

Lunedì 20 GENNAIO 2020

## La fuga dei medici verso il privato

***Con una committenza più governata le sirene del privato avrebbero maggiori difficoltà ad attrarre questi professionisti cui però il pubblico dovrebbe fornire più opportunità e maggiore attenzione. La revisione del DM 70/15 potrebbe essere l'occasione buona per una ridefinizione delle regole generali su classificazione delle strutture ospedaliere, mobilità sanitaria e governo della produzione dei privati che corrispondono a precisi punti del Decreto***

Quotidiano sanità ha ospitato una serie di interventi sul tema del ruolo del privato contrattualizzato nella rete dell'emergenza-urgenza (REU). Il punto di partenza è stato [un documento](#) dell'ANAAO ASSOMED in cui si è evidenziato – dati alla mano – e messo in discussione il ruolo quasi nullo in questa rete delle Case di Cura Private. A questo documento ha fatto seguito una [nota del Presidente Nazionale dell'AIOPI](#) (Associazione Italiana Ospedalità Privata) che ha fatto presente che le Case di Cura sono disponibili a fare la propria parte nella REU ovviamente a tariffe integrate. Due ulteriori commenti dei [collegi dell'ANAAO ASSOMED](#) e del [Presidente dell'AIOPI](#) hanno confermato le rispettive posizioni lasciando aperto il confronto su cause, effetti e soluzioni al tema della (non) inclusione del privato nella REU.

A mio parere vale la pena di portare a sintesi tutti questi interventi partendo da questo dato: dal censimento dell'ANAAO ASSOMED solo 29 Case di Cura Private su 335 (il riferimento è alle sole Case di Cura Multispecialistiche) hanno in Italia un Pronto Soccorso e del totale degli accessi ad un Pronto Soccorso (590.470) solo il 2,9% avviene presso una Casa di Cura Privata. Le domande cui a mio parere occorre rispondere sono le seguenti:

1. quali sono i motivi di tanto squilibrio?
2. questa situazione è coerente con la normativa di riferimento?
3. quali sono gli effetti di tanto squilibrio?
4. quali sono i possibili rimedi di questi effetti negativi?

### **Quali i motivi di tanto squilibrio tra pubblico e privato dentro le reti dell'emergenza-urgenza?**

Dopo la premessa che la situazione nelle diverse Regioni è come sempre molto diversa, la risposta per la grande maggioranza di esse è molto semplice: la REU non coinvolge le Case di Cura Private perché queste sono prevalentemente “piccole” e quasi mai hanno svolto attività di Pronto Soccorso e meno che mai di Medicina d'Urgenza. Dall'[Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale con i dati 2017](#) viene fuori questo dato: le Case di Cura Accreditate hanno 39.997 posti letto distribuiti su 482 strutture, pari a circa 83 posti letto di media. Quanto alla tipologia di posti letto e discipline prevalenti nelle Case di Cura c'è un forte sbilanciamento verso la attività chirurgica. Sempre dall'Annuario Statistico del SSN ricaviamo, infatti, che nelle strutture pubbliche i posti letto della medicina generale sono la somma di quelli della chirurgia generale e della ortopedia (rispettivamente 2.013, 15.308 e 11.551), mentre nelle strutture accreditate le stesse tre discipline hanno un numero quasi equivalente di posti letto (rispettivamente 4.313, 4.338 e 4.420).

E poi c'è un altro dato importante: nell'attività egli ospedali privati le attività per i fuori Regione (in mobilità attiva) pesano proporzionalmente molto di più rispetto a quella degli ospedali pubblici. E questo fenomeno è in aumento. Nel periodo 2013-2015 la mobilità attiva per i ricoveri degli ospedali pubblici è più o meno rimasta la stessa (1,45 miliardi di euro nel 2013 e 1,426 miliardi di euro nel 2015), mentre quella del privato è passata da 1,295 miliardi del 2013 al 1,432 miliardi del 2015. Quindi nel 2015 (ultimo anno per cui si dispone di un [dato ufficiale di questo tipo](#)) il valore della mobilità attiva dei circa 40 mila posti letto ha raggiunto e superato quella dei 150.000 posti letto degli ospedali pubblici (il dato sui posti letto viene dal già citato Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, dati 2017). Da allora la situazione è evoluta con ulteriori incrementi annuali della mobilità attiva dei privati.

Ricapitolando: gran parte delle Case di Cura Private sono di piccole-medie dimensioni, hanno posti letto

sbilanciati verso le discipline chirurgiche con una produzione spesso molto forte in mobilità attiva specie nei confronti delle Regioni di confine (ed è spesso al confine delle Regioni di confine che si trovano più Case di Cura, come avviene nelle Marche). A questo punto, dato che la maggioranza delle emergenze-urgenze sono di tipo medico e che dietro ogni Pronto Soccorso ci deve essere un ospedale di almeno medie dimensioni con forte componente di discipline mediche, si spiega facilmente perché alla stragrande maggioranza delle Regioni, come le Marche, proprio non gli viene in mente di coinvolgere nella REU le sue "piccole" Case di Cura e perché quel coinvolgimento non lo cerca neanche il privato stesso.

### **Questa situazione è coerente con la normativa di riferimento?**

Il documento dell'ANAAO ASSOMED evidenzia la incoerenza di questa situazione rispetto alla indicazione del punto 2.5 dell'Allegato 1 al DM 70/2015: "le strutture ospedaliere private sono accreditate, in base alla programmazione regionale, considerando la presenza delle specialità previste per i tre livelli a complessità crescente di cui ai punti 2.2, 2.3 e 2.4". In pratica, se il DM 70 si limitasse a questo le strutture ospedaliere private al pari delle pubbliche dovrebbero essere classificabili come ospedali di base o di primo o di secondo livello. In tutti i casi dovrebbero avere il Pronto Soccorso.

Abbiamo visto invece come la maggioranza delle Case di Cura italiane sia di piccole dimensioni e non svolga attività di Pronto Soccorso. Questa "anomalia" è resa possibile dallo stesso punto 2.5 del DM 70 che così prosegue: "e può prevedere, altresì, strutture con compiti complementari e di integrazione all'interno della rete ospedaliera, stabilendo altresì che, a partire dal 1° gennaio 2015, entri in vigore e sia operativa una soglia di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali, non inferiore a 60 p.l. per acuti, ad esclusione delle strutture monospecialistiche per le quali è fatta salva la valutazione regionale dei singoli contesti secondo le modalità di cui all'ultimo periodo del presente punto." Ecco qual è stata la via di uscita rispetto al problema delle "piccole" strutture ospedaliere private: avere almeno 60 posti letto e svolgere "compiti complementari e di integrazione". In realtà in sede di prima applicazione ne bastavano anche 40 di posti letto purché si entrasse in reti d'impresa con almeno 80 posti letto (reti che nelle Marche includono strutture ai due capi del suo lungo territorio).

Se poi si legge tutto l'interminabile punto 2.5 del DM 70 si scopre che " Con specifica Intesa in Conferenza Stato-regioni, da sottoscrivere entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, sono individuati gli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche e alle strutture dotate di discipline complementari, ivi ricomprendendo le relative soglie di accreditabilità e di sottoscrivibilità dei contratti, nonché sono definite le attività affini e complementari relative all'assistenza sanitaria ospedaliera per acuti." Quindi siamo in presenza di una inadempienza di sistema perché quell'elenco di strutture autorizzate ad esistere perché "complementari" agli ospedali "veri" non è mai uscito. E, soprattutto, manca una definizione di quali siano le attività affini e complementari, mancanza che si traduce nel fatto che il più delle volte le Case di Cura "competono" con gli ospedali pubblici anziché integrarsi con gli stessi. Ad ogni buon conto, a titolo di esempio la Regione Veneto con una [Delibera del maggio 2019](#) ha classificato così le sue Case di Cura Private multispecialistiche: 13 come ospedali integrativi e solo 2 come presidi ospedalieri (di base).

Quindi grazie al DM 70 le Case di Cura sono legittimate ad operare di fatto solo in forma programmata e/o di supporto agli ospedali pubblici, quelli sì dotati tutti di Pronto Soccorso a parte quelli di area disagiata.

### **Quali sono gli effetti negativi di tanto squilibrio?**

Su questo punto occorre procedere a delle valutazioni locali. Perché i principali effetti negativi potenziali sono due e possono esprimersi in modo diverso in contesti diversi. Il primo è una difficoltà delle rete degli ospedali pubblici a reggere le attività in urgenza per una scarsa disponibilità di posti letto per acuti a gestione diretta. A mio parere questo problema è di poche realtà perché le attese e le difficoltà nei Servizi di Pronto Soccorso dipendono il più delle volte da altri ordini di fattori: un eccessivo ricorso agli stessi per carenza di offerta territoriale di servizi di filtro e in alternativa al ricovero (in termini di posti letto e standard assistenziali adeguati a livello delle strutture residenziali e intermedie e della assistenza domiciliare e di una carenza nell'approccio proattivo alla cronicità) e una non adeguata organizzazione dei processi interni all'ospedale ad esempio in termini di bed management. Se poi davvero servono altri Servizi di Pronto Soccorso allora si pone un problema diverso. E qui potrebbe venire fuori il privato.

Il secondo effetto negativo è ormai diffuso nella maggioranza delle Regioni e crescente: il progressivo trasferimento al privato contrattualizzato di buona parte della attività di chirurgia programmata di alcune discipline (tipico il caso della ortopedia su cui torneremo tra poco). Questo fenomeno determina una fuga dagli ospedali pubblici di molti validi professionisti che nel pubblico:

1. hanno difficoltà a svolgere la attività di chirurgia programmata magari collegata in parte alla propria attività

libero-professionale;

2. fanno turni spesso impegnativi per la gestione delle urgenze cui viene data priorità;
3. corrono rischi elevati di carattere medico-legale per via non solo delle urgenze e della complessità della casistica programmata che tende a selezionarsi negli ospedali pubblici (i pazienti che “nessuno vuole operare”);
4. hanno un trattamento economico a volte non commisurato al livello di competenza e di esperienza;
5. hanno ridotte prospettive di carriera per via della riduzione delle strutture complesse e degli accorpamenti tra Aziende e tra ospedali;
6. hanno l'impressione che per chi amministra l'ospedale “uno vale uno” e quindi il loro specifico valore professionale non è riconosciuto.

Una situazione di questo genere riguarda non solo l'ortopedia, ma altre discipline chirurgiche come l'urologia e le attività a tipo day surgery (flebologia, ernie, ecc.). I dati della ortopedia, in particolare, sono molto significativi. A solo titolo di esempio, dai dati 2017 del Programma Nazionale Esiti (a proposito quando escono quelli del 2018?), nelle Marche le quattro strutture private con attività ortopedica (a fronte delle 13 strutture pubbliche) hanno fatto il 44% dei 4606 interventi di chirurgia protesica su anca, spalla e ginocchio. Fra l'altro, sempre in ortopedia, stanno “dilagando” le casistiche private per alcune linee di produzione minori, come gli interventi sul piede (per lo più trattamenti miniinvasivi per alluce valgo) che tanto minori non sono visto che [dai dati dell'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Abruzzo](#) relativi alla mobilità passiva 2018 valgono per questa Regione oltre 2,3 milioni di euro in uscita. Si tratta peraltro del tipo di intervento con maggiore mobilità passiva in termini di numero di casi (oltre 1000).

E allora dov'è il problema principale del mancato coinvolgimento del privato nella rete dell'emergenza-urgenza: la effettiva necessità di una sua maggiore collaborazione in una tipologia di prestazioni e processi in cui il pubblico non è autonomo o il timore di una fuga crescente nel privato di alcune professionalità specie di area chirurgica? A mio parere in linea generale è il secondo problema a prevalere.

### **I possibili rimedi**

Ovviamente il rimedio dipende dal problema. Se il problema è il coinvolgimento del privato in una rete della emergenza-urgenza carente, allora va fatto in modo che la rete delle Case di Cura vada incontro ai processi che la rete pubblica ha affrontato e sta affrontando. Questo vorrebbe dire chiudere alcune piccole strutture private per dare spazio a nuove strutture private con maggiori capacità operative da inserire come presidi ospedalieri di base o di primo livello nella rete degli ospedali “veri”. Ma io credo che il problema più attuale ed urgente sia il trasferimento dal pubblico al privato dei professionisti e qui la rete dell'Emergenza-Urgenza c'entra solo indirettamente. Centra la capacità del sistema pubblico di motivare e sostenere i propri professionisti con un insieme di azioni tra cui la caratterizzazione di ogni struttura ospedaliera per alcune linee di produzione di chirurgia programmata da promuovere e salvaguardare. E' questo il vero tema su cui impegnare Regioni e Aziende.

### **Un rimedio di cui c'è sicuramente bisogno: una committenza più rigorosa nei confronti del privato**

I piani di committenza nei confronti dei privati dovrebbero:

1. porre un limite alle iperproduzioni di settore, fra l'altro inevitabilmente a rischio di una qualche forma di inappropriata;
2. porre dei limiti alla produzione in mobilità attiva specie nei confronti delle Regioni di confine;
3. fare in modo che il ruolo del privato sia davvero integrato e complementare e non in competizione rispetto al pubblico (il fatto che ci sia competizione lo dimostra bene la migrazione dei professionisti).

Con una committenza più governata le sirene del privato avrebbero maggiori difficoltà ad attrarre questi professionisti cui però il pubblico - come già detto - dovrebbe fornire più opportunità e maggiore attenzione. La revisione del DM 70/15 potrebbe essere l'occasione buona per una ridefinizione delle regole generali su classificazione delle strutture ospedaliere, mobilità sanitaria e governo della produzione dei privati che corrispondono a precisi punti del Decreto.

**Claudio Maffei**

*Coordinatore scientifico di Chronic-on*