

DUPLICE PRATICA IN MEDICINA: E' ORA DI VIETARLA IN EUROPA?

Livio Garattini, Andrea Zovi, Paola De Compadri, Giuseppe Remuzzi, Alessandro Nobili

Introduzione

La duplice pratica (DP, dall'inglese Dual Practice) professionale è una combinazione di attività pubblica e privata che viene praticata da decenni nella maggior parte dei sistemi sanitari di tutto il mondo, a prescindere dalla ricchezza di un paese.¹ Tuttavia è ampiamente condiviso il fatto che la DP giochi un ruolo molto diverso nei paesi a reddito basso e elevato,^{2,3} dato che nei primi i governi locali difficilmente raggiungono un consenso sufficiente per una copertura sanitaria universale della popolazione e quindi è assai improbabile che giochino un ruolo dominante nell'erogazione e nella regolamentazione della sanità.

Una caratteristica comune dei paesi più ricchi in cui la DP risulta fiorente è che l'impiego nel settore sanitario pubblico è principalmente remunerato attraverso stipendi negoziati a livello nazionale.⁴ In base alla teoria dell'economia sanitaria, si suppone che i medici remunerati dai "terzi paganti" per l'assistenza sanitaria instaurino una "relazione principale-agente" con i propri pazienti per colmare il loro divario informativo in medicina;⁵ ciò implica la necessità di una piena fiducia reciproca per funzionare nel migliore dei modi. La DP dei medici può indurre potenziali conflitti di interesse nella relazione coi propri pazienti e potrebbe addirittura stimolare "comportamenti predatori" nei medici,⁶ in cui il guadagno privato personale viene perseguito a tutto svantaggio dei colleghi e/o dei pazienti, delegittimando a lungo andare la credibilità dei

servizi pubblici e indebolendo la fiducia della popolazione. In generale, ci si aspetta che la DP accresca l'attività privata a spese della fornitura di servizi sanitari pubblici, riducendo la disponibilità dei medici per i propri pazienti nel settore pubblico,⁷ allungandone i tempi di attesa, ma eliminando di converso quelli dei pazienti in grado di pagare le loro prestazioni.

Il potenziale della DP varia molto in relazione alla specializzazione del medico e alla sua esperienza professionale. La relazione personale che si instaura con i pazienti è decisamente più forte per le specialità mediche e chirurgiche rispetto a quelle diagnostiche (ad esempio, laboratorio e radiologia) e di emergenza.⁸ Pertanto, è assai probabile che la DP sia praticata molto di più nelle prime tipologie di specialità (ad esempio, cardiologia, ostetricia e ginecologia, oftalmologia e ortopedia). Inoltre, la DP è abitualmente correlata in modo positivo all'età del medico, in quanto un medico ha bisogno di tempo per costruirsi una buona reputazione e quindi attrarre i pazienti nell'ambito della propria attività privata.^{9,10}

Di seguito viene riassunto il quadro storico della DP nei paesi dell'Europa Occidentale, focalizzato principalmente sui medici impiegati nel settore pubblico. Successivamente vengono analizzate le criticità principali che a nostro avviso supportano pienamente la proposta di divieto assoluto della DP per i clinici che operano nei servizi sanitari pubblici. DP in Europa.

Alla maggior parte dei medici che operano negli ospedali pubblici europei è concesso da decenni di lavorare in strutture private (ambulatori e/o ospedali),¹¹ anche nei sistemi sanitari pubblici dei paesi scandinavi più ricchi (ad esempio, Svezia e Norvegia). In paesi del Nord Europa quali Francia e Regno Unito sono stati fissati dei limiti al reddito indotto da prestazioni private dei medici.¹⁰ In nazioni del Sud Europa quali Grecia e Portogallo, dove la DP era formalmente vietata fino alla fine del secolo scorso, molti medici ospedalieri erano comunque abituati a praticare privatamente anche prima dell'abolizione del divieto.¹¹ La DP può essere regolamentata anche incoraggiando i medici degli ospedali pubblici a praticare privatamente la propria professione direttamente nelle loro strutture di appartenenza (ad esempio, in Austria, Francia, Germania e Italia), pagando loro una quota parte delle somme ricevute dalle

amministrazioni ospedaliere per i servizi privati erogati nelle loro strutture ospedaliere (c.d. attività *intra moenia*).¹²

Gli incentivi finanziari sembrano costituire la motivazione principale della diffusione della DP anche nei paesi con stipendi pubblici più alti.¹¹ Agli inizi delle loro carriere i medici inclini alla DP possono essere interessati a rafforzare la propria reputazione nelle strutture pubbliche per attrarre in prospettiva futura più attività in ambito privato. Successivamente tali medici possono sentirsi motivati a risparmiarsi nelle ore di lavoro pubblico e deviare i propri pazienti verso le strutture private, con un impatto logicamente negativo sulla fornitura dei servizi nel settore pubblico.^{4,11} Di conseguenza, un ulteriore prevedibile impatto della DP è sui tempi di attesa, in quanto i medici attirati dalla DP sono (ovviamente) interessati ad aumentare la domanda per la propria attività privata, reindirizzando i pazienti più agiati dalle liste di attesa pubbliche ad appuntamenti il più possibile immediati nelle proprie sedi private.^{3,4} In mercati ricchi come quelli dell'Europa Occidentale tale comportamento è cinicamente supportato dalla teoria economica,¹³ in quanto minore è l'offerta di lavoro nel settore pubblico maggiore è la domanda per l'assistenza privata qualora i consumatori possano permettersi di passare dalla sanità pubblica a quella privata a pagamento. Ciò implica una potenziale iniquità di accesso ai servizi sanitari, dato che i pazienti in grado di pagare privatamente possono saltare le code a scapito degli altri a prescindere dalla diversa rilevanza dei bisogni clinici.⁴

La DP incoraggiata direttamente dalle autorità sanitarie pubbliche nelle proprie strutture è stata associata al principio etico di "corruzione istituzionale",¹² cioè di una situazione negativa in cui le istituzioni introducono incentivi per stimolare in modo legale comportamenti che possono indebolire a lungo andare la capacità delle istituzioni stesse di raggiungere i propri obiettivi primari.¹⁴ Infatti, anche questo tipo di DP supportato dalle autorità pubbliche può determinare potenziali conflitti di interesse così come iniquità sociale, in quanto i medici pubblici percepiscono un "reddito" extra per trattare i pazienti disposti a pagare per servizi elettivi, scavalcando le liste pubbliche di attesa. Inoltre, è assai probabile che la gestione separata dei servizi pubblici e privati porti via tempo lavorativo agli operatori per programmare i secondi, sottraendo risorse umane e finanziarie ai servizi ospedalieri pubblici.

Nonostante tutti gli argomenti negativi a sfavore della DP sollevati nella letteratura europea, i rimedi proposti non includono quasi mai il suo completo divieto. La giustificazione più frequente per non abolire la DP è che il suo divieto potrebbe ridurre l'attrattiva degli ospedali pubblici e favorire il passaggio dei medici più preparati al settore privato.⁴ Inoltre, si suppone che l'autoregolamentazione professionale nei paesi Europei sia forte a sufficienza per scoraggiare i comportamenti più discutibili associati alla DP.

Discussione

Sebbene nei paesi Europei la DP non danneggi quasi mai severamente la salute dei pazienti in modo diretto e i suoi potenziali effetti negativi siano soprattutto indiretti (cioè inefficienza e iniquità nei sistemi sanitari), il permesso di svolgerla in sanità è comunque irrazionale e comporta conseguenze necessariamente negative a livello sistemico.

In base all'economia del lavoro, un dipendente che vuole lavorare più ore nell'ambito del proprio impiego principale ne cerca un secondo solamente quando il primo fornisce un reddito fisso reputato troppo basso, mentre il secondo può offrire un reddito variabile più elevato.¹¹ Al contempo, se il secondo lavoro è considerato più remunerativo e l'impiegato percepisce maggiori benefici dal denaro extra rispetto al proprio tempo libero sacrificato, è probabile che la DP aumenti l'offerta complessiva di lavoro. Fra i medici è generalmente riconosciuto che i servizi sanitari offerti al paziente costituiscono l'interesse primario della loro professione, mentre i guadagni finanziari dovrebbero risultare sostanzialmente secondari.¹² L'interesse dei medici dipendenti pubblici nei confronti della DP è solitamente giustificato dalla diffusa percezione di salari troppo bassi erogati nei settori sanitari pubblici.¹² D'altro canto, i medici orientati alla DP sono spesso sospettati di concentrarsi sull'attività privata a spese di quella pubblica e ciò può danneggiare la loro reputazione professionale.

Sotto il profilo economico, vale la pena ricordare che la laurea in medicina implica un percorso pluriennale più lungo rispetto alle altre materie (sei anni nella maggior parte dei paesi Europei) e successivamente i medici neolaureati percepiscono un reddito piuttosto limitato durante il lungo training necessario per ottenere una specialità.

Inoltre, sebbene lo stipendio dei medici pubblici nei paesi dell'Europa Occidentale sia abitualmente più elevato rispetto ai redditi di altri lavoratori qualificati, tuttavia qualsiasi reddito medico medio pro-capite può riflettere intervalli molto ampi in funzione di specialità e anzianità. Come evidenziato abbastanza di recente in Inghilterra,¹⁵ le differenze di reddito fra i medici possono essere veramente sorprendenti e i picchi più elevati risultano difficilmente giustificabili agli occhi dell'opinione pubblica. In particolare, il reddito è molto elevato per alcune specialità propense alla DP (ad esempio, oftalmologi e cardiologi),¹⁰ generando notevoli iniquità nell'ambito della classe medica (ad esempio, gli intensivisti assai raramente svolgono attività privata).

Un altro contributo rilevante per valutare la DP dei medici deriva dall'economia aziendale e dalla gestione delle risorse umane. In primo luogo, appare molto strano che un lavoratore dipendente possa operare contemporaneamente in due società,¹⁶ ma ancora più bizzarro è che a un manager aziendale venga permesso di concludere affari privati nel proprio tempo libero con gli stessi clienti con cui intrattiene rapporti per l'azienda, come di fatto accade ai medici con la DP. In secondo luogo, le professioni cliniche ospedaliere (infermieri inclusi) sono lavori gravosi, che spesso richiedono lavoro notturno e presenza nei giorni festivi; di conseguenza, i clinici dovrebbero beneficiare molto di più da lunghi periodi di congedo dal servizio piuttosto che da secondi lavori stressanti. Allo stesso tempo, i pazienti non possono essere considerati consumatori comuni che vanno in giro a fare acquisti in cerca dei servizi più convenienti, in quanto la malattia li rende individui assai vulnerabili e spesso soggetti a ricatti di tipo finanziario.¹¹ Siccome la malattia minaccia la dignità delle persone, la sanità non dovrebbe mai diventare un servizio ad alto costo in una società veramente civilizzata.

In ultima analisi, se è logico aspettarsi che l'interesse primario del clinico sia la salute dei propri pazienti, la sua attività primaria dovrebbe essere la loro assistenza diretta.¹⁵ E' certamente questa la motivazione principale per cui uno studente sceglie medicina o scienze infermieristiche all'università e il principale obiettivo di un'eventuale specializzazione clinica successiva. D'altro canto, se la medicina è davvero una missione mirata a servire i pazienti e quindi non dovrebbe essere praticata come una professione qualsiasi per massimizzare il reddito, non è comunque giusto richiedere sacrifici illimitati alle professioni cliniche.¹⁷ Possiamo quindi esprimerci a favore di una remunerazione

sufficientemente generosa nei servizi sanitari pubblici per soddisfare tali professioni in una società civile degna di essere considerata tale. Considerando gli alti ritmi di lavoro nella situazione attuale di invecchiamento delle popolazioni, con un forte e continuo coinvolgimento in una logica di tempo pieno e esclusivo possiamo anche spingerci ad auspicare un'età di pensionamento anticipata per le professioni sanitarie, in particolare per le professioni più stressanti e ad alto rischio di burnout come quelle di pronto soccorso.

C*oncludendo, alla luce delle considerazioni svolte, sembra logico proporre che qualsiasi forma di DP vada vietata in prospettiva nei paesi Europei e le analisi future si focalizzino sull'individuazione di soluzioni corrette per gestire e compensare al meglio nel settore pubblico professioni socialmente importanti come quelle cliniche. Il divieto della DP dovrebbe permettere ai servizi sanitari di azzerare i costi superflui indotti dal suo monitoraggio e rafforzare la fiducia dei cittadini nei loro confronti.*

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. The effects of economic and policy incentives on provider practice. 2000. WHO, Geneva.
2. Eggleston K, Bir A. Physician dual practice. Health Policy. 2006;78(2-3):157-66.
3. Socha KZ, Bech M. Physician dual practice: a review of literature. Health Policy. 2011;102(1):1-7.
4. González P, Macho-Stadler I. A theoretical approach to dual practice regulations in the health sector. J Health Econ. 2013;32(1):66-87.
5. Garattini L, Padula A. Patient empowerment in Europe: is no further research needed? Eur J Health Econ. 2018;19(5):637-40.
6. Ferrinho P, Van Lerberghe W, Fronteira I, et al. Dual practice in the health sector: review of the evidence. Resour Health. 2004. 2(1):14.
7. Adebisi BO. Introducing dual practice may threaten equitable surgical access in Canada. Lancet Reg Health Am. 2026;57:101442.
8. Koelewijn WT, Ehrenhard ML, Groen AJ, van Harten WH. Exploring personal interests of physicians in hospitals and specialty clinics. Soc Sci Med. 2014; 100(1):93-8.
9. González P. Should physicians' dual practice be limited? An incentive approach. Health Econ. 2004;13(6):505-24.
10. Morris S, Elliott B, Ma A, et al. Analysis of consultants NHS and private incomes in England in 2003/4. J R Soc Med. 2008. 101(7):372-80.
11. García-Prado A, González P. Whom do physicians work for? An analysis of dual practice in the health sector. J Health Polit Policy Law. 2011;36(2):265-94.
12. Sommersguter-Reichmann M, Stepan A. Hospital physician payment mechanisms in Austria: do they provide gateways to institutional corruption? Health Econ Rev. 2017;7(1):11.
13. Brekke KR, Sørsgard L. Public versus private health care in a national health service. Health Econ. 2007;16(6):579-601.
14. Lessig L. Foreword: "Institutional corruption" defined. J Law Med Ethics. 2013;41(3):553-5.
15. McCartney M. Direct patient care should be rewarded and cherished. BMJ. 2018;360:k948.
16. Holmstrom B. The firm as a subeconomy. J Law Econ Organ. 1999;15(1):74-102.
17. Chervenak FA, McCullough LB. The moral foundation of medical leadership: the professional virtues of the physician as fiduciary of the patient. Am J Obstet Gynecol. 2001;184(5):875-80.



"Per approfondire o commentare questo articolo scrivete a cs@marionegri.it invieremo le vostre considerazioni agli autori per una eventuale risposta e pubblicheremo sul sito gli interventi più interessanti".