Sanità24

30 Apr 2020

Sanità pubblica e privata accreditata: gli scenari nel «dopo Covid»

di Maria Cristina Perrelli *, Paola Piccioni *, Boris Popov *

L'emergenza Covid ha riacceso i riflettori sullo storico, a volte controverso, dibattito sul rapporto fra sanità pubblica e sanità privata accreditata. Da manuale, le strutture pubbliche e quelle private accreditate rappresentano i pilastri su cui si fonda il corretto funzionamento del Sistema sanitario nazionale; le seconde lavorano, in accordo e a fianco delle prime, per garantire un accesso universalistico alla cura, erogando un servizio pubblico a tutti gli effetti.
Tuttavia, il momento di smarrimento che stiamo vivendo ha spinto l'intera opinione pubblica ad interrogarsi sulla validità e sul funzionamento di quelli che fino ad oggi sono stati i modelli di riferimento. Siamo tutti all'affannosa ricerca di prove, lezioni da imparare e bussole, che ci permettano di iniziare a costruire il "dopo" con la sicurezza di avere in tasca almeno le giuste coordinate. Sulla gestione mista pubblica-privata delle prestazioni ospedaliere, la pandemia nazionale ci restituisce alcuni importanti spunti di riflessione.

La partnership pubblico-privato è stata perseguita anche nell'emergenza

Il sistema plurale ha confermato la sua compattezza grazie al coinvolgimento dell'ospedalità privata associata nella gestione dei ricoveri Covid, nel supporto alla cura dei pazienti non Covid e nella messa a disposizione di personale.
Il 4 marzo in Lombardia è stata approvata una delibera per l'impiego straordinario del personale sanitario degli ospedali privati accreditati in quelli pubblici, con la messa a disposizione di 270 posti di terapia intensiva e 2.621 posti letto per i ricoveri.
In Veneto, a partire dal 13 marzo, alle case di cura accreditate è stato chiesto supporto nel fornire apparecchiature e sostegno su alcune discipline (come l'ortopedia d'urgenza e la riabilitazione) in cui gli ospedali pubblici non riuscivano a garantire servizi adeguati a causa della pressione emergenziale.
In Emilia-Romagna, l'accordo di collaborazione è stato sottoscritto il 21 marzo e ha determinato l'aumento della capacità di assorbimento di 740 posti letto, 95 dei quali riservati alla terapia intensiva.

Il contributo del privato accreditato al Servizio Sanitario è significativamente differenziato fra regioni

Le differenti strategie territoriali di gestione dell'emergenza hanno acceso i riflettori sugli elementi di distinzione fra i modelli di governance sanitaria regionali, all'interno dei quali il livello di integrazione tra sanità pubblica e sanità privata accreditata gioca un ruolo di primo piano. A partire dall'approvazione nel 1992 della legge Amato sull'equiparazione tra gli erogatori sanitari e a seguito del processo di regionalizzazione nella gestione della spesa, il comparto privato ha visto crescere costantemente il proprio ruolo all'interno di tutti i Servizi Sanitari regionali ma con intensità e modalità differenti.
Focalizzando l'attenzione sulle tre regioni coinvolte dalla prima propagazione del Covid-19, si osserva come, in un panorama di progressivo aumento dell'incidenza dei posti letto del privato

accreditato sui posti letto totali (Italia, 28% del 2010 vs 31% del 2018), il grado di "compenetrazione" del privato accreditato in Lombardia risulta quasi doppio rispetto a quello del Veneto (37% vs. 20%); mentre l'Emilia Romagna, con il 24%, si colloca in una posizione intermedia.
In termini di dimensione media delle strutture, le differenze interregionali sono molto evidenti: mentre l'Emilia Romagna mostra una dimensione dell'ospedalità accreditata più contenuta (in media 92 posti letto per struttura) che si differenzia in maniera netta dal pubblico (253 posti in media per struttura); Veneto e Lombardia presentano una concentrazione di strutture private accreditate di grandi dimensioni (127 posti letto in Veneto, 150 in Lombardia), accorciando le distanze rispetto alla dimensione media degli ospedali pubblici (246 posti letto in Veneto e 266 in Lombardia).
In Emilia Romagna l'offerta del privato accreditato è caratterizzata da una massiccia presenza di case di cura, che concentrano il 95% dell'offerta complessiva dei posti letto accreditati. Percentuale che scende al 56% per la Lombardia e al 51% per il Veneto. A incidere sulla dimensione media delle strutture accreditate lombarde è la presenza degli Irccs privati, che coprono il 37% dei posti letto accreditati regionali. Il Veneto, al contrario, si contraddistingue per una parte rilevante dell'offerta di posti letto (31%) in carico agli ospedali che fanno riferimento ad istituti o enti ecclesiastici.
Rispetto alle discipline presidiate, il contributo del privato accreditato è "storicamente" rilevante e distintivo nelle attività di riabilitazione, lungodegenza e chirurgia programmata, sebbene anche rispetto a tali ambiti si evidenzino sostanziali differenze tra i territori (con l'offerta lombarda che si dimostra più ampia e variegata delle altre).
Il trattamento delle acuzie rimane ancora fortemente ad appannaggio del pubblico in Veneto e Emilia Romagna, dove oltre l'80% dei ricoveri avviene in istituti pubblici, mentre in Lombardia una dimissione su tre è ascrivibile al privato accreditato.
Infine, i servizi di emergenza: in Lombardia vengono erogati dall'ospedalità privata accreditata il 14% dei servizi di emergenza (0 in Emilia Romagna e Veneto), il 30% di quelli di pronto soccorso (5% in Emilia Romagna e 12% in Veneto) e il 24% di quelli di rianimazione (20% in Emilia Romagna e 13% in Veneto).
L'esperienza Covid spingerà verso nuovi equilibri?
È ancora presto per dire se e come l'esperienza Covid cambierà gli equilibri pre-costituiti, ma è sicuramente tempo di utilizzare le coordinate in nostro possesso per iniziare a ragionare su nuovi scenari di collaborazione.
Il potenziamento dei servizi distrettuali (assistenza domiciliare, strutture di assistenza territoriale...), lo sviluppo di nuove soluzioni per la gestione della cronicità e della non autosufficienza, il rafforzamento delle cure intermedie, il superamento del confine fra sanità e welfare (si veda anche http://www.vita.it/it/article/2020/04/20/covid-19-le-lezioni-non-apprese-della-fase-0/155092/): sono tutte sfide del SSN con cui gli ospedali privati accreditati si troveranno ben presto a fare i conti.
Come dimostrato dalle strategie di gestione dell'epidemia (prevalentemente incentrate sull'aumento dei posti letto), si tratta di percorsi non ancora del tutto compiuti ma che denotano incontrovertibili tendenze di sviluppo dell'extra-ospedaliero. Tendenze che, superata l'immediata fase di "messa in sicurezza" della capacità di offerta ospedaliera, saranno al centro della futura programmazione di tutte le Regioni e assorbiranno sempre più intenzioni di investimento e risorse economiche.
Alla luce di questo rinnovato fermento, la domanda da porsi è: in che direzione andrà l'ospedalità privata?
Estremizzando il ragionamento, le possibilità che si prospettano sono sostanzialmente due.
La prima, difendere le proprie competenze distintive (e il proprio posizionamento attuale) con il rischio di dover fronteggiare una potenziale riduzione di mercato e negoziazioni più complesse con le istituzioni pubbliche e, se del caso, con altri operatori del sistema (Nomisma,

“Riorganizzazione del sistema sanitario. Il ruolo dell’ospedalità privata accreditata in Emilia Romagna”).
La seconda, valutare l’opportunità di affiancare al core business ospedaliero nuove attività, da intercettare nell’ambito del ridisegno complessivo che le Regioni stanno portando avanti (ad esempio, compartecipazione nella gestione delle filiere -legate soprattutto alla cronicità- che connettono ospedale e territorio).
Allo stato attuale, questo secondo scenario sembrerebbe il più promettente per preservare l’essenza del modello misto pubblico-privato, che in molte regioni è riuscito a garantire ai pazienti efficienza e qualità delle prestazioni.
Se è vero, infatti, che le strutture private accreditate sono parte integrante dei Servizi Sanitari Regionali e alleati della Sanità pubblica nel garantire un servizio universalistico, è altrettanto vero che la componente pubblica e quella privata dovranno modificarsi e riorganizzarsi, in direzione di nuovi modelli di cura più evoluti, in maniera necessariamente coordinata.

** ricercatori Nomisma*

P.I. 00777910159 - Copyright Il Sole 24 Ore - All rights reserved