

AZIENDE & TERRITORIO

A PAG. **16** **E.ROMAGNA.** L'integrazione delle cure al centro dell'accordo Ssr-Aiop
A PAG. **17** **MERCATI E NEWS/ 1.** Per 405 milioni il gruppo S.Donato si aggiudica il S.Raffaello
A PAG. **17** **MERCATI&NEWS/ 2.** Il bracciale identificativo del paziente risorsa anti-errori

FRIULI V.GIULIA/ Convenzione tra la cooperativa Itaca e la Società di mutuo soccorso Cesare Pozzo

Assistenza integrativa per la coop

Contratto in anticipo di un anno sul dettato del Ccnl - Oltre mille i soci interessati

Dalla radiologia tradizionale all'alta diagnostica per immagini, dalla Rmn alla Pet. Sono soltanto alcune tra le prestazioni che saranno erogate in forma diretta, in base alla convenzione siglata tra la cooperativa sociale Itaca di Pordenone e la Società nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo, la più grande in Italia e iscritta all'Anagrafe dei Fondi integrativi sanitari presso il ministero della Salute. Obiettivo: dare il via all'assistenza sanitaria complementare per gli oltre mille soci lavoratori di Itaca, per altro con un anno d'anticipo rispetto a quanto stabilito dal Ccnl delle Coop sociali siglato a metà dicembre, che prevede dal 2013 l'introduzione del "secondo pilastro" delle cure.

L'accordo scatterà, in forma retroattiva, a far data dal 1° gennaio di quest'anno, per i soci che aderiranno entro il 29 febbraio 2012. Chi invece decidesse di aderire in un secondo momento, potrà farlo dal 1° al 31 luglio con decorrenza da inizio luglio. Il contratto sottoscritto tra Itaca e Cesare Pozzo prevede che la Coop partecipi al pagamento del contribu-



to associativo annuo, pari a 102 euro, nei limiti del 50% (quindi 51 euro).

Il fondo sanitario Coop Itaca si articola in 5 sezioni: area di ricovero, area assistenziale sanitaria, area specialistica, area socio-sanitaria e area odontoiatrica. Per le convenzioni in forma indiretta, si prevede l'accesso a laboratori, studi medici, visite specialistiche e cooperative sociali su tutto il territorio nazionale. La convenzione "diretta" è organizzata dalla Cesare Pozzo insieme con il Con-

sorzio Mu.Sa. (Mutue sanitarie).

Il contratto, siglato a fine dicembre dal presidente di Itaca **Leo Tomarchio** e dal vicepresidente nazionale della "Cesare Pozzo" **Diego Lo Presti**, risponde all'esigenza, rilevata dagli stessi soci, di garantire il mantenimento di un diritto che in tempi di crisi economica si rivela sempre più arduo da esercitare e da garantire. «La tutela della salute, l'effettuazione di visite mediche e accertamenti diagnostici sono sempre più a carico della famiglia italiana - ricor-

dano da Itaca citando dati Bocconi del novembre scorso -. Nel 2009 l'importo medio portato in detrazione con il modello 730/2010 è stato di 895 euro, con un incremento del 4,5% rispetto all'anno precedente. La spesa sanitaria grava sulle famiglie, direttamente, per il 23%, ma in tempi come questi il ricorso a forme di tutela è sempre più necessario per non rinunciare a curarsi o a prevenire situazioni patologiche più gravi».

Grazie all'accordo i soci lavoratori potranno usufruire di una serie di deroghe al Regolamento applicativo: il diritto al sussidio compete anche quando la causa che ha determinato la richiesta sia conseguente a patologie o infortuni, fatti o eventi preesistenti alla data della domanda di ammissione se inerenti direttamente al socio; per ogni socio i periodi di carenza, per l'acquisizione del diritto ai sussidi previsti nella forma di assistenza base, sono azzerati; le quote di adesione per i familiari sono a carico del lavoratore.

B.Gob.



ANGOLO DI PENNA

Accreditamento professionale: incalzante necessità o irraggiungibile miraggio?

di **Nino Cartabellotta** *

Gli esiti dell'assistenza sanitaria sono quasi sempre multifattoriali perché risultano dalla variabile interazione di numerose determinanti: accanto a quelle genetiche, ambientali e legate a stili di vita e condizioni socio-economiche della popolazione, ci sono quelle strettamente correlate a tutti i processi assistenziali. A esempio, un aumento del tasso di infezioni post-chirurgiche può conseguire all'interazione di quattro categorie di determinanti:

- strutturali: inadeguato ricambio dei volumi d'aria in sala operatoria, inadeguata disinfezione della strumentazione chirurgica, mancato rispetto delle principali norme di asepsi;
- tecnologiche: tecnologie difettose e/o non sottoposte ad adeguata manutenzione, tipologia di presidi e dispositivi utilizzati nel percorso assistenziale;
- organizzative: inadeguata gestione dei timing dei processi organizzativi peri- e post-operatori;
- professionali: legate sia all'appropriatezza dei processi assistenziali secondo le migliori evidenze scientifiche (fare le cose giuste), sia alla conformità di tutte le procedure operative erogate (fare le cose bene).

Le determinanti strutturali, tecnologiche e organizzative oggi coincidono con i requisiti minimi per l'accreditamento delle strutture sanitarie, avvenuto in maniera "troppo federalista" per l'eterogeneità dei requisiti definiti dalle singole Regioni, per il disallineamento temporale, per alcune scelte discutibili sulle priorità (privato sì, pubblico no). Di conseguenza, l'offerta di servizi e prestazioni sanitarie - inevitabilmente subordinata ai requisiti delle strutture - oggi risulta eterogenea, condizionando in maniera rilevante anche gli esiti assistenziali.

Rispetto alle determinanti professionali, solo alcune Regioni hanno mosso i primi passi: a esempio, i requisiti minimi definiti dall'Emilia Romagna prevedono una sezione su "Clinical competence e formazione", confermando che "fare bene le cose giuste" è fondamentale in una struttura sanitaria accreditata. Tuttavia, se per definire i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi le Regioni hanno avuto la massima libertà d'azione perché... "manca la concorrenza", rispetto alla competenza professionale altri attori iniziano a muoversi in autonomia. A esempio, numerose società medico-scientifiche hanno già intrapreso percorsi per definire gli standard di competenza professionale finalizzati al rilascio di appositi "bollini".

Considerato che oggi in Italia questa partita è completamente aperta, diversi interlocutori

SEGUE A PAGINA 16

PIEMONTE

Cure a casa premiate

Il Servizio di cure domiciliari dell'Asl To1 si è aggiudicato l'"Home Care Premium 2011", il premio istituito dall'Inpdap (Istituto previdenziale dipendenti della Pa) per il miglior progetto sperimentale e innovativo di assistenza domiciliare destinato agli iscritti Inpdap non autosufficienti. L'Asl verrà quindi finanziata dall'istituto previdenziale per 258.768,00 euro, destinati ad attuare politiche sociali in favore degli anziani utenti dell'Inpdap.

Il progetto presentato dall'Asl To1 e contenuto in una Convenzione tra l'Asl To1 e l'Inpdap Torino, prevede attività connesse all'assistenza di base per anziani non autosufficienti. Inoltre, verrà offerto un supporto ai caregiver del paziente affetto da problemi comportamentali legati alla demenza, oltre a quelli già previsti di lungassistenza domiciliare e semiresidenzialità nei centri diurni per l'Alzheimer. Lo scopo è rinforzare la rete familiare di assistenza per ritardare l'istituzionalizzazione dei malati, dando allo stesso tempo sollievo ai caregiver.

Sostegno ai fratelli nella disabilità

Li chiamano, all'inglese, "siblings". Sono i fratelli e le sorelle di persone con disabilità ed è a loro che in provincia di Bologna si è pensato, nell'ideare il progetto omonimo che li coinvolge in una serie di iniziative di informazione, sensibilizzazione e sostegno al benessere e alla capacità di cura dei nuclei familiari e del territorio di riferimento.

Il progetto, presentato il 13 gennaio a Bologna, si snoda in tre azioni: l'avvio di un archivio on line di materiale documentario, italiano ed estero, per arrivare a linee guida utili alle famiglie. Ancora, incontri guidati in cui i familiari possano rielaborare la propria condizione in vista di un maggior benessere; infine, azioni di sensibilizzazione su insegnanti, educatori e operatori. Perché la disabilità ci riguarda tutti. (B.Gob.)

LAZIO

Balduzzi pro Gemelli

Per il Policlinico Gemelli di Roma «posso assicurare l'impegno mio personale, sin dall'inizio del mandato e del governo, per rendere compatibili le esigenze della Regione Lazio e del suo Piano di rientro, con le formidabili esigenze di riqualificazione di uno dei presidi più importanti del nostro sistema. E anche per riconoscere a questo presidio, fino in fondo, il suo ruolo di ospedale classificato». Così, mercoledì scorso, il ministro della Salute Renato Balduzzi ha risposto alla Camera, in occasione del "question time", all'interrogazione del Pd sui crediti vantati dal Gemelli nei confronti della Regione Lazio.

Il ministro ha ricordato come la problematica si inserisca nella complessa situazione della Sanità laziale e la cronistoria dell'annosa questione: dal lodo arbitrale del 2009 (poi impugnato dalla Regione Lazio) al decreto commissariale del 12 dicembre scorso e alla successiva ricognizione che ha portato allo sblocco di 80 milioni a favore del Policlinico, da erogare entro febbraio. Un tavolo tecnico segue passo passo la vicenda.

IN BREVE

▼ **Toscana/ 1: nuovi manager**
Ecco i nuovi Dg toscani: Beatrice Sassi (Estav Centro e coordinamento dei tre Estav); Monica Piovi (da Estav Centro a Estav Sud-Est); Edoardo Majno (da Careggi alla Dg Diritti di cittadinanza e coesione sociale); Valtere Giovannini (da Ds a Dg Careggi); Antonio D'Urso (Asl Lucca).

▼ **Toscana/Marche pro qualità**
Accordo tra Toscana e Marche per migliorare la qualità dei servizi di medicina di laboratorio. L'intesa prevede protocolli comuni per il monitoraggio del processo di laboratorio e linee guida condizionate per l'accreditamento professionale, controlli di qualità interni e l'appropriatezza delle richieste di prestazioni.

▼ **Trento: bimbi, farmacia amica**
Nasce a Strigno, in Trentino, la prima farmacia amica dell'allattamento al seno, nell'ambito del progetto promosso dall'associazione "Il Melograno". Nella "farmacia amica dell'allattamento" ci sarà uno spazio tranquillo e attrezzato dove allattare, pesare e cambiare i piccoli e trovare aiuto e consigli.

▼ **Sicilia: screening dipendenti**
L'assessorato alla Salute, nell'ambito della campagna nazionale "Buon compenso del diabete", ha dato la possibilità a tutti i dipendenti della Regione Siciliana di sottoporsi allo screening gratuito per il controllo della glicemia e dell'emoglobina glicata, parametri fondamentali.



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

Rete ospedaliera integrata regione Emilia Romagna - Dati 2010

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