

Altri contributi

Dimensioni, processi ed esiti del privato in sanità

Dimensions, processes and outcomes of the private sector in health care

Carlo Romagnoli

Medico specialista in Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica

Parole chiave: impatto sulla salute, impatto sul sistema sanitario, fornitore privato di servizi sanitari, quadro concettuale

RIASSUNTO

Le principali espressioni del privato in sanità sono rappresentate da privato convenzionato per l'assistenza ospedaliera, extraospedaliera (territoriale, diagnostica, specialistica) e residenziale, dalla spesa diretta delle famiglie (Out Of Pocket: OOP) per visite, analisi, farmaci, ricoveri etc e dalla spesa intermediata da fondi ed assicurazioni private attivate per lo più tramite accordi sindacali di categoria.

Obiettivi: descrivere per ciascuna delle tre tipologie di investimento privato in sanità per l'Italia e le regioni italiane -con un focus esemplificativo sull'Umbria - dimensioni, sviluppo nei processi assistenziali, esiti per il pz. ed l'eco sistema socio sanitario.

Materiali e metodi: sono state attivate tre linee di ricerca bibliografica su: a) revisione sistematiche e studi relativi agli effetti del privato in sanità; b) report ministeriali e di agenzie nazionali contenenti dati sul fenomeno indagato; c) framework capaci di descrivere gli esiti per il paziente e per l'ecosistema sociosanitario.

Risultati: a) la letteratura scientifica disponibile non evidenzia benefici del privato in sanità né depone per una sua non inferiorità nei confronti della gestione pubblica, dati i riscontri negativi in termini di diseguità di accesso alle cure efficaci, sicurezza, qualità assistenziale, costi per i cittadini ed il pagatore, spoliamento delle funzioni assistenziali, centralità della malattia per sostenere il business, concorrenza per risorse scarse quali fondi e personale e noti problemi di regolazione e rispetto di norme e contratti; b) sono disponibili dati che illustrano, per ciascuna tipologia, sviluppo in Italia e a livello di ciascuna regione, con crescite maggiori nella assistenza extraospedaliera, dove i settori della diagnostica di laboratorio e strumentale, della specialistica (non solo odontoiatria, ora tutte le branche sono interessate) e l'assistenza residenziale sono appaltati in quota prevalente al privato accreditato, mentre nell'assistenza ospedaliera molte regioni importanti hanno un terzo o più (Lazio) di strutture private accreditate; la spesa OOP

Autore per corrispondenza: surfcasting.dakla@gmail.com

incide per oltre il 20% della spesa sanitaria totale; la spesa intermediata ha un andamento eterogeneo e alternante legato alle difficoltà a garantire condizioni di profitto stabili il che potrebbe produrre ulteriori misure statali a garanzia di tale settore; c) le misure degli esiti di salute per il paziente e per l'ecosistema sistematizzate nel framework qui proposto, evidenziano le carenze attese in base ai dati di letteratura, mentre per effetto della quarantennale attività di servizio al privato dello stato neoliberista italiano, sono stati imposti al SSN una serie di lacci e laccioli che ne limitano notevolmente la qualità, rendendo "conveniente" per chi può permetterselo il ricorso al privato.

Conclusioni: questo studio, misurando sviluppo e criticità del privato in sanità, sostiene l'individuazione e lo sviluppo di politiche mirate di contrasto a livello nazionale e regionale, chiarendo che la convenienza del farvi ricorso è frutto della sregolazione imposta al servizio pubblico per risolvere la quale è necessario tornare a politiche di organizzazione appropriata dell'assistenza e di pianificazione partecipata, data l'evidenza disponibile sulla incapacità del mercato di allocare le risorse e garantire servizi capaci di rispondere equamente ai bisogni di salute e di assistenza.

Key words: "Health impact", "health system impact" e "private health providers", framework

SUMMARY

The main expressions of the private sector in health care are represented by private agreements for hospital care, out-of-hospital care (territorial, diagnostic, specialist) and residential care, by the direct expenditure of families (Out Of Pocket: OOP) for examinations, analyses, medicines, admissions, etc., and by the expenditure intermediated by private funds and insurances activated for the most part through trade union agreements. *Objectives:* to describe for each of the three types of private investment in health care for Italy and the Italian regions - with an exemplifying focus on Umbria - dimensions, development in the care processes, outcomes for the patient and the eco-social health system.

Materials and methods: three lines of bibliographic research were activated on: a) systematic reviews and studies on the effects of the private sector in health care; b) ministerial and national agency reports containing data on the phenomenon under investigation; frameworks capable of describing the outcomes for the patient and for the socio-health care eco-system.

Results: a) the available scientific literature does not show any benefits of the private sector in health care, nor does it suggest that it is not inferior to public management, given the negative findings in terms of unequal access to effective care, safety, quality of care, costs for citizens and payers, spoliation of care functions, centrality of illness to sustain business, competition for scarce resources such as funds and personnel, and well-known problems of regulation and compliance with rules and contracts; b) data are available that illustrate, for each type, development in Italy and at the level of each region, with greater growth in out-of-hospital care, where the sectors of laboratory and instrumental diagnostics, specialist care (not only dentistry, now all the branches are involved) and residential care are contracted out in a prevalent share to the accredited private sector, while in hospital care many important regions have a third or more (Lazio) of accredited private facilities; OOP expenditure accounts for more than 20 per cent of the total healthcare expenditure; intermediated expenditure has a heterogeneous and alternating trend linked to the difficulties in guaranteeing stable profit conditions, which could lead to further state measures to guarantee this sector; c) the measures of health outcomes for the patient and for the ecosystem systematised in the framework proposed here, highlight the shortcomings expected on the basis of the literature data, with the complication that as a result of the forty years of service to the private sector of the neo-liberal Italian state, a series of strings and ties have been imposed on the NHS that considerably limit its quality, making it 'convenient' for those who can afford it to resort to the private sector.

Conclusions: this study, by measuring the development and criticality of the private sector in health care, supports the identification and development of targeted policies to counter it at the national and regional levels, making it clear that the convenience of resorting to the private sector is the result of an artificial dysregulation of the public service, to resolve which it is necessary to return to policies of appropriate organisation of health care systems and participatory planning, given the evidence available on the market's inability to allocate resources and guarantee services capable of responding fairly to health and care needs.

1) Premessa

La diffusione del privato in sanità è stata possibile grazie ad una lunga produzione di politiche di servizio al privato messe in campo dallo stato neoliberista e volte a imporre al Servizio Sanitario Nazionale lacci e laccioli, de-finanziamento e scarsità programmata di risorse umane (1), facendo così in modo da renderlo sempre meno accessibile e capace di dare risposte di qualità ai problemi di salute e di assistenza della popolazione e al contempo far apparire “conveniente” l'accesso ai servizi privati, mentre nessun Piano sanitario nazionale degno di questo nome è stato mai approvato per superare le profonde disuguaglianze di salute e di assistenza tra e nelle varie regioni e governare un appropriato sviluppo del SSN.

L'aziendalizzazione della sanità ha introdotto logiche organizzative inappropriate per il governo e la gestione di servizi socio sanitari (2) mentre ai cittadini, agli operatori ed alle istituzioni locali serve una organizzazione capace di produrre e valorizzare momenti strutturati di partecipazione, confronto scientifico e relazioni istituzionali per tutelare efficacemente la salute delle persone, uscendo da approcci economicisti tanto inappropriati per gestire gli investimenti sociali per la salute quanto dannosi per la salute collettiva.

Peraltro, pur non essendovi da un punto di vista di popolazione alcuno studio epidemiologico serio che dimostri la “non inferiorità” del privato rispetto ai servizi sanitari pubblici (3), assistiamo ad una sguaiata euforia per l'introduzione di ulteriori forme di privato in sanità, che coinvolge ampi settori sociali.

In questa cornice è importante analizzare le attuali dimensioni e gli effetti del privato nella sanità italiana e regionale per le principali tre espressioni del privato in sanità:

- *il privato convenzionato nell'assistenza ospedaliera, extraospedaliera (territoriale, diagnostica, specialistica) e residenziale;*
- *la spesa diretta delle famiglie (Out of Pocket: OOP) per visite, analisi, farmaci, ricoveri etc;*
- *la spesa intermediata da fondi ed assicurazioni private attivate per lo più tramite accordi sindacali...*

2) Obiettivi

Descrivere per ciascuna delle tre tipologie di investimento privato in sanità:

- dimensioni
- sviluppo nei processi assistenziali
- esiti per il pz. e l'eco sistema socio sanitario (svilupandone un approfondimento esemplificativo per la regione Umbria).

3) Metodologia

3.A) Materiali

Sono state attivate tre linee di ricerca bibliografica:

- a) su Pub med e Google Scholar per rilevare le pubblicazioni che hanno affrontato la descrizione degli effetti della privatizzazione della sanità negli ultimi 4 anni, dando preferenza a revisioni riguardanti le parole chiave “Health impact”, “health system impact” e “private care”, “private equity”, “private providers”;
- b) sulle produzioni ufficiali di Ministero della salute, Annuario Statistico del SSN 2023 (4) e di agenzie che producono report periodici sul SSN: Rapporto OASI 2023 della Università Bocconi (5), Rapporto CREA 2023 della Università S Raffaele (6), Piano Nazionale Esiti di Agenas (7).

Di conseguenza i dati fanno riferimento per lo più agli anni 2021 e 2022, con alcune stime più recenti, ma in ogni caso con un certo ritardo, abituale in queste fonti, rispetto al periodo attuale;

- c) su Pub Med e Google Scholar per rilevare le pubblicazioni relative a “framework” e “impact of private health providers” dal 2000 ad oggi;

Questa ultima linea di ricerca ha fatto emergere numerosi quadri di riferimento (8,9,10,11 e 12) per comprendere e valutare l'impatto e la performance dei sistemi sanitari. Di particolare rilevanza ai nostri fini è risultato il lavoro del gruppo di studio dell'Institute of Global Health Innovation, Imperial College London (12) che ha prodotto un *“Framework for understanding the impact of private health providers”* per sintetizzare gli esiti degli investimenti privati in sanità sulla Copertura Sanitaria Universale. A tal fine gli autori propongono un framework che assembla variabili da monitorare in quanto importanti per il paziente e per il sistema, sintetizzati nella figura 1.

Mentre le variabili che riguardano gli effetti sul paziente trovano riscontro nella letteratura, l'enfasi su alcune variabili relative al potenziale effetto positivo del privato sull'ecosistema (partnership, leadership, capability, capacity) non trovano significative



Figura 1: Framework for understanding the impact of private health providers” (12)

conferme; a sua volta la prevenzione appare sviluppata dai fornitori privati mai in termini di prevenzione primaria ambientale e talora in termini di prevenzione primaria individuale con responsabilizzazione dell’individuo, enfasi su nuove vaccinazioni o prescrizioni di integratori e farmaci, nel complesso rilevando la debolezza epistemologica di tali misure.

3.B) Metodi

Sono state pertanto individuate, sulla scorta dei risultati prodotti dalla prima e dalla seconda linea di ricerca, le seguenti variabili per l’impatto sul paziente e distintamente sull’ecosistema socio sanitario delle prestazioni fornite da operatori privati:

a) nella prospettiva del paziente le variabili più rilevanti (1,2,12) sono:

- la sicurezza;
- l’efficacia clinica;
- l’appropriatezza;
- l’esperienza del paziente;
- l’equità di accesso;
- l’accessibilità economica geografica e culturale;
- la convenienza;

- per quanto riguarda la dimensione della qualità “efficienza”, questa va collocata appropriatamente in stretta relazione con le variabili suddette e ne va rifiutata una declinazione “autistica” in quanto capace di portare a sostituzione dei fini.
- b) nella prospettiva dell’ecosistema le dimensioni della qualità dell’assistenza sanitaria che meglio descrivono l’impatto sono state individuate (1, 2, 12) in:
- relazioni del modello assistenziale con salute e malattia: paga la salute o paga la malattia?
 - spoliazione delle funzioni del SSR: dall’approccio esteso ai principali determinanti alla sola consulenza specialistica;
 - costi reali per il pagatore e per il paziente;
 - rispetto norme e contratti;
 - riduzione degli standard di personale ed assistenziali nei servizi privati;
 - riduzione di fondi e personale per i servizi gestiti direttamente dal pubblico.
- In base delle evidenze e valutazioni esposte si assume il quadro concettuale delineato nella fig. 2.



Figura 2: Quadro degli esiti del privato in sanità per il paziente e l’ecosistema socio sanitario.

Per ciascuna variabile si sono individuate specifiche misure (tabelle 1 e 2) rispettivamente per gli esiti relativi al pz e per quelli relativi all'ecosistema socio sanitario.

Variabile	Processi da monitorare	Parametri
Sicurezza	- Uso di linee guida di pratica clinica riconosciute e basate sull'evidenza, come le liste di controllo; linee guida per la prevenzione e il controllo delle infezioni (17,18) - Sistemi di segnalazione delle incidenze e degli eventi avversi - Livelli di personale sicuri, rapporti di personale clinico stabiliti in base alle esigenze (20, 21) - Verifica delle qualifiche professionali del personale (22)	Tasso di mortalità chirurgica (19) % complicazioni post-chirurg.(19) - Rapporto di sicurezza del personale presente o assente (22) Qualifiche professionali garantite o meno
Efficacia	Effetti negativi delle prestazioni per la salute del paziente (Agenas, 23)	Mortalità a 30GG dal ricovero/STD % di riammissione/STD % di reintervento/STD SI/NO Varia per ciascun settore
Appropriatezza	Comunicazione trasparente dei dati di efficacia Livello organizzativo, tempistica, prestazioni e presenza di qualifiche professionali cui da luogo la presa in carico	
Accessibilità	Distribuzione territoriale aree non urbane Telemedicina Disponibilità servizi di genere Disponibilità di mediatori culturali	Mappatura della accessibilità con trasporti pubblici entro 30 minuti dalla residenza SI/NO SI/NO SI/NO
Convenienza	Congruità orari di apertura Convenienza complessiva	(varia per tipologia di servizio e di utenza) differenziale pesato su costi (30%), tempi di accesso (50%) e distanza da domicilio (20%) tra il servizio privato ed uno pubblico di riferim.
Esperienza	Scarto tra costi per accesso al pubblico e costi per accesso al privato Esistenza di indagini sulla soddisfazione dei pz Procedura di reclamo visibile - Politiche chiare per ottenere il consenso informato del paziente Rappresentanti dei pazienti invitati alle riunioni del consiglio di amministrazione	SI/NO SI/NO SI/NO SI/NO

Tabella 1: misure e parametri per le variabili che descrivono gli effetti del privato sulla qualità dell'assistenza erogata al paziente

Variabile	Processi da monitorare	Parametri
Paga la salute o paga la malattia	Il fornitore di assistenza ha interesse che ci siano più persone malate o più persone sane?	A: paga la malattia; B: paga la salute
Spoliazione delle funzioni del SSR	Modalità ordinarie presa in carico Esistenza protocolli con ente locale, servizi sociali,	Singola visita specialistica (--), valutazione multidisciplinare (+), interv. terapeutico integrato (++) In euro
Costi reali per il paziente	OOP per prestazione e per ciclo di cura	
Costi reali per il SSR	Tariffe riconosciute negli accordi contrattuali e differenza con gestione diretta	In Euro
Rispetto di norme e contratti	Violazioni rilevate di norme e contratti	Indagini NAS, ispettorato lavoro e segnalazioni dei sindacati
Riduzione degli std di personale ed assistenziali	Confronto tra std personale previsti nelle linee guida e quelli realmente operanti nel servizio per ciascuna tipologia di figura professionale e per le unità valutative multidisciplinari	Std 100%
Riduzione di fondi e personale per i servizi gestiti direttamente dal pubblico	- Incidenza della spesa per il privato convenzionato sul totale della spesa sanitaria pubblica per settore assistenziale e nel complesso - Limiti alle iniziative di reclutamento nel settore pubblico - sottrazione di risorse umane dal settore pubblico - Assunzione di personale dall'estero	% Descrizione Descrizione Descrizione

Tabella 2: misure e parametri per le variabili che descrivono gli effetti del privato sull'ecosistema socio sanitario

4) Risultati

4.A) Evidenze disponibili in letteratura

Le evidenze disponibili in letteratura convergono nel rilevare, accanto allo sviluppo di investimenti privati in sanità, effetti negativi sulla qualità delle cure:

a) una revisione sistematica pubblicata nel 2023 da Borra et al (19) ha esaminato in vari contesti i trend della proprietà di servizi sanitari da parte di fondi privati di investimento, rilevando che questo tipo di proprietà:

- è in rapido aumento soprattutto nelle strutture per anziani, negli ospedali e nella specialistica (dermatologia, oculistica, ortopedia);
- è stata associata a riduzione dei livelli di personale infermieristico o al passaggio a un mix di competenze infermieristiche nelle strutture per anziani;
- non sono stati identificati impatti positivi consistenti di questo tipo di proprietà sulla qualità dell'assistenza sanitaria;
- tra le misure di risultato, è stata associata in modo più consistente a aumento dei costi per i pazienti o gli enti pagatori. Inoltre, è stata associata a impatti da misti e dannosi sulla qualità dell'assistenza;

A causa della prevalenza di pubblicazioni relative agli USA ed al connesso rischio di distorsione, secondo gli autori le conclusioni potrebbero non essere generalizzabili a livello internazionale.

b) De Falco et al (20) hanno studiato gli effetti sui diritti umani della presenza crescente di attori privati nell'assistenza sanitaria, osservando come questi possono produrre sovrainvestimenti nei servizi medici che offrono maggiori profitti a svantaggio di o con sottoinvestimenti nei settori come la prevenzione, la medicina di famiglia o i servizi di emergenza di cui beneficiano quote più ampie di popolazione ma producono pochi profitti; questi AA concludono che il coinvolgimento di attori privati nel finanziamento, nella fornitura e nella governance dell'assistenza sanitaria contribuisce alla disuguaglianza economica.

c) Harris E (21) in una revisione sistematica che ha esaminato 55 studi condotti in 8 differenti Paesi rileva che i fondi privati hanno impiegato i risparmi degli investitori in modo crescente per comprare servizi sanitari e rivenderli dopo 3-7 anni, realizzando cospicui profitti, mentre hanno prodotto costi più alti per pazienti e pagatori.

d) Una revisione degli effetti sul paziente e sul sistema sanitario degli investimenti privati in sanità condotta da Wadge et al (12, op cit) nel quadro di un gruppo di studio dell'Institute of Global Health Innovation, Imperial College London ha evidenziato che:

- in molti Paesi la crescita del settore privato è stata associata a costi elevati e bassa

- efficienza;
- è dimostrato che alcuni fornitori del settore privato offrono un'assistenza di qualità inferiore.
 - la regolamentazione dei fornitori del settore privato può essere più difficile e costosa di quella del settore pubblico;
 - l'offerta privata è spesso meno accessibile e conveniente e aumenta le disuguaglianze escludendo i poveri e i marginali, un gruppo che tende a includere in modo sproporzionato donne e ragazze.
 - il settore privato è in concorrenza diretta con i servizi sociosanitari pubblici per quello che spesso è un bacino di forza lavoro ridotto. Lo stesso gruppo di studio ha prodotto un *"Framework for understanding the impact of private health providers"* ai nostri fini di rilevante interesse e che viene commentato in modo approfondito nelle sezioni successive.

e) Goodair e Reeves (3, op cit) in una revisione pubblicata recentemente su Lancet esaminano gli effetti della privatizzazione dei servizi sanitari sulla qualità delle cure, rilevando che "Nessuno studio di questa revisione ha riscontrato che l'aumento della privatizzazione corrisponda a migliori risultati sanitari per i pazienti...."

Come minimo, la privatizzazione della sanità non ha quasi mai avuto un effetto positivo sulla qualità delle cure.

Ma anche l'esternalizzazione non è benevola, perché può ridurre i costi, ma sembra farlo a spese della qualità delle cure.

Nel complesso, la nostra revisione fornisce prove che mettono in discussione le giustificazioni per la privatizzazione dell'assistenza sanitaria e conclude che il supporto scientifico per un'ulteriore privatizzazione dei servizi sanitari è debole."

f) Sulle dimensioni negli Stati Uniti del processo di finanziarizzazione che supporta lo sviluppo del privato in Sanità Bruch JD, Roy V, Grogan CM (22) osservano che "... la politica sanitaria riguardo a qualità, equità e costi deve fare i conti con l'influenza emergente del settore finanziario all'interno del sistema sanitario... e in cui i mercati finanziari hanno per obiettivo la crescita dei profitti a breve termine e la distribuzione di questa crescita ad attori finanziari esterni agli enti sanitari".

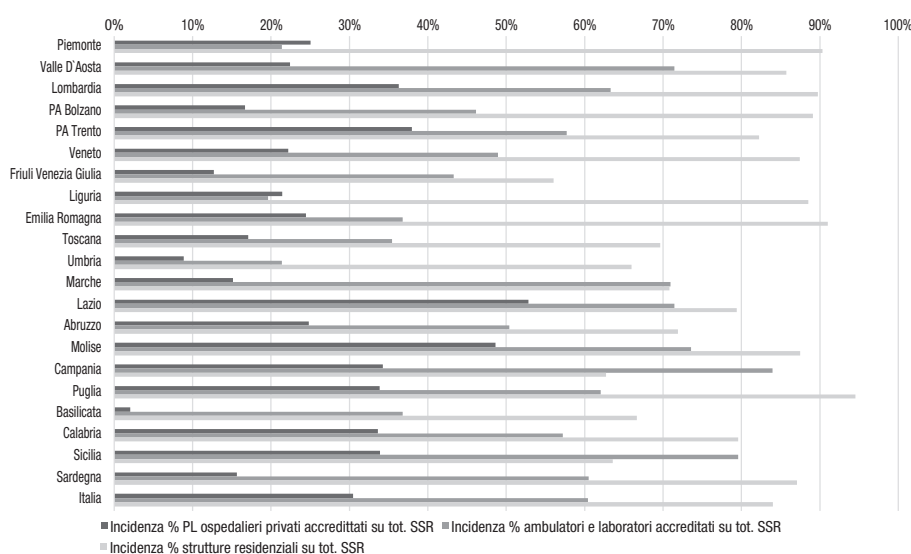
4.B) Dimensioni nazionali e regionali di ciascuna tipologia del privato in sanità

4.B.1) Dimensioni della spesa sostenuta dal Servizio sanitario per pagare i servizi sanitari privati convenzionati (4, 5).

- Complessivamente in Italia nel 2022 la spesa totale del SSN per l'assistenza pri-

- vata accreditata è stata pari al 17,5% con punte del 25,5% in Lazio e del 24,3% in Lombardia (8,6% in Umbria che ha il valore nazionale più basso); tradotta in Euro pro capite la spesa per il privato accreditato corrisponde a 414 euro per l'Italia con punte di 587 euro in Lombardia e 576 in Lazio e 214 in Umbria;
- per l'assistenza ospedaliera accreditata si sono spesi 151 € pro capite come media nazionale, con variazioni ampie tra regioni (266 nel Lazio, 231 nella Lombardia, 5 in Basilicata, 47 euro in Umbria);
 - per l'assistenza specialistica accreditata si sono spesi 88 € pro capite a livello nazionale mentre nelle regioni la spesa varia tra valori massimi raggiunti in Campania 147 € in Lombardia e Sicilia 116 € e valori minori raggiunti a Bolzano (29), in Liguria (33) e in Umbria 34 €;
 - per la riabilitazione 29 € pro capite a livello nazionale, 64 in Liguria, 0 in Emilia Romagna, 12 in Umbria ;
 - per le restanti prestazioni accreditate 145 € a livello nazionale con punte di 233 in Lombardia e valori ancora inferiori in Umbria.

Figura 4.9 Inquadramento dei Servizi Sanitari Regionali analizzati: quota di offerta gestita dal privato accreditato, 2021



Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario statistico del SSN 2023, Open data Posti letto 2023 e ISTAT

Figura 3: Incidenza % del privato accreditato su posti letto assistenza ospedaliera, ambulatori e laboratori, servizi residenziali nelle regioni italiane al 2021 (5)

L'analisi spaziale (Fig 3) evidenzia una certa eterogeneità nei livelli di sviluppo del privato accreditato quanto ai posti letto ed alle strutture accreditate rispettivamente

in Italia ed in Umbria:

- i posti letto ospedalieri convenzionati sono pari al 32% a livello nazionale, con picchi del 52% nel Lazio e del 37% in Lombardia, mentre tra i valori regionali più bassi troviamo l'Umbria al 9 %;
- per gli ambulatori e laboratori accreditati a fronte di una media nazionale del 60% si riscontrano punte dell'83% in Campania, dell'80% in Calabria, del 70% nel Lazio e del 62% in Lombardia, mentre valori più bassi (22%) si riscontrano in Umbria,
- per le strutture residenziali la media nazionale sale all'84% con picchi del 95% in Campania, del 90% in Lombardia e Piemonte, mentre il valore più basso si riscontra nel Friuli con il 55% con l'Umbria attestata al 65%,

In termini di trend temporale dal 1998 al 2021 si sono avuti i seguenti andamenti nella percentuale di strutture private accreditate:

- tutte le strutture private accreditate: Italia dal 39% al 56%, Lombardia dal 34 al 70%, Abruzzo dal 41% al 32% (regione in decrescita insieme alla Sicilia), Umbria dal 15% al 33%;
- ambulatori e laboratori: Italia dal 49% al 60%, Campania 84%, Piemonte dal 22% al 21%, Umbria dal 15 al 21%);
- strutture residenziali: Italia dal 50% all'84%, 95% in Puglia, 90% in Lombardia, Friuli dal 45% al 56%, Umbria dal 37% al 66%
- strutture semiresidenziali: Italia dal 30% al 71%, 91% Puglia, 83% Lombardia, Basilicat adl 100% al 18%, in Umbria dallo 0% al 31%.

Nel complesso emerge che in Italia il privato accreditato raggiunge nel 2021 uno sviluppo rilevante nell'assistenza ospedaliera (un terzo dei posti letto) che diventa maggioritario se si considerano ambulatori e laboratori per divenire la norma nelle strutture residenziali e in parte in quelle semi residenziali, seguendo un trend notevole di crescita dal 1998 al 2021, trend che verosimilmente ha continuato a svilupparsi fino ad oggi.

I bassi valori rispetto agli andamenti nazionali che si riscontrano nelle piccole regioni soprattutto per la assistenza ospedaliera sono verosimilmente legati sia alla minore attrattività delle regioni poco popolate per gli investimenti privati sia in alcuni casi al forte governo pubblico nella prima fase di costituzione del SSN; nell'assistenza residenziale la prevalenza del privato accreditato è più omogenea; nel complesso i trend sono in espansione, occorre indagare cosa è accaduto nelle regioni che mostrano contrazione nella % del numero di strutture.

4.B.2) Dimensioni della spesa sanitaria sostenuta direttamente dalle famiglie (5,6)

Nel 2021 su una spesa sanitaria complessiva di 168 mld di €, 75,8% era a carico del SSN (valore comprensivo della quota che va al privato accreditato) il 21,8% a carico delle famiglie, il 2,7 è spesa intermediata da fondi integrativi e assicurazioni.

La quota varia a seconda delle voci che vengono incluse nel calcolarla: il Rapporto OASI 2023 chiarisce che la spesa OOP delle famiglie potrebbe oscillare intorno ad un valore centrale di 41,4 mld € considerandovi la spesa per consumi finali delle famiglie sul territorio economico (include parte dei rimborsi da assicurazione) e:

a) può scendere gradatamente prima a 36,7 mld se si considera la spesa diretta delle famiglie residenti in Italia ed all'estero, poi a 33,7 mld se si tolgono dal computo i 3 mld per ticket su specialistica e farmaceutica (trattandosi di partecipazione obbligatoria questa può essere equiparata ad una tassazione), poi a 29,4 mld € se si tolgono 4,3 mld di detrazioni e deduzioni, per arrivare a 25,8 mld di € se si tolgono dal computo 3,6 mld di spesa per assistenza in RSA;

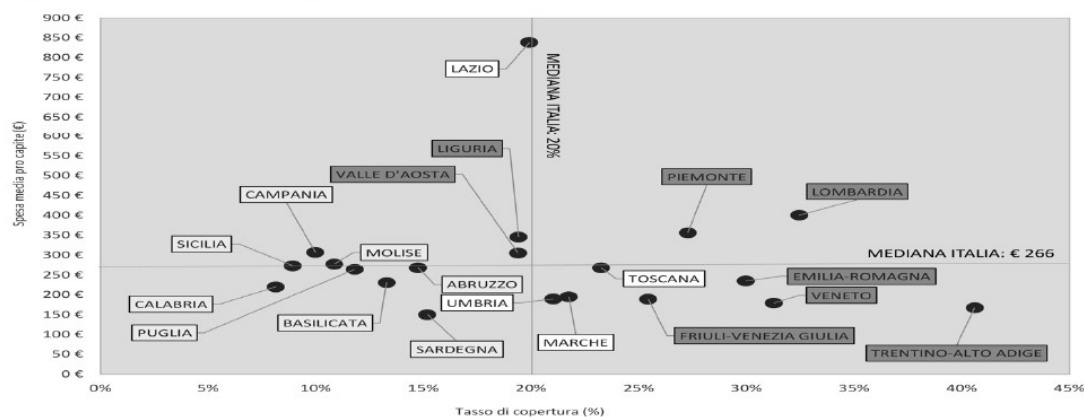
b) può salire gradatamente fino a 42,2 mld di € se si aggiungono 0,7 mld per la componente non assicurativa dei fondi assicurativi e degli enti assistenziali, poi a 46,8 mld se si aggiungono i 4,6 mld spesi per integratori, omeopatici ed erboristici, fino ad arrivare a 49,4 mld se si aggiungono i 2,6 mld di € spesi per assistenza ai disabili ed anziani a domicilio e/o in casa di cura.

Assumendo il valore centrale sopra riferito come spesa diretta a carico delle famiglie il 36,5% va all'assistenza ambulatoriale per cura (rilevante il ruolo delle cure dentali) e riabilitazione, 29,3% per acquisto prodotti farmaceutici ed altri presidi sanitari non durevoli, il 10,4 per l'acquisto di apparecchi terapeutici ed altri presidi durevoli, il 10,4 per assistenza sanitaria ospedaliera e i ricoveri in lungodegenza ed il restante 13,4% per altre voci per un totale medio pro capite in Italia di 624 €.

4.B.3) Dimensioni della spesa sanitaria intermediata da fondi integrativi e assicurazioni (5,6)

Nel 2021 con un tasso di copertura di fondi e assicurazioni pari al 20% in Italia e al 21% in Umbria, la mediana della spesa nazionale pro-capite di questa voce è stata pari a 266 € con valori umbri paria circa 200 euro, mentre si arriva a punte di 850 euro pro capite nel Lazio ed a 401 € in Lombardia.

Secondo il Rapporto OASI 2023 i valori della spesa sanitaria intermediata da fondi e assicurazioni fanno emergere un dato variegato nelle varie regioni e non correlato con il tasso di copertura, né evidentemente con il reddito pro capite. La Sardegna è quella con la spesa pro capite più bassa (151 euro) e la Lombardia quella con la spesa più



Nota: le etichette in grigio chiaro evidenziano le regioni meridionali, quelle in bianco le regioni centrali, quelle in grigio scuro le regioni settentrionali. Fonte: elaborazione OCPS su dati MEF – Dipartimento delle Finanze.

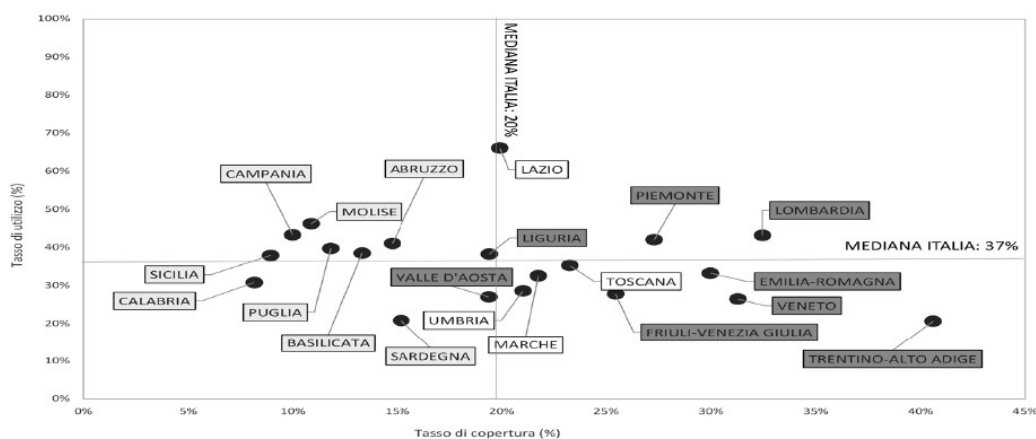
Figura 4: tasso di copertura e spesa media procapite dichiarata 2021 (5)

elevata (401 euro). Si alternano in mezzo regioni settentrionali, centrali e meridionali. La Campania, ad esempio, presenta una spesa media pari a 307 euro, superiore a regioni come Toscana (268 euro), Emilia-Romagna (235 euro) e Veneto (180 euro). Una potenziale spiegazione potrebbe essere individuata nelle aree di uso delle coperture, con regioni «basso-spendenti» come Sardegna e Veneto in cui le coperture potrebbero essere maggiormente destinate a finanziare servizi ambulatoriali, e regioni «alto-spendenti» come Lazio e Lombardia in cui potrebbe essere più frequente l'utilizzo delle coperture per spese di ricovero.

Quanto al tasso di utilizzo delle polizze il valore mediano italiano è del 37%, quello umbro è circa del 30%, con valori che vedono sempre il Lazio come outlier con un tasso di utilizzo del 65% circa mentre la Lombardia si colloca sopra il 40%. In questo caso emerge invece una moderata correlazione negativa tra tasso di copertura e tasso di utilizzo del fondo. Emerge infatti come le regioni meridionali, pur essendo caratterizzate da tassi di copertura della popolazione inferiori, abbiano tassi di utilizzo delle coperture mediamente superiori rispetto alle regioni centrali e settentrionali.

La regione con il tasso di utilizzo maggiore (tolto il Lazio) risulta essere il Molise (46%), seguita da Lombardia (43%) e Campania (43%).

Il dato può essere interpretato alla luce della maggiore prevalenza al nord di coperture derivanti dai contratti nazionali, caratterizzati notoriamente da un minore livello di consapevolezza degli assistiti, rispetto alle coperture aziendali, relativamente più diffuse nelle regioni meridionali (si pensi ad esempio alle coperture previste dai grandi gruppi bancari, i cui dipendenti sono distribuiti uniformemente sul territorio nazionale).



Nota: le etichette in grigio chiaro evidenziano le regioni meridionali, quelle in bianco le regioni centrali, quelle in grigio scuro le regioni settentrionali. Fonte: elaborazione OCPS su dati MEF – Dipartimento delle Finanze.

Figura 5: tasso di copertura e tasso di utilizzo 2021 (5)

Secondo il rapporto OASI 2023 (Bocconi) “...in sostanza la sanità integrativa appare “in mezzo al guado”, stretta tra gli allarmi sulla sostenibilità, il superamento della soglia del 100% nel rapporto sinistri-premi registrato nel 2021 (per ora rientrati) e i passaggi che ancora rimangono da affrontare per un definitivo consolidamento della sanità integrativa come secondo pilastro del nostro sistema:

- una base contributiva in diminuzione per via dell’invecchiamento della popolazione e conseguente uscita dal mondo del lavoro dei settori più densi di forza lavoro;
- spazi limitati per aumenti nelle contribuzioni in un contesto di basse retribuzioni e di sforzi tesi a diminuire il cuneo fiscale;
- disparità territoriali nella copertura e nei consumi
- dipendenza da politiche di compressione dei margini degli erogatori.

Nel definire le condizioni per la sostenibilità di questo settore il Rapporto OASI individua la necessità di combinare una maggiore disponibilità di risorse a un sistema di regole che:

- ne delinea un preciso posizionamento nel quadro di un sistema universalistico;
- definisca le aspettative degli assistiti
- chiarisca il rapporto tra contributi e benefici
- e intervenga sui rapporti di forza tra soggetti assicuratori, enti responsabili delle coperture e mondo degli erogatori, pubblici e privati” (il che può essere letto anche come una minaccia...).

4.C) Sviluppo attuale nei principali processi assistenziali (4)

La figura 3 evidenzia la situazione relativa allo sviluppo del privato accreditato in Italia e nelle varie regioni nei principali gruppi di processi assistenziali per ospedaliera, extraospedaliera e residenziale.

Per chi voglia entrare più nel dettaglio l'Annuario del Ministero della salute offre informazioni sui posti in strutture residenziali e semiresidenziali presenti in ogni regione e in Italia in rapporto a 1000 residenti (figura successiva), con un contenuto informativo piuttosto relativo dato che il conteggio delle strutture sic et simpliciter si presta a bias importanti e si sommano strutture pubbliche e strutture private accreditate.

Per il resto mancano informazioni di dettaglio regionale su altri processi assistenziali, al cui riguardo si può notare che:

a) per quanto riguarda la prevenzione:

- nei luoghi di lavoro si basa su valutazioni di rischio e valutazioni di danno affidate alla parte padronale con il dlgs 626/94, che ha posto fine ad una fase in cui la valutazione dei rischi e dei danni veniva realizzata dai Servizi di Tutela della salute nei luoghi di lavoro; i risultati in termini di morti sul lavoro sono sotto gli occhi di tutti.
- nell'ambiente si basa su una distinzione tra chi misura (ARPA) e chi valuta il rischio per la salute (Dip Prevenzione ASL) che produce raramente interventi reali di prevenzione primaria ambientale, e lascia ai produttori di rischio grande libertà nell'inquinare aria, acqua, suolo e alimenti, come documentano lo stato delle falde profonde e superficiali, la qualità dell'aria dove i livelli di PM10 e 2,5 sono superiori di gran lunga ai limiti OMS e purtroppo i biomonitoraggi evidenziano presenze di miscele di cancerogeni ed interferenti endocrini nei corpi di mamme e bambini di campioni europei, con i giovani che hanno in corpo soprattutto interferenti endocrini legati alla diffusione delle plastiche mentre gli anziani più sono contaminati da metalli pesanti e pesticidi;
- la prevenzione primaria individuale ha invece grande sviluppo sia per quanto riguarda l'educazione alla salute, concentrata sui fattori di rischio individuali che hanno sicuramente un ruolo importante nel determinare lo stato di salute delle persone, sia per quanto riguarda le vaccinazioni dove però vi è un forte conflitto di interessi legato alle pressioni esercitate dalle case farmaceutiche per somministrare alla popolazione un numero di vaccini molto elevato, che si avvale di approcci fordisti nel definire il calendario vaccinale;
- sugli alimenti viene affidata a processi di autovalutazione del produttore, quindi il

controllo come per le tipologie di prevenzione sopra richiamate soffre di intrinseco conflitto di interesse e ci si affida alla sua buona coscienza;

b) tutta l'assistenza fornita da Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta è una forma di privato accreditato che copre il 100% dell'offerta e pone rilevanti problemi di governo dato che ogni medico inserito nella convenzione è "one man company" con problemi rilevanti di aggiornamento, capacità di recepire gli sviluppi della normativa, problemi rilevanti a rispondere a situazioni critiche come si è visto in pandemia con rischi reali per gli stessi esercenti la professione su cui ricade l'onere di attrezzarsi per sostenerle; sul piano operativo il coordinamento di tali professionisti è difficile e affidarne l'autogoverno agli stessi non garantisce dalla autodefinizione degli obiettivi assistenziali che risultano talora distanti dai bisogni reali della popolazione, mentre debole è l'effetto di qualificazione della domanda, un compito essenziale di tale livello assistenziale;

c) alcune forme di assistenza delicate come quella consultoriale, la salute mentale, l'assistenza materno infantile - a fronte di una domanda di salute e di assistenza complessa ed una risposta parimenti complessa in quanto basata su ampie integrazioni con altri servizi di territorio - sono notevolmente impoverite in personale, strumentazioni, percorsi assistenziali offerti talchè spesso si riducono ad ambulatori mono specialistici e producono un effetto di spoliatura della risposta, riducendone l'efficacia;

d) il livello di privatizzazione della diagnostica strumentale e di laboratorio e della specialistica è tale da indicare una perdita di controllo del pubblico su due funzioni fondamentali per fare diagnosi in tempi appropriati e per indirizzare il cittadino lungo percorsi terapeutico assistenziali integrati, bisogni che sono maggioritari nella attuale condizione epidemiologica che vede prevalere malattie cronico degenerative che richiedono prese in carico cui una pur costosa prestazione privata offre poco. Si tratta di due settori chiave sia per disarticolare il servizio sanitario pubblico sia per dimostrare la inferiorità palese dell'assistenza privata da un punto di vista di popolazione, settori che sono implosi con la sindemia, per le carenze crescenti di personale nel post covid, per la gestione difficile delle liste di attesa nel corso di una epidemia e per l'effetto parassitario della libera professione, senza dimenticare che il privato produce iperprescrizione e livelli crescenti di domanda inappropriata sono collegati con lo sviluppo dell'offerta privata: in sostanza un doppio nodo scorsoio al collo del Servizio sanitario;

e) per l'Urgenza Emergenza l'offerta è sostanzialmente pubblica data la complessità della presa in carico ed i costi connessi (la Lombardia ha attivato alcuni punti di presa in carico privati a pagamento per i codici bianchi) ma risente di riduzioni di personale e di standard nei territori periferici e di carenze nell'assistenza territoriale che portano a punte di accesso ai PS difficili da gestire con le attuali risorse; il sistema di triage comporta per i casi meno gravi ritardi nella presa in carico attualmente umilianti e gravidi di effetti negativi sulla salute (l'anziano fragile che attende oltre certi periodi al pronto soccorso, si dissocia....) che possono essere risolti attivando le risorse rappresentate dalle unità territoriali di medicina generale (che potrebbero così trovare impieghi più utili per i cittadini di quanto avviene attualmente) e dal servizio di continuità assistenziale;

In conclusione possiamo osservare che l'analisi dei processi sullo sviluppo del privato in Sanità sarebbe incompleta se non si accompagnasse ad una seria analisi parallela delle politiche pubbliche di servizio al privato che non solo introducono lacci e laccioli per i servizi pubblici, ma disseminano al loro interno anche modelli funzionali privatistici, grazie alla aziendalizzazione.

Questo significa che occorre esaminare in modo più approfondito la "Privatizzazione da aziendalizzazione", cioè analizzare lo sviluppo di modelli assistenziali basati su approcci fordisti e/o su logiche efficientiste, come ad esempio nell'assistenza residenziale dove si segue il principio di concentrare a vita persone con lo stesso problema, il che produce certo economie di scala utili per gestori pubblici e privati, ma chi è contento di essere obbligato a vivere solo con persone che hanno il suo stesso problema?

Il principio di diluizione per la residenzialità e la semi residenzialità dovrebbe essere la prima opzione in quanto potrebbe offrire una migliore qualità della vita...

4.D) Esiti di ciascuna tipologia del privato per il paziente e l'ecosistema socio-sanitario

In questo caso forniamo a partire dalle tabelle 1 e 2 della sezione Metodologia una prima ricostruzione delle evidenze disponibili sugli effetti per il paziente e per l'ecosistema socio sanitario delle tre principali forme del privato in sanità; nel caso degli esiti le misure sono specifiche per ciascun territorio e l'esemplificazione che viene fatta con i dati Umbri può essere operata, tramite opportuni approfondimenti, in ciascuna altra regione.

4.D.1) Privato Accreditato

In questa sede vengono presentati i dati disponibili per il privato accreditato nell'as-

sistenza ospedaliera in Umbria

In corsivo nella colonna Parametri disponibili le informazioni da acquisire tramite accesso agli atti o rapporti sindacali.

Variabile	Processi da monitorare	Parametri
<i>Sicurezza</i>	- Uso di linee guida di pratica clinica riconosciute e basate sull'evidenza, come le liste di controllo; linee guida per la prevenzione e il controllo delle infezioni - Sistemi di segnalazione delle incidenze e degli eventi avversi Livelli di personale sicuri, rapporti di personale clinico stabiliti in base alle esigenze - Verifica delle qualifiche professionali del personale	<i>Da acquisire informazioni su: a) sicurezza assistenziale negli accordi tra Fondi privati ed assicurazioni sanitarie ed erogatori privati; b) Rapporto di sicurezza del personale presente o assente; c) qualifiche professionali garantite o meno</i>
<i>Efficacia</i>	Effetti negativi delle prestazioni per la salute del paziente	Dati non disponibili
<i>Appropriatezza</i>	Comunicazione trasparente dei dati di efficacia Livello organizzativo, tempistica, prestazioni e presenza di qualifiche professionali cui da luogo la presa in carico	<i>Da acquisire presso i vari fondi da parte sindacale</i> Varia per ciascun settore, tendenzialmente bassa per il limitato panel di prestazioni esigibili
<i>Accessibilità</i>	Variabilità in base al tipo di attività lavorativa svolta ed alla sua copertura contrattuale Telemedicina Disponibilità servizi di genere Disponibilità di mediatori culturali Congrui orari di apertura	<i>Da acquisire da parte sindacale</i> <i>Da acquisire</i> <i>Da acquisire</i> <i>Da acquisire</i> <i>Da acquisire</i>
<i>Convenienza</i>	Convenienza complessiva	Reale per alcune fasce di prestazioni (odontoiatria), occasionale per le altre dati i problemi di appropriatezza prescrittiva e di accuratezza diagnostica
<i>Esperienza</i>	Esistenza di indagini sulla soddisfazione dei pz Procedura di reclamo visibile - Politiche chiare per ottenere il consenso informato del paziente Rappresentanti dei pazienti invitati alle riunioni del consiglio di amministrazione	<i>Da acquisire da parte sindacale</i> “ “

Tabella 5b: misure disponibili sull'impatto della spesa privata intermediata sull'ecosistema socio sanitario

Variabile	Processi da monitorare	Parametri
<i>Paga la salute o paga la malattia</i>	Il fornitore di assistenza ha interesse che ci siano più persone malate o più persone sane?	Per Fondi e assicurazioni paga la salute: più gli assistiti stanno bene minore è il rapporto “sinistri cioè prestazioni richieste” rispetto alle polizze stipulate
<i>Spoliazione delle funzioni del SSR</i>	Modalità ordinarie presa in carico Esistenza protocolli con ente locale, servizi sociali,	Totale spoliazione della funzione del SSR
<i>Costi reali per il paziente</i>		Assenti nei limiti delle prestazioni garantite negli accordi sindacali
<i>Costi reali per il SSR</i>	Tariffe riconosciute negli accordi contrattuali e differenza con gestione diretta	In caso di effetti collaterali da diagnosi inaccurate e prestazioni inappropriate
<i>Rispetto di norme e contratti</i>	Violazioni rilevate di norme e contratti	Indagini NAS e ispettorato lavoro e rapporti sindacali sulle strutture che erogano servizi a fondi e assicurazioni sanitarie
<i>Riduzione degli std di personale ed assistenziali</i>	Confronto tra std personale previsti nelle linee guida e quelli realmente operanti nel servizio per ciascuna tipologia di figura professionale e per le unità valutative multidisciplinari	<i>Da acquisire</i>
<i>Riduzione di fondi e personale per i servizi gestiti direttamente dal pubblico</i>	- Incidenza della spesa intermediata sul totale della spesa sanitaria pubblica per settore assistenziale e nel complesso - Sottrazione di risorse umane dal settore pubblico	2,7% nel 2021 come dato complessivo (vedi sezione dimensioni della spesa intermediata)

Tabella 3a : misure disponibili sull'impatto della spesa privata intermediata sulla qualità dell'assistenza erogata al paziente

4.D.2) Spesa privata delle famiglie

In Umbria la spesa privata riguarda soprattutto l'assistenza extraospedaliera per cui si acquistano in base ad una serie di circostanze prestazioni di diagnostica di laboratorio e strumentale, visite specialistiche (con rilevanza dell'assistenza odontoiatrica) e farmaci, facendosi

guidare da criteri e garanzie di qualità molto eterogenei, mentre le compartecipazione alla assistenza semiresidenziale e residenziale sono meno episodiche e più strutturate. Le misure di esito in questi settori assistenziali sono scarse e riguardano soprattutto eventi come le ospedalizzazioni evitabili, dove però manca l'informazione sul tipo di assistenza che ha prodotto l'evento evitabile. Per questi motivi qui si fa riferimento alle evidenze attese in base alla letteratura e non in base a misure specifiche per l'Umbria.

Variabile	Processi da monitorare	Parametri
<i>Sicurezza</i>	- Uso di linee guida di pratica clinica riconosciute e basate sull'evidenza, come le liste di controllo; linee guida per la prevenzione e il controllo delle infezioni - Sistemi di segnalazione delle incidenze e degli eventi avversi - Livelli di personale sicuri, rapporti di personale clinico stabiliti in base alle esigenze - Verifica delle qualifiche professionali del personale	Area di potenziale impatto negativo per documentata minore sicurezza assistenziale negli erogatori privati e nei processi in cui il pz acquista prestazioni e farmaci al di fuori della garanzie offerte dal servizio pubblico, avvertenze valide anche per l'assistenza residenziale. Qualifiche professionali garantite o meno L'acquisto privato di prestazioni e farmaci avviene per lo più al di fuori di percorsi assistenziali strutturati (vedi acquisto e consumo farmaci di supporto alle performance sessuali...) Problemi sulla accuratezza diagnostica sia per indagini di laboratorio che per la diagnostica strumentale effettuata in OOP Contesti assistenziali occasionali Molto bassa
<i>Efficacia</i>	Effetti negativi delle prestazioni per la salute del paziente	
<i>Appropriatezza</i>	Comunicazione trasparente dei dati di efficacia Livello organizzativo, tempistica, prestazioni e presenza di qualifiche professionali cui da luogo la presa in carico	
<i>Accessibilità</i>	Distribuzione territoriale aree non urbane Telemedicina Disponibilità servizi di genere Disponibilità di mediatori culturali	In base al reddito Episodica Episodica (varia per tipologia di servizio e di utenza) La convenienza si da per lo più in base alle carenze dell'offerta pubblica.
<i>Convenienza</i>	Congruità orari di apertura Convenienza complessiva	Disponibilità di inchieste giornalistiche SI fanno emergere per lo più l'obbligatorietà delle scelte private <i>Da acquire</i> <i>Da acquire</i> <i>Da acquire per assistenza residenziale e semiresidenziale con partecipazione alla spesa</i>
<i>Esperienza</i>	Scarto tra costi per accesso al pubblico e costi per accesso al privato Esistenza di indagini sulla soddisfazione dei pz Procedura di reclamo visibile - Politiche chiare per ottenere il consenso informato del paziente Rappresentanti dei pazienti invitati alle riunioni del consiglio di amministrazione	
Tabella 4b: misure disponibili sull'impatto della spesa OOP sull'ecosistema socio sanitario		
Variabile	Processi da monitorare	Parametri
<i>Paga la salute o paga la malattia</i>	Il fornitore di assistenza ha interesse che ci siano più persone malate o più persone sane?	Paga la malattia;
<i>Spoliazione delle funzioni del SSR</i>	Modalità ordinarie presa in carico Esistenza protocolli con ente locale, servizi sociali,	La Singola prestazione diagnostica, visita specialistica o acquisto di farmaci avvengono al di fuori delle procedure di garanzia del SSN (valutazione multidisciplinare, interv. terapeutico integrato) Dati riportati nella sezione dimensioni della spesa privata Derivano da effetti collaterali dannosi di prestazioni erogate in regime non regolati <i>Da acquire segnalazioni sindacali per le strutture private di ass. residenziale con compartecipazione</i> <i>Da acquire per assistenza residenziale con compartecipazione.</i>
<i>Costi reali per il paziente</i>	OOP per prestazione e per ciclo di cura	
<i>Costi reali per il SSR</i>	Tariffe riconosciute negli accordi contrattuali e differenza con gestione diretta	
<i>Rispetto di norme e contratti</i>	Violazioni rilevate di norme e contratti	
<i>Riduzione degli std assistenziali</i>	Confronto tra std. personale previsti nelle linee guida e quelli realmente operanti nel servizio per ciascuna tipologia di figura professionale e per le unità valutative multidisciplinari	
<i>Riduzione di fondi e personale per i servizi gestiti direttamente dal pubblico</i>	- Incidenza della spesa privata sul totale della spesa sanitaria pubblica per settore assistenziale e nel complesso - Sottrazione di risorse umane dal settore pubblico	21,8% nel 2021(vedi sezione per dimensione spesa OOP, con dati specifici per le diverse fonti di spesa...) Descrizione giornalistica di operatori che abbandonano il servizio pubblico per esercitare nel privato

Tabella 4a: misure disponibili sull'impatto della spesa privata delle famiglie sulla qualità dell'assistenza erogata al paziente

4.D.3) Spesa privata intermediata

Nel caso dell'Umbria la spesa privata intermediata riguarda prestazioni diagnostiche e specialistiche (odontoiatria)

Variabile	Processi da monitorare	Parametri
Sicurezza	- Uso di linee guida di pratica clinica riconosciute e basate sull'evidenza, come le liste di controllo; linee guida per la prevenzione e il controllo delle infezioni - Sistemi di segnalazione delle incidenze e degli eventi avversi Livelli di personale sicuri, rapporti di personale clinico stabiliti in base alle esigenze - Verifica delle qualifiche professionali del personale	Da acquisire informazioni su: a) sicurezza assistenziale negli accordi tra Fondi privati ed assicurazioni sanitarie ed erogatori privati; b) Rapporto di sicurezza del personale presente o assente; c) qualifiche professionali garantite o meno
Efficacia	Effetti negativi delle prestazioni per la salute del paziente	Dati non disponibili
Appropriatezza	Comunicazione trasparente dei dati di efficacia Livello organizzativo, tempistica, prestazioni e presenza di qualifiche professionali cui da luogo la presa in carico	Da acquisire presso i vari fondi da parte sindacale Varia per ciascun settore, tendenzialmente bassa per il limitato panel di prestazioni esigibili
Accessibilità	Variabilità in base al tipo di attività lavorativa svolta ed alla sua copertura contrattuale Telemedicina Disponibilità servizi di genere Disponibilità di mediatori culturali	Da acquisire Da acquisire Da acquisire Da acquisire
Convenienza	Congrui orari di apertura Convenienza complessiva	Reale per alcune fasce di prestazioni (odontoiatria), occasionale per le altre dati i problemi di appropriatezza prescrittiva e di accuratezza diagnostica
Esperienza	Esistenza di indagini sulla soddisfazione dei pz Procedura di reclamo visibile - Politiche chiare per ottenere il consenso informato del paziente Rappresentanti dei pazienti invitati alle riunioni del consiglio di amministrazione	Da acquisire da parte sindacale “ “ “
Tabella 5b: misure disponibili sull'impatto della spesa privata intermediata sull'ecosistema socio sanitario		
Variabile	Processi da monitorare	Parametri
Paga la salute o paga la malattia	Il fornitore di assistenza ha interesse che ci siano più persone malate o più persone sane?	Per Fondi e assicurazioni paga la salute: più gli assistiti stanno bene minore è il rapporto "sinistri cioè prestazioni richieste" rispetto alle polizze stipulate Totale spoliazione della funzione del SSR
Spoliazione delle funzioni del SSR	Modalità ordinarie presa in carico Esistenza protocolli con ente locale, servizi sociali,	Assenti nei limiti delle prestazioni garantite negli accordi sindacali In caso di effetti collaterali da diagnosi inaccurate e prestazioni inappropriate Indagini NAS e ispettorato lavoro e rapporti sindacali sulle strutture che erogano servizi a fondi e assicurazioni sanitarie
Costi reali per il paziente		Da acquisire
Costi reali per il SSR	Tariffe riconosciute negli accordi contrattuali e differenza con gestione diretta	
Rispetto di norme e contratti	Violazioni rilevate di norme e contratti	
Riduzione degli std di personale ed assistenziali	Confronto tra std personale previsti nelle linee guida e quelli realmente operanti nel servizio per ciascuna tipologia di figura professionale e per le unità valutative multidisciplinari	
Riduzione di fondi e personale per i servizi gestiti direttamente dal pubblico	- Incidenza della spesa intermediata sul totale della spesa sanitaria pubblica per settore assistenziale e nel complesso - Sottrazione di risorse umane dal settore pubblico	2,7% nel 2021 come dato complessivo (vedi sezione dimensioni della spesa intermediata)

Tabella 5a : misure disponibili sull'impatto della spesa privata intermediata sulla qualità dell'assistenza erogata al paziente

Nel complesso questa sezione offre una prima rassegna dei dati disponibili e permette di valutare la capacità del framework proposto di descrivere gli esiti del privato in

sanità e, di migliorarlo, sia per quanto riguarda le variabili scelte che la raccolta dei dati relativi.

In particolare le informazioni mancanti offrono opportunità di mobilitazione per processi di partecipazione informata sia a livello sindacale, dove una buona parte dei dati potrà essere acquisita sulla base di quanto emerge dalle analisi, sia a livello di assemblee pubbliche, mentre il materiale complessivamente raccolto una volta integrato e validato potrebbe servire per organizzare un audit pubblico sul degrado del Servizio socio sanitario regionale.

Sul piano del merito le ormai quarantennali vessazioni che il SSN ha dovuto subire per opera dello stato neoliberista hanno inciso profondamente sulla qualità ed accessibilità delle prestazioni, rendendo necessario prevedere, nel presentare i danni da privato in sanità, anche una attenta rassegna dei danni da aziendalizzazione, una formula organizzativa che ogni giorno di più si dimostra inadatta al contesto sanitario, basata su un approccio prestazionale in cui paga la malattia e quindi strutturalmente incapace di garantire il diritto alla salute.

5) Discussione

Verranno qui discusse le problematiche - di metodo e di merito- che emergono dal complesso dei dati presentati e dalla proposta di quadro concettuale presentata.

5.A) Aspetti di metodo

Nella realtà vi sono due processi che caratterizzano la privatizzazione dei servizi socio sanitari:

a) un processo di lungo periodo che è stato portato avanti dallo stesso Stato Italiano rinunciando alla formulazione del Piano Sanitario Nazionale, il principale strumento per ridurre disuguaglianze nella salute e nell'accesso alle cure efficaci, quaranta anni fa come oggi contrassegnate da inaccettabili differenze tra Nord e Sud del Paese, a cui sono state preferite una serie di incessanti e sempre più vincolanti manovre economiche in sanità; queste sono iniziate nel lontano 1984 con la separazione delle spese tra sociale e sanitario per l'assistenza psichiatrica e da allora sono state calibrate e proposte in ogni legge finanziaria approvata, per un totale di 40 anni di manovre economiche in sanità che hanno fatto sì che lacci e laccioli finanziari, organizzativi, funzionali rendessero sempre meno accessibile il Servizio Sanitario Nazionale.

A queste manovre si sono aggiunte riforme strutturali quali:

- l'aziendalizzazione nel 1992 che ha comportato profonde sostituzioni dei fini negli enti pubblici che gestiscono i servizi socio sanitari con l'annullamento della partecipazione di cittadini, operatori e enti locali, l'assunzione di approcci neoliberisti nella gestione del personale, l'accento sulla dimensione costi valutare la produzione di interventi (sistemi di pagamento a tariffa) a scapito del loro significato di investimenti per la salute collettiva e individuale e il sostanziale abbandono della prevenzione primaria ambientale, in contrasto con il modello estrattivista neoliberale e con il fatto che per il privato paga la malattia mentre un sistema in cui paga la salute riduce la platea dei clienti;
- la apertura di spazi strutturali per i fondi integrativi e per la libera professione con il Dlgs 229/99;
- la regionalizzazione del SSN tramite la Riforma del titolo V della Costituzione che ha ulteriormente disarticolato le funzioni perequatrici dello stato, accentuato le disuguaglianze e aperto la porta all'autonomia differenziata.

Nella sostanza sono state rese impraticabili le tre P su cui si basava la legge istitutiva 833/78: programmazione, prevenzione, partecipazione, grazie ad una azione di sregolazione programmata con consigli di amministrazione di multinazionali, assicurazioni e fondi di investimento, somministrata tramite i ministeri economici.

b) i processi espliciti di privatizzazione attraverso i tre principali meccanismi descritti. Ne consegue che questi due processi convergono nel potenziare gli effetti sulla persona e sull'ecosistema della privatizzazione del diritto alla salute: la crescente offerta di servizi sanitari privati non avrebbe prodotto le rendite attuali se il contesto, la cultura e le pratiche del SSN non fossero state sottoposte a sostituzioni ed inversioni dei fini; queste a loro volta trovano le loro radici nelle modificazioni sociali avvenute nella nostra società grazie alla adesione al neoliberismo della gran parte delle forze che pure si dichiaravano a favore del SSN, forze che hanno governato ed i cui dirigenti hanno fatto carriera proprio grazie alla svendita delle garanzie e dei diritti prodotti dalle lotte sociali nel secolo breve.

La qualità delle prestazioni nella sua accezione multidimensionale è il terreno su cui si misura il degrado indotto dai due livelli di privatizzazione programmata operanti in Italia.

Il concetto di "Servizio" su cui si basa lo stesso nome dato al SSN è sostanzialmente centrato su

un approccio progressista in quanto supporta la fornitura di valori d'uso nelle prestazioni sociosanitari rese ai cittadini, finanziandoli attraverso la fiscalità generale in

ossequio al principio “da ognuno secondo la sue capacità, a ognuno secondo i suoi bisogni”. Il miglioramento partecipato della qualità punta ad arricchire il valore d’uso fornito dal servizio sanitario, remunerando l’investimento sociale con ricadute sistemiche ed individuali che producono benessere collettivo e personale.

Per parte sua il neoliberismo ha puntato ad inserire criteri volti ad enfatizzare il valore di scambio delle prestazioni sociosanitarie enfatizzando i costi per gli erogatori pubblici e la società, preferendo i guadagni di alcuni privati già ricchi ai benefici per l’intera società e soprattutto per le sue parti più deboli economicamente e socialmente.

5.B) Aspetti di merito

Marco Geddes (25) ha pubblicato recentemente su *Quotidiano Sanità* una nota sulla finanziarizzazione della sanità in atto anche in Italia in cui fornisce alcune informazioni sulle dimensioni e sugli attori di questo processo in Italia: “...La lettura dei giornali finanziari è piena di notizie in merito: il Gruppo San Donato entra in borsa. Penta Investment è un fondo private equity con la più grande catena di ospedali e ambulatori dell’Europa dell’Est e ha acquisito 3.000 farmacie in Italia. La Exor (Elkann) ha investito 4 miliardi nel settore salute e acquisisce fra l’altro l’Institute Mérieux. La Kos, controllata dalla CIR (De Benedetti) con 24 strutture (RSA) sta attuando una serie di cessioni e di investimenti...”

In tale situazione, “... in carenza di personale qualificato in grado di valutare le necessità, analizzare i mutamenti in corso, prendere decisioni conseguenti e assumersene le responsabilità” (26) vengono chiamati da Ministero, Regioni e Aziende sanitarie i Big della consulenza, che sono poi gli stessi che consigliano la finanza privata per la realizzazione di investimenti in tale settore!

A sua volta Goozner Merril, un giornalista che si occupa di servizi sanitari, (27) afferma che:

- l’analisi delle evidenze suggerisce che i costi aumentano e la qualità diminuisce nelle strutture sanitarie acquisite dai fondi di investimento privati;
- gli investimenti di private equity in istituzioni sanitarie hanno raggiunto livelli record negli ultimi anni sia negli Stati Uniti che in Europa, con le acquisizioni statunitensi che rappresentano tre quarti dei 100 miliardi di dollari (78 miliardi di sterline; 91 miliardi di euro) di investimenti complessivi nel 2021. La Medicare Payment Advisory Commission statunitense ha recentemente stimato che le società di private equity possiedono l’11% delle strutture di cura specializzate statunitensi e il 4% degli ospedali statunitensi;

- le società di private equity utilizzano il capitale fornito da persone facoltose per acquistare aziende e, dopo un periodo relativamente breve di proprietà, venderle con grandi profitti;
- il coinvolgimento dei private equity nell'assistenza sanitaria, che riceve una supervisione limitata da parte delle autorità di regolamentazione finanziaria o della sanità pubblica, ha attirato notevoli critiche da parte di gruppi di difesa dei pazienti, ricercatori accademici e giornalisti, per il fatto che drena risorse finanziarie dalle istituzioni sanitarie.

Emerge quindi un quadro in cui sono compresenti sia le grandi quantità di capitale che premono per valorizzarsi sfruttando il diritto alla salute sia la debolezza strutturale dell'investimento privato in sanità, come dimostrano le note del Rapporto OASI 2023 riportate nel paragrafo sulle dimensioni della spesa intermediata relative agli allarmi risuonati nel 2021 con l'eccesso di accesso ai servizi garantiti da Fondi ed assicurazioni.

Questo produce un potenziale di volatilità strutturale che rende ulteriormente pericoloso l'affidarsi alla assistenza sanitaria prodotta da fondi e assicurazioni private.

Bibliografia

- 1) Sartor ME. La privatizzazione della sanità lombarda dal 1995 al Covid-19. Un'analisi critica. Amazon Italia Logistica Srl, pp 547; 2021.
- 2) Romagnoli C. Logiche proprietarie, lavoro cognitivo e crisi della forma azienda. *Sistema Salute* 2020; 64 (2): 130-154.
- 3) Goodair B, Reeves A. The effect of health-care privatisation on the quality of care. *Lancet* 2024; march, Vol 9, issue 3, E199-E206.
- 4) Ministero della Salute Annuario Statistico del SSN. Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN, anno 2021 Roma: Dir Gen Digitalizzazione SIS, pp150; 2023.
- 5) Cergas Bocconi Rapporto OASI 2023. Milano: Osservatorio sulle aziende e sul Sistema sanitario Nazionale. pp751; 2023.
- 6) Centro per la ricerca economica applicata in Sanità Crea 2024 19° rapporto Sanità. Il futuro (incerto) del SSN, fra compatibilità macroeconomiche e esigenze di riprogrammazione. Roma: Università Tor Vergata, Dip, di Economia e Finanze, pp 593; 2023.
- 7) AGENAS PNE 2023 https://pne.agenas.it/assets/documentation/report/agenas_pne_report_2023.pdf
- 8) Murray C, Frenk J. World Health Report 2000: a step towards evidence-based health policy. *The Lancet* 2001; 357(9269), pp.1698–1700.
- 9) Handler A, Issel M, Turnock B. A conceptual framework to measure performance of the public health system. *American Journal of Public Health* 2001; 91(8), pp.1235–1239.
- 10) Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. Oxford: Oxford University Press; 2003.
- 11) Leatherman S, Ferris TG, Berwick D, Omaswa F, Crisp N. The role of quality improvement in strengthening health systems in developing countries. *International Journal for Quality in Health*

- Care 2010; 22(4), pp.237–243.
- 12) Wadge H, Roy R, Sripathy A, Prime M, Carter A, Fontana G, Marti J, Chalkidou K. Evaluating the impact of private providers on health and health systems. London, UK: Imperial College London; 2017.
 - 13) WHO Safe surgery guidelines and tools, including checklists <http://who.int/patientsafety/safesurgery/en>
 - 14) <https://pathways.nice.org.uk/pathways/safe-staffing-for-nursing-in-adult-inpatient-wards-in-acute-hospitals>
 - 15) WHO Patient safety resources for implementers – includes models and guidelines, checklists, and reporting systems <http://who.int/patientsafety/implementation/en>
 - 16) SafeCare for measuring quality in basic healthcare providers www.safe-care.org
 - 17) AHRQ Patient safety factsheets <https://ahrq.gov/research/findings/factsheets/errors-safety/index.html>
 - 18) Safety attitudes questionnaire <https://med.uth.edu/chqs/surveys/safety-attitudes-and-safety-climate-questionnaire>
 - 19) Borra A, Bejarano G, Ellen M, DovBruch J. Evaluating trends in private equity ownership and impacts on health outcomes, cost and quality: systematic review. *BMJ*/2023; 382:e075244
 - 20) De Falco R, Hodgson TF, McConnell Mt and Kayum A: Assessing the Human Rights Framework on Private Health Care Actors and Economic Inequality. *Health and Human Right Journal*, dec. 2023; 25, 2:pp 125-139
 - 21) Harris E. Private Equity Ownership in Health Care Linked to Higher Costs, Worse Quality. *JAMA*. 2023 Aug 22; 330(8):685-686.
 - 22) Bruch JD, Roy V, Grogan CM. The Financialization of Health in the United States. *N Engl J Med*. 2024 Jan 11; 390(2):178-182.
 - 23) Regione Umbria Relazione sullo stato di salute e dei servizi socio sanitari dell'Umbria (dati al 31-12-1991) pag 266, 1991 Perugia .
 - 24) Regione Umbria Piano Sanitario Regionale 2003-2005. pag 210; 2003 Perugia
 - 25) Regione Umbria, Direzione Salute e Welfare, Libro Bianco al 31-12-2019, pag 50; 2019; Perugia
 - 26) Geddes Da Filicaia M. La finanziarizzazione della Sanità è in atto anche in Italia. *Quotidiano sanità*. https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=119741
 - 27) Gabbanelli – Ravizza, Dataroom. *Corriere della Sera* 22/1/2024
 - 28) Goozner M. Private equity takeovers are harming patients. *BMJ*. 2023; Jul 19;382:1396.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno