

quotidiano**sanità**.it

Martedì 07 GENNAIO 2020

Emergenza-urgenza. Il 91,5% degli accessi in pronto soccorso grava sugli ospedali pubblici

È quanto emerge da un'analisi dettagliata sulle strutture ospedaliere pubbliche e private. I pazienti in emergenza che si rivolgono alle strutture private "equiparate" sono il 5,4% e quelli nelle Case di Cura solo il 2,9%. Questi dati sollevano la questione dell'accreditamento che necessiterebbe una profonda revisione, prevedendo che anche il privato accreditato con il Ssn faccia la sua parte nella rete dell'emergenza urgenza

PREMESSA

La legge istitutiva del SSN, 833/1978, stabilisce che *"l'assistenza ospedaliera è prestata di norma attraverso gli ospedali pubblici e gli altri istituti convenzionati esistenti nel territorio della regione di residenza dell'utente nell'osservanza del principio della libera scelta del cittadino al ricovero presso gli ospedali pubblici e gli altri istituti convenzionati"* (art 24).

Con successivi provvedimenti legislativi (DPR 14 gennaio 1997 – DLgs 229/1999) dal "convenzionamento" si è passati all' "accreditamento", ossia al possesso di requisiti specifici per poter erogare assistenza in nome e per conto del SSN. E sono stati in seguito declinati gli standard qualitativi, quantitativi, strutturali e tecnologici relativi all'assistenza stessa (D.M. 70/2015).

QQQ uest'ultimo decreto ha dato indicazioni, fra l'altro, circa *"l'organizzazione secondo livelli gerarchici di complessità delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuti"* (Classificazione delle strutture ospedaliere), assegnando alle Regioni la *"definizione delle rete dei posti letto ospedalieri per acuti e attribuendo ai presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati le relative funzioni"* (All.1 § 2)

Tra le reti quella per l'Emergenza/Urgenza è costituita da *"strutture di diversa complessità assistenziale"* e costituisce parte integrante dell'attività ospedaliera per acuti.

L'importanza di questa "rete" è fondamentale nell'organizzazione sanitaria e con il presente studio si è inteso effettuare un'analisi dell'offerta di servizi dedicati all'Emergenza/Urgenza (E/U) presenti nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate in relazione a quanto previsto dalla normativa vigente.

L'ANALISI

La situazione dell'offerta è stata effettuata mediante il **censimento delle strutture pubbliche e private accreditate**^[1], valutate come singoli presidi ospedalieri e non come Aziende (per lo più sede di accorpamenti tra più presidi), in relazione ai seguenti servizi di E/U:

- **Dipartimento Emergenza-Urgenza di Primo e Secondo Livello (DEA I e DEA II),**
- **Pronto Soccorso (PS),**
- **Pronto Soccorso Pediatrico (PS Ped.),**
- **Unità di Terapia Intensiva (UTI),**
- **Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC),**
- **Terapie Intensive Neonatali (TIN)**
- **Servizi Immuno-Trasfusionali (SIMTI/ST)**

Inoltre è stato valutato il **numero di accessi ai DEA/PS**, il **numero dei Posti Letto/Acuti (PL) accreditati**, il **rapporto PL/Acuti per mille abitanti**, il **numero di ricoveri per Acuti e loro valorizzazione**.

RISULTATI

L'elaborazione e l'analisi dei dati pubblicati ^[2]evidenziano:

Presidi/Acuti:

- Pubblici 657 (60,3%)
- Privati 432 (39,7%) di cui 17,8 % Equiparati e 82,2 % Case di Cura

Offerta di DEA/PS:

- Nelle strutture pubbliche è pari all' 89 % in 585 Presidi su 657,
- Nelle Equiparate è pari al 44 % in 34 Presidi su 77
- Nelle Case di Cura è il 8,2 % in 29 Case di Cura su 355 totali

Accessi in DEA/PS:

- Nel pubblico 18.442.482 accessi (91,5%)
- Nelle equiparate 1.116.084 accessi (5,4%)
- Nelle case di cura 590.470 accessi (2,9%)

Posti Letto/Acuti:

- Nelle pubbliche vi sono 136.484, di cui 132.534 con DEA/PS (97,1%) e 3.950 senza
- Nelle equiparate 14.599, di cui 11.822 con DEA/PS (81,1%) e 2.777 senza
- Nelle case di cura 26.237, di cui 4.799 con DEA/PS (18,2%) e 21.438 senza

Rapporto Posti Letto/Acuti ‰ abitanti:

- Il rapporto totale PL/Acuti accreditati per mille abitanti (pubblici + privati) è pari a 2,95 ‰ ab
- Il rapporto PL/Acuti accreditati per mille abitanti (pubblici + privati) che tenga conto della presenza di servizio DEA/PS è pari a 2,48 in quanto 28.165 PL sono privi di DEA/PS

Ricoveri /Acuti:

- Nel pubblico 4.769.507 ricoveri (77%)
- Nelle equiparate 565.934 ricoveri (9,1%)
- Nelle case di cura 855.332 ricoveri (13,8 %)

Valorizzazione dei Ricoveri/Acuti (€):

- Nel pubblico € 19.470.996.621 (75,4%)
- Nel privato € 6.339.917.436 (24,6%)

Gli **altri servizi per l'E/U** sono così ripartiti:

- **UTI** in totale 502, 400 nel pubblico (pari al 79,7 %), 42 nelle equiparate (8,4 %), e 60 nelle Case di Cura (12,0 %)
- **UTIC** in totale 376, 327 nel pubblico (87 %), 17 nelle equiparate (4,5 %), e 32 nelle Case di Cura (8,5 %)
- **TIN** in totale 124, 105 nel pubblico (84,7 %), 14 nelle equiparate (11,3 %), e 5 nelle Case di Cura (4,0 %)
- **PS Pediatrico** in totale 111, 100 nel pubblico (90,1%), 9 nelle equiparate (8,1 %) 2 nelle Case di cura (1,8%)
- **SIMTI/ST** in totale 267, 259 nel pubblico, 8 nelle equiparate, 0 nelle Case di Cura

Molto diversificata la situazione tra Regioni, la cui analisi rimandiamo ad un secondo report. Si può tuttavia anticipare che in 11 Regioni le strutture private accreditate non hanno DEA/PS, in 17 non hanno PS Pediatrico, in 8 non hanno UTI, in 12 non hanno UTIC, in 15 non hanno TIN e in 18 non hanno SIMT/ST. Nelle strutture pubbliche l'offerta degli stessi servizi per l'E/U è presente in tutte le Regioni.

In sintesi a fronte del 39,7 % dei Presidi/Acuti, del 23 % posti letto/acuti e del 22,9 % dei ricoveri/Acuti per una valorizzazione pari al 24,6 % (€ 6.339.917.436), al privato accreditato afferiscono l'8,4% degli accessi in E/U, in particolare il 5,5% nelle Equiparate e 2,9 % nelle Case di Cura.

DISCUSSIONE

Come ricordato in premessa l'assistenza ospedaliera del SSN è prestata dagli ospedali pubblici e dalle strutture private in possesso dei requisiti di accreditamento.

Dai dati relativi all'offerta di servizi per l'E/U si evidenzia un accentuato squilibrio tra strutture pubbliche e private, ma anche tra le stesse strutture private.

Il possesso, o meno, di servizi per l'E/U pone su piani notevolmente diversi le diverse strutture con evidenti vantaggi per quanti ne sono sprovvisti sotto il profilo organizzativo, gestionale, economico e conseguente

penalizzazione delle altre strutture. Ma soprattutto si vengono in tal modo a creare le condizioni per poter effettuare la “scelta” delle prestazioni.

Peraltro sono ben declinate le modalità di organizzazione e adeguamento della rete E/U previste dal DM 70/2015:

- Definizione della rete dei posti letto per acuti, attribuendo ai presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati le relative funzioni entro il limite di 3 posti letto per mille abitanti (all. 1 §2.1)
- Organizzazione della rete territoriale ospedaliera secondo tre livelli gerarchici di complessità: base, 1° e 2° livello in relazione al possesso di specifiche dotazioni specialistiche (all. 1 § 9.2) secondo il modello organizzativo “hub e spoke” (all. 1 § 2.2 -§ 2.3 - § 2.4)
- Classificazione delle strutture ospedaliere e assegnazione di ogni struttura ad un particolare livello di E/U prevedendo che le strutture ospedaliere private, ai fini della accreditabilità e sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali, sono accreditate in base alla programmazione regionale considerando la presenza delle specialità previste per i tre livelli a complessità crescente (art.1 c 5 lett. a – all.1 §2.5)
- Prevedere strutture con compiti complementari e di integrazione all'interno della rete ospedaliera (all. 1 §2.5)
- Prevedere specifiche misure per assicurare la disponibilità di posti letto di ricovero nelle situazioni ordinarie e in quelle in cui sono prevedibili picchi di accesso (art. 1 c 5 lett. l)

E' indicato inoltre il percorso per il “disegno della rete ospedaliera (pubblica e privata), partendo dai presidi e dalle specialità necessarie a garantire la rete di Emergenza-Urgenza, definendo il bacino di utenza di ciascuna specialità, il fabbisogno di prestazioni ospedaliere e di posti letto normalizzati relativi nonchè le strutture pubbliche e private esistenti (all.1 § 3.1 n.3)

Considerando che ogni struttura per acuti deve avere una specifica dotazione di specialità per essere assegnata ad un preciso livello di emergenza, si evidenzia che oltre il 55 % delle Strutture Equiparate e oltre il 91% delle Case di Cura non soddisfa i requisiti previsti dalla normativa, a fronte del 10,9 % delle Pubbliche.

Ne deriva un numero di accessi in DEA/PS pressoché totalmente a carico del Pubblico con il 91,5% mentre alle Equiparate ne afferiscono il 5,4% e alle Case di Cura il 2,9%.

Per quanto riguarda i Posti Letto/Acuti del privato su un totale di 40.836 accreditati vi sono 24.215 (59,2%) PL privati privi di servizi di DEA/PS pur erogando prestazioni/Acuti per il SSN, a fronte di 3.950 (2,8 %) del pubblico. Anche per quest'ultimo dato emerge la differenza tra pubblico e privato, ma anche tra strutture Equiparate e Case di Cura: in particolare dei 24.215 PL privi di DEA/PS, l'11,4 % sono nelle Equiparate e l'88,5 % sono nelle Case di Cura.

Le ripercussioni sulla dotazione totale di Posti Letto/Acuti è significativa perché il rapporto per mille abitanti a disposizione dei ricoveri derivanti dai servizi di pronto soccorso passa da 2,95 a 2,48 ‰ con le note conseguenze per l'utenza. In nessun caso, comunque, è raggiunto il rapporto di 3,0 ‰ abitanti prescritto dalla normativa.

Situazione sovrapponibile per gli altri Servizi E/U (UTI, UTIC, TIN, PS Ped. e SIMT/ST) con un'offerta privata tra l'1,8 e il 12 %.

Ribadendo pertanto che l'assistenza ospedaliera nell'ambito del SSN è erogata sia dalle strutture pubbliche che da quelle private accreditate, occorre tuttavia richiamare quanto previsto dai “criteri di accreditamento fissati in riferimento alle singole strutture pubbliche e private”, nonché quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, vale a dire “il rispetto delle condizioni necessarie per garantire livelli di assistenza ospedaliera omogenei su tutto il territorio nazionale in termini di adeguatezza delle strutture, di risorse impiegate in rapporto al numero di pazienti trattati, al livello di complessità della struttura e dalla sua interazione sinergica nella rete assistenziale territoriale”. Tenendo conto che la gestione dei posti letto deve avvenire “con specifica rilevanza per le necessità provenienti dal pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza (DM 70 - all.1 § 1.2 e § 1.3).

Appare dunque lecito in proposito porre il quesito se la mancanza di servizi così essenziali e previsti dalla normativa non rappresenti una grave anomalia rispetto ai criteri di accreditamento. Infatti, un tale assetto dell'offerta per l'E/U, oltre ai disservizi per l'utenza, avvantaggia in modo inequivocabile

il privato accreditato sotto i diversi profili menzionati consentendo di erogare prestazioni esclusivamente in ambito di elezione.

Lo squilibrio nell'offerta riguarda in modo particolare le Case di Cura e in misura minore le Strutture Equiparate tra le quali, al contrario, alcune presentano un'offerta riguardante la totalità dei servizi per l'E/U tanto da poter essere classificate come Presidi di II livello. Ciò che rappresenta un'importante asimmetria anche tra le strutture private stesse.

In conclusione, rinviando ad un secondo momento l'estensione ad ogni Regione dell'analisi sull'offerta di servizi per l'E/U sono necessarie due osservazioni.

La prima è che il ruolo acquisito dal privato accreditato nel settore per acuti in termini di posti letto e ricoveri è tale da renderne imprescindibile la presenza sul territorio nazionale per poter far fronte alle richieste di prestazioni ospedaliere nell'attuale complessiva carenza di posti letto.

La seconda è che proprio in virtù del ruolo acquisito, l'inosservanza del dettato normativo dovrebbe aprire la discussione intorno al rispetto dei criteri di accreditamento e ad una loro globale revisione. Accreditamento che attualmente pone la rete dell'E/U tra i compiti attribuiti alla programmazione regionale.

Fabio Florianello

Esecutivo Nazionale ANAAO ASSOMED

Rossana Caron

Consigliere. Regione Lombardia ANAAO ASSOMED

Carlo Palermo

Segretario Nazionale ANAAO ASSOMED

[1] Classificazione delle Strutture di ricovero accreditate:

Strutture di ricovero pubbliche:

- le aziende ospedaliere;
- gli ospedali a gestione diretta;
- le aziende ospedaliere integrate con il Servizio Sanitario Nazionale;
- le aziende ospedaliere integrate con l'Università;
- gli IRCCS pubblici anche costituiti in fondazioni.

Strutture di ricovero equiparate alle pubbliche:

- i policlinici universitari privati;
- gli IRCCS privati e le fondazioni private;
- gli ospedali classificati o assimilati ai sensi dell'art.1, ultimo comma, L. 132/1968;
- gli istituti privati qualificati presidi A.S.L.;
- gli enti di ricerca.

Strutture di ricovero private:

- case di cura private accreditate

[2] *Fonti informative relative agli ultimi dati pubblicati*: “open data” del Ministero della Salute 2018, PNE/Agenas 2018, Rapporto SDO/2017, Istat 2018. Non si è tenuto conto del recente Annuario Statistico 2017 del SSN in quanto sotto la dizione “*Strutture Pubbliche*” comprende anche le “*Equiparate*”.