

6-8 settembre 2023
Centro studi Ricerca e Formazione CISL
Via della Piazzuola 71
San Domenico di Fiesole (Firenze)



Laboratorio su salute e sanità
con la collaborazione di
Salute diritto fondamentale,
Salute internazionale, Lunaria

ITINERARI DI POLITICHE PER LA SALUTE

Il Servizio sanitario nazionale è in pericolo. Le sfide dell'universalismo

Pubblico e Privato in sanità

Marco Geddes da Filicaia

Premessa

La presenza del privato in sanità interessa una molteplicità di aspetti ed è in forte crescita a livello internazionale anche nei paesi in cui è presente un Servizio sanitario pubblico: tale fenomeno è conseguente al progressivo definanziamento della sanità pubblica a cui si affianca una contrazione o riconfigurazione del ruolo dello Stato in ambiti di ricerca, formazione, produzione di beni e servizi.

Per quanto concerne la formazione e aggiornamento del personale sanitario tali funzioni sono svolte diffusamente, e in alcuni settori e regioni in misura prevalente, da istituzioni o provider privati¹, già fortemente presenti – direttamente o indirettamente – nell'ambito della informazione sui farmaci, ma ora particolarmente impegnati anche nell'ambito della formazione di indirizzi e competenze gestionali e finanziarie delle Aziende sanitarie.

Vi è inoltre la produzione e commercio di beni utilizzati in ambito sanitario: farmaci, vaccini, tecnologie, realizzazione di edifici, di arredi... Si tratta di una filiera stimata in 108 miliardi di euro, con più di 1 milione di occupati²; un settore importante dell'economia del paese, in cui lo Stato imprenditore³ si è sostanzialmente ritirato negli ultimi decenni da questo come da altri comparti industriali e manifatturieri. In quest'ambito un aspetto di particolare rilievo per i sistemi sanitari è rappresentato dal ruolo dello Stato nella ricerca, realizzazione e produzione di farmaci e vaccini e delle connesse norme nazionali e internazionali sui brevetti⁴. Vi è inoltre, tenuto conto che la spesa sanitaria a livello mondiale è stimata in circa otto trilioni di dollari (1 trilione = 1000 miliardi di dollari), ovvero il 10% del PIL mondiale di cui circa il 60% proviene dal settore pubblico⁵, un processo di finanziarizzazione dei sistemi sanitari. Si tratta in altri termini di un crescente dominio di attori finanziari, mercati, pratiche, misurazioni – accompagnate anche da narrazioni – che gioca un ruolo nella trasformazione strutturale dei sistemi sanitari e dei bisogni, aspettative e consumi da parte della popolazione⁶.

La finanziarizzazione, che si sta diffondendo anche in Italia⁷, è sospinta da due elementi: gli alti profitti del settore sanitario e la ricerca di fondi del settore pubblico; settore che, in carenza di risorse proprie, ricorre ai circuiti finanziari per sostenere le proprie politiche di realizzazioni di infrastrutture.

L'obiettivo di questo Position Paper, all'interno del complessivo scenario sopra richiamato, è quello di offrire un quadro aggiornato della diffusione del Privato in sanità nella realtà italiana, sotto il

profilo del finanziamento e della erogazione di prestazioni, rappresentando le diverse opzioni politiche relative alla governance complessiva del SSN su questo specifico tema.

Si fa presente che i dati disponibili sono limitati e frammentari, in particolare per quanto riguarda le attività ambulatoriali, l'attività laboratoristica, le RSA e le esternalizzazioni in atto. Gli stessi dati sui Fondi integrativi/sostitutivi non sono aggiornati; infine le Regioni, e in particolare la Lombardia, offrono un quadro normativo e operativo assai diversificato⁸.

1. Le aree di presenza del privato

A. Il finanziamento privato di servizi e prestazioni:

- a. Pagamento diretto della prestazione (out of pocket)
- b. Assicurazioni private e forme mutualistiche
- c. Welfare aziendale

B. L'erogazione di prestazioni sanitarie da parte del privato, in più diverse forme:

- a. L'erogazione di prestazioni in proprio da parte del Privato
- b. L'erogazione di prestazioni del Privato per il SSN (privato convenzionato)
- c. Attività privata all'interno della struttura pubblica (libera professione intramoenia)
- d. Svolgimento da parte del Privato di attività all'interno della struttura pubblica (esternalizzazioni)

2. Diverse motivazioni e punti di vista sul privato in sanità

2.1 Coesistenza di fatto e storica del privato in sanità.

In Italia, come negli altri Paesi occidentali, vi è una presenza storica del privato in ambito sanitario e assistenziale connesso, in particolare, al ruolo degli enti di ambito cattolico. Tale fenomeno si evidenzia storicamente in particolare nel Lazio e nella città di Roma, mentre un notevole sviluppo più recente, con caratteristiche più direttamente imprenditoriali, si ha nel Nord Italia e, in particolare, in Lombardia

Le principali aree di intervento del privato:

1. L'Ospedalità, con 56.112 p.l., pari al 30,4% del totale⁹
2. L'attività specialistica e la diagnostica
3. L'attività laboratoristica
4. Le RSA¹⁰

La presenza del privato è ora rappresentata anche da grandi gruppi finanziari internazionali e si sta fortemente espandendo in tutti i quattro i settori sopra indicati.

2.2 I criteri di sussidiarietà

Si tratta di un criterio di sussidiarietà orizzontale (quella verticale concerne i livelli di governo territoriali) che trova più ampia applicazione nell'ambito dei servizi sociali, anche se in molti casi il "confine" fra sociale e sanitario non è ben delimitabile¹¹.

2.3 Le ragioni del neoliberalismo

Si tratta della posizione assunta dalla Banca Mondiale e dal Fmi primariamente rispetto ai Paesi a medio – basso reddito. Il documento della Banca Mondiale del 1987 è esplicito dichiarando che la colpa dei Paesi in via di sviluppo è «di considerare l'assistenza sanitaria un *diritto di cittadinanza* (corsivo dell'autore) e di tentare di fornirla gratuitamente»¹².

La considerazione che la salute sia un bene soggetto – almeno in larga parte – ai criteri di mercato e che in una società “libera” pubblico e privato debbono collocarsi sullo stesso piano e agire competitivamente appare assai diffusa, in particolare nelle politiche di austerità. Esempificativa, a tale proposito, la lettera della BCE al Governo italiano del 2011 con la quale si sollecitava la piena liberalizzazione dei servizi pubblici locali e dei servizi professionali attraverso privatizzazioni su larga scala¹³; più recentemente il tema è stato riproposto, con specifico riferimento alle attività sanitarie private, dalla Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato che ha richiesto al Presidente del Consiglio (Mario Draghi) «... una maggiore apertura all’accesso delle strutture private all’esercizio di attività sanitarie non convenzionate [ed eliminando] il vincolo della verifica del fabbisogno regionale di servizi sanitari»¹⁴.

2.4 Le ragioni costitutive dei sistemi di welfare state

I sistemi di welfare universalistico, in ambito sanitario, si basano sul principio che sia compito dello Stato assicurare a tutti l’accesso all’assistenza sanitaria (come ad altri settori del sistema welfare, quale l’istruzione). Il finanziamento avviene pertanto attraverso la fiscalità generale, in virtù del quale ognuno contribuisce in base alle proprie possibilità e riceve i servizi in relazione al bisogno. In tal modo si applica anche il principio dell’articolo 32 della Costituzione, la dove si garantiscono, fra l’altro, le cure gratuite agli indigenti (cioè la fascia di popolazione esentasse). Il Servizio sanitario nazionale risulta pertanto un sistema complessivamente meno dispendioso, più equo e, in molti casi, più efficace.

2.5 Privatizzazione dei beni pubblici e problemi di democrazia.

La salute rappresenta un diritto fondamentale dell’individuo e l’accesso ai servizi sanitari una funzione essenziale per la fruibilità di tale diritto. Ne consegue che, in tale ambito, la morale pubblica obbliga a porre limiti di natura costituzionale alla privatizzazione di tali funzioni per non trasferire poteri, responsabilità e discrezionalità significative ai privati¹⁵.

Esternalizzazioni massive comportano inoltre un depauperamento di competenze pubbliche e conseguentemente anche una incapacità a esercitare un controllo efficace. Inoltre solo all’interno di un sistema democratico – quale quello garantito dal sistema pubblico – nessun cittadino rimane soggetto alla volontà meramente privata e unilaterale di un altro.

3. Il finanziamento privato di servizi e prestazioni

3.1 Out of Pocket

Si tratta della spesa privata diretta, cioè senza intermediazione, che rappresenta il 21.7% della spesa sanitaria complessiva e assomma al 1.734 € per nucleo familiare¹⁶; tale spesa risulta nettamente più elevata nelle regioni del Nord (oltre al Lazio), con una forte correlazione con il reddito pro capite.

La quota più consistente è rappresentata dalla spesa farmaceutica (22%), che tuttavia solo per il 43% è dovuta ai farmaci di classe C e automedicazione, mentre il 57% è rappresentato dalla differenza di prezzo con i generici, dall’acquisto diretto di farmaci in classe A e, in particolare, dalla spesa per farmaci omeopatici, erboristeria, integratori.

Il 21% della Spesa OoP è dovuta alle cure odontoiatriche, che sono – di fatto – extra Lea; le visite specialistiche assorbono il 13%, gli accertamenti diagnostici il 9% e il Long term care il 9% (2019)¹⁷.

3.2 Assicurazioni

La copertura assicurativa privata risulta limitata, seppure presente per alcuni settori professionali e in espansione. I dati rilevabili sono limitati e si stima che le famiglie che detengono almeno una polizza assicurativa sanitaria (infortuni e malattia) rappresentano il 13% del totale. Tale

informazione è tuttavia scarsamente significativa non evidenziando se trattasi di un unico membro della famiglia e che tipologia di prestazioni, e con quali caratteristiche, sono garantite dall'assicurazione. Tuttavia il dato rilevante – seppure atteso – è la concentrazione degli assicurati nel Nord del paese e nei livelli di reddito più elevati (76,2% nel 4° e 5°)¹⁸.

Il sistema assicurativo non si avvale di forme di agevolazione fiscale analoghe a quelle del welfare aziendale, ma l'ANIA (Associazione Nazionale delle Imprese Assicuratrici) richiede da tempo un allineamento analogo ai Fondi sanitari¹⁹.

3.2 Welfare aziendale

Il sistema di welfare aziendale consiste in un insieme di beni e servizi che vengono a sostituire – di fatto – incrementi salariali e che hanno una convenienza fiscale per imprese e lavoratori²⁰; conseguentemente tali beni e servizi sono *tax expenditures*, cioè si tratta di un trasferimento di risorse pubbliche realizzato attraverso la riduzione degli obblighi fiscali.

Tale sistema si è sviluppato con un articolato quadro normativo²¹ e, in particolare nel corso dell'ultimo decennio, ha avuto una forte diffusione anche nel pubblico impiego; le ragioni di tale diffusione sono da ricercarsi nelle difficoltà, anche in relazione all'indebolimento della rappresentanza sindacale, di tradurre la contrattazione in un adeguato incremento salariale; inoltre la normativa recente ha reso più vantaggioso, in particolare per le aziende e per i lavoratori con reddito più elevato²², il ricorso al welfare aziendale.

Allo stato attuale²³ il Ministero della Salute attesta oltre 300 fondi sanitari; oltre 10 milioni di iscritti ai Fondi (altri dati parlano di 14,7 milioni di iscritti) di cui il 73% lavoratori, il 22,3% familiari e il 4,7% pensionati; si tratta perlopiù di uomini (il 59,8%, contro il 40,2% delle lavoratrici)²⁴ con un'età compresa prevalentemente tra i 35 e i 54 anni (57,3%, con un peso relativo superiore alla quota che essi rappresentano all'interno della forza lavoro alle dipendenze, 52,8%). La media nazionale è il 28,4% con la seguente distribuzione territoriale: Nord-ovest (38,1%); Nord-est (28,5%); Mezzogiorno, il (14,5%). Si tratta di lavoratori dell'industria (34,3%), del settore del commercio (15%), dei servizi alle imprese (10%), mentre in ciascuno degli altri settori economici le percentuali sono sempre inferiori al 6,5%. Il 31,6% dei titolari appartiene al quinto di reddito equivalente familiare più elevato, assorbendo circa il 58,5% delle risorse totali. Solo il 7,5% si colloca nel quinto di reddito più basso, ricevendo appena il 2,5% delle risorse impiegate²⁵.

Per quanto riguarda infine gli aspetti finanziari dei Fondi l'85% sono riassicurati e/o gestiti da compagnie assicurative e si calcola che il 40% dei contributi versati siano a copertura di costi amministrativi, oneri di riassicurazione e utili delle assicurazioni. I contributi versati ai Fondi portati in deduzione da persone fisiche assommano a oltre 11 miliardi di euro per un onere a carico della fiscalità generale di circa 3 miliardi e mezzo di euro.

4. L'erogazione di prestazioni sanitarie da parte del privato

4.1 L'erogazione di prestazioni proprie da parte del Privato.

L'attività di ricovero in ambito di strutture private non convenzionate con il SSN risulta limitata rispetto al privato convenzionato (si stima circa il 10% delle strutture private complessive, in termini di strutture e posti letto).

Assai più consistente, e difficilmente quantificabile, l'espansione in altri settori: Diagnostica, laboratoristica, RSA; ambiti sui quali abbiamo informazioni frammentarie.

Ad esempio gli ambulatori privati a Milano sono 563 con un aumento in 10 anni del 199,5%; in Lombardia 1.452 con un incremento del 218,4%²⁶.

Per quanto concerne le RSA gli operatori privati detengono la massima parte delle strutture; i maggiori operatori privati sono i seguenti: Kos Care 6.200 posti letto; Sereno Orizzonti: 5.600; Korian Italia: 5.200; Gheron: 3.400; La Villa: 2.200; san Raffaele: 2.100; Orpea Italia 2.00; Edos: 1.400²⁷.

4.2 Il Privato convenzionato

Rappresenta l'elemento rilevante con un incremento in termini percentuali di strutture e posti letto rispetto al sistema ospedaliero pubblico²⁸.

Un quadro dei principali attori nella sanità privata convenzionata identifica i primi 10 Gruppi e le prime 25 strutture sanitarie private convenzionate di cui 19 in Lombardia, 2 in Lazio e 1 rispettivamente in Veneto, Emilia Romagna, Molise e Puglia²⁹.

Complessivamente il **Privato accreditato** erogherebbe, secondo alcune stime³⁰, il 70% delle prestazioni di lungodegenza e riabilitazione (le cosiddette prestazioni post-acute), il 65% di quelle ambulatoriali, il 25% di quelle per acuti (con alcune Regioni ben al di sopra come il Lazio al 50% e Lombardia al 40%) e l'84% delle Rsa.

4.3 La Libera professione Intramoenia

La Attività in libera professione intramoenia (Alpi) è stata introdotta durante il Governo Amato (Ministro della Sanità: Francesco De Lorenzo), dal DI 502 del 1992. Si tratta di una attività che suscita notevole discussione, configurandosi come una istituzione atipica nel pubblico impiego, riservata al personale medico (recentemente estesa ad altre professioni sanitarie), con la partecipazione di operatori in "supporto" per interventi chirurgici in intramoenia.

L'analisi dei dati, ricavabile dalla serie storica dei Rapporti dell'Osservatorio 2021 e dal recente Rapporto Agenas³¹, presenta una realtà per alcuni aspetti diversa dal "percepito"³².

Su un totale di 10.967.817 ricoveri ordinari del biennio 2020-2021, quelli in regime libero professionale ammontano allo 0,30%, pari a 30.508. Più consistente – ovviamente – l'attività ambulatoriale e diagnostica con oltre 4 milioni di prestazioni, che rappresentano il 7,3% della attività istituzionale. L'attività intramoenia riguarda il 38,6% dei medici, con un trend in discesa (nel 2013 erano il 46,1%); anche i ricavi sono in discesa nell'ultimo decennio con una spesa pro capite passata da 21€/anno nel 2010 a 18,4€ nel 2021.

Tali dati evidenziano che l'Alpi non è la causa delle liste di attesa (fenomeno comune a molti altri servizi sanitari universalistici), problema che deriva con ogni evidenza da una sproporzione fra domanda/offerta per carenza di personale, motivi organizzativi e di appropriatezza. Si tratta tuttavia di una attività estremamente "distorsiva", in particolare per come si è venuta via via configurando. Infatti l'Alpi ha perso ogni relazione, un tempo ipotizzata (o auspicata) di contenimento delle liste di attesa; inoltre a seguito del progressivo allungamento delle liste di attesa il ricorso all'Alpi non è finalizzato prioritariamente alla scelta del professionista, ma come necessità di pagare tale "gabella" per accedere in tempi adeguati ad un accertamento ovvero essere messi in lista operatoria con classe di priorità più consona alle proprie necessità o alle proprie aspettative.

4.4 Le esternalizzazioni

Si tratta di un fenomeno che ha interessato la sanità fin dal secondo dopoguerra, con la progressiva dismissione da parte degli enti ospedalieri di attività collaterali, anche di carattere autarchico, quali la produzione di beni e in particolare alimenti nelle loro proprietà terriere.

Ha successivamente coinvolto la cessione a soggetti esterni di attività non direttamente assistenziali, anche in considerazione che alcune di queste comportano processi di carattere industriale e possono essere adeguatamente monitorate, anche sotto il profilo igienico: lavaggio biancheria, trasporti esterni, parcheggi, gestione aree verdi, predisposizione e distribuzione pasti, gestione bar e mensa, centrale sterilizzazione, ecc. Si tratta di esternalizzazioni diffuse da anni e che hanno posto – o pongono – problemi sindacali (ricollocazione del personale) e contrattuali e necessitano di una capacità di controllo da parte dell'azienda sanitaria.

Il fenomeno cresce negli ultimi anni, e che pone problematiche differenti, riguarda ormai la esternalizzazione di servizi sanitari – assistenziali con l'uso di cooperative che ingaggiano professionisti o l'acquisizione di professionisti a gettone.

Il fenomeno si è accentuato a causa del blocco delle assunzioni, cosicché la spesa per Beni e Servizi, che comprende tali esternalizzazioni, è venuta a superare quella per il personale dipendente, fin dal 2012; il tasso di crescita medio del personale dal 2010 al 2020 è stato dello 0,0% contro il 3,7% di quello Beni e Servizi³³.

Valori	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Personale	36.647	36.101	35.585	35.090	34.779	34.608	34.330	34.296	34.802	35.376	36.536
Beni e servizi	33.103	34.423	35.620	35.559	37.202	37.909	39.192	41.389	42.182	41.940	47.735

5. Criteri di valutazione del privato.

5.1 Efficienza

Il sistema di finanziamento con un secondo pilastro comporta un sistema assicurativo con spese amministrative che, per il ramo malattia delle assicurazioni italiane, risultavano pari al 25,8%³⁴.

Un altro elemento di riflessione sul sistema doppio pilastro ci viene dalla spesa sanitaria deli USA che, come noto, è più elevata anche nella porzione pubblica.

Più specificamente l'elevato costo delle spese amministrative a livello ospedaliero si attesta sul 25,3%, nettamente superiore a quello di altri sette Paesi presi a confronto e in particolare di Olanda (19,8%) e dell'Inghilterra (15,5%)³⁵.

In Francia sono stati valutati i soggetti che avevano un'assicurazione supplementare privata oltre a quella obbligatoria, rivelando che facevano registrare un numero più elevato di visite specialistiche;³⁶ anche in Germania un'assicurazione privata oltre quella obbligatoria portava a un incremento dei servizi consumati e ad un effetto feedback fra le due componenti.³⁷ Un più recente studio effettuato in Danimarca ha evidenziato che l'effetto di un'assicurazione privata su base occupazionale incrementava gli accessi ambulatoriali dal 17,9% al 23,3% e la probabilità di ospedalizzazione dal 5,1% all'8,5%.³⁸ Sul tema della assicurazione privata in vari paesi è stato predisposto un Rapporto dell'Oecd,³⁹ che mette in luce come il controllo dei costi sia assai più problematico in sistemi con multipli competitori e che il mercato delle assicurazioni private ha come risultato un incremento dei costi sanitari complessivi nella gran maggioranza dei paesi dell'Oecd.

5.2 Efficacia

Seppure la valutazione comparativa fra servizi o prestazioni sanitarie erogate dal pubblico o dal privato e, in particolare, sulle forme organizzativo gestionali delle attività sanitarie sia limitata, in

ragione della scarsa diffusione di ricerca indipendente, iniziano ad emergere dalla letteratura alcuni elementi in merito⁴⁰; una recente revisione (prevalentemente su strutture sanitarie degli Stati Uniti) evidenzia come le tendenze alla finanziarizzazione (ad esempio le Private Equity) sono in aumento e spesso associate a impatti dannosi sui costi per i pazienti o per i contribuenti e ad una scarsa qualità assistenziale – sanitaria⁴¹. Anche per quanto riguarda il Long-Term care vi sono risultati analoghi⁴², su cui sarebbe importante avviare una riflessione e ulteriori ricerche.

5.3 Equità

Il nostro paese è caratterizzato da elevati livelli di diseguaglianze territoriali, che non ha pari in nessuna nazione della UE, con alcune delle regioni più ricche e alcune delle regioni più povere della Unione. I sistemi assicurativi e quelli connessi al welfare aziendale hanno, insiti nella loro natura fondativa, elementi di connessione alla capacità contributiva del soggetto e del nucleo familiare, nonché alla distribuzione occupazionale sul territorio nazionale, in termini di percentuale di occupati e di caratteristiche e dimensione /concentrazione delle imprese produttive. Tali fattori comportano inevitabilmente una rilevante dipendenza dal reddito e dalla attività lavorativa rispetto all'accesso e alla qualità dei servizi sanitari. Un'ampia letteratura evidenzia peraltro, attraverso il confronto fra paesi, che i sistemi universalistici, di tipo Beveridge o Bismark, presentano performance maggiori anche in termini di equità⁴³.

6. Politiche di intervento

Introduzione

Accenniamo in questo paragrafo a politiche di intervento/regolamentazione del privato, anche a titolo esemplificativo di come si potrebbero sviluppare progressivamente alcune proposte.

Tuttavia è necessaria una premessa: il privato è compensativo della riduzione dell'intervento pubblico su diversi ambiti; non certo per una fascia di popolazione non coperta dal SSN, essendo questa limitatissima ed eventualmente conseguente a un problema di marginalità o di incapacità di individuazione delle persone e dei loro bisogni

Appare evidente che il privato risulta – inevitabilmente – alternativo di un pubblico assente di fronte a un bisogno di salute che è un "bene primario". Lo è in misura tale che, per prestazioni extra Lea (cure odontoiatriche), farmaci (anche non efficaci), accertamenti, molte famiglie si impoveriscono (378 mila) e effettuano spese "catastrofiche" (610 mila). Lo è infine per i Livelli essenziali di assistenza, quando appunto per tempi, luogo e qualità, il diritto ad accedere alle prestazioni è, di fatto, negato.

Le proposte che richiamiamo alla discussione si articolano secondo due criteri:

1. criteri di **radicalità**: "quello che vorremo in un mondo ideale";
2. criteri di **gradualità**: "cosa è possibile nel mondo in cui stiamo vivendo per andare verso la direzione desiderata".

6.1 Sulla Sanità integrativa/sostitutiva

1. Avviare un confronto con i sindacati affinché la contrattazione aziendale si orienti su settori del welfare non "competitivi" con il servizio sanitario nazionale
2. Abolire le agevolazioni fiscali per tutte le prestazioni e servizi che sono sostitutivi di quanto previsto dai Lea.

3. Abolire le agevolazioni fiscali anche su prestazioni integrative; chi sostiene questa ipotesi fa notare che:

- ✓ i costi di intermediazione (amministrativi; re – assicurazione; profitti) sono più elevati rispetto al pagamento out of pocket (che si avvale di un’agevolazione fiscale del 19%);
- ✓ l’accesso ai sistemi di welfare aziendale è distribuito in misura assai diseguale;
- ✓ finanziando, attraverso agevolazioni fiscali, prestazioni extra Lea, una quota di persone assicurata non ha più alcun incentivo a richiedere un ampliamento dei Lea per l’insieme della popolazione.

6.2 Sul privato convenzionato e accreditato

I piani sanitari regionali devono definire periodicamente tipologia dell’offerta sanitaria privata accreditata nella regione e determinare, in base ad accordi convenzionali, la quota di prestazioni effettuate per conto del SSN, al fine di integrare il fabbisogno effettivo rispetto all’offerta nelle strutture sanitarie pubbliche.

Si tratta di un orientamento opposto a quello vigente in alcune regioni (vedi Lombardia) di equiparazione pubblico – privato; l’equilibrio fra i diversi comparti (pubblico – privato accreditato e privato convenzionato) è relativo al dimensionamento (personale, attrezzature, finanziamenti, organizzazione) delle strutture sanitarie pubbliche e alla capacità e volontà di *governance* delle Regioni sulla sanità.

6.3 Sulla Libera professione intramoenia ed extramoenia

- ✓ incompatibilità della extramoenia per tutti i livelli dirigenziali indipendentemente dalla appartenenza del professionista (Universitario o Ospedaliero): struttura semplice, struttura complessa;
- ✓ abolizione dell’extramoenia;
- ✓ in tetto di natura economica all’intramoenia (ad esempio pari allo stipendio);
- ✓ la sospensione dell’intramoenia quando la lista di attesa nella attività istituzionale è più lunga dell’attività in intramoenia. L’intramoenia viene trasformata in attività aggiuntiva istituzionale per ridurre e riequilibrare le liste d’attesa;
- ✓ abolizione dell’intramoenia; chi è contrario a questa ipotesi fa presente che, con le attuali retribuzioni del personale medico, questo provvedimento incentiverebbe ulteriormente il passaggio dei professionisti alla attività privata. Tale ipotesi, assente in tutti i programmi elettorali, trova l’assoluta contrarietà di tutti i sindacati di categoria.

6.4 Sulle esternalizzazioni

Nell’ambito di questo paragrafo è necessario distinguere esternalizzazioni e partenariati (PPP):

A1. Esternalizzazione di servizi accessori, quali quelli richiamati precedentemente.

A2. Esternalizzazione di servizi “core”, che rappresentano una fase del percorso di cura.

B1. Partenariati Pubblico Privato (Project Financing – PF) effettuati per carenza di risorse proprie, nella ipotesi che il progetto, ad esempio realizzazione di un ospedale come avvenuto in Inghilterra diffusamente e in alcuni più limitati casi in Italia, sia in grado di generare, nella fase di gestione, flussi di cassa sufficienti a rimborsare il debito. Nel caso che ciò non avvenga – come ovviamente in ambito sanitario – l’affidatario (Azienda sanitaria o Regione) interviene.

In questo caso si tratta per lo più di un trasferimento di spesa dall'ambito investimenti alla spesa corrente e di una pressione, di fatto, per appaltare (esternalizzare) servizi "core", di carattere diagnostico, curativo e assistenziale, al fine di ricompensare l'investitore privato.

B2. Partenariato Pubblico Privato coinvolgendo il privato, realizzatore dell'opera (ad esempio ospedale) limitatamente alla gestione impiantistica e logistica, al fine di connettere le caratteristiche realizzative con l'effettiva funzionalità e economicità (risparmio energetico ecc.) di gestione.

B3. Partenariato Pubblico Privato per l'inserimento di tecnologie innovative, finalizzato (anche) ad utilizzare il *Know how* (gestione tecnologie, formazione, assistenza ecc.) della azienda fornitrice.

NOTE E BIBLIOGRAFIA

¹ Luca De Fiore, Il valore sottratto al Servizio sanitario nazionale: l'Ecm, 1 Giugno 2023. <https://sentichiparla.it/salute/il-valore-sottratto-al-servizio-sanitario-nazionale-lecm>

² The European House- Ambrosetti Meridiano Sanità Sicilia. Il valore dell'ecosistema salute come leva di crescita economica, coesione sociale e sviluppo sostenibile di un territorio, 2019, p.20.

³ Mazzuccato M., *Lo Stato innovatore*, Laterza, 2019.

⁴ Massimo Florio, *La privatizzazione delle conoscenze*, Laterza, 2021.

⁵ World Health Organization (WHO), 2019. *Global Spending on Health Report*. Geneva.

⁶ Ana Carolina Cordilha, *Financialisation and Public Health Systems: a new concept to examine ongoing reforms*, *Économie et institutions*, 30-31, 2022.

⁷ Gianluigi Trianni, Aldo Gazzetti, "Privatocrazia" e Sanità in Italia Privatizzazione, Concentrazione di Capitali e Finanziarizzazione, *Lavoro e salute*, Anno 39, n. 6 Giugno 2023, <https://www.medicinademocratica.org/wp/wp-content/uploads/2023/06/privatocrazia-allegato-lavoro-e-salute-6-giugno-2023-1.pdf>

⁸ Maria Elisa Sartor, *La privatizzazione della sanità lombarda dal 1995 al Covid-19: Un'analisi critica*, 2021.

⁹ Aiop - Armenia, *Ospedali & Salute Ventesimo Rapporto*, 2022, Franco Angeli.

¹⁰ Milano Finanza, RSA, è Boom del Privato, 21 Aprile 2023.

¹¹ Il coinvolgimento degli Enti del Terzo settore è previsto dal D.lgs. 3 luglio 2017, n.117 (c.d. Codice del Terzo settore) la dove indica che le amministrazioni pubbliche, nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi nei settori di attività degli enti del terzo settore ne assicurano il coinvolgimento attivo attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione e accreditamento, poste in essere nel rispetto dei principi della legge 7 agosto 1990, n. 241.

¹² Banca mondiale, *Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform*, Washington DC, 1987, disponibile su documents.worldbank.org/curated/en/468091468137379607/pdf/multi-page.pdf.

¹³ "(omissis) a) È necessaria una complessiva, radicale e credibile strategia di riforme, inclusa la piena liberalizzazione dei servizi pubblici locali e dei servizi professionali (n.d.r. quindi anche della sanità!). Questo dovrebbe applicarsi in particolare alla fornitura di servizi locali attraverso privatizzazioni su larga scala."

¹⁴ Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato. Segnalazione ai sensi degli artt. 21 e 22 della legge 10 ottobre 1990, n. 287 in merito a: Proposte di riforma concorrenziale, ai fini della Legge Annuale per il Mercato e la Concorrenza, anno 2021, inviata al Presidente del Consiglio dei Ministri.

¹⁵ Starr P. "*The Meaning of Privatization*", in Kameron S.B., Kahn A.J. (eds.), *Privatization and the Welfare State*, Princeton University Press, Princeton-New Jersey, 1989; Chiara Cordelli. *Privatocrazia. Perché privatizzare è un rischio per lo Stato democratico*. Mondadori, 2022, p. 128. L'autrice osserva inoltre "...che, in una società democratica, i "bisogni sociali" non sono semplicemente bisogni, bensì diritti, che si collocano in una relazione di obblighi e doveri reciproci che solo un ente pubblico, ossia un ente capace di agire a nome di tutti simultaneamente e collettivamente può soddisfare".

¹⁶ CREA Sanità, *18° Rapporto*, 2022.

-
- ¹⁷ Italy, *Health System Review 2022, Health Systems in Transition, Vol. 24 No. 4 2022.*
- ¹⁸ Banca d'Italia, Indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di Welfare e di tutela della salute, Roma, 26 giugno 2023.
- ¹⁹ ANIA, Fondi sanitari, la necessità di un riordino, Position Paper, maggio 2015.
- ²⁰ Un quadro complessivo aggiornato del sistema di welfare aziendale nel suo complesso è presentato in: Stefano Sirocchi, *Welfare Aziendale*, Mensile Sole 24 Ore Aprile 2023.
- ²¹ Rapporto Gimbe, 1/2019 La sanità Integrativa.
- ²² La legge di Bilancio 2016 ha consentito di trasformare i premi di risultato anche in contribuzione a forme di sanità integrativa senza l'applicazione di alcuna imposta per i dipendenti con reddito lordo annuo sino a €50.000; tale soglia è stata portata, con la legge di Bilancio 2017, a 80.000€ .
- ²³ Filippo Palumbo, Quotidiano Sanità, 15 marzo 2023.
- ²⁴ Federica Pezzati, Sole 24 Ore Plus, 11 marzo 2023.
- ²⁵ Cristina Freguja, Audizione dell'Istituto nazionale di Statistica alla 10° Commissione del Senato della repubblica, 8 Marzo 2023.
- ²⁶ Giulia Bonezzi, QN Il Giorno, Milano, 6/3/2023.
- ²⁷ RSA, è Boom del privato, Milano Finanza 21 Aprile 2023 (Dati ricavati dallo studio ISMM Ricerche – Istituto per lo studio dell'innovazione di Roma).
- ²⁸ AIOP – Ermeneia, Ospedali & Salute Ventesimo Rapporto Annuale 2022, Franco Angeli, 2023.
- ²⁹ Donato Occhilupo, I dieci big: ecco i protagonisti della sanità privata, <https://www.fortuneita.com/2023/04/14/i-campioni-della-sanita-privata-le-liste/>
- ³⁰ C. Collicelli, Le politiche socio-sanitarie 2022, in corso di stampa in CNEL, Le performance della PA 2023.
- ³¹ Ministero della Salute, Sezione "Osservatorio nazionale sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale e aziendale" del Comitato Tecnico Sanitario di cui agli artt. 2, 3 e 4 del D.P.R. 28 marzo 2013, n. 44. Relazione sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria. Agenas, Report dei Monitoraggi Nazionali *ex ante* dei tempi di attesa per l'attività libero- professionale intramuraria (ALPI) e volumi di prestazioni ambulatoriali e di ricovero erogate in attività istituzionale e ALPI, Anno 2021.
- ³² Marco Geddes Da Filicaia, Breve ma veridica storia dell'attività libero-professionale intramuraria, *Recenti Progressi in Medicina* 2023, 114: 1-6.
- ³³ Patrizio Armeni, Arianna Bertolani, Ludovica Borsoi, Francesco Costa, La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione , OASI, Rapporto 2021.
- ³⁴ Nerina Dirindin, La sanità pubblica fra indifferenza e *laissez faire*. *Rivista di Politiche Sociali* 2016; 2.
- ³⁵ Himmelstein DU, Busse R, Ch K. A comparison of hospital administrative costs in eight nations: Us costs exceeded all. Others by far. *Health Affairs* 2014; 33(9). Bouchner H, Fontanarosa Ph. Healthcare spending in the US compared with 10 others High – Income Countries; *Jama* 319, 10, 2018.
- ³⁶ Buchmueller TC, Couffinhal A, Grignon M, et al. Access to physician services: does supplemental insurance matter? Evidence from France. *Health Econ* 2004; 13(7): 669-87.
- ³⁷ Vargas MH, Elhewaihi M. What is the impact of duplicate coverage on the demand for health care in Germany? Institute for Advanced Development Studies, Development Research Working Paper Series No. 10/2008, December 2008.
- ³⁸ Kiil A. Does employment-based private health insurance increase the use of covered health care services? A matching estimator approach. *Int J Health Care Finance Econ* 2012; 12(1): 1-38.
- ³⁹ Colombo F, Tapay N. Private health insurance in Oecd countries: the benefits and costs for individuals and health systems. *Ecd Health Working Papers* no. 15, 2004.
- ⁴⁰ Tynkynen LK, Vrangbæk K. *Comparing public and private providers: a scoping review of hospital services in Europe. BMC Health Serv Res* 2018; 18: 141–141. Bjorvatn A. *Private or public hospital ownership: does it really matter? Soc Sci Med* 2018; 196: 166– 174. Goodair B, Reeves A. *Outsourcing health-care services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013-20: an observational study of NHS privatisation. Lancet Public Health.* 2022;7(7):e638-e646. Garattini L, Padula A. *Competition in health markets: is something rotten? J R Soc Med.* 2019;112 (1):6-10.

Garattini L, Badinella Martini M, Nobili A. *Integrated Care in Europe: Time to Get it Together? Appl Health Econ Health Policy*. 2022;20(2):145-147. Garattini L, Padula A. *Dual practice of hospital staff doctors: hippocratic or hypocritic? J R Soc Med*. 2018 Aug;111(8):265-269. Liina-Kaisa Tynkkynen, Karsten Vrangbæk Comparing public and private providers: a scoping review of hospital services in Europe, *BMC Health Services Research* (2018) 18:141.

Griffiths P, Dall'Ora C. *Nurse staffing and patient safety in acute hospitals: Cassandra calls again? BMJ Qual Saf* 2023;32:241–243. doi:10.1136/bmjqs-2022-015578.

⁴¹ Alexander Borsa et al., Evaluating trends in private equity ownership and impacts on health outcomes, costs, and quality: systematic review, *BMJ* 2023;382:e075244 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj-2023-075244>.

⁴² Jason Ward, Failed Market Approaches to Long-Term Care, Social European Research Essay 13, may 2023.

⁴³ Eric C. Schneider et al. *Mirror, Mirror 2021 – Reflecting Poorly: Health Care in U.S. Compared to other High-Income Countries* (Commonwealth Fund, Aug. 2021).