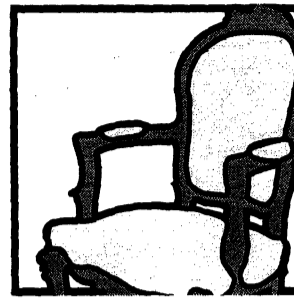


ASSR/ I criteri per la selezione dei fornitori di prestazioni a Regioni e aziende sanitarie

# Come scegliere gli «erogatori»

Punti di riferimento: qualità, organizzazione, esperienza e dotazioni



La previsione della recente legge Finanziaria di pervenire rapidamente al completamento del processo di accreditamento delle strutture private pone in evidenza il problema della numerosità dei soggetti accreditati tra i quali le Regioni e le aziende sanitarie locali, che nelle rispettive competenze, dovranno scegliere gli erogatori con cui realizzare i contratti di fornitura.

La scelta dei fornitori costituisce un problema concettuale e gestionale molto complesso alla cui soluzione, fin dalla nascita del Servizio sanitario nazionale, di volta in volta, si sono date risposte non sempre coerenti e strutturate.

Nella maggior parte dei casi il mercato dei fornitori è rimasto "ingessato" sui fornitori storici (gli ex-convenzionati con le diverse mutue) e i livelli negoziali si sono per lo più concentrati sugli aspetti quantitativi e/o economici, considerando solo raramente i fattori qualitativi.

In una situazione in cui la diversificazione dei servizi, la pressione di nuovi potenziali fornitori, la generale maggiore attenzione sugli aspetti qualitativi diviene crescente, la nuova normativa che spinge verso uno sblocco del sistema accreditamento-contratti rende il problema della selezione particolarmente rilevante, anche per evitare che vi possano essere, da un lato, un eccesso di discrezionalità nei giudizi, dall'altro lato, un eccesso di contenziosi che rischierrebbero di bloccare l'attivazione di nuovi contratti e l'erogazione dei servizi correlati.

In questo quadro, il "Tavolo permanente di collaborazione e confronto sui temi della qualità e dell'accreditamento in Sanità", ha ritenuto di affrontare il tema in una modalità strutturata e condivisa. Tale Tavolo è attivo presso l'Agenzia per i servizi sanitari regionali dal 2004 e vi partecipano con propri referenti 16 Regioni e Province autonome (Basilicata,

## I venticinque indicatori

1. Presenza di percorsi di cura (anche detti percorsi diagnostico-terapeutici o protocolli di assistenza): rappresentino una sequenza ottimale di prestazioni assistenziali obiettivamente praticabili, al fine di ottenere i migliori risultati di salute per i pazienti, con attenzione all'utilizzo delle risorse
2. Capacità della struttura di garantire la presa in carico della persona sino al reintegro funzionale ovvero al miglior grado di riabilitazione
3. Protocolli di dimissione protetta: si intende la programmazione di interventi assistenziali personalizzati con relazioni di accompagnamento al paziente, da realizzare a domicilio dopo le dimissioni del paziente. Tale programmazione va realizzata prima delle dimissioni, con la partecipazione sia del personale medico-infermieristico di reparto, che degli operatori delle strutture territoriali responsabili della presa in carico dopo le dimissioni
4. Capacità/possibilità di verificare l'appropriatezza, sia clinica o specifica (diagnostica, terapeutica ecc.), sia organizzativa o generica (a esempio domicilio, ambulatorio, day hospital, ricovero)
5. Presenza di metodi di verifica formali, ovvero utilizzo di processi sistematici, indipendenti e documentati per determinare il grado di conformità di una organizzazione a requisiti stabiliti (normativi e/o procedure e regole interne che ci si è dati in quanto azienda, protocolli ecc.)
6. Valutazione della qualità delle prestazioni erogate: valutazione e/o misurazione, da parte dell'azienda, della qualità delle prestazioni, servizi, attività erogati, o degli specifici fattori di qualità considerati (efficacia, sicurezza, tempestività, appropriatezza ecc.)
7. Formazione, intesa come la formazione continua effettuata tramite l'organizzazione da parte della struttura di eventi e/o progetti formativi di aggiornamento professionale e di formazione permanente
8. Presenza di sistemi di raccolta e analisi degli eventi avversi, in modo che la struttura possa individuare subito le eventuali pratiche che mettono a rischio la qualità dell'assistenza erogata al paziente
9. Livello di conformità ai requisiti, inteso come il livello con cui è stato ottenuto l'accreditamento, cioè il maggiore o minore grado di aderenza ai requisiti di qualità previsti per l'accreditamento
10. Uniformità nella compilazione delle cartelle cliniche e della documentazione sanitaria

11. Riservatezza informazioni documentazione sanitaria, ovvero rispetto della normativa in materia di riservatezza e privacy, nella gestione della documentazione sanitaria
12. Implementazioni di metodiche attuative rispetto agli indicatori ex articolo 14 del decreto legislativo 502/1992
13. Implementazioni di sistemi di monitoraggio degli indicatori Lea (Dm 12/12/2001) con presenza di sistemi informativi adeguati
14. Presenza di un sistema di raccolta dei reclami secondo una procedura standardizzata capace di produrre dati significativi utilizzabili ai fini dell'attivazione di processi di miglioramento
15. Monitoraggio periodico della soddisfazione dei cittadini per i servizi erogati, attraverso attività di raccolta periodica di informazioni e opinioni sulla assistenza erogata
16. Monitoraggio dei tempi di attesa
17. Collegamento al Cup: la struttura deve prevedere il collegamento al Centro unico di prenotazione dell'azienda sanitaria competente per territorio
18. Accessibilità: le strutture eroganti devono avere caratteristiche di accessibilità sia fisica, idonea allo svolgimento delle attività e conformi alle diverse normative, che organizzativa
19. Valutazione del sistema di organizzazione che l'azienda ha adottato in relazione alle prestazioni erogate o alla disciplina esercitata, e che dovrebbe essere coerente con le indicazioni della programmazione e le buone pratiche
20. Esperienza maturata nel rapporto con il Sistema sanitario nazionale: si intendono gli anni di attività di erogazione di prestazioni e servizi per conto e carico del sistema di finanziamento pubblico
21. Esperienza maturata nell'esercizio dell'attività sanitaria: si intendono gli anni di attività di esercizio in relazione alle specifiche prestazioni sanitarie oggetto del contratto
22. Rispetto degli accordi contrattuali relativi al volume di attività da erogare
23. Dotazioni organiche per volume di attività: numero di personale sanitario distinto per mansioni e qualifiche nella Uo o dipartimento ecc.
24. Volumi di attività erogabili: si tratta della quantità di prestazioni teoricamente erogabili
25. Apparecchiature e tecnologie, adeguate e appropriate, affinché vengano garantite al paziente la sicurezza e l'efficacia operativa

comprendivo di 25 schede (una per ogni criterio) è stato ora inserito nel sito dell'Assr ([www.assr.it](http://www.assr.it)) e messo quindi a disposizione di tutti i possibili interessati. Nel documento, per ognuno dei criteri identificati vengono riportati:

- una definizione dettagliata;
- la descrizione di quale sia il "valore aggiunto", ovvero l'insieme degli aspetti che ne fanno un elemento significativo sotto il profilo della qualità dei servizi, tale da motivare la scelta di un fornitore rispetto a un altro che non dia le stesse garanzie;
- le modalità di valutazione, ovvero le procedure e i criteri con cui valutare la effettiva corrispondenza del fornitore al criterio descritto;
- le eventuali normative di riferimento;
- una sintetica bibliografia di approfondimento.

I criteri scelti non si applicano a tutte le tipologie di fornitori, in quanto le specifiche prestazioni e servizi possono richiedere caratteristiche diversificate, oppure le esigenze dell'azienda acquirente potrebbero essere maggiormente concentrate su alcuni aspetti piuttosto che su altri.

Pertanto, l'elenco dei criteri suggeriti non può e non deve essere interpretato come un insieme in alcun modo vincolante, ma solo come un possibile strumento di supporto alle aziende che, di volta in volta, sono chiamate a rispondere a casi specifici, in funzione delle proprie esigenze. Il documento è stato redatto, infatti, allo scopo di aiutare le aziende a formulare una scelta oggettiva e motivata.

Riportiamo in questa pagina un sintetico elenco dei criteri selezionati, mentre nel sito Internet dell'Assr sono scaricabili le schede complete in ogni parte, con tutti i dettagli.

**Carlo Liva**  
**Alessandra Lo Scalzo**  
Agenzia per i servizi sanitari regionali

Provincia autonoma di Bolzano, Campania, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Puglia, Sardegna, Toscana, Provincia autonoma di Trento, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto), oltre che esperti del ministero della Salute e dell'Agenzia stessa.

Con l'elaborazione di un documento condiviso concemen-

te i criteri di selezione degli erogatori con cui attivare accordi contrattuali si è cercato di rispondere a questa esigenza, pur nell'idea che la scelta di un insieme di criteri che aiutino nella valutazione vada intesa solo nel senso di un possibile strumento di supporto, lasciando discrezionalità piena al decisore, data la variabilità dei con-

testi, dei livelli e della tipologia di strutture.

Il percorso di elaborazione del documento si è articolato in più fasi, con una prima identificazione di una serie di criteri, seguita da una approfondita analisi, con confronto anche con alcuni stakeholders, compresi alcuni direttori generali di aziende sanitarie.

Il documento finale comprende un insieme di 25 diversi criteri, alcuni più inerenti alla qualità clinica (dal criterio 1 al 7), altri che attengono maggiormente alla qualità organizzativa (dal criterio 6 al 17), e infine una serie di criteri a contenuto misto (dal 18 al 25).

Il prodotto finale, consistente in un documento articolato

## LA COMMISSIONE PARITETICA STATO-REGIONI

### Un sistema di registri per certificare i crediti Ecm

La proposta della Commissione paritetica Stato-Regioni per ridefinire le regole dell'Ecm (che ha strappato una ulteriore proroga fino al 31 dicembre) comincia a prendere forma. A precisarne i contenuti, nel corso di un incontro sulla formazione continua al Sanit, il direttore dell'ufficio per la formazione del ministero della Salute, **Maria Linetti**, e il consigliere del ministro, **Ivan Cavicchi**.

Il restyling dell'Ecm poggia su un sistema binario di due registri anagrafici dei crediti, uno nazionale e uno regionale, integrati tra loro, nei quali iscrivere le certificazioni dei crediti ottenuti.

I crediti saranno poi organizzati in base agli obiettivi: individuali, regionali e nazionali. Ed entreranno a far parte di un dossier formativo del professionista. Che rappresenterà un utile strumento di verifica, ma servirà anche a programmare eventuali corsi

integrativi predisposti da Ordini e Collegi professionali.

Il nuovo sistema tratteggiato dalla commissione paritetica ruota attorno a un asse costituito dalla Commissione nazionale Ecm, che avrà un segretario nazionale e un osservatorio nell'ambito dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Assr), e dalla Consulta nazionale. Che sarà convocata, a scadenze fisse, come organo consultivo in rappresentanza di associazioni di tutela dei malati, società scientifiche e organizzazioni sindacali.

Governo, Regioni e professionisti hanno mostrato di apprezzare molti aspetti della proposta. Resta, però, in piedi il nodo delle responsabilità da ripartire tra Ordini professionali ed enti locali. Con i primi che chiedono più partecipazione. Mentre le Regioni sembrano restie a cedere terreno.