



Claudio Maffei, già dirigente sanitario, curatore del blog, www.marchesanita.it

C'è coerenza tra la proposta di Piano e la concreta azione sul campo della Regione? L'esempio preoccupante del rapporto con i privati del settore ospedaliero

Premessa

Al ritorno delle vacanze la Regione (sembra) approverà il Piano Socio Sanitario. C'è il rischio concreto però che il Piano finisca per essere un documento con contenuti che non corrispondono alle effettive scelte che la Regione sta facendo. Come se chi lo ha scritto non avesse rapporti con chi decide (e viceversa). L'esempio del rapporto con i privati - oggetto specifico di questo articolo - al riguardo è illuminante.

[Il Piano](#) dedica un lungo passaggio del paragrafo 5.3 (Integrazione organizzativa) al rapporto con i privati (pagg. 39-40). Leggi e rileggi e dici: va bene, suona bene, ma in pratica? Proviamo ad estrarre da questo passaggio un aspetto qualificante per verificarne la coerenza con la concreta azione regionale: il settore ospedaliero è quello dove è e sarà più contenuta la spesa sanitaria per i privati.

Il ruolo del privato nel settore ospedaliero è e sarà contenuto. E' vero?

La risposta è no. Se noi consideriamo il settore ospedaliero come quello i cui i privati erogano prestazioni in regime di ricovero, ci sono una luna lunga serie di elementi che dimostrano che il costo del privato in questo ambito è in continuo aumento.

Si tenga presente che i privati erogano in regime di ricovero la propria attività in più ambiti e cioè presso:

- le strutture multispecialistiche;
- le strutture operanti in regime di day surgery;
- le strutture monospecialistiche;
- le strutture di riabilitazione.

In questi quattro livelli l'attuale Giunta ha aumentato (e non di poco) il budget per l'attività di ricovero. Rifacciamo al contrario il giro delle quattro tipologie di strutture lasciando per ultime le strutture multispecialistiche che meritano un discorso a parte perché si tratta di quelle che pesano di più e che la Regione sta rendendo ancora più pesanti.

Per le strutture di riabilitazione basta andare all'ultimo accordo relativo al triennio 2016-2018 ([DGR 1438/2016](#)) in cui si incrementa di oltre 600.000 euro il budget per l'attività di ricovero nel 2017, incremento storicizzato nel 2018.

Per le strutture monospecialistiche del settore neuropsichiatrico l'ultimo accordo relativo al triennio 2016-2018 ([DGR 1009/2017](#)) conferma in tutte le strutture la presenza di un elevato numero (67 in tutto) di posti letto ospedalieri codice 56 (quello della riabilitazione) per una



tipologia di attività che in molte Regioni è stata tutta ricondotta al regime extraospedaliero (quello che richiede un accesso validato da un Dipartimento di Salute Mentale o da un Dipartimento delle Dipendenze Patologiche).

Per le strutture eroganti prestazioni chirurgiche in regime di day surgery o ambulatoriale (regime riconducibile sostanzialmente ad una attività di tipo ospedaliero) con l'ultimo accordo relativo al triennio 2016-2018 ([DGR 1577/2016](#)) si è significativamente aumentata (e storicizzata) la spesa per un ordine di grandezza stimabile attorno almeno al mezzo milione di euro.

Ma è con le Case di cura multi specialistiche che la Regione ha fatto una scelta chiara di potenziamento. In primo luogo ha previsto due nuove case di cura private di cui una a Sassocorvaro ([la nota vicenda](#)) ed una a Fano ([altrettanto nota vicenda](#)).

Nel recente accordo con queste Case di Cura ([DGR 978/2019](#)):

1. ha confermato la scelta per Villa Igea di non dare posti letto di cure intermedie di fatto trasferendo il relativo budget all'attività di ricovero;
2. ha "di tasca propria" incrementato il budget di queste strutture per un ordine di grandezza nel triennio pari complessivamente a quasi 24 milioni, di cui una parte importante dedicato alla gestione delle liste di garanzia per le prestazioni ambulatoriali che il CUP non riesce a garantire nei tempi previsti per il codice assegnato di priorità (tema cui sono state dedicate più delibere regionali di cui l'ultima, credo, è stata la [DGR 703/2019](#)).

Data la sua rilevanza questo secondo punto lo trattiamo con qualche dettaglio.

L'impatto economico del nuovo accordo 2019-2021 con le Case di Cura Multispecialistiche

L'accordo poggia su una scelta di fondo: trasferire parte del budget storico per la mobilità attiva sull'aumento della produzione di prestazioni ambulatoriali necessario per il rispetto dei tempi di attesa e la gestione delle cosiddette liste di garanzia.

La storia della mobilità attiva dei privati (che è tanta roba) lo si può leggere in [questo mio post](#)¹. Per il 2019 con il nuovo accordo la Regione ha preso la mobilità attiva 2018 (ricovero più prestazioni ambulatoriali) dei privati e ha trasferito il 15% del corrispondente valore sulle prestazioni ambulatoriali per i residenti in modo da garantire la gestione delle liste di garanzia (quelle relative a chi non ottiene subito dal CUP la prestazione nei tempi previsti per la classe di priorità assegnata e che il CUP richiama per dargli la prestazione tramite questa lista).

Quindi ricapitolando: la caratteristica di base di questo accordo è che parte della mobilità attiva 2018 (in partenza il 15%) viene messa a disposizione delle liste di garanzia.

Detto questo, il budget di ogni struttura è fatto da quattro sottobudget che rapidamente commenteremo uno alla volta:

1. budget per i residenti;
2. budget per la mobilità attiva;
3. budget per la gestione delle liste di garanzia;
4. budget per il miglioramento dei tempi di attesa e recupero della mobilità passiva.

¹ Vedi anche [Sulle politiche sanitarie nelle Marche](#), in "Appunti sulle politiche sociali", n. 3/2018.



Il **budget per i residenti** di ogni struttura è uguale a quello 2018 del precedente accordo per un totale (in migliaia di euro) a 53.857 mila euro (53, 86 milioni). 45 milioni sono per i ricoveri; 7,8 milioni circa per le prestazioni ambulatoriali e un milione circa per le cure intermedie. Fin qui nessun problema (economico).

Per quanto riguarda il **budget per la mobilità attiva** l'Accordo nel paragrafo ad esso dedicato fa un passaggio che riprendo letteralmente: *“Inoltre, su specifica richiesta della CdC Stella Maris di San Benedetto della Rete di Impresa A V 4/5, sono state attribuite a quest' ultima delle risorse aggiuntive, finalizzate alla tutela dei livelli occupazionali tramite il progressivo recupero della capacità produttiva antecedente la procedura fallimentare cui è stata sottoposta. Tali risorse derivano, da un lato, da un riequilibrio effettuato tra le Case di Cura aderenti alla Rete d'Impresa, per importi pari ad euro 400.000,00 per il 2019, ridotti di euro 100.000,00 per il 2020 e 2021, dall'altro dal contributo regionale pari a euro 600.000,00 per il 2019, incrementato di euro 500.000,00 per il 2020 e di euro 500.000,00 per il 2021. Anche gli importi sopracitati saranno soggetti all'abbattimento del 15%”*.

Quindi la Regione finanzia un aumento dei tetti di mobilità attiva di Stella Maris. Strana decisione: se è mobilità attiva la pagheranno le altre Regioni e allora a che serve un contributo regionale? Immagino che siccome la mobilità attiva non potrà aumentare (ci sono gli abbattimenti all'orizzonte) si trasformerà questo budget aggiuntivo in budget per i residenti. Intanto, in ogni caso, **la Regione impegna nel triennio 2,8 milioni di euro per una Casa di Cura con l'unica motivazione (non documentata) della “tutela dei livelli occupazionali” della Casa di Cura.**

Inoltre, dalla tabella dell'Accordo sulla mobilità attiva sembra che i relativi tetti (Stella Maris a parte) nel triennio incrementino ogni anno leggermente per tutte le strutture a dispetto degli abbattimenti previsti a livello nazionale per gli incrementi di produzione in mobilità attiva.

Anche il **budget per le liste di garanzia** lo mette la disposizione la Regione. Il fatto che corrisponda virtualmente al 15% della mobilità attiva 2018 non significa niente. Non sono risorse della mobilità: sono costi che nel precedente accordo non c'erano e valgono 6,14 milioni nel 2019; 6,22 nel 2020 e 6,3 nel 2021. **Totale 18,66 milioni.** L'Accordo prevede che se per caso queste risorse fossero più del necessario verranno trasformate di fatto in un incremento del budget della struttura per ridurre la mobilità passiva e prendere casi dal Pronto Soccorso.

Il budget per la riduzione della mobilità passiva e il miglioramento dei tempi di attesa passa dai 7,84 milioni di euro del 2018 agli 8,09 del 2019, agli 8,74 del 2020 e ai 9.040 del 2021. **Altri 2,35 milioni di euro in più.** Questi valori includono anche le strutture di riabilitazione. Nota bene: non è previsto che il riconoscimento di questo budget sia legato ad un effettivo e documentato recupero della mobilità passiva.

Per l'impatto economico complessivo dell'Accordo citiamo ancora una volta il grande Totò: “E' la somma che fa il totale”. E quindi dobbiamo sommare 2,8 milioni (mobilità attiva Stella Maris), 18,66 milioni (liste di garanzia) e 2,35 milioni (liste di attesa e recupero mobilità passiva). **Totale 23,8 milioni.** Alla faccia del contenimento dei costi per l'ospedale privata.



Conclusioni

La affermazione del Piano secondo cui il ruolo dei privati nel settore ospedaliero sarebbe stato contenuto (mantenendolo più o meno ai limiti storici) è largamente contraddetta dagli atti che la Regione ha approvato sia negli ultimi anni che negli ultimi mesi. Questo è molto preoccupante perché induce a ritenere che il Piano sia solo un documento con scelte di fondo magari condivisibili, ancorché generiche, documento che in realtà non guida la azione della Regione che coi suoi atti prescinde da tali scelte. Oggi lo abbiamo visto coi privati, ma già ce ne eravamo accorti con i [nuovi ospedali “unici” del Piano](#) che perdono la loro unicità negli atti e nella comunicazione istituzionale che ne stanno faticosamente accompagnando la nascita (se e quando ci sarà).

Un Piano così non è (evidentemente) un Piano. Approvarlo come se lo fosse non è scelta tecnicamente condivisibile.

27 agosto 2019