



COMUNICATO STAMPA

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

Nella produzione di servizi sanitari “Pubblico e privato quasi alla pari”

- Sono 35 milioni gli italiani che pagano di tasca propria il ricorso a prestazioni sanitarie private.
- 11 milioni di italiani rinunciano o rinviando nel tempo alcune prestazioni sanitarie perché non in grado di affrontarne il costo.
- Sono 10,2 milioni gli italiani che negli ultimi anni hanno fatto maggiore ricorso al privato, causa lunghezza delle liste di attesa, percepita come limitazione ai servizi sanitari e alla salute.
- 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%).
- Cresce la richiesta di sanità integrativa: 6 milioni di iscritti ai Fondi e 11 milioni complessivi di assistiti.
- Mobilità interregionale: sempre più italiani ricercano le cure verso sistemi sanitari regionali che hanno maggiori margini di efficacia e di efficienza.

Padova, 12 aprile 2018. Circa 35 milioni di italiani 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%).

Il rapporto futuro tra servizio sanitario pubblico e privato e il suo impatto sulla società in continua trasformazione è al centro della *School di Padova 2018*, evento organizzato da Motore Sanità che mira a 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.

«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 – ha detto **Michele Vietti**, avvocato già vicepresidente del Consiglio Superiore della Magistratura, aprendo i lavori -. 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».

«La sanità pubblica e la sanità privata non devono andare in competizione ma devono collaborare, ognuno ha dei compiti ben precisi – è intervenuto **Domenico Mantoan**, direttore generale della Sanità della Regione Veneto -. 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 – ha anticipato **Mantoan** - è la gestione del territorio, di fronte ad un 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».

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, che rinuncia o rinvia nel tempo alcune prestazioni sanitarie perché non in grado di affrontarne il costo (fonte: “Dalla fotografia dell’evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo” – Censis e RBM assicurazione Salute, 2016).

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, Farindustria 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.

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 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.

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.

Ufficio stampa Motore Sanità
comunicazione@motoresanita.it
Liliana Carbone 347.2642114
Marco Biondi 327.8920962