



E. ROMAGNA/ "Stanzialità" dei pazienti e appropriatezza al centro dell'accordo

Regione-Aiop, patto per il Ssr

Tra le novità il via libera a una disciplina unitaria in ambito specialistico

Rientro dei pazienti nel loro territorio. Meno mobilità. Più territorio e nuove regole, anche di budget, per la specialistica. Sono questi i capisaldi del nuovo accordo firmato il 15 dicembre tra la Regione Emilia Romagna e l'Aiop, in nome dell'ospitalità privata regionale. Ai tempi della crisi pubblico e privato, in Emilia Romagna, non rinunciano a confrontarsi e, nonostante la scarsità di risorse, a mettere in sicurezza il reciproco rapporto per i prossimi tre-quattro anni (2011-2014).

La recente intesa ricalca in gran parte una stagione contrattuale che va avanti ininterrottamente da 16 anni, con alti e bassi, ma all'insegna del "no" a pregiudizi ideologici e della massima attenzione al fabbisogno del sistema sanitario regionale.

C'è forte attitudine in questo territorio a negoziare capillarmente i punti della disciplina delle prestazioni convenzionate. Lo mostra il fatto che il contratto si occupa un po' di tutto: pagamenti, factoring, controlli, arbitrato, alta specialità, residenze psichiatriche, accesso e tanto altro.

Si diceva dei punti fermi dell'accordo e dell'attenzione a favorire la minore mobilità possibile dei pazienti. Sono stati sviluppati i budget intra-Ausl a scapito di quelli dedicati ai pazienti provenienti da altre province e creati per la prima volta i presupposti per la contrattazione di Area vasta con indicazioni puntuali riguardo ai limiti sui volumi e ai criteri di contrattazione. Qualche problema potrà nascere per quelle strutture i cui limiti all'attività verso cittadini provenienti da altre Ausl, magari molto lontane, sono ridotti e occasionali (la Regione ha accettato di integrare un piede minimo con risorse aggiuntive); l'intento è però quello di non far muovere i pazienti per

prestazioni di media e bassa intensità e di dotare ogni territorio delle risorse per favorire la stanzialità rispetto alla mobilità.

Si è dato avvio per la prima volta alla distribuzione diretta dei farmaci alla dimissione presso il privato accreditato con oneri a carico del Ssr, così come da tempo avviene, con ottimi risultati e soddisfazione del paziente, presso le strutture pubbliche.

L'integrazione, intesa anche come parità di regole con il pubblico in un sistema gestito direttamente dalla Regione e adottato con spazi collaborativi a ogni livello, viene così ulteriormente perseguita, in un territorio che ha fatto della tensione al fine comune (fabbisogno soddisfatto con risorse pubbliche, ma con erogazione demandata a volte solo al pubblico e a volte con quote significative anche al privato) un vero e proprio "target".

Come si evince dalla tabella allegata, sono molte e significative le aree in cui l'integrazione si è via via sviluppata con evidenza di numeri significativi.

In nome della appropriatezza assistenziale e del passaggio all'ambulatoriale di molte prestazioni (tendenza nazionale nel 2011), si è favorito l'utilizzo di budget ospedalieri per l'attività ambulatoriale frutto di riconversione o gravata da lunghe liste di attesa.

Per la prima volta sono state poi poste le basi di una disciplina unitaria in ambito specialistico e, così come da tempo per l'attività ospedaliera, sono state affrontate le questioni relative a una disciplina unitaria di erogazione delle prestazioni ambulatoriali (budget, regole di ingaggio, mobilità, accesso, negoziazioni locali, compensazioni territoriali tra produttori, auto prescrizione in nome della continuità terapeutica ecc.).

È stato inoltre affrontato il complesso problema, di grande attualità, delle trattative tra Regioni per regolare la mobilità interregionale: qui l'impe-

gno delle parti si è tradotto in vincoli di consultazione e di comune approccio alle questioni delle penalità e dei ritardi con cui i saldi finanziari vengono erogati a livello nazionale. Si tratta di una tematica complessa che attiene al rapporto tra le Regioni e al delicato problema dell'unità sanitaria del Paese e della connessa libertà di farsi curare dove e quando è più opportuno. Niente forzature da parte del privato, ma nemmeno acquiescenza alle tesi più restrittive quando è l'Europa a premere per la libertà di cura e per la circolazione sempre più libera.

Sul piano finanziario il privato aveva, con l'accordo di fine 2010, preparatorio di quello odierno, condizionato agli adeguamenti 2011 e 2012 l'evoluzione dei propri conti e delle proprie risorse con i finanziamenti a disposizione del fondo sanitario regionale. Condivisione quindi di un patto di stabilità che accomuna pubblico e privato alle incerte sorti del quadro finanziario nazionale e della qualità e quantità di risorse che governo e parlamento vorranno assegnare al welfare

e alla assistenza sanitaria.

Per inciso si fa notare che la quota di Pil che nel Paese viene destinata alla Sanità, con risultati di eccellenza in alcune zone, tra cui la nostra, e con una media che ci colloca ai primi posti nel mondo, è assolutamente bassa e molto al di sotto della classifica internazionale in termini di efficacia.

Non mancano le ombre, come in tutti i rapporti. Il pubblico chiede e pretende una sempre maggiore integrazione e la massima flessibilità per far fronte nei vari territori alle richieste più pressanti, ma spesso mutevoli e non durature, con le conseguenti difficoltà a programmare investimenti adeguati senza tempi certi per l'ammortamento. Il privato lamenta l'inadeguatezza di tante tariffe e la loro lenta dinamica rispetto alla lievitazione dei costi. Le tariffe ambulatoriali sono ferme da 15 anni e quelle

ospedaliere pur tra fasi alterne, non hanno seguito la dinamica inflativa e nemmeno, come forse sarebbe stato opportuno, la revisione e l'aggiornamento di alcune branche specialistiche o l'evoluzione del budget. A livello regionale, e non solo in Emilia-Romagna, si fatica a comprendere che se la dinamica tariffaria non è parallela agli stanziamenti delle risorse il numero delle prestazioni è destinato a crescere a fronte di una programmazione tesa in questi anni alla diminuzione dei tassi di ospedalizzazione. La stagione contrattuale tuttavia non si esaurisce qui. Fatto l'accordo generale e quelli di settore per la non alta specialità, la psichiatria e l'ambulatoriale, ora tocca all'alta specialità.

In Emilia Romagna alta specialità ha significato, per il privato, soprattutto attività di Cardiocirurgia e Cardiologia, efficiente e di ottima qualità. È un settore importante che coinvolge quattro centri privati e molte eccellenze tecnologiche e professionali.

Gli alti livelli di prestazioni garantiti hanno contribuito in questi 15 anni ad abbattere le liste di attesa in Cardiologia e Cardiocirurgia, rendendo un servizio prezioso per la salute pubblica e apprezzato dai cittadini. La capacità di queste aziende di adattarsi al fabbisogno e investire per far fronte ai mutamenti della domanda è forte.

Confidiamo nel buon senso sempre praticato in questi anni dalla politica regionale e metteremo come sempre l'impresa privata al servizio della "cosa pubblica".

I risultati non mancheranno, anche su questo versante.

Mario Cotti
Presidente regionale Aiop
Emilia Romagna
Alberto Breschi
Avvocato e consulente Aiop

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tipologia evento	Privato	Pubblico	Priv. % su tot. pubbl. + priv.	Priv. % sul totale privato	Tipologia evento	Privato	Priv. % su tot. pubbl. + priv.
Casi totali	108.875	651.624	14,32%		Prestazioni ambulatoriali - Casi	1.272.202	1,86%
Giornate degenza totali	839.657	4.669.346	15,24%		Prestazioni ambulatoriali - Fatturato (*)	€ 52.668.915	6,43%
Lungodegenza gg	298.991	662.815	31,09%	35,61%	Prestazioni ambulatoriali a Cup 80% - Casi	1.017.762	
Casi inviati dal pubblico (ricorso diretto: da Ps)	9.627	243.201	3,81%	8,84%	Agende di garanzia - Fatturato (**)	€ 4.213.513	
Casi trasferiti da ist. pubbl. (non da Ps)	12.511	10.048	55,46%	11,49%	Ricoveri - Pervasività 70% - Casi (***)	62.859	
Psichiatria PI residenziali (Rti, Rts, Rtp)	423	60	87,58%		Ricoveri - Pervasività 70% - Fatturato	€ 200.706.482	
Casi inviati in psichiatria (Dsm-Dp) 80-90%	6.479			90,74%	% ricoveri paganti sul totale (da Sdo)	3,8%	
Casi cardiocirurgia	1.786	2.087	46,11%				

(*) La committenza, per volontà del pubblico, riguarda in gran parte prestazioni ad alta intensità (Tac, Rm, Eco ecc.)

(**) Riserva di prestazioni da proporre all'utente per garantire il rispetto dei tempi massimi in lista di attesa

(***) Pervasività = attività oggetto di committenza specifica da parte del pubblico

Un percorso partito da lontano per realizzare una rete integrata

SEGUE DA PAGINA 14

ANGOLO DI PENNA

istituzionali dovrebbero giocare un ruolo attivo: scuole di specializzazione, ordini e collegi, aziende sanitarie, sindacati, organismi centrali. Ma in questa partita solo il gioco di squadra può portare alla vittoria, perché ciascuna istituzione/organizzazione è portatrice di interessi non sempre convergenti con quelli delle altre. A esempio, è poco realistico che criteri di accreditamento professionale definiti da una Regione siano accettati indiscriminatamente da tutti i professionisti, oppure che quelli messi a punto dalle società scientifiche divengano titoli preferenziali per l'accesso a specifiche posizioni di carriera nelle aziende sanitarie. Peraltro, la nostra debolezza sul mancato gioco di squadra emerge prepotentemente quando singole aziende sanitarie avviano l'accreditamento all'eccellenza con enti internazionali -

quali Joint Commission o Canadian Council - che rilevano sempre un sistema di valutazione della competenza professionale inadeguato.

Volgendo lo sguardo verso modelli di accreditamento professionale internazionali avanzati è possibile fissare alcuni "paletti" fondamentali:

- la competenza professionale è definita da tre dimensioni: conoscenze, competenze tecniche (skills) e attitudini (rimodulazione del "sapere, saper fare e saper essere");
- anche se esistono strumenti standardizzati e validati per misurare le tre dimensioni della competenza, il loro utilizzo non può essere occasionale, ma deve essere integrato nelle strategie di valorizzazione del capitale umano, insieme alla formazione continua e allo sviluppo professionale.

La definizione dei criteri di competenza pro-

fessionale precede necessariamente qualunque processo di certificazione o di accreditamento professionale: tuttavia se la certificazione - per definizione volontaria - può essere rilasciata da organizzazioni private come le società medico-scientifiche, solo un ente istituzionale può concedere l'accreditamento, obbligatorio per sua stessa natura.

Nei Paesi dove questo processo è adeguatamente sviluppato e sperimentato, la definizione dei criteri di competenza professionale è definita dalla collaborazione tra varie istituzioni, generalmente coordinate da organizzazioni indipendenti. In questo modo, la competenza del giovane professionista, assicurata dalle scuole di specializzazione, viene consolidata e mantenuta grazie alla formazione continua, permettendo alle organizzazioni sanitarie di avvia-

re adeguate strategie di staff management, basate sulla competenza professionale e non su "altri valori".

Considerata l'assenza nel nostro Paese della revalidation - periodico mantenimento dell'abilitazione all'esercizio professionale - è difficile ipotizzare come possa concretizzarsi in Italia l'accreditamento professionale. Peraltro, dopo dieci anni non siamo ancora riusciti a mettere a punto un adeguato sistema sanzionatorio per i professionisti che non adempiono agli obblighi Ecm, il "minimo sindacale" per avviare una costruttiva valorizzazione del capitale umano, di cui l'accreditamento professionale rappresenta solo il traguardo finale che, al momento, sta al di là dell'orizzonte.

* Presidente Gimbe