti di spesa di struttura mensili nelle prestazioni diagnostiche nel privato accreditato in Campania.

"Con la Mozione odierna voglio portare all'attenzione del Consiglio regionale la grande emergenza sanitaria che stiamo vivendo, non il covid, che ormai sembra essere divenuto l'unico problema, ma tumori, cardiopatia, diabete, e altre patologie, per le quali è divenuto molto difficile nella nostra Regione accedere a prestazioni diagnostiche in convenzione a causa del precoce esaurimento dei tetti di spesa», ha detto la capogruppo del M5S, Valeria Ciarambino.

«A dicembre scorso la Giunta regionale è intervenuta con una delibera che ha cambiato i criteri dei volumi di spesa, fissando i tet-

ti di spesa di struttura e mensili e la conseguenza è che i cittadini che non hanno risorse economiche, in Campania, non si possono curare.

Chiediamo di attuare il Piano Nazionale di governo delle liste di attesa e precisamente: istituire il centro unificato di prenotazione regionale che inclusa anche le prestazioni private, introdurre lo smaltimento delle liste di attesa tra i criteri di valutazione dei direttori generali, garantire ai malati oncologici gli stessi diritti che hanno in altre Regioni, la presa in carico da parte degli specialisti che hanno in carico il paziente degli esami diagnostici da effettuare presso le strutture pubbliche», ha spiegato la Vice presidente del Consiglio regionale.

"La questione è stata ampiamen-





te esaminata in Commissione Bilancio e abbiamo ampliato il testo della Mozione per raggiungere il medesimo obiettivo e significare che la Regione Campania si fa carico di queste problematiche», ha spiegato Picarone.

"Condivido la mozione presentata dalla collega Ciarambino anche perché l'assessore regionale Cinque ha detto che la delibera n.

599 del 28 dicembre non è definitiva e sarà oggetto di modifiche», ha aggiunto Pasquale Di Fenza (Gruppo Più Europa).

«Ogni giorno si è fatto il conto delle persone morte per covid, ma non di quelle morte per mancata

prevenzione, per problemi cardiovascolari e tumorali», ha evidenziato Luigi Abbate (Campania Libera)- alla luce di ciò i direttori generali devono rispondere di queste problematiche e non solo alla politica».

«Del problema dei tetti di spesa abbiamo discusso in una lunga audizione in Commissione Sanità, insieme con l'assessore Cinque, per giungere alla determinazione di una Mozione unitaria», ha sottolineato infine il Presidente della V Commissione, Vincenzo Alaia.

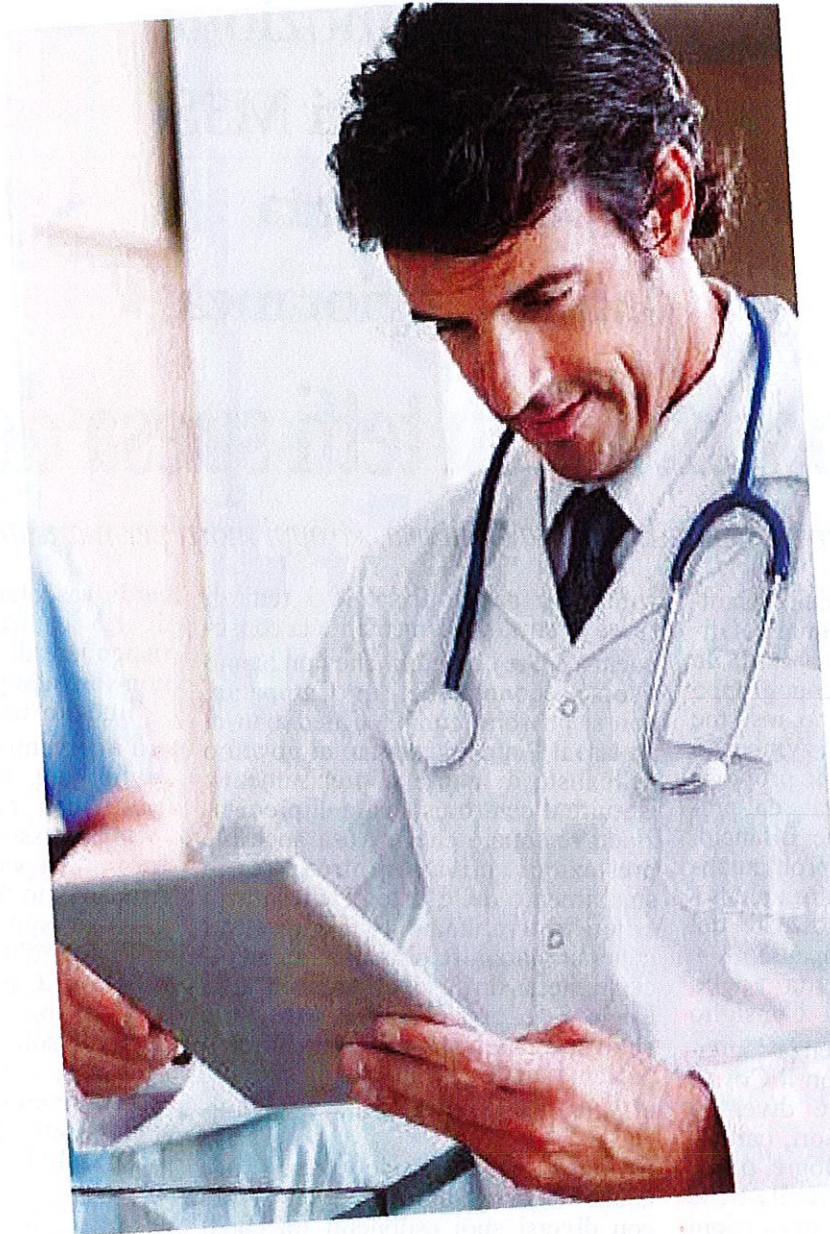
Liste di attesa, si attui il Piano di governo





Consiglio Regionale della Campania

Sezione: POLITICA REGIONALE E DI NAPOLI



Prestazioni sanitarie



Peso: 55%