

Sanità privata, ecco cosa chiedono gli operatori

In Basilicata assorbono solo l'1,7 per cento della spesa sanitaria. Sono soprattutto laboratori di analisi, centri di fisioterapia, centri di radiologia e poliambulatori. Vorrebbero modificare il sistema di remunerazione delle prestazioni

Cristiana Lopomo

L'universo della sanità privata accreditata in Basilicata conta complessivamente una sessantina di strutture ed assorbe circa l'1,7% della spesa sanitaria regionale. Un vero e proprio peso piuma se si pensa che in Lombardia rappresenta, invece, una fetta di gran lunga più consistente, pari al 44%. Un vivace universo popolato da strutture accreditate di piccole e medie dimensioni che operano sul territorio da oltre trentacinque anni ed integrano all'offerta della sanità pubblica regionale: laboratori di analisi, centri di fisioterapia, centri di radiologia, poliambulatori e una sola clinica privata, a Potenza. Un comparto, quello della sanità privata accreditata, che impiega complessivamente circa 700 addetti, tra personale amministrativo, medico e paramedico e che risulta abbastanza dimensionato rispetto alla realtà territoriale ed all'utenza. Alcune strutture, oltre quelle di frontiera, sono in grado di attrarre utenti provenienti dalle regioni limitrofe, dando un discreto contributo al contenimento del fenomeno della migrazione sanitaria. Le associazioni di categoria presenti sul territorio regionale che danno voce alle strutture private accreditate della sanità lucana sono l'Anisap Basilicata e Federbiologi, aderenti rispettivamente a Federanisap nazionale ed alla Federbiologi nazionale, che rappresentano gran parte delle strutture sanitarie accreditate, Aiop che rappresenta solo la Clinica Luccioni e Sanità Futura, che rappresenta circa una decina di strutture private. Complessa ed articolata è la procedura per ottenere l'accreditamento (vedi scheda qui a fianco) delle strutture sanitarie private che devono rispondere a precisi requisiti organizzativi, strutturali, tecnici e professionali: passaggi obbligati che si traducono in garanzia



In alto:
Francesco Toscani



Sopra:
Giuseppe Demarzio

di qualità delle prestazioni erogate. "Ma la normativa di riferimento sia stata elaborata tenendo conto prevalentemente della realtà e delle caratteristiche della sanità pubblica - spiega la dottoressa Angela Flovilla, segreteria dell'Anisap Basilicata - pertanto è stato necessario un considerevole sforzo interpretativo per adattare parametri, nozioni e concetti alle reali connotazioni e modalità operative della sanità privata. Gran parte delle procedure di accreditamento attingono ad esempio ad aspetti sostanziali e funzionali della 'cartella clinica', che, invece, è uno strumento documentale tipico della sanità pubblica e delle strutture di ricovero, inesistente in gran parte delle strutture sanitarie private, specie in quelle che erogano prestazioni ambulatoriali in cui si fa riferimento al referto e/o alla scheda paziente. Non è solo una questione terminologica ma di sostanza, in quanto preordinata al conseguimento dell'accREDITAMENTO istituzionale e, quindi, alla possibilità di diventare soggetto erogatore per conto del Servizio sanitario regionale, a seguito della stipula dell'accordo contrattuale con la Asl territorialmente competente".

"La periodica verifica dei requisiti di accreditamento - sottolinea ancora Flovilla - garantisce la qualità dei servizi offerti dalla sanità privata accreditata, sebbene l'intero procedimento implichi ulteriori voci di spesa rispetto ai costi di produzione normalmente sostenuti dalle strutture sanitarie private accreditate: personale e collaboratori, utenze, reagenti, attrezzature e manutenzioni, qualità, adeguamenti strutturali, ecc.". "Gli ulteriori aggravii connessi alle procedure di accreditamento istituzionale - spiega il dottor Roberto Cicchetti, coordinatore regionale della Federbiologi - non trovano riscontro in un sistema di remunerazione adeguato e soddisfacente, in quanto le strutture sanitarie private accreditate sono costrette ad applicare tariffe ferme in gran parte al 1996, a soggiacere alle penalizzazioni previste dalla legge finanziaria per il 2007 (sconto del 20% sulle prestazioni di laboratorio e del 2% sulle altre prestazioni), oltre che a subire l'obbligatorietà delle prestazioni. In altri termini, l'attuale sistema di erogazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali prevede l'assegnazione alle strutture di budget invalicabili con il rischio di lavorare gratuitamente, una volta superato il tetto massimo assegnato". "Questo meccanismo - sottolinea il dottor Francesco Toscani, Presidente Anisap Basilicata - è inaccettabile e necessita con urgenza di essere revisionato con dei correttivi che tengano conto degli effettivi costi sostenuti dalle strutture sanitarie private accreditate". Il metodo di assegnazione dei tetti si basa su una procedura di calcolo dei fabbisogni elaborata dall'Ufficio Pianificazione del Dipartimento Salute della Regione, in vigore dal 1° gennaio 2007, che partendo dalla rilevazione della domanda e dell'offerta di prestazioni sanitarie, tenuto conto di alcuni correttivi (es. liste di attesa), arriva ad individuare i fabbisogni suddivisi per azienda sanitaria (Asp e Asm) per Afo/Categorie (laddove per Afo si intendono le Aree funzionali omogenee, ad es. radiologia, laboratorio, Fkt, ecc. e per categorie si intendono le branche di esercizio ad es. diagnostica per immagini, medicina nucleare, laboratorio di base, ecc.). Individuati i fabbisogni, la stessa procedura si conclude con l'assegnazione dei tetti per Asl e per struttura. "Ritengo che tale procedura - prosegue Toscani - andrebbe rettificata, magari considerando alcuni fabbisogni non espressi, al fine di evitare che si perpetui questo sistema di remunerazione inadeguato rispetto alla qualità ed alla quantità delle prestazioni offerte dalle strutture private accreditate titolari di rapporti contrattuali con le Asl. Inoltre sarebbe necessaria una seria riflessione sul ruolo dei 'semafori rossi e verdi' nelle mappe di compatibilità, che non può intendersi in termini zionali circoscritti ai distretti delle ex Asl o di quelle attuali, ma deve essere estesa all'intero territorio della Asl di riferimento".

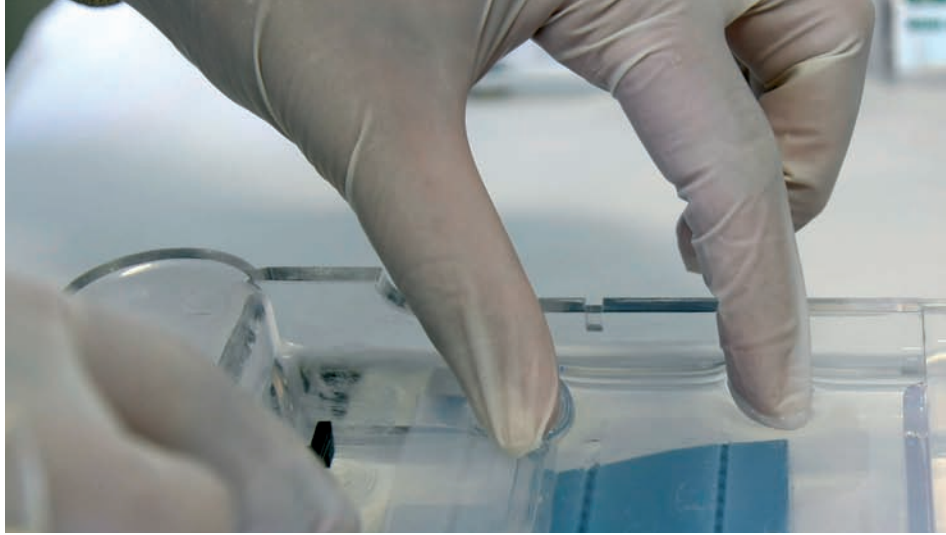


Foto di Michele Morelli

Ancor più scettico sui "semafori" il dottor Giuseppe Demarzio, presidente di Sanità Futura che, a tal proposito, parla di un vero e proprio "paradosso". "La Basilicata tra le regioni italiane - spiega Demarzio - risulta tra gli ultimi posti per mobilità passiva sanitaria, cioè tra le peggiori quanto a capacità di soddisfare la domanda dei propri cittadini e di attrazione di quelli di altre regioni, eppure si continua a bloccare le attività ambulatoriali del privato accreditato. Insomma, a macchia di leopardo e in determinati casi specifici sussiste come una sorta di blocco per determinate prestazioni su cui da anni continuo a sollevare forti dubbi: per me è una situazione paradossale ma, 'semafori' a parte, sono certo che questo sistema un senso non ce l'ha: ci sono sacche di privilegio e in breve tempo la maggior parte delle strutture che non sono privilegiate si estingueremo. A fronte di requisiti precisi ed esigenti, che naturalmente hanno un costo anche elevato e sono necessari per raggiungere determinati standard di qualità senza i quali non si ottiene l'accreditamento, non c'è riscontro economico e non perché manchi la domanda di prestazioni sanitarie, ma perché scontiamo anche un ritardo nell'adeguamento del tariffario unico regionale che è ancora inchiodato al lontano 1996". È a tinte fosche, insomma, che il presidente di Sanità Futura immagina il futuro del settore sanitario privato per il quale "nonostante il civile confronto con la Regione le strutture più piccole e periferiche comunque rischiano di sparire, anche perché i meccanismi di premialità finiscono sempre con l'avvantaggiare le strutture più grandi. Il problema - sostiene Demarzio - è che è troppo evidente il divario tra medie e piccole strutture: in termini di fatturato economico, infatti, il volume di affari annuo oscilla dai 70 mila per le prime, ai 2 milioni e 800 mila euro circa per le seconde. Anche se la richiesta di salute è progressivamente in costante crescita, la vera impennata in termini di richieste di prestazioni e di conseguente di spesa sanitaria ha riguardato solo le cinque maggiori strutture private del territorio".

Non è della stessa opinione il presidente dell'Anisap Basilicata Toscani, che piuttosto tiene ad evidenziare come "il sistema di attribuzione delle cosiddette premialità non rappresenta un elemento distorsivo del mercato complessivo, bensì il giusto riconoscimento al dinamismo delle strutture che hanno costruito il proprio futuro nella continua ricerca della massima soddisfazione dell'utenza, perseguita con il continuo aggiornamento professionale ed adeguamento strutturale. Inoltre - aggiunge Toscani - non si può dimenticare di tener conto delle dimensioni delle strutture in termini di fatturato e di possibilità di sopravvivenza. Infatti, sebbene vi siano strutture sanitarie private accreditate di diverse dimensioni e relativo volume di affari, è giusto specificare che la crescita di ciascuna di esse, in termini di volume di prestazioni e di fatturato, è direttamente pro-

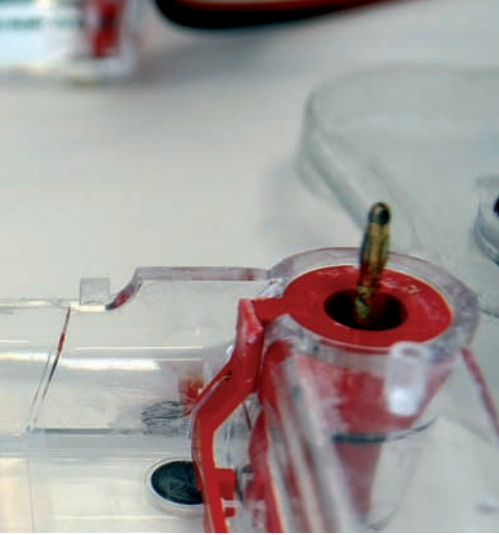



Foto Archivio Ufficio Stampa Consiglio regionale della Basilicata

porzionale alla quantità e qualità dei servizi offerti, alla dislocazione sul territorio, alla anzianità (o presenza storica) della struttura sul territorio, ai requisiti strutturali, tecnici ed organizzativi, alle professionalità operanti presso ciascuna struttura, alla capacità attrattiva in relazione ai tempi di attesa, al confort per l'utenza, alla celerità del servizio, alla certezza delle risposte e, non ultimo, alle capacità imprenditoriali dei titolari delle strutture". Tra luglio e settembre 2009 il Dipartimento Salute della Regione ha accolto le istanze di revisione dell'accordo vigente e degli attuali sistemi di calcolo dei fabbisogni e di assegnazione dei tetti di spesa. Per circa tre anni il tavolo tecnico di monitoraggio è stato al lavoro per perfezionare il sistema in direzione delle richieste avanzate dalle associazioni di categoria. Dopo che il regime di proroga dei contratti, tra strutture private accreditate ed Aziende sanitarie, è scaduto lo scorso 31 luglio 2009, i lavori sono ripresi al rientro dalla pausa estiva e culminati, appunto, con la sottoscrizione di un accordo tra tutti gli operatori del comparto della specialistica ambulatoriale accreditata, dalla parte pubblica, alle Aziende sanitarie, alle strutture erogatrici (di grandi, medie e piccole dimensioni), al fine di assicurare all'utenza risposte certe e di elevata qualità. Nell'ottica di una maggiore capacità di competizione con l'offerta del servizio sanitario pubblico e di una seppur minima perequazione all'interno di uno scenario comunque disomogeneo, l'accordo prevede tra le novità ulteriori parametri che incideranno indirettamente sull'assegnazione della premialità. Certificazione internazionale, aggiornamento professionale, percorsi formativi di Ecm; percentuale del personale assunto a tempo indeterminato, percentuale di donne occupate, rispetto delle procedure informatiche, appropriatezza e congruità delle liste d'attesa saranno i nuovi criteri in base ai quali saranno assegnate a ciascuna azienda quote aggiuntive e variabili, utilizzabili prioritariamente proprio per la messa in campo dei requisiti di premialità.



Il Centro studi e ricerche dell'ospedale
"Madonna delle Grazie" di Matera
(foto di Michele Morelli)



Scheda

L'accreditamento delle strutture sanitarie

Il processo di accreditamento presuppone che la struttura interessata sia stata preventivamente autorizzata all'apertura ed all'esercizio, nel rispetto della legge regionale n. 28/2000. Il sistema di accreditamento si articola su due livelli:

- Accredimento di primo livello: a regime è il livello necessario per accedere agli accordi contrattuali con le Aziende Sanitarie. È valido per tre anni e non è rinnovabile, atteso che allo stesso fa seguito il passaggio al II livello;

- Accredimento di II livello: è valido per 7 anni ed è rinnovabile subordinatamente alla presentazione di istanza di rinnovo nel termine perentorio di 6 mesi prima della scadenza.

In sede di prima implementazione, a tutte le strutture che hanno presentato istanza entro il 31.12.2006 (già accreditate temporaneamente, ex art. 6, comma 6, legge n. 724/94 e provvisoriamente, ex art. 8 quater, comma 7, D. Lgs n. 502/92) è stato riconosciuto un livello di base definito "accredimento transitorio". Entro il 30.09.2007, sono state presentate le istanze e la documentazione relativa al possesso dei requisiti per l'accredimento di I o di II livello. Il livello di accreditamento viene conseguito a seguito di verifiche effettuate da esperti qualificati di cui ad un apposito elenco regionale. Il passaggio da un livello al successivo avviene attraverso l'estensione delle numerosità dei requisiti posseduti se-

condo lo "schema di possesso" di cui alla delibera della Giunta regionale n. 1598/2006, previa presentazione di apposita istanza ed a seguito di verifica ispettiva. A regime, le istanze di accreditamento di I o II livello devono essere presentate perentoriamente tra il 1° gennaio ed il 28 febbraio di ciascun anno. Il procedimento è diretto dal Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità e prevede che ogni struttura certifichi la sussistenza di specifici requisiti riconducibili a tre macroaree:

- Diritti del paziente: accesso, informazione, consenso, reclamo, carta dei servizi, ascolto, privacy, comfort;

- Servizi di supporto: leadership, partnership, risorse umane, risorse tecnologiche, sistema informativo, formazione ed aggiornamento del personale, miglioramento della qualità;

- Percorso assistenziale: accettazione amministrativa, accettazione sanitaria, valutazione/presa in carico del paziente, performance clinico-terapeutiche, dimissione (refertazione per ambulatori), follow up.

Ogni macroarea contiene degli elementi caratterizzanti propri, nei quali sono distribuiti i requisiti in modo tale da garantire un miglioramento continuativo della struttura, attraverso un'azione ciclica che si articola in quattro fasi:


1. PLAN – pianificare;
2. DO – realizzare di ciò che si è pro-

grammato nella prima fase;

3. CHECK – verificare i risultati, confrontandoli con quanto si è pianificato;

4. ACT – decidere di mantenere o correggere quanto si è realizzato.

Per la verifica sul possesso dei requisiti necessari all'accredimento è stata istituita un apposito team regionale, composto da tre/cinque valutatori, in rapporto alla complessità della struttura, individuati tra soggetti inseriti nell'elenco regionale allegato alla delibera della Giunta regionale n. 1761/2005 e da uno specialista operante in struttura di tipologia simile a quella oggetto di verifica. Gli specialisti vengono nominati dal Dipartimento Salute, Solidarietà e Sicurezza Sociale e devono essere dipendenti del Servizio sanitario regionale, in possesso di qualificata professionalità e comprovata esperienza nell'ambito delle tematiche della qualità delle organizzazioni sanitarie, delle tecniche di verifica e delle procedure di accreditamento. Il team effettua la verifica necessaria ad accertare la rispondenza dei requisiti posseduti e dichiarati nelle schede di autovalutazione allegate all'istanza di accreditamento ed a valutare il funzionamento del sistema di gestione della struttura rispetto al modello di accreditamento. Al termine dell'audit vengono presentati e discussi i risultati della verifica alla presenza dei rappresentanti della struttura sottoposta ad ispezio-



ne e, successivamente, il team elabora e trasmette al competente ufficio regionale il rapporto di verifica che contiene le risultanze finali ed il parere motivato in ordine alla concessione dell'accreditamento. Tale parere può essere espresso in termini di:

- Accreditabilità senza prescrizioni: la struttura viene accreditata istituzionalmente e viene rilasciato l'accreditamento di I o II livello con deliberazione di Giunta Regionale;
- Accreditabilità con prescrizioni: l'accreditamento è condizionato all'ottemperanza, entro un termine indicato, alle prescrizioni impartite e notificate dall'Ufficio regionale competente. Allo scadere del termine, il medesimo team procede agli ulteriori riscontri - documentali e/o in loco - ed emette il conseguente parere;
- Non accreditabilità: la struttura non viene accreditata per mancanza di uno o più requisiti essenziali ed il relativo diniego viene espresso con deliberazione di Giunta Regionale.

C. L.