



## RELAZIONE FINALE

### “School Padova, ‘focus’ tra esperti sul rapporto pubblico/privato nel Ssn”

#### **Sanità pubblica e privata: concorrenza o collaborazione?**

*Padova, 12 aprile 2018.* I comportamenti dei cittadini stanno disegnando una nuova geografia della sanità italiana, in cui crescono pericolosamente le disuguaglianze, ma si vanno anche delineando potenziali soluzioni per garantire un servizio sanitario inclusivo, senza dover contare in via esclusiva su bilanci pubblici dilatati, ormai del resto impraticabili vista la congiuntura sfavorevole e la resistenza dei cittadini ad ulteriori aumenti fiscali.

**Un rapporto di ‘convivenza’ propositiva tra la componente pubblica e quella privata in sanità** rappresenta sicuramente uno strumento in grado di fornire indicazioni utili relativamente alle modalità di gestione delle risorse da un punto di vista dell’efficienza e dell’efficacia, offrendo spunti di riflessione per l’elaborazione di soluzioni che consentano di apportare miglioramenti al sistema nel suo complesso.

Il rapporto futuro tra servizio sanitario pubblico e privato e il suo impatto sulla società in continua trasformazione è stato al centro della *School di Padova 2018*, evento organizzato da Motore Sanità che ha voluto raccogliere e discutere dubbi, proposte e analisi degli esperti del settore, dei cittadini e degli operatori della sanità e del welfare italiano sulla trasformazione in atto nel sistema sanitario.

**Michele Vietti**, avvocato già vicepresidente del Consiglio Superiore della Magistratura, ha aperto i lavori con queste parole. «Le strutture private costituiscono oggi una parte significativa del servizio sanitario nazionale costituita per il 7,6% della spesa complessiva da servizi ospedalieri, e per il 4,1% da servizi di diagnostica e laboratorio. A fronte di questa spesa, c'è da rilevare una grande produttività nei servizi offerti: solo per la parte ospedaliera è erogato il 28% delle prestazioni in termini di giornate di degenza.

Oggi, quindi, la sanità privata accreditata con il servizio sanitario nazionale costituisce una grande risorsa in termini quantitativi, ma soprattutto qualitativi. A questo scenario farebbero inevitabilmente riscontro un incremento incontrollato della spesa out-of-pocket, una generale contrazione delle prestazioni e una forte sofferenza sociale. Il fabbisogno sanitario degli italiani infatti cresce e si ridefinisce per invecchiamento e cronicità, con una sanità pubblica che arranca e non potendo coprire tutto il fabbisogno sanitario, raziona la domanda. Le conseguenze: aumentano sanità privata, sanità negata e disparità di accesso».

Alla giornata di confronto è intervenuto **Domenico Mantoan**, direttore generale della Sanità della Regione Veneto presentando il quadro che disegna il sistema sanitario regionale e i progetti futuri.

«La sanità pubblica e la sanità privata non devono andare in competizione ma devono collaborare, ognuno ha dei compiti ben precisi. Il privato ospedaliero rappresenta il 18% dei posti letto in Veneto, è un privato a cui abbiamo affidato dei settori ben definiti, in particolare l'ortopedia, la chirurgia e la riabilitazione, in alcuni casi fa anche da presidio ospedaliero per una zona. Noi abbiamo rispettato i patti: abbiamo dato budget e tariffe certe con pagamento delle loro prestazioni entro 60 giorni. Questa è la sintesi di un rapporto tra sistema sanitario pubblico e privato che al nostro sistema regionale ha dato risultati positivi negli ultimi 5 anni.

Il futuro è la gestione del territorio, di fronte ad una popolazione che invecchia ed è accompagnata anche da qualche malattia: per alcune strutture territoriali, come gli ospedali di comunità e altre forme assistenziali, una delle ipotesi è quella di sperimentare delle formule assieme al privato accreditato. Se non passa l'autonomia, abbiamo dei vincoli che ci pone la normativa statale (non possiamo assumere medici ed infermieri) per cui siamo costretti a guardare a queste ipotesi, perché dobbiamo dare risposte al cittadino».

«Si stima che nel 2016 oltre 1 italiano su 2 abbia dovuto affrontare spese sanitarie di tasca propria per l'acquisto di servizi e prestazioni mediche, per una spesa complessiva di 39,5 miliardi - ha sottolineato **Marco Vecchietti**, amministratore delegato e direttore generale di RBM Assicurazione Salute -. Di questi solo 5 miliardi (poco meno del 13%), sono stati "intermediati" da Forme Sanitarie Integrative lasciando, quindi, i cittadini di fronte alla necessità di dover ricorrere - ove possibile - ai propri redditi o ai propri risparmi. La situazione è tanto più paradossale se si pensa che coloro che, invece, già beneficiano già di una Forma Sanitaria Integrativa hanno la garanzia di avere già pagata oltre il 56% delle cure che dovrebbero pagare di tasca propria. È proprio alla luce di questi dati che non si può continuare ad ignorare l'urgenza di una riforma organica dell'impianto normativo della Sanità Integrativa, che abbandoni ogni indugio ideologico per guardare alla salute della persona».

## ***La fotografia italiana: luci e ombre***

In Italia circa 35 milioni di persone nel 2016 hanno affrontato spese sanitarie di tasca propria, pari ad una spesa di 35 miliardi di euro. Gli anziani, sempre più numerosi spendono una volta e mezzo in più rispetto alla popolazione generale e più del doppio (gli anziani non autosufficienti) in tema di *out of pocket*.

Circa 13 milioni di italiani hanno difficoltà a far fronte alla spesa sanitaria, 7,8 milioni hanno usato tutti i risparmi per fronte alle spese sanitarie rispetto a 2 milioni di persone che aumentano la categoria della nuova povertà.

La spesa sanitaria privata nel 2017 si è attestata su circa 35 miliardi e solo 5 miliardi sono stati intermediati da forme sanitarie integrative (12 milioni italiani (il 19%) fanno ricorso alla ‘spesa intermediata’ di cui il 55% sono dipendenti e il 14% autonomi) e tale settore gestisce circa 5 milioni della spesa (2%).

## ***Quanto costa il servizio sanitario pubblico?***

In termini di **giudizio sui costi del servizio pubblico**, il dato dello studio 2016 Censis-RBM dà un’indicazione precisa. È infatti ormai generalizzata l’esperienza di ticket sanitari equivalenti o al limite di poco superiori alle tariffe praticate nelle strutture private, e gli utenti, più che percepire la riduzione delle tariffe del privato, riscontrano la tendenza all’aumento dei prezzi praticati dalla sanità pubblica con il ticket. L’annoso problema della lunghezza delle liste di attesa ostacola l’accesso ai servizi sanitari pubblici e genera una migrazione importante verso il privato e anche verso l’intramoenia. Il pagamento delle prestazioni sanitarie diventa un gesto ordinario, così come si amplia la fascia di italiani, pari ormai a 11 milioni, (fonte: “Dalla fotografia dell’evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo” – Censis e RBM assicurazione Salute, 2016) che rinuncia o rinvia nel tempo alcune prestazioni sanitarie perché non in grado di affrontarne il costo.

La spesa sanitaria totale in Italia è costituita per quasi l’80% dalla spesa sostenuta dal Ssn pubblico e per il rimanente 20% dalla spesa privata, ossia dalla spesa sostenuta direttamente dalle famiglie italiane. In particolare, nel 2015 si è verificato un ulteriore **aumento della spesa sanitaria privata**, salita a 34,5 miliardi di euro.

Anche secondo lo studio “The European House – Ambrosetti” su dati della Corte dei Conti, Farmindustria e Istat, solo il 13% della spesa privata è intermediato, mentre il restante 87% è totalmente “out of pocket” e dedicato essenzialmente a farmaci e cure odontoiatriche.

Il **sistema di produzione dei servizi sanitari** nel nostro Paese sembra trovarsi in una condizione di sostanziale equilibrio fra **produzione privata e produzione pubblica**, con percentuali che ammontano rispettivamente al 49% e al 51% del totale dei servizi prodotti.

Le Regioni nelle quali si rileva una maggior concentrazione di soggetti afferenti al settore pubblico sono per la maggior parte Regioni centro-settentrionali, con l’eccezione della Basilicata. Prendendo in considerazione l’aspetto del finanziamento, la spesa ospedaliera – la quale rappresenta il 54,2% della spesa sanitaria totale – viene ripartita fra i soggetti considerati nel seguente modo: le aziende ospedaliere, gli ospedali a gestione diretta delle Asl e le aziende ospedaliere integrate con l’università vedono destinarsi il 76% della spesa ospedaliera totale; i policlinici universitari pubblici, gli Irccs pubblici, le Fondazioni

pubbliche, gli istituti qualificati presidio Usl e gli Enti di ricerca assorbono il 10% della spesa; i Policlinici universitari privati, gli Irccs privati, gli ospedali ecclesiastici classificati e le case di cura accreditate costituiscono il restante 14% della spesa.

### *Gli italiani e l'accesso alle prestazioni sanitarie*

Un aspetto di notevole importanza per l'indagine del rapporto fra pubblico e privato in sanità, posto in evidenza dal Rapporto Aiop, è costituito **dall'approccio, dal grado d'informazione e dalla soddisfazione mostrata dai pazienti e più in generale dai cittadini relativamente all'accesso alle prestazioni sanitarie**. Il maggior grado d'informazione dei cittadini in merito alle differenti patologie e alle possibilità d'accesso all'assistenza, una più efficiente comunicazione in ambito sanitario e la promozione di abitudini e stili di vita sani e, infine, il fenomeno di fisiologico invecchiamento della popolazione hanno determinato un incremento nel numero di italiani che nel corso degli ultimi dodici mesi si sono rivolti alle strutture ospedaliere. Stando ai dati raccolti nell'anno 2015, hanno beneficiato delle prestazioni di tali strutture 12,1 milioni di persone, vale a dire il 24,5% degli italiani. Essi, inoltre, si sono mostrati maggiormente propensi alla valutazione delle alternative disponibili in quanto è stato rilevato un maggior utilizzo rispetto al passato delle strutture private accreditate e delle cliniche private. **Le prestazioni di cui si usufruisce maggiormente sono le visite specialistiche (58,4%), le analisi di vario tipo (50,9%), gli accertamenti diagnostici (38,4%) e gli accessi al pronto soccorso (24,7%).**

La **coesistenza pubblico-privato** viene vista generalmente di buon occhio in quanto offre al cittadino una possibilità di scelta maggiore e dei canali per ampliare l'offerta pubblica e per sopperire, talvolta, alle sue carenze. La natura giuridica dell'ente erogatore delle prestazioni, tuttavia, si configura come un dato che influisce marginalmente nella scelta del luogo di cura. Una varietà di altri fattori assume un ruolo preponderante nella scelta, quali la prossimità geografica rispetto al luogo di residenza, l'affidabilità del personale medico-sanitario, la qualità ed il grado di specializzazione delle prestazioni erogate. La maggior parte dei cittadini – precisamente l'88,2% – pensa che il **diritto di libera scelta** debba essere maggiormente tutelato, nel rispetto delle esigenze e delle opportunità di ciascuno, attraverso un'opera di valorizzazione e di utilizzo più efficace ed efficiente delle strutture pubbliche e private facenti parte della rete ospedaliera territoriale. La percentuale dei cittadini che si dice a conoscenza della **possibilità di poter accedere senza costi aggiuntivi rispetto al pubblico alle strutture private accreditate è in crescita rispetto al 2005** – in cui il dato registrava il valore del 28% – **ed è pari al 41,1** coloro i quali affermano, invece, di avere vaghe conoscenze a riguardo rappresentano il 39,9%; il restante 19,1% si dichiara completamente ignaro dell'esistenza di questa possibilità.

### *La distribuzione territoriale delle strutture pubbliche e private*

Per quanto riguarda l'aspetto della **distribuzione territoriale di strutture pubbliche e private** accreditate, esiste una prevalenza dei soggetti privati accreditati rispetto a quelli pubblici nell'area centro-settentrionale. Una situazione di sostanziale parità, invece, è

riscontrabile nel Mezzogiorno. Per avere un'idea riguardo alla ripartizione della **spesa e della distribuzione territoriale dei soggetti pubblici e privati**, si può far riferimento ai dati contenuti nell'ultimo Rapporto Aiop 'Ospedali e Salute' che offre un quadro di quelle che sono le caratteristiche dell'assistenza ospedaliera in Italia e della percezione che ne hanno gli utenti. I dati presentati confermano il fatto che ci si trova dinanzi ad un sistema misto pubblico-privato. Il risultato medio nazionale relativo alla percentuale di istituti di ricovero pubblici presenti sul territorio nazionale nel 2013 è del 52,4%, mentre quello riferibile ai privati è del 47,6%.

### *La sanità integrativa vista dagli italiani*

Cresce tra gli italiani la legittimazione sociale della **sanità integrativa, vissuta come un'utile opportunità per soddisfare le esigenze sanitarie della popolazione**, garantendo una maggiore copertura per tutti i cittadini. Come risulta da diversi studi condotti, l'investire mensilmente una quota del proprio reddito per garantirsi una maggiore tutela sanitaria è vissuto dagli iscritti ad un Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa come un miglior utilizzo di risorse, che sarebbero comunque utilizzate per acquistare sanità nel mercato privato. Oggi, ormai, **la sanità integrativa è molto diffusa: vi sono, infatti, 6 milioni di iscritti ai Fondi e 11 milioni complessivi di Assistiti**. Nella categoria delle forme integrative di assistenza sanitaria operanti in Italia, troviamo le casse e i fondi di origine contrattuale o categoriale (per gli autonomi e i professionisti), le società di mutuo soccorso e, infine, le assicurazioni private. Si tratta di organizzazioni che raccolgono su base contrattuale o volontaria il risparmio di singoli cittadini o di intere collettività, allo scopo di fornire la copertura di prestazioni sanitarie che integrano quelle assicurate dai livelli essenziali di assistenza e del sistema sanitario nazionale. Le casse, i fondi e le società di mutuo soccorso operano secondo modalità nonprofit; le assicurazioni private ramo malattia o ramo vita, secondo modalità profit oriented. Nelle intenzioni del legislatore, i fondi sanitari integrativi sono visti come "il secondo pilastro" dell'assistenza sanitaria, enfatizzando quindi il loro carattere di complementarietà rispetto all'assistenza sanitaria pubblica.

Oggi la **sanità in azienda è presente in circa il 15% delle aziende manifatturiere italiane**, con picchi che superano il 25% in alcune aree del Nord (fonte: Sanità integrativa e competitività aziendale – G&G Associated, 2016). Le nuove generazioni percepiscono il rischio di una riduzione dei livelli di assistenza sanitaria pubblica e guardano alle opportunità di welfare aziendale con la consapevolezza delle trasformazioni economiche, demografiche e sociali che stanno investendo il nostro Paese. Quello della **sanità integrativa è, in effetti, uno dei benefit più attesi da parte dei lavoratori, che lo percepiscono meglio degli incentivi monetari**, i quali danno benefici a breve periodo e sono maggiormente tassati. In una stagione di rinnovo di importanti contratti collettivi nazionali del lavoro (metalmeccanico, tessile, agricolo, tra gli altri), è indicativa l'attenzione che oggi le parti sindacali e datoriali riservano al tema della sanità integrativa, che è sistematicamente inserita in tutte le piattaforme di accordo.

Una rilevazione G&G Associated sulla popolazione italiana e su un campione rappresentativo di iscritti al Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa per i dirigenti di

aziende produttrici di beni e servizi (Fasi) ha indagato gli atteggiamenti del pubblico verso le coperture sanitarie integrative (Universo Salute, 2014). Il quadro che emerge è complessivamente molto favorevole nei confronti di questo tipo di servizi integrativi. Nell'ambito del campione della Popolazione Italiana, ben il **59%** dei rispondenti si dichiara **“favorevole alle coperture sanitarie integrative (fondi aziendali o casse mutue professionali)”** e, del restante **41%**, solo il **23%** è esplicitamente **“contrario”** a questo **tipo di opportunità**. Sempre nella stessa ricerca, è interessante analizzare i motivi addotti a supporto di un affiancamento dell'assistenza sanitaria privata a quella pubblica. Nel campione della popolazione Italiana, tali motivi fanno riferimento innanzitutto ad un **“miglioramento dell'efficienza”** del sistema sanitario (9,9% delle risposte spontanee) e a una razionalizzazione dei costi (9,0%), ma non manca chi sottolinea in modo ancora più puntuale **“l'apporto dell'assistenza privata”**, a colmare le lacune, le inefficienze e le distorsioni di quella pubblica (7,5%) e alla maggiore **“velocità/semplificazione”** (6,7%) che tale affiancamento comporterebbe.

### ***Domanda di cure: gli effetti della mobilità interregionale***

L'effetto complessivo della progressiva riduzione delle risorse, negli ultimi anni, ha **acuito il fenomeno della mobilità interregionale dei pazienti**, che per caratteristiche e dimensione, rappresenta una peculiarità del servizio sanitario italiano. La percentuale di mobilità sul totale dei ricoveri risulta in costante crescita, e anzi incrementa ulteriormente a partire dal 2011, proprio in corrispondenza del dispiegarsi delle azioni di contenimento della spesa sanitaria pubblica. Si osserva come le regioni che sono o sono state in piano di rientro sono anche quelle con saldi passivi di mobilità. I pazienti italiani di queste regioni, dunque, sono sempre più spinti a ricercare le cure al di fuori del proprio territorio, con evidente propensione verso quei sistemi sanitari regionali che conservano maggiori margini di efficacia e di efficienza.

Motore Sanità  
[comunicazione@motoresanita.it](mailto:comunicazione@motoresanita.it)