

Marzo 2021

Pino Ippolito Armino



La Calabria si confronta

(Il bilancio regionale a confronto con quello di Piemonte, Liguria, Veneto, Mi

MOBILITÀ INTER-REGIONALE



Direzione Generale

Prod. n. 84387
del 26/09/2020

TRIBUNALE AMMINISTRATIVO REGIONALE DELLA CALABRIA
SEZ. CATANZARO

Il sottoscritto Avv. ENZO PACILINI quale difensore di BIOCONTROL IMAGING s.r.l.
ATTESA

che la copia informatica allegata è conforme all'originale cartaceo dal quale è scaturita.

Al Signor **Marco Salerno**
Procuratore Società
Biocontrol Imaging srl
Via Trieste, 13, Rende
(biocontrolimaging srl@legalmail.it)

Oggetto: Rif. nota 8639/2020. Richiesta di accreditamento istituzionale per l'erogazione in regime ambulatoriale di prestazioni specialistiche PET-TC - Struttura denominata "Biocontrol Imaging" Comune di Cosenza per l'erogazione di prestazioni specialistiche PET-TC.

Con riferimento alla nota in oggetto con la quale si chiede il parere di propria competenza ex art 8 punto d) del DCA 81/2016 in merito all'Accreditamento Istituzionale della Struttura Sanitaria "Biocontrol Imaging" per l'erogazione di prestazioni specialistiche di PET-TC con sede legale sita nel Comune di Rende (CS) via Trieste, 13, e sede operativa in Cosenza viale F. e G. Falcone n° 5/7,;

- Visto la L.R. n° 24/2008 ed il Regolamento regionale di attuazione approvato con DCA n.81/2016;
- Visto il DCA Regione Calabria n. 56 del 10/06/2015 relativo alla programmazione attività Tomografia ad emissione di positroni (PET-TC) presso le strutture HUB della Regione Calabria;

si comunica

che il parere in questione, finalizzato al rilascio dell'accreditamento istituzionale per l'erogazione di prestazioni di specialistica PET-TC, non può essere rilasciato in quanto l'atto programmatico regionale di cui al DCA n. 56/2015 non prevede fabbisogno aggiuntivo a quanto già assegnato al settore pubblico, fatto salvo le prerogative degli organi regionali superiori in merito alla programmazione regionale delle attività in oggetto, a cui le stesse afferiscono.

Distinti saluti.



Il Commissario Straordinario

Dr.ssa Simonetta Cirzia Battelini

Data: 02 ottobre 2020, 14:10:24
Da: protocollo@pec.asp.cosenza.it <protocollo@pec.asp.cosenza.it>
A: biocontrolimaging1@legalmail.it
Oggetto: (Rif: 2020/84387 PROT) RIF. NOTA 8639/2020,RICHIESTA PARERE DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE PER L'EROGAZIONE IN REGIME AMBULATORIALE DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PET-TC - STRUTTURA DENOMINATA "BIOCONTROL IMAGING" COMUNE DI COSENZA PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PET-TC; RIF. NOTA 79454/20
Allegati: nota_84387_20_biocontrol_imaging.pdf (143.3 KB)
SEGNAURA.XML (1.6 KB)

AI PRESIDENTE
MARIO OLIVIERO

DOCUMENTO PER IL RILANCIO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

La prima questione da porre all'alba di una nuova legislatura regionale, finalizzata ad inquadrare bene la problematica sanitaria ed ad avere le idee chiare su cosa e come fare è relativa agli scopi del servizio sanitario pubblico.-

Quello, per intenderci, nato con la legge 833 del 1978 (poi integrata dal d. lvo 502/92) che ha reso l'assistenza sanitaria gratuita ed universale per tutti i cittadini italiani, senza alcuna distinzione di capacità reddituali o di classe sociale e finanziato integralmente dal prelievo fiscale, cioè dalle tasse che paghiamo.-

Premessa: il servizio sanitario regionale da anni è dolosamente affossato ed è fonte di consapevole ed inutile spreco di denaro pubblico. I responsabili sono tutti, indistintamente, i dirigenti politici che non hanno fatto niente contro lo sconcio eguali di un commissariato lungo dieci anni con esproprio dei compiti regionali.

In questo quadro ciò che deve fare lo Stato è perciò garantire – attraverso i suoi organi democratici e cioè nel nostro caso il Consiglio Regionale - a tutti diagnosi, cure ed assistenza con la massima qualità ed efficienza possibile, utilizzando nel modo migliore le risorse date.-

E qui, se si vuole essere seri e governare senza demagogia, occorre ribaltare il teorema imperante secondo il quale il diritto alla salute sarebbe subordinato alle dotazioni finanziarie per cui, esaurite queste, cesserebbe la tutela che la Costituzione prevede per la salute dei cittadini.-

Occorre affermare esattamente il contrario. Un governo non può nascondersi dietro i cavilli di un avvocato o di un TAR. Deve assicurare la tutela della salute – sempre a tutti e per tutti i cosiddetti “livelli essenziali di assistenza” – utilizzando al meglio le (tante e sufficienti, come vedremo) risorse a disposizione.-

Dire che i soldi sono pochi e perciò razionare i servizi non è governare. Governare è razionalizzare, non razionare.

Ed allora, vediamo come si può fare.-

*

Le quattro R: Reti, Regole, Risorse, Risultati.

A) La prima: le Reti

Il primo atto che un governo responsabile, deve porre in essere è la ricognizione delle reti esistenti (ospedaliere, territoriali, ambulatoriali, di laboratorio ecc.) e quindi la programmazione di quelle necessarie per il fabbisogno della popolazione calabrese.-

Sembrerebbe che questo lavoro sia stato già elaborato. Sarebbe utile ed opportuno, prima che diventi un definitivo atto di governo, discuterlo con tutti i soggetti interessati – assessorato, direzioni generali di ASP e A.O., associazioni di categoria, sindacati – in

maniera che lo scambio di idee conduca ad un risultato condiviso nella misura più ampia possibile.-

Nella creazione del network delle reti, riteniamo essere importante, cogliere la grande opportunità di integrazione pubblico-privato, costruendo una rete capace di dare risposta al bisogno sanitario in modo adeguato, efficace ed efficiente. In una fase che delinea uno scenario di risorse limitate, l'azione di governance impone la necessità di riorientare l'organizzazione della rete effettuando processi di efficientamento sul sistema sanitario Calabrese. Per fare questo, crediamo, sia fondamentale riconsiderare criticamente alcuni dati di prioritaria importanza:

A.1. La distribuzione dei posti letti operativi su territorio Regionale

la distribuzione territoriale dei posti letto mostra una prevalente concentrazione nelle strutture del nord (pubbliche 52,1% - private accreditate 44,3%) rispetto al sud (pubbliche 33,1% - private accreditate 30,1%). Questo grading - associato all'offerta attuale di 2,5 pl/1000 ab -concorre strutturalmente a creare una piattaforma favorevole alla creazione della migrazione sanitaria. In questo contesto, è necessario un immediato ripristino dell'offerta, secondo i nuovi standards a 3 pl/1000 ab per gli ospedali per acuti , e 0,7 pl/1000 abitanti per le post-acuzie.

A.2. La capacità gestionale

In Calabria mediamente il 73% delle prestazioni ospedaliere sono prodotte dall'offerta pubblica, il rimanente 27% dall'ospedalità privata; quando si analizzano indicatori di complessità, il Peso medio delle prestazioni è stato mediamente maggiore nell'ospedalità privata (anno 2013: 1,31 vs 1,04) con un trend temporale di incremento nella complessità maggiore nell'ospedalità privata rispetto alla pubblica (2009- 2013: pubblico +13% vs 35% privato).

A.3. I Nuovi standars ospedalieri

Nel 2012, per decisione della struttura commissariale si è proceduto ad una riconversione dei posti letto privati inducendo la composizione di strutture monospécialistiche nelle diverse aree chirurgiche, mediche, riabilitative.

In tale scenario, la riorganizzazione delle rete deve tenere conto delle sopra riportate criticità, con riequilibrio dell'offerta in termini di offerta di sistema, offerta pubblica e privata , acuzie e post-acuzie senza il rischio di sfiorare il testo del 3 per mille anzi tenendoci sempre ben al di sotto di tale soglia . Il rischio reale è quello di una definizione della rete per "decreto" completamente scollegata dal mondo reale, mantenendo le distorsioni di sistema e le inefficienze che hanno condizionato il piano di rientro. Oppure (anche) di un processo di accreditamento di strutture senza aver considerato il quadro complessivo. La conseguenza potenzialmente iniqua sarebbe quella di mantenere il taglio di risorse per strutture già operanti ed in grado di coprire la domanda, mentre se ne accreditano di nuove per le medesime specialità.-

Queste riflessioni impongono un cambio di passo e metodologia che veda coinvolti tutti gli attori che insistono sull'offerta sanitaria. La creazione della rete sottende

l'identificazione degli snodi strutturali e funzionali capaci di garantire le prestazioni in modo efficiente. La riconversione dei *letti per acuzie in postacuzie, rappresenta un caso emblematico*. Tale processo di riconversione ha creato per "decreto" la rete delle post-acuzie, di fatto, frammentata tra il livello ospedaliero ed extraospedaliero; non solo, l'attivazione del modello gestionale della riabilitazione intensiva non è coincisa con l'assegnazione del budget di produzione. Con questa modalità, *la continuità assistenziale che rappresenta il contenuto della rete*, risulta fortemente minata; ciò perché il paziente dopo un evento lungo il suo processo sanitario, trova un primo collo di bottiglia nell'offerta reale delle postacuzie poco efficace perché sono presenti sul territorio posti letto accreditati ma non contrattualizzati.

A.4. La cronicità e la neuropsichiatria.

Non si può poi sottovalutare l'importanza di una attenzione maggiore al settore della cronicità e del settore neuropsichiatrico.

Le strutture intermedie ospedaliere ed extraterritoriali sono carenti ed il filtro che avrebbero dovuto – devono – assicurare è garantito, a macchia di leopardo da enti ed associazioni di volontariato. Occorre ripensare ad una rete effettiva. In pochi anni (dal 2009 ad oggi) siamo passati dai 500 posti delle strutture accreditate a meno di 100 e quasi tutti in provincia di Cosenza.-

A.5. Emergenza/Urgenza

La tematica dell'emergenza/urgenza sino ad oggi è stata di esclusivo dominio delle strutture pubbliche se si esclude l'unico P.S. accreditato in dotazione ad una struttura privata ricadente nell'ASP di Cosenza. Già nel precedente progetto di ristrutturazione della rete (DPGR n. 18/2010 – DPGR 26/2012) era stato previsto l'apporto delle strutture private nella gestione dell'Urgenza attraverso l'attivazione dei Punti di Primo Intervento (P.P.I.). Purtroppo tale attivazione è rimasta solo sulla carta, nonostante la disponibilità di diverse case di cura che, peraltro, si sono attrezzate per garantire il servizio.-

E' indispensabile, a nostro avviso, inserire tale argomento nel progetto di riorganizzazione delle reti.-

A.6. IL CUP

Così come non si può rimanere al palo nella implementazione di un CUP regionale vero ed efficace. I CUP attualmente esistenti non sono niente. Sono solo centri di prenotazione dei posti ospedalieri cui afferiscono i diversi CUP. Occorre ovviamente e semplicemente costituire (o affidare ad) un ente cui si conferiscano le varie "agende" di tutti gli ospedali, i laboratori, gli ambulatori in modo che i cittadini possano direttamente da casa, o attraverso il medico di famiglia, acquisire la possibilità di prenotare una visita o un esame nel luogo o con il professionista preferito (più vicino, più conosciuto, nella struttura ritenuta migliore o più ricettiva o più comoda o multidisciplinare ecc. ecc.).-

Non è una cosa difficile e non è costosa, anzi, in taluni casi si finanzia da sé.-

Sarebbe – è – infine necessario realizzare un sistema di collegamenti diretti e paritari tra le strutture Hub onde garantire al massimo grado assistenza tempestiva, efficace ed efficiente.-

A.6. Riabilitazione e post-acuzie

Il settore deve avere regolamentazione a parte sia perché indicato come una priorità in tutti i programmi e sia perché il sistema di remunerazione a giornata di degenza se sottoposto a tagli, comporterebbe una sostanziale e mascherata riduzione di posti letto. Anche i protocolli di accesso vanno esplicitamente chiariti e resi omogenei.-

Così come potrebbe essere utilmente implementato un progetto di “ospedale a casa” che non sia una semplice assistenza domiciliare integrata (che necessita sempre di accessi ospedalieri o visite presso ambulatori) ma un moderno network di competenze a disposizione del paziente a casa ed a costi ridotti rispetto alla ospedalizzazione.-

* * *

B) La seconda: le Regole

Il sistema delle regole è per prima cosa connesso strettamente alle reti nel senso che occorre assolutamente che il governo regionale si assicuri che ogni struttura, di qualsiasi tipo, risponda agli standard di efficienza, qualità e sicurezza fissati dalle leggi vigenti sui requisiti minimi tecnologici, occupazionali ed organizzativi che devono avere e mantenere per poter essere autorizzate ed accreditate.-

B.1. I controlli

Una volta fissati questi paletti sarà necessario introdurre e realizzare con intransigenza la disciplina dei controlli, rigorosi, costanti e pervasivi, sia sotto il profilo della sussistenza dei requisiti e sia sotto il profilo della appropriatezza delle prestazioni.-

Controlli e controllori di due tipi, dunque (tecnici con commissione apposita e medici con equipe dedicata), ambedue finalizzati al raggiungimento del massimo grado di qualità e sicurezza del servizio.-

Qui si pone la questione della terzietà degli organi di controllo dal momento che, come è noto, intanto i controlli si possono presentare come attendibili, equi, insindacabili solo in quanto promananti da soggetto indipendente rispetto ai controllati.

In Calabria il sistema dei controlli è invece, attualmente, realizzato direttamente dalle ASP. Cioè dall'ente erogatore di prestazioni in quanto titolare di ospedali a gestione diretta (e quindi controllore... di se stesso) nonché contraente e pagatore delle strutture accreditate del proprio territorio (e quindi controllore di propri fornitori e, nello stesso tempo di propri concorrenti).

Un intreccio di competenze ed un evidente conflitto di interessi che non può in alcun modo essere mantenuto ancora in piedi e che ha generato opacità, connivenze, comportamenti opportunistici, ingiustizie, omissioni, ritardi ed abusi.-

D'altra parte se il legislatore ha inteso trasformare le vecchie Unità Sanitarie Locali (appannaggio esplicito della politica attraverso i comitati di gestione) in Aziende Sanitarie, distinte dalle Aziende Ospedaliere ci sarà stato un motivo.-

La ratio era – ed è – chiara e condivisibile: le Aziende Sanitarie, gestite da manager con competenze nel settore dell'organizzazione aziendale avrebbero dovuto – devono – occuparsi della programmazione, della allocazione delle risorse, della gestione finanziaria, dei controlli (come sopra richiamati) e dei pagamenti.-

Le Aziende ospedaliere, sia esse di natura pubblica o privata, gestite da manager con competenze di tipo strettamente connesse al settore sanitario, avrebbero dovuto – devono – esclusivamente erogare le prestazioni di diagnosi, cura ed assistenza, attenendosi ai protocolli aziendali e soggiacendo ai controlli disposti e realizzati, attraverso i propri organismi a ciò deputati dalle Aziende Sanitarie.-

Una separazione netta delle funzioni e delle competenze attuabile come si vuole – con legge, decretazioni e determine amministrative - di cui beneficerà sicuramente la trasparenza delle procedure e la correttezza del servizio assicurato ai cittadini.-

*

B.2. La scelta dei manager

Sui criteri di scelta dei manager è inutile attardarsi se non per sgomberare il campo da un pernicioso luogo comune tutto politichese: quello secondo il quale la "politica" dovrebbe stare lontano dalle nomine che, invece, dovrebbero essere appannaggio di commissioni, comitati, consigli, ai quali sottoporre griglie, rose di nomi, gruppi e sottogruppi. Come se le commissioni, i comitati le rose e gli elenchi non fossero a loro volta generati da nomine fatte a livello politico.-

Insomma ciò che si vuole dire è che non è la politica che inquina ma le persone. Per cui se la classe dirigente politica è di basso livello, di eguale livello sarà anche il Direttore generale dell'Azienda sanitaria, sia che promani da una designazione diretta e sia (o forse ancor di più) nel caso in cui derivi da una sequenza di filtri fatti da commissioni esaminatrici la cui genesi è comunque risalente in maniera inevitabile alla politica.-

Dunque, cosa si vuol dire: sulle nomine poca confusione; si facciano, le faccia chi ha il potere, il diritto ed il dovere di farle e- questo si che si può chiedere – se ne assuma la responsabilità o il merito.-

*

B.3. Il sistema di remunerazione

Detto questo la cosa più pregnante che occorre segnalare, in chiusura di questo capitolo, dedicato alle regole è la assoluta necessità di remunerare tutti gli erogatori – siano essi pubblici o privati – allo stesso modo, cioè mediante il cosiddetto DRG.-

Ciò consentirebbe per prima cosa di avere dati veri sul valore effettivo del servizio reso ai cittadini e di individuare finalmente con certezza la forbice tra il valore della produzione di ciascun ospedale – pubblico o privato – ed il costo degli stessi. In altre parole

avremmo così tutti finalmente contezza ufficiale di quanto vale un ospedale in termini di produzione e di quanto invece costa alle tasche dei cittadini.-

Questo dato dovrebbe essere ovviamente inserito in bilanci che ogni azienda accreditata pubblica e privata deve essere obbligata a redigere con dati veri (e non inventati come sinora avvenuto) e secondo le regole del codice civile (cosa che sinora è stata totalmente disattesa).-

Lo scopo – chiarissimo – di questa indispensabile disposizione è quello di rendere finalmente trasparenti i conti del servizio sanitario e magari di appostare in altra voce (ad es. fondo sociale) le risorse utilizzate per spese improprie (ammortizzatori sociali, clientele, sprechi ecc.) liberando così risorse per la cura, la diagnosi e l'assistenza e, magari, la ricerca, gli incrementi, l'adeguamento dei livelli occupazionali minimi.-

*

B.4. La libera scelta

L'ultima regola – che è la prima in ordine di importanza – è quella che sta a presidio della libertà di scelta. Ogni cittadino deve essere libero di scegliere il luogo ove curarsi ed il proprio medico. E questo diritto – costituzionalmente primario – non può essere soverchiato da esigenze di bilancio o da altre “non meglio definite” insopprimibili necessità di contenimento dei costi a carico dello Stato.-

Lo Stato rilascia gli accreditamenti, fissa gli standard qualitativi, stabilisce i requisiti organizzativi, definisce i livelli essenziali di assistenza, valuta i fabbisogni elabora la programmazione realizza i controlli, fissa le tariffe e le loro regressioni e determina la quota di fondo sanitario da destinare al servizio ospedaliero. Ha dunque tutti – ma proprio tutti – gli strumenti per poter sviluppare azioni di governo ed amministrative per poter contenere la spesa senza intaccare l'unico diritto residuo e cioè la libera scelta. Se non lo fa o non sa governare oppure governa per interessi privati e convenienze politiche.-

* * *

C) La terza: le Risorse

L'Italia è nella media europea per quanto attinge l'ammontare del fondo destinato alla spesa sanitaria rispetto al Pil che per l'anno 2014 ha inciso per il 6.93% con una previsione del 6,89% per il 2015 e 2016, dunque non può dirsi che abbiamo pochi soldi per questo servizio.-

Per fare in modo che tutti i soldi destinati al servizio sanitario regionale siano sufficienti per garantire un servizio serio ai cittadini bastano pochi, semplici azioni dettate banalmente dal buon senso e dalla conoscenza del settore:

C.1. La separazione delle funzioni di programmazione e di erogazione

Le Aziende sanitarie devono essere – come detto – distinte dalle Aziende Ospedaliere, dalle Case di cura, dagli ambulatori, dai laboratori, dalle RSA, insomma da tutte le strutture che erogano prestazioni. Esse devono attendere alla programmazione e poi ai controlli ed ai

pagamenti delle prestazioni validate ed appropriate. E possono farlo credibilmente solo se sono terze rispetto agli erogatori.-

C.2. La composizione del fondo

In questo contesto le Aziende sanitarie devono essere dotate di un fondo pari alla quota pro-capite stabilita (dalla Regione) moltiplicata per il numero dei cittadini assistiti secondo il criterio dei costi standard e non della spesa storica.-

C.3. I contratti

Le prestazioni così rese, validate e controllate, dovranno essere remunerate secondo le tariffe stabilite e nell'ambito di volumi e tetti finanziari stabiliti in contratti a valenza triennale stipulati preventivamente con gli erogatori, tutti, pubblici e privati.-

C.4. I budget e l'extrabudget

Ogni azienda avrà dovuto fissare con ciascun erogatore, pubblico e privato, un budget minimo accantonando una quota complessiva (statisticamente facilmente individuabile) per remunerare i cosiddetti extrabudget e cioè quelle prestazioni rese dalle strutture in esubero rispetto al budget fissato e richieste dai cittadini per le regioni più diverse (capacità dei medici, specializzazioni particolari, emergenze stagionali, ricettività, gradimento dei pazienti ecc. ecc. recupero della emigrazione sanitaria, particolare attrattività, tempestività delle prestazioni) ed ai quali, per i motivi anzidetti, non può opporsi un rifiuto pena un vulnus evidente del diritto alla libera scelta ¹.-

*

C.5. Emigrazione sanitaria e liste d'attesa

Nel patto per la Salute 2019-2021 espressamente detto (scheda 4) che: la mobilità dei pazienti deve essere considerata a tutti gli effetti come un tema da attribuire alle competenze di programmazione delle regioni di residenza dei pazienti e quindi strettamente correlato con gli adempimenti conseguenti al Nuovo sistema di garanzia (NSG) ed al programma nazionale delle liste di attesa (PNGLA).

Da qui la necessità di mettere in campo alcune azioni, fra cui:

¹ I metodi per il pagamento di questa quota (cd. extrabudget) possono essere tanti. La Regione Calabria è - sulla carta - la prima amministrazione che ha elaborato un sistema equo e chiarissimo con la DGR 361/2004. Mai applicato. Il perché è semplice: per far funzionare questo sistema occorre rispettare la legge che dice che tutte le strutture - pubbliche e private - vanno remunerate allo stesso modo cioè a tariffa (il DRG). Tuttavia le strutture pubbliche non sono pagate a tariffa (cioè per ciò che producono) ma per quello che costano ivi compresi sprechi, investimenti in conto capitale, consulenze ed altro.

Riportiamo alcuni esempi. I dati sono relativi all'anno 2013 (cifre arrotondate per difetto)

| Struttura | ASP | Produzione | Costo | Disavanzo |
|----------------------|-----|---------------|---------------|---------------|
| Ospedale di Rossano | Cs | 18.000.000,00 | 38.000.000,00 | 20.000.000,00 |
| Ospedale di Aciri | Cs | 8.000.000,00 | 15.000.000,00 | 7.000.000,00 |
| Ospedale di Soverato | Cz | 11.000.000,00 | 20.000.000,00 | 9.000.000,00 |
| Ospedale di Melito | Re | 12.000.000,00 | 21.000.000,00 | 9.000.000,00 |

Dunque occorre fare quanto detto nel capitolo destinato alle regole: scomporre i costi dal valore della produzione e remunerare con il fondo ospedaliero solo il secondo finanziando i primi con risorse diverse. In questo modo le risorse sarebbero sufficienti e ben individuate nel loro utilizzo e negli scopi cui il governo vuole legittimamente ed insindacabilmente destinarle.

1. elaborare un programma nazionale Governo-Regioni, al fine di valutare e migliorare i processi di mobilità nell'ottica di salvaguardare una mobilità "fisiologica" e recuperare, a tutela di un più equo e trasparente accesso alle cure, fenomeni di mobilità dovuti a carenze locali regionali organizzative e/o di qualità e quantità di prestazioni, istituire un gruppo di lavoro Ministeri/regioni per una lettura del fenomeno sulla base dei lavori in corso presso il Ministero della salute con l'obiettivo di definire un nuovo quadro nazionale di riferimento a sostegno degli accordi regionali, già normativamente previsti, al fine di renderli attuativi. In particolare, il gruppo di lavoro dovrà individuare procedure idonee a rendere vincolanti e a garantire l'operatività dei citati accordi;
2. elaborare e attuare specifici programmi regionali rivolti alle aree di confine nonché ai flussi interregionali con particolare riferimento al flusso sud/nord per migliorare e sviluppare i servizi in loco al fine di evitare problemi di accesso, rilevanti costi sociali e finanziari a carico dei pazienti;
3. rendere tali piani funzionali in ragione dei processi di attuazione delle nuove procedure e degli obiettivi del piano nazionale liste attese (PNGLA);
4. valutare la definizione di specifici piani di sviluppo sulle strutture pubbliche e private accreditate al fine di potenziare i servizi in loco, sempre nel rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario nazionale;
5. valutare altresì la compatibilità dei tetti vigenti in coerenza con i piani di recupero della mobilità, sempre nel rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario nazionale.

Bene. Noi spendiamo 340 milioni di euro per prestazioni ordinarie rese fuori regione. La maggior parte di esse (diagnostiche ed ospedaliere) vanno fuori perché le strutture private calabresi hanno esaurito i budget e negli ospedali pubblici v'è una lista d'attesa infinita.-

Ora, poiché anche le strutture private fanno parte del servizio pubblico e quindi il cittadino non paga niente, sarebbe sufficiente consentire l'erogazione di prestazioni extrabudget e remunerarle con tariffe ridotte (fino alla metà come propongono alcuni).-

L'opposizione ottusamente avanzata è che, in questo modo, si incrementano i costi perché le ASP dovrebbero pagare prestazioni in extrabudget.-

Solo una incompetente può aderire ad una simile argomentazione dal momento che è più che evidente e chiaro che le ASP e la Regione queste prestazioni le pagano, eccome, alle altre Regioni, con il meccanismo della compensazione regionale tra i vari fondi sanitari.-

Alcuni dirigenti di ASP hanno addirittura sostenuto che, quand'anche si recuperasse una parte dei 340 milioni, il "delta" (cioè, nel loro gergo avrebbero voluto dire la differenza tra la mobilità in entrata e mobilità in uscita dalla Regione) rimarrebbe comunque negativo per la Calabria.-

Tesi umoristica che non considera che avere un saldo negativo ad esempio di 200 milioni è meglio che avere un saldo negativo di 340 milioni. Vorrebbe dire che avremmo recuperato 140 milioni di risorse con le quali avremmo erogato servizio, sostenuto imprese, mantenuto livelli occupazionali, offerto diagnosi tempestive, e abbattimento di liste d'attesa a blocco turn over, investimenti, e, magari anche sostegno alla ricerca.-

C6. Trasferimento da strutture pubbliche

Infine la questione ovvia della remunerazione delle prestazioni richieste – o imposte – da strutture pubbliche o trasferite in urgenza o per mancanza di posti, da ospedali pubblici. Occorre che sia prevista esplicitamente fuori budget onde evitare l'insorgenza di inutili e dannosi conflitti giudiziari, sempre perdenti per il pubblico erario.-

* * *

D) La quarta: i Risultati

I risultati sono – dovrebbero essere – coerenti con gli scopi, in maniera tale da essere valutabili in termini oggettivi. Dunque nel medio/lungo termine si dovrebbe giungere: 1) alla realizzazione di una efficace ed efficiente rete ospedaliera in grado di dare risposte a tutte le esigenze di diagnosi, cura ed assistenza dei cittadini calabresi, intendendo compresa in essa l'obbligo effettivo del pronto soccorso o dei P.P.I. la rete della assistenza ambulatoriale, territoriale e di laboratorio, nonché la riabilitazione e la post-acuzie; conseguentemente 2) alla consistente riduzione della emigrazione sanitaria e delle liste d'attesa; 3) alla esposizione di bilanci redatti, da parte di aziende pubbliche e private, in maniera comprensibile e comunque secondo i canoni del codice civile; 4) alla individuazione degli sprechi e/o dei costi impropri e quindi alla riduzione (o cancellazione) dei primi nonché all'appostamento dei secondi in voci di bilancio diverse dal fondo sanitario; 5) al pagamento tempestivo, secondo le prescrizioni del d. lvo 502/92 di tutte le prestazioni richieste dai cittadini, senza ritardi (causa di danno erariale per interessi); 6) all'appostamento di risorse per incentivare le eccellenze e la ricerca.-

Cosa si vuol dire quindi, infine: che la dirigenza sanitaria ha un dovere che è quello di far funzionare, e bene, una macchina con le risorse a disposizione.-

Ed allora occorre in primo luogo intervenire a livello governativo e politico per stabilire quante e quali sono le risorse, senza deprenderle con (o "riempirle di", dipende dai punti di vista) spese improprie e sprechi.-

Poi occorre utilizzarle bene. Certo è semplice dire: questi sono i soldi, quando finiscono sospendiamo o rallentiamo i servizi. Ma questo non è governo e non fa rientrare l'emigrazione sanitaria, e non abbate la lista d'attesa, e non garantisce sicurezza e neanche qualità. Se invece vogliamo insieme rendere coerente l'azione di governo con gli scopi del servizio sanitario occorre lavorare in maniera più complessa e articolata e non dire mai ai cittadini: non abbiamo i soldi per curarvi.-

Semplicemente perché non è vero.-



A.I.O.P.
Associazione Italiana Ospedalità Privata
Calabria

Cosenza, 25 settembre 2019

COMMISSARIO AD ACTA al piano di rientro
REGIONE CALABRIA

Proposta per il recupero della mobilità passiva della Calabria relativa alle prestazioni erogate in favore di pazienti calabresi remunerabili con risorse derivanti dalla minore spesa verificata in fase di compensazione. Tempistica circa 2 anni dopo.

Trasmetto, come d'accordo, questa mia breve nota.

Premessa: come sappiamo tutti, la congiuntura economica del nostro paese impone la cosiddetta politica dei "tetti" invalicabili per le prestazioni sanitarie erogabili dalle strutture private.-

Non mi dilungo sulla non condivisibilità di tale impostazione e sul fatto che ciò riguardi solo le strutture private e non le pubbliche che vengono finanziate a piè di lista (cioè per quello che costano e non a DRG).-

Questo è, a mio avviso, uno dei punti critici – ma risolvibili – del sistema ma non è il punto specifico che intendiamo discutere e risolvere.-

La questione posta è quella di ridurre l'emigrazione sanitaria, (la cosiddetta mobilità passiva) in Calabria, senza costi aggiuntivi ma anzi producendo efficienza e risparmio.-

Per questo mi limito al mio settore, cioè al comparto privato, che viene contrattualizzato con l'indicazione di tetti di spesa.-

Un criterio sicuramente verificabile e misurabile può essere individuato attraverso il riconoscimento di una premialità alle strutture erogatrici che incrementano – oltre il tetto di spesa - l'erogazione delle prestazioni ad alto tasso di emigrazione – rese a cittadini calabresi evitando, quindi, che gli stessi richiedano la prestazione in altre regioni.-

A titolo di esempio: la struttura "X" nel 2018 ha erogato 100 prestazioni relative al DRG afferente la protesi d'anca. Nel 2019 la produzione del medesimo DRG è incrementata di 30 prestazioni di cui 20 rese a cittadini calabresi. Se il trend della migrazione relativa al medesimo DRG dovesse invertirsi (cioè diminuire, ovvero crescere in misura percentualmente inferiore rispetto alla media degli anni precedenti) apparirebbe chiaro che le 20 prestazioni in più hanno evitato a 20 pazienti calabresi di richiedere la prestazione in altre regioni, contribuendo a ridurre il trend di mobilità in uscita.-

Dunque consentire, anzi incentivare queste prestazioni (e sempre con il massimo rigore in termini di verifiche di appropriatezza) è certamente un obiettivo del piano di rientro, sotto tutti i profili: perché significa meno emigrazione, meno liste d'attesa, meno disagi e minore spesa.-



A.I.O.P.
Associazione Italiana Ospedalità Privata
Calabria

Queste prestazioni, infatti, potrebbero essere remunerate in misura ridotta rispetto alla tariffa (dovendosi ritenere che in teoria la struttura ha già assorbito i costi fissi nell'ambito del budget contrattuale) ed anche in tempi successivi (ad esempio fino alla verifica della compensazione tra regioni) attingendo le risorse della voce "mobilità passiva" (che per la Calabria è di circa 310 milioni di euro). In questo modo l'erario regionale risparmia (diminuendo la voce "emigrazione sanitaria" il saldo algebrico cambia in meglio) le strutture possono contare su maggiori risorse (dunque danno lavoro) il cittadino viene curato in regione ed ha meno disagi e meno spese. Il tutto senza escludere mai ed in alcun modo le verifiche ed i controlli di appropriatezza.-

Questa proposta è stata definita, ovviamente, logica e condivisibile, ma sinora mai praticata in quanto, asseritamente generativa di un incremento di budget non consentito dalle norme finanziarie. In realtà non v'è dubbio, anzi è di palese evidenza, che il recupero (con lo spostamento) di risorse dalla voce "mobilità passiva" non è affatto un incremento di budget in favore di erogatori privati, ma - nell'ambito della manovra di bilancio nel suo insieme - un semplice trasferimento non solo a costo zero, ma addirittura con risparmio per le casse regionali. Più che chiaro.

Trasmetto, quindi, per essere pratici e concreti, una ipotesi di articolo da inserire nei contratti in via di predisposizione.-

Naturalmente dato l'impatto della questione (stiamo parlando di una emigrazione per 310 milioni di euro) sarebbe significativo inserire la previsione come sperimentale e verificarne l'andamento man mano.-

Cordialmente.

Avv. Enzo Paolini



A.I.O.P.
Associazione Italiana Ospedalità Privata
Calabria

Art.

Le parti prendono atto del dato di mobilità passiva emergente dai flussi informativi 2019, prevedendo che, qualora nel 2020 il volume dei primi ___DRG, relativi alla migrazione di pazienti calabresi dovesse diminuire ovvero presentare un incremento percentualmente inferiore a quello medio dei cinque anni precedenti, si potrà procedere alla remunerazione – extra budget – di tali prestazioni nella misura del 70% della tariffa.

Tale remunerazione potrà avvenire solo all'esito della verifica del dato della mobilità passiva dell'anno 2019 e perciò non prima del 31.12.2022, attingendo alle risorse derivanti dal risparmio di spesa generato dalla diminuzione – ovvero dal minor incremento (rispetto alla media sopradetta) – del saldo negativo della mobilità passiva.



Contratti per prestazioni ospedaliere anno 2021

Proposta di lavoro AIOP per efficientamento e recupero risorse

Facendo seguito all'incontro tenutosi ieri 16 dicembre 2020 con il Dr. Giacomo Brancati, rappresentiamo il nostro pieno accordo sulla necessità di revisionare, precisare e aggiornare i criteri di assegnazione e contrattualizzazione delle risorse e delle modalità di erogazione e controllo delle prestazioni, valorizzando e premiando le attività volte a consentire la cura dei calabresi in Calabria, assicurando la qualità e l'appropriatezza ed il contenimento della spesa. Per questo di seguito riportiamo le nostre indicazioni in merito alla gestione delle risorse disponibili per le strutture ospedaliere private per l'anno 2021, che preveda una assegnazione maggiore ovvero almeno pari a quella dell'anno 2020, composta dal fondo per prestazioni acuti-postacuti-APA/PAC (quest'ultime da ricondurre nel fondo per le prestazioni ospedaliere da privato in applicazione della sentenza n. 6936/2020 del Consiglio di Stato).

Redistribuzione economie.

1) Riassegnazione delle risorse assegnate e non utilizzate (sospensione attività causa Covid) nell'anno 2020:

Premesso che secondo una nostra stima dovrebbe essere non utilizzato - a causa della sospensione dovute all'emergenza Covid - un importo presumibilmente pari a 20/25 milioni di euro (da verificare a consuntivo), riteniamo che possa essere opportunamente ed utilmente riassegnato nel seguente modo:

- a) Riconoscimento e liquidazione di indennizzo per i mesi di sospensione delle attività e per la riduzione della produzione causata dalla riorganizzazione delle attività di ricovero in ossequio alle normative anti Covid (quarantena obbligatoria, sospensione Day Hospital riabilitativo), così come è accaduto in altre regioni per le strutture che non hanno potuto raggiungere il budget;



A.I.O.P.
Associazione Italiana Ospedalità Privata
Calabria

- b) Riconoscimento e liquidazione delle prestazioni richieste alle strutture ed erogate in esubero per rispondere alle emergenze;
- c) Copertura di almeno il 50% (come da impegno della Conferenza Stato-Regioni, confermato dal Ministro della Salute) dei costi derivanti dal rinnovo del CCNL;
- d) Applicazione di quanto previsto dall'art. 8 quinquies 502/92 (inserimento in contratto di criteri per le remunerazione delle prestazioni in extrabudget con abbattimenti progressivi e proporzionali, come disciplinato dalla DGR n. 361/2004);

2) Griglia prestazioni erogabili – Flessibilità.

E' assolutamente ragionevole ed indispensabile, per garantire la richiesta di salute dei cittadini, che la tabella contenente le prestazioni "acquistabili" dalla Asp (sarebbe più corretto dire "erogabili" dalle case di cura) allegata ai contratti da sottoscrivere, debba essere espressamente dichiarata "indicativa" anche sulla base delle precedenti Circolari Commissariali (Circolare Prot. n. 121109 del 13.4.2016, Prot. n.279026 del 9.8.2018, Prot. n. 223085 dell'11.6.2019 e Prot. n. 439183 del 20.12.2020) affinché non venga interpretata come "rigida ed immodificabile" dagli uffici delle Asp. Ovviamente le eventuali variazioni alla lista originaria devono rimanere rigorosamente nel tetto assegnato. Così si consentirebbe alle strutture di dare risposta agli effettivi fabbisogni dei cittadini che, quasi sempre, non coincidono con le previsioni delle Asp, anche alla luce del fatto che le strutture sottoscrivono i contratti ed erogano prestazioni anche per cittadini non residenti, quindi, non devono rispondere solo al fabbisogno dell'ASP di loro competenza.

3) Corretta applicazione dei criteri di appropriatezza

Diventa anche indispensabile la corretta applicazione su tutto il territorio regionale dei contenuti del DPGR-CA n. 5/2014 "*Promozione dell'appropriatezza organizzativa ospedaliera. Trasferimento attività ospedaliere in altri setting assistenziali*" al fine di evitare ciò che si sta verificando in alcune ASP della Regione le quali hanno totalmente eliminato aprioristicamente la possibilità di erogare nei setting appropriati tutte le prestazioni di cui al predetto DPGR-CA, cancellando di fatto oltre cento prestazioni rientranti nei LEA. Si nega così il diritto alla salute dei cittadini, con incremento delle liste d'attesa nel pubblico che,



A.I.O.P.
Associazione Italiana Ospedalità Privata
Calabria

nella maggior parte dei casi non è in grado di erogare tali prestazioni in tempi ragionevoli, alimentando, conseguentemente, la mobilità passiva verso le altre Regioni.

4) Compensazione tra i diversi tetti assegnati alla singola casa di cura (acuti, post acuti, APA/PAC).

Anche in questo caso vale quanto richiamato al punto 2). Deve essere possibile remunerare le eventuali prestazioni erogate in esubero rispetto al budget assegnato per una determinata disciplina, con le risorse assegnate, ma non utilizzate, per un'altra disciplina. (Solo a titolo di esempio: viene superato il tetto assegnato per la Chirurgia ma non viene raggiunto il tetto di Ortopedia. Le prestazioni in esubero di Chirurgia saranno remunerate con le risorse non utilizzate per le prestazioni di Ortopedia. **Ovviamente sempre nell'ambito del tetto complessivo assegnato**).

Analogamente tale compensazione dovrà applicarsi anche tra i tetti assegnati per acuti e post acuti.

5) Trasferimenti dalle strutture pubbliche

Le prestazioni erogate in favore di pazienti trasferiti da strutture pubbliche per incapacienza di posti letto o impossibilità di erogazione della prestazione, dovranno essere ovviamente remunerate al di fuori del tetto assegnato.

6) Contestazioni

Gli importi relativi ad eventuali contestazioni, riconosciute ed accettate dalla struttura, dovranno essere detratte non già dal budget assegnato bensì dalla produzione erogata e validata. Al contrario, se detratte dal budget, le contestazioni diventerebbero un metodo illegittimo per tagliare i budget.

7) Premialità per l'alta specialità mediante la riduzione ed il recupero della mobilità passiva ed attiva

Recupero della mobilità passiva relativa alle prestazioni erogate (primi 50 DRG per importo in mobilità passiva) remunerabile con risorse derivanti dalla minore spesa verificata in fase di compensazione – Tempistica circa 2 anni dopo.



A.I.O.P.
Associazione Italiana Ospedalità Privata
Calabria

Riprendendo il ragionamento svolto in occasione dell'ultimo incontro un criterio sicuramente verificabile e misurabile può essere individuato attraverso il riconoscimento del pagamento a tariffa ridotta alle strutture erogatrici che incrementano l'erogazione delle prestazioni, - cosiddette ad alto tasso di emigrazione - rese a cittadini calabresi evitando, quindi, che gli stessi richiedano la prestazione in altre regioni. Solo a titolo di esempio:

La struttura "X" nel 2020 ha erogato 110 prestazioni relative al DRG 290. Se nel 2021 la produzione del medesimo DRG incrementasse di 30 prestazioni di cui 20 rese a cittadini calabresi, apparirebbe chiaro che le 20 prestazioni in più hanno evitato a 20 pazienti calabresi di richiedere la prestazione in altre regioni ovvero, quantomeno hanno contribuito a ridurre il trend di mobilità in uscita.

Queste prestazioni potrebbero essere remunerate in misura ridotta rispetto alla tariffa ed anche in tempi successivi (ad esempio fino alla verifica della compensazione tra regioni) attingendo le risorse dalla voce mobilità passiva (che per la Calabria è di circa 288 milioni di euro solo per prestazioni ospedaliere). In questo modo l'erario risparmia (diminuendo la voce emigrazione sanitaria il saldo algebrico cambia in meglio) le strutture possono contare su maggiori risorse (dunque forniscono servizio e danno lavoro) il cittadino viene curato in regione ed ha meno disagi e meno spese. Il tutto senza escludere mai ed in alcun modo le verifiche ed i controlli di appropriatezza.

Si evidenzia inoltre che alcune aziende producendo mobilità attiva contribuiscono al saldo regionale di mobilità. Si ritiene pertanto che tale produzione, essendo riconosciuta alla regione, venga attribuita alle strutture che la erogano oltre il tetto definito per l'acquisto di prestazioni a carico del SSR.

Il Presidente
(avv. Enzo Paolini)

Decreto legislativo 30/12/1992 n. 502, G.U. 30/12/1992 n. 305

Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (in Suppl. ordinario alla Gazz. Uff., 30 dicembre, n. 305). - Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 (1) (2) (3).

(1) Con d.p.r. 10 dicembre 1997, nn. 483 e 484, sono stati approvati i regolamenti recanti, rispettivamente, la disciplina concorsuale per il reclutamento del personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale e la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale.

(2) In luogo di Ministro/Ministero di grazia e giustizia leggesi Ministro/Ministero della giustizia ex d.p.r. 13 settembre 1999.

(3) In riferimento al presente decreto vedi: Circolare Inps 20 aprile 2012 n. 57; Circolare Inps 10 gennaio 2013 n. 8.

(4) Vedi il D.Lgs. 4 agosto 2016, n. 171.

TITOLO II PRESTAZIONI

Articolo 8 quinquies

Accordi contrattuali (1).

1. Le regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, e successive modificazioni, definiscono l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali ed individuano i soggetti interessati, con specifico riferimento ai seguenti aspetti (2):

a) individuazione delle responsabilità riservate alla regione e di quelle attribuite alle unità sanitarie locali nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto;

b) indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione regionale e nel rispetto delle priorità indicate dal Piano sanitario nazionale;

c) determinazione del piano delle attività relative alle alte specialità ed alla rete dei servizi di emergenza;

d) criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura.

2. In attuazione di quanto previsto dal comma 1, la regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, comprese le aziende ospedaliere universitarie, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale, che indicano (3):

a) gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;

b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza. Le regioni possono individuare prestazioni o gruppi di prestazioni per i quali stabilire la preventiva