

L'ANALISI DI **GIMBE** AL FORUM RISK MANAGEMENT DI AREZZO

In Molise il fallimento della sanità pubblica

Dopo il Lazio, la regione molisana è quella che fa registrare la maggiore spesa pubblica destinata ai privati, una cifra pari al 28,7% delle risorse, per servizi sanitari che le strutture ospedaliere non sono in grado di fornire ai cittadini che le richiedono

Una telefonata al centralino e in pochi giorni la visita o l'esame di cui si aveva bisogno è fatta; con buona pace del servizio sanitario pubblico e delle liste d'attesa. Così un numero crescente di italiani scelgono di mettere mano al portafoglio e rivolgersi alle strutture sanitarie private. Non solo a quelle convenzionate, ma sempre più spesso a quelle non convenzionate che erogano prestazioni esclusivamente in regime privato, senza alcun rimborso a carico del pubblico. Tra il 2016 e il 2023 la spesa delle famiglie italiane verso strutture di questo tipo è più che raddoppiata (+137%), passando da 3,05 miliardi a 7,23 miliardi. È il trend che emerge da un'analisi realizzata da Fondazione Gimbe e presentata al 20° Forum Risk Management di Arezzo. "Non trovando risposte tempestive nel pubblico né nel privato accreditato, chi può pagare cerca altrove ed esce definitivamente dal perimetro delle tutele pubbliche", afferma il presidente Gimbe Nino Cartabellotta.

Il Lazio è la prima regione italiana per spesa pubblica destinata al privato convenzionato: nel 2023, ultimo dato disponibile della Ragioneria generale dello Stato, la quota di spesa pubblica destinata al privato convenzionato è pari a 29,3 per cento, superiore alla media nazionale del 20,3 per cento e prima fra le regioni italiane. E' quanto emerge dal rapporto della fondazione Gimbe. Dietro al Lazio c'è il Molise in seconda posizione con il 28,7 per cento e in terza posizione c'è la Lombardia con il 27,2 per cento. Chiudono la classifica, quindi con una maggiore offerta di prestazioni pubbliche, la Valle d'Aosta (7,7 per cento), la provincia autonoma di Bolzano (9,9 per cento) e il Friuli Venezia Giulia (10,8 per cento). Sopra la media italiana, dalla quarta alla sesta posizione ci sono: Sicilia (23,9 per cento), Campania (23,3 per cento), Puglia (22 per cento). Sotto la media italiana ci sono: Calabria (18,9 per cento), Piemonte (17,9 per cento), Veneto (16,7 per cen-

to), Emilia Romagna (16,2 per cento), Basilicata (15,5 per cento), Abruzzo (15,3 per cento), Marche (13,7 per cento), Sardegna (13,2 per cento), provincia autonoma di Trento (12,8 per cento), Liguria (12,1 per cento), Umbria (11,6 per cento), Toscana (11,5 per cento). Su base nazionale i 43 miliardi di spesa sanitaria privata dei cittadini nel 2023 sono stati così suddivisi: 12,1 miliardi alle farmacie, 10,6 miliardi a professionisti sanitari (di cui 5,8 miliardi odontoiatri e 2,6 miliardi ai medici), 7,6 miliardi alle strutture private accreditate e 7,2 miliardi al privato puro, ovvero alle strutture non accreditate, 2,2 miliardi alle strutture pubbliche per libera professione e altro. Secondo l'annuario statistico del ministero della Salute, nel 2023 delle 29.386 strutture sanitarie censite, il 58 per cento (17.042) sono strutture private accredita-



Peso: 2-86%, 3-55%

te e il 42 per cento (12.344) strutture pubbliche. Il privato accreditato prevale ampiamente in varie tipologie di assistenza: residenziale (85,1 per cento), riabilitativa (78,4 per cento), semi-residenziale (72,8 per cento) e, in misura minore, nella specialistica ambulatoriale (59,7 per cento). Per il 2024 la spesa sanitaria a carico dei cittadini ammonta invece a 41,3 miliardi, pari al 22,3 per cento della spesa sanitaria totale, in crescita quindi sul 2023 quando si è assestata al 20,3 per cento.

“Il termine ‘privato’ in sanità - spiega Cartabellotta - viene utilizzato per indicare tutti gli attori coinvolti nel finanziamento, rimborso, programmazione ed erogazione di servizi e prestazioni sanitarie e socio-sanitarie. Ma oggi, sotto un’unica etichetta, convivono realtà molto differenti, con attitudini altrettanto diverse nel mantenere l’equilibrio tra generazione di profitti e tutela della salute”. La Fondazione **GIMBE** indica quattro macro-categorie di soggetti privati: erogatori che forniscono servizi e prestazioni sanitarie e socio-sanitarie; investitori che immettono capitali con finalità di sviluppo del settore e di produzione di utili; terzi paganti (fondi sanitari, assicurazioni, etc.) che svolgono la funzione di pagatore intermedio tra erogatori e cittadini; realtà che stipulano partenariati pubblico-privato (PPP) con Aziende Sanitarie, Regioni e altri enti. Ciascun soggetto privato può avere natura giuridica profit o non-profit: questi ultimi, se non rappresentano una minaccia per il SSN, nella percezione pubblica finiscono per essere considerati alla stregua di attori privati con elevata propensione ai profitti. La privatizzazione della sanità può essere misurata

attraverso due macro-fenomeni: l’aumento della spesa sanitaria out-of-pocket (privatizzazione della spesa) e la crescita del numero e delle tipologie di soggetti privati che erogano servizi e prestazioni sanitarie (privatizzazione della produzione). “Al di là di schemi predefiniti e della molteplicità di attori privati - spiega Cartabellotta - le loro relazioni non sempre trasparenti e le dinamiche più orientate al profitto che a tutelare la salute delle persone stanno concretizzando, giorno dopo giorno, una silenziosa privatizzazione del SSN, il cui progressivo indebolimento fornisce un terreno sempre più fertile”. Il privato accreditato prevale ampiamente in varie tipologie di assistenza: residenziale (85,1%), riabilitativa (78,4%), semi-residenziale (72,8%) e, in misura minore, nella specialistica ambulatoriale (59,7%). La spesa pubblica destinata al privato convenzionato è aumentata di oltre 5 miliardi tra il 2012 e il 2024, tuttavia la sua quota sulla spesa sanitaria totale è rimasta sostanzialmente stabile a livelli poco superiori al 20%. Crescono anche i ‘terzi paganti’: fondi sanitari, casse mutue, compagnie assicurative, imprese, enti del terzo settore e altre realtà non profit. Nel 2024, la spesa sostenuta da questi attori ha raggiunto 6,36 miliardi, con un incremento di oltre 2 miliardi nel triennio post-pandemia.

“Con quasi un euro su quattro di spesa sanitaria sborsato dalle famiglie - osserva Cartabellotta - oggi siamo sostanzialmente di fronte a un servizio sanitario ‘misto’, senza che nessun Governo lo abbia mai esplicitamente previsto o tantomeno dichiarato. Peraltro, la spesa ‘out-of pocket’ non è più un indicatore affidabile delle mancate tutele pubbliche, perché viene sempre più

arginata dall’impoverimento delle famiglie: le rinunce alle prestazioni sanitarie sono passate da 4,1 milioni nel 2022 a 5,8 milioni nel 2022 a 5,8 milioni nel 2024”. Chi incassa questi i soldi spesi di tasca propria dalla famiglia per curarsi? “Nel 2023, anno più recente a disposizione, i 43 miliardi di spesa sanitaria privata sono così suddivisi: 12,1 miliardi alle farmacie, 10,6 miliardi a professionisti sanitari (di cui 5,8 miliardi odontoiatri e 2,6 miliardi ai medici), 7,6 miliardi alle strutture private accreditate e 7,2 miliardi al privato ‘puro’, ovvero alle strutture non accreditate e 2,2 miliardi alle strutture pubbliche per libera professione e altro”, si legge nell’analisi di **GIMBE**. “Questi numeri - osserva Cartabellotta - fotografano con chiarezza che la privatizzazione della spesa sta determinando una progressiva uscita dei cittadini dal perimetro delle tutele pubbliche, acquistando direttamente sul mercato le prestazioni necessarie”.

La Fondazione **GIMBE** ribadisce che è ancora possibile invertire la rotta. Come? Con un consistente e stabile rilancio del finanziamento pubblico, un “paniere” di Livelli Essenziali di Assistenza compatibile con l’entità delle risorse assegnate, un “secondo pilastro” che sia realmente integrativo rispetto al SSN ed eviti di dirottare fondi pubblici verso profitti privati e alimentare derive consumistiche, un rapporto pubblico-privato governato da regole pubbliche chiare sotto il segno di una reale integrazione e non della sterile competizione. “Solo intervenendo su questi assi strate-



gici - conclude Cartabellotta - sarà possibile restituire al SSN il ruolo che la Costituzione gli assegna: garantire a tutte le persone il diritto alla tutela salute, indipendentemente dal reddito, dal CAP di residenza e dalle condizioni socio-culturali. Perché di fronte alla malattia siamo tutti uguali solo sulla Carta. Ma nella vita di tutti i giorni si moltiplicano inaccettabili disuguaglianze che un Paese civile non può accettare”.

PRIVATO CONVENZIONATO - Secondo l'Annuario statistico del ministero della Salute, nel 2023 delle 29.386 strutture sanitarie censite, il 58% (17.042 in numeri assoluti) sono strutture private accreditate e il 42% (12.344) strutture pubbliche. Il privato accreditato prevale ampiamente in varie tipologie di assistenza: residenziale (85,1%), riabilitativa (78,4%), semi-residenziale (72,8%) e, in misura minore, nella specialistica ambulatoriale (59,7%). Dal punto di vista finanziario, nel periodo 2012-2024 la spesa pubblica destinata al privato convenzionato e' aumentata di 5.333 milioni di euro (+22,8%), passando da 23.376 milioni nel 2012 a 28.709 milioni nel 2024. Ma questa crescita in valore assoluto non si e' tradotta in un maggiore peso percentuale sulla spesa sanitaria totale: l'incidenza e' rimasta stabile fino al 2019 e, a partire dal 2020, ha iniziato a ridursi fino a toccare nel 2024 il minimo storico del 20,8% “Questo dato - commenta Cartabellotta - da un lato documentata la ‘sofferenza’ del privato convenzionato, dall'altro dimostra scelte politiche poco lungimiranti. Infatti, diverse Regioni hanno favorito un'eccessiva espansione del privato accreditato senza disporre di risorse adeguate, visto che l'imponente definanziamen-

to del Ssn ha mantenuto ferme le tariffe di rimborso delle prestazioni. Ne sono derivati squilibri strutturali e tensioni ricorrenti su tetti di spesa e convenzioni, spesso ridimensionate nei volumi o, addirittura, interrotte”.

PRIVATO NON CONVENZIONATO - Negli ultimi anni e' questo settore a registrare la crescita piu' marcata: tra il 2016 e il 2023 la spesa delle famiglie verso le strutture non convenzionate e' aumentata del 137%, passando da 3,05 miliardi a 7,23 miliardi, con un incremento medio di circa 600 milioni l'anno. Nello stesso periodo la spesa delle famiglie per il privato accreditato e' cresciuta solo del 45%; di conseguenza il netto divario tra spesa delle famiglie verso il privato 'puro' e verso il privato convenzionato si e' praticamente azzerato passando da 2,2 miliardi nel 2016 a soli 390 milioni nel 2023. “Tra i fenomeni di privatizzazione - conclude Cartabellotta - la dinamica piu' preoccupante e' dunque la velocita' di crescita del privato 'puro'. Infatti, mentre il dibattito pubblico continua ad avvitarsi sul ruolo del privato convenzionato, la cui incidenza sulla spesa sanitaria si e' addirittura ridotta, i dati documentano la crescita esponenziale della spesa out-of-pocket verso il privato 'puro'. Non trovando risposte tempestive nel pubblico ne' nel privato accreditato, chi puo' pagare cerca altrove ed esce definitivamente dal perimetro delle tutele pubbliche”.

“L'analisi dei dati presentati dalla Fondazione **Gimbe** in merito alla crescente spesa sanitaria a carico delle famiglie italiane solleva preoccupazioni gravissime sulla direzione in cui sta andando il nostro sistema sanitario. In particolare, la cifra record di 7,2 miliardi di euro destina-

ti al privato “puro”, cioè alle strutture sanitarie non accreditate, evidenzia un fenomeno di privatizzazione della salute che sta sfuggendo al controllo delle istituzioni e che sembra favorita dall'attuale governo”. Così Ilenia Malavasi, deputata del Pd della commissione affari sociali, annuncia in una nota di aver depositato, con i colleghi del gruppo Pd della commissione, un'interrogazione parlamentare “I numeri sono inquietanti e certificano un dato che già molti avevano temuto: la sanità pubblica sta scomparendo sotto i colpi della privatizzazione selvaggia. Quasi uno su quattro euro speso per la salute in Italia proviene dalle tasche dei cittadini e viene indirizzato verso strutture private, senza alcuna forma di controllo pubblico o di garanzia di equità. È il segno di un sistema sanitario che, invece di essere al servizio di tutti, sta diventando sempre più inaccessibile per chi non ha le risorse per pagare”, commenta Malavasi, secondo cui “il dato più preoccupante riguarda la crescita esponenziale della spesa verso il privato non convenzionato, che ha visto un aumento del 137% dal 2016 al 2023. Questo fenomeno non è il risultato di una maggiore efficienza o qualità dei servizi privati, ma del sottofinanziamento del sistema pubblico che fa fatica a garantire i servizi fondamentali ai cittadini”. “Il quadro delineato dai dati **Gimbe** è chiarissimo: la sanità privata, in particolare quella non accreditata, sta sostituendo quella pubblica, creando un sistema a due velocità in cui solo chi può permetterselo ha accesso a



cure tempestive e di qualità. Se la spesa sanitaria totale è aumentata, la parte di questa destinata al pubblico è rimasta stagnante, mentre quella destinata ai privati ha visto un costante incremento. Lo Stato ha abdicato al suo ruolo di garante del diritto alla salute, che dovrebbe essere

universale e gratuito, come sancito dalla Costituzione. È inaccettabile che milioni di italiani, tra cui tanti pensionati e famiglie in difficoltà, debbano fare affidamento sulla sanità privata per ricevere cure che dovrebbero essere garantite dallo Stato", conclude Malavasi.



**DI SNT0,
DIRETTORE GENERALE
DI ASREM**



Peso: 2-86%, 3-55%