

**Considerazione a margine del convegno su Partnership Pubblico Privato (PPP) per la gestione del servizio dialisi, tenutosi il 23 febbraio all'Università L. Bocconi di Milano.**

Il convegno è stato aperto da due relazioni che hanno focalizzato la nuova visione delle strategie per realizzare una PPP nell'ambito dei servizi sanitari e delle aziende ospedaliere

Due interventi preordinati successivi e il dibattito che ne è seguito hanno poi chiarito i limiti, il campo di applicazione e i possibili vantaggi delle PPP, anche alla luce delle recenti interpretazioni date dall'ANAC.

In particolare, considerando le dimensioni fondamentali delle PPP: Contrattuali, Finanziaria, Contabile e Giuridica, è apparso evidente come le Aziende Sanitarie pubbliche molto spesso non hanno know-how e risorse adeguate per la corretta gestione della complessità di questi contratti.

In questo contesto la società Nephro-Care, che ha reso possibile l'evento, propone un modello di PPP dove l'Azienda Sanitaria pubblica mantiene il controllo e il governo clinico, mentre esternalizza ad un unico soggetto privato la gestione del servizio dialisi. In questo modello l'operatore privato si occuperebbe della fornitura di attività di supporto su cui le Aziende Sanitarie pubbliche non sarebbero in grado di esercitare un ruolo forte di coordinamento e committenza.

Riguardo la PPP nel settore della dialisi, va considerato che, almeno nell'esperienza italiana, il partner privato non si è limitato esclusivamente al ruolo di fornitore di attività di supporto, beni o risorse umane, ma che, specie in alcune regioni, è divenuto il gestore, quasi in monopolio, della dialisi in regime di accreditamento

Nel caso specifico della PPP per la gestione della patologia uremica, di cui la dialisi è solo uno step, va inoltre sottolineato come la definizione del "rischio contrattuale", requisito indispensabile per avere come modello di riferimento il PPP-contrattuale (secondo la direttiva 2014/23/UE), risulti molto complesso .

Infatti, guardando il percorso assistenziale del paziente affetto da uremia, si passa dalla necessità assistenziale predialitica, alla dialisi, al trapianto e quindi alla possibilità di ritorno in dialisi dopo l'esaurimento funzionale del rene trapiantato. Durante queste fasi le possibili complicanze possono essere molteplici con esplosione dei costi e della complessità gestionale. Inoltre molti pazienti oggi iniziano la dialisi in forma "acuta" e una quota consistente di pazienti muore durante il primo anno di dialisi. Pertanto definire il rischio ed individuarne il valore da contrattualizzare e il suo trasferimento, è un'operazione quasi impossibile. Va aggiunto che l'eccessiva parcellizzazione del processo assistenziale del paziente con insufficienza renale cronica potrebbe creare dei problemi sia di governo clinico, sia di ottimizzazione del percorso assistenziale: se non vi è una regia unica e una chiara definizione dei ruoli e dei PDTA dei vari possibili attori che entrano, a vari livelli, nel progetto di cura, è evidente il rischio di ridurre l'efficienza e l'efficacia di un percorso assistenziale che vede come anello debole il paziente.

Non da ultimo va sottolineato che per poter pensare ad una “corretta” realizzazione di una PPP, la prima esigenza/condizione dovrebbe essere quella di potersi riferire ad indicatori di performance clinica e di outcome necessariamente condivisi con le istituzioni, oltre che a criteri di accreditamento professionale per il personale, che attualmente non sono ancora definiti nell’ambito nefrologico

Queste potrebbero essere alcune delle principali ragioni per cui nelle regioni dove il privato è maggiormente presente la prevalenza di pazienti in dialisi in dialisi è maggiore, si fanno meno trapianti e la domiciliazione del trattamento dialitico (dialisi peritoneale) è al di sotto della media nazionale.

Alla luce di queste considerazioni ci pare che dall’incontro sia emersa l’esigenza che le istituzioni debbano avviare un processo di riesame delle strategie possibili per realizzare la PPP nell’ambito dei servizi sanitari e in particolare ci sembra che il settore della nefrologia/dialisi non si presti, ad oggi, ad una operazione di mera esternalizzazione della dialisi con l’intento di ottenere una maggiore efficienza in termini economici.

Dr. Emilio Galli

Dr. Carlo Guastoni

Dr. Giuseppe Rombolà

Dr. Ugo Teatini