



12th National Conference on Health Economy

Rostock, 13-14 Giugno 2016



Si è tenuta a Rostock, in Germania, il 13 e 14 luglio 2016, alla presenza del **Ministro federale della salute tedesco**, Herman Grohe, e al Presidente dello Stato di Mecklenburg-Vorpommern, Erwin Sellering, la **12^a Fiera tedesca di economia sanitaria** dedicata quest'anno all'**Italia**. La presentazione del sistema sanitario italiano, con il **pilastro di welfare garantito dal SSN** e le sue dinamiche di sviluppo, è stata affidata al Presidente nazionale Aiop, **Gabriele Pelissero**, e a **Nicola Bedin**, AD del Gruppo ospedaliero San Donato.

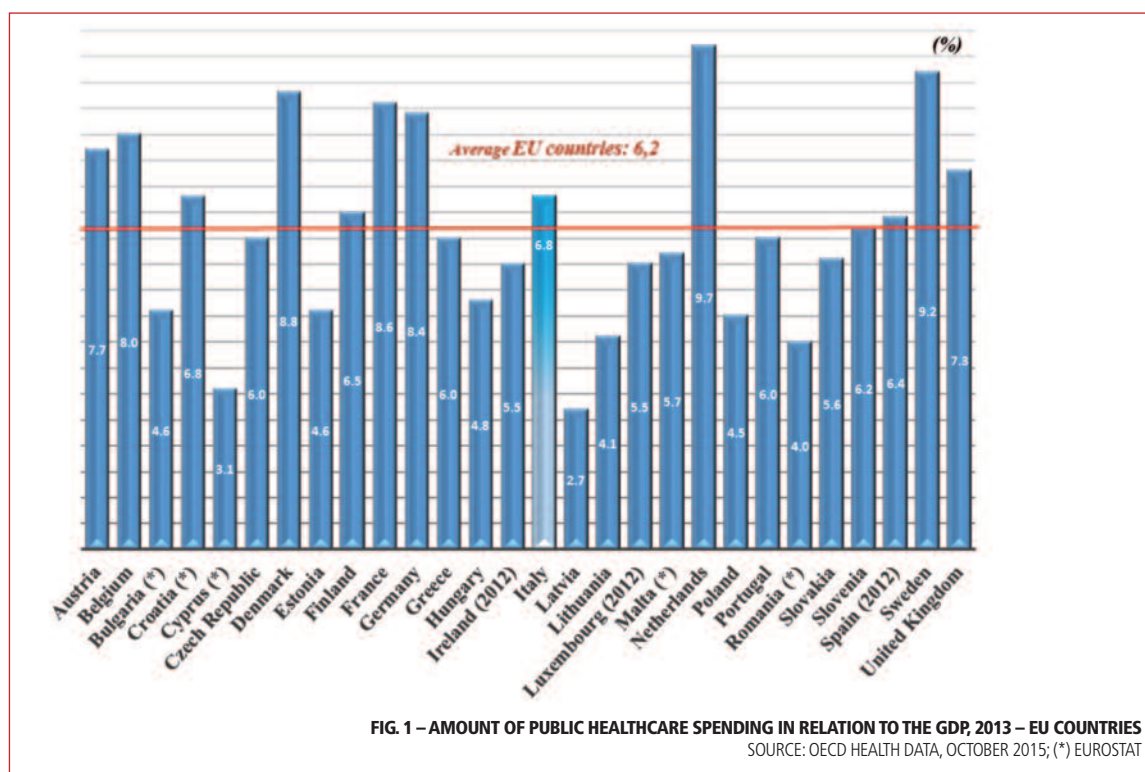
Il Sistema sanitario italiano

GABRIELE PELISSERO
Università degli Studi di Pavia
Presidente nazionale AIOP Associazione Italiana Ospedalità Privata
Ospedale San Raffaele (Milano)

NICOLA BEDIN
Ospedale San Raffaele (Milano)
Università Vita Salute San Raffaele (Milano)

Nel 1978 il Servizio sanitario nazionale italiano è stato interessato da un radicale cambiamento, passando da un sistema di tipo Bismarck, molto simile a quello tutt'ora vigente in Germania, a un sistema di tipo Beveridge, che presenta forti somiglianze con il National Health Service britannico. Il sistema Beveridge italiano ha, tuttavia, delle caratteristiche particolari che, per certi versi, lo rendono simile al sistema tedesco. È necessario, in primo luogo, ricordare che il nostro sistema sanitario è un sistema universalistico e solidale. È universalistico nel senso che tutti i cittadini italiani, in base al principio di cittadinanza, hanno diritto ad ac-

cedere a tutte le prestazioni sanitarie, di prevenzione, di cura e di riabilitazione; è un sistema solidale perché la copertura economica di larga parte di queste prestazioni deriva dalla fiscalità generale. Tuttavia, deve essere sottolineata l'importanza che ha in Italia la componente regionale: il sistema sanitario italiano è infatti un sistema di tipo Beveridge con uno spiccato contenuto federalista, e sotto questo profilo presenta certamente una somiglianza interessante con il modello tedesco. In Italia esistono, infatti, 19 Regioni che godono di autonomia in base alla nostra Costituzione ed hanno potestà legislativa in materia sanitaria. Accanto alle Regioni, inoltre, esistono due Province Autonome di Bolzano e di Trento che godono degli stessi poteri attribuiti alle Regioni. Abbiamo, pertanto, 21 governi territoriali che esprimono la propria posizione in materia di sanità. Inoltre, mentre lo spirito originario dei sistemi di tipo Beveridge è uno



12th National Conference
on Health Economy 2016

#Health2016 – Health Economy in the Digital World

13th and 14th July 2016
Rostock-Warnemünde

Partner country Italy

FIG. 2 - AMOUNT OF TOTAL HEALTHCARE SPENDING IN RELATION TO THE GDP

% Values	Total Healthcare Spending		
	2011	2012	2013
United States	16.4	16.4	16.4
Japan	10.0	10.1	10.2
Germany	10.7	10.8	11.0
France	10.7	10.8	10.9
Italy	8.8	8.8	8.8
United Kingdom	8.5	8.5	8.5
Canada	10.3	10.2	10.2
Average of G7 countries (*)	10.8	10.8	10.9
Australia	8.6	8.8	-
Austria	9.9	10.1	10.1
Belgium	10.1	10.2	10.2
Denmark	10.2	10.4	10.4
Finland	8.2	8.5	8.6
Greece	9.7	9.1	9.2
Iceland	8.6	8.7	8.7
Ireland	8.0	8.1	-
Luxembourg	6.8	6.6	-
Holland	10.5	11.0	11.1
New Zealand	9.7	9.8	9.5
Norway	8.8	8.8	8.9
Portugal	9.5	9.3	9.0
Spain	9.0	8.9	-
Sweden	10.6	10.8	11.0
Switzerland	10.6	11.0	11.1
Turkey	5.0	5.0	5.1
Average of European OECD countries (*)	9.2	9.2	9.5
Average of all OECD countries (*)	9.6	9.6	10.0

(*) Mean values are calculated as unweighted average values.

Source: data processed by Ermeneia from "OECD Health Data 2015", OECD, Paris, October 2015.

FIG. 3 - AMOUNT OF PUBLIC HEALTHCARE SPENDING IN RELATION TO THE GDP

% Values	Public Healthcare Spending		
	2011	2012	2013
United States	7.9	7.9	7.9
Japan	8.2	8.3	8.5
Germany	8.1	8.2	8.4
France	8.4	8.5	8.6
Italy	6.8	6.8	6.8
United Kingdom	7.4	7.3	7.3
Canada	7.2	7.2	7.2
Average of G7 countries (*)	7.7	7.7	7.8
Australia	6.0	5.9	-
Austria	7.5	7.7	7.7
Belgium	7.8	7.9	8.0
Denmark	8.7	8.8	8.8
Finland	6.1	6.4	6.5
Greece	6.7	6.2	6.0
Iceland	7.0	7.0	7.1
Ireland	5.5	5.5	-
Luxembourg	5.7	5.5	-
Holland	9.1	9.6	9.7
New Zealand	7.8	7.9	7.6
Norway	7.4	7.4	7.6
Portugal	6.4	6.1	6.0
Spain	6.6	6.4	-
Sweden	9.0	9.1	9.2
Switzerland	6.8	7.1	7.3
Turkey	4.0	3.9	4.0
Average of European OECD countries (*)	7.1	7.1	7.4
Average of all OECD countries (*)	7.2	7.2	7.5

(*) Mean values are calculated as unweighted average values.

Source: data processed by Ermeneia from "OECD Health Data 2015", OECD, Paris, October 2015.

spirito strettamente pubblicistico, nel quale la componente pubblica è assolutamente dominante se non esclusiva, il Servizio Sanitario Nazionale italiano si caratterizza oggi per una presenza mista di operatori, in parte pubblici e in parte privati.

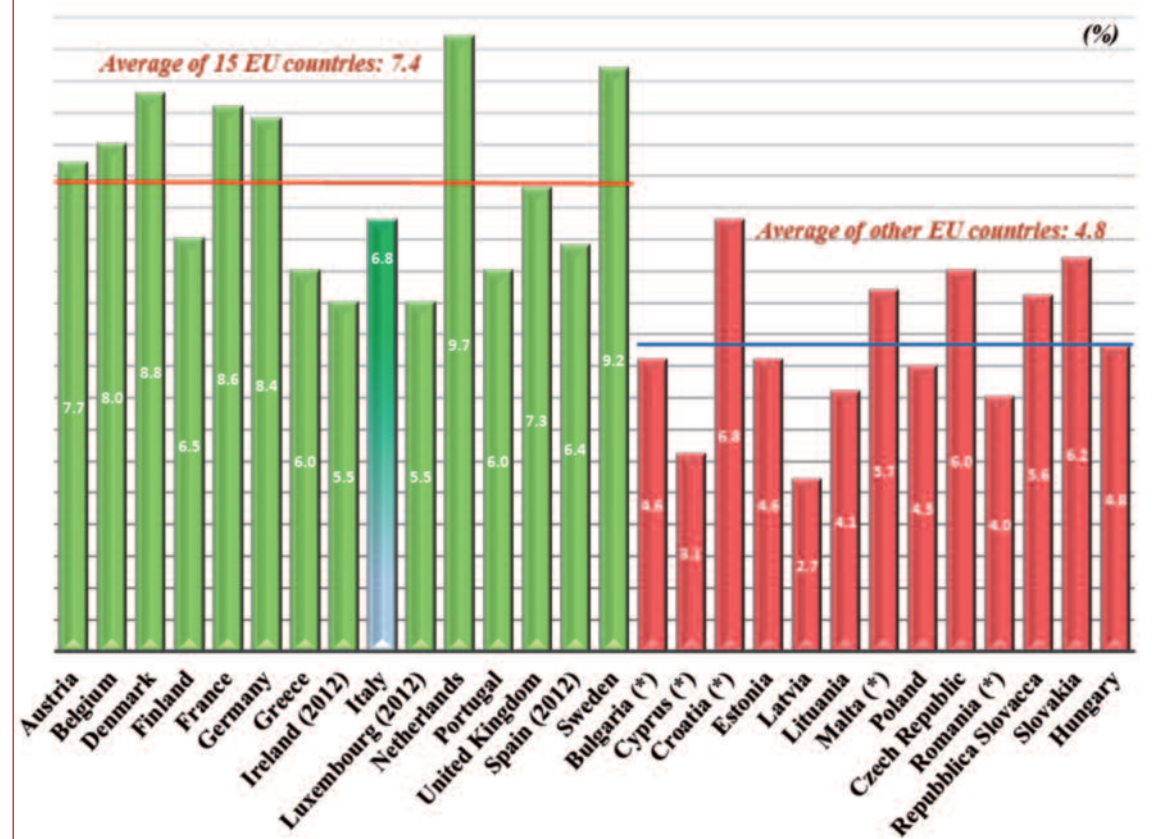
Spesa sanitaria

La spesa pubblica sanitaria e la spesa totale sanitaria italiane risultano molto inferiori a quelle di altri Paesi europei confrontabili con l'Italia, quali la Francia e la Germania. Secondo i dati ufficiali dell'OECD Health Statistics riferiti al 2013 ed aggiornati ad ottobre 2015 (fig. 1), a seguito dei tagli che, in conseguenza della crisi economica globale e di politiche poco lungimiranti hanno interessato la spesa pubblica sia italiana che europea, la spesa pubblica

sanitaria del nostro Paese è stata ridotta ad un valore pari al 6,8% del Pil.

La spesa totale sanitaria italiana nel 2013 ha raggiunto, invece, un valore pari all'8,8% del Pil, mentre come risulta dalla fig. 2, quella tedesca è pari ad un valore dell'11% del Pil e quella francese un valore del 10,9% del Pil.

Sempre dalla fig. 2, noterete, inoltre, che l'incidenza della spesa totale sanitaria in Germania e in Francia è progressivamente aumentata, a differenza di quella della spesa totale sanitaria italiana. Questo incremento è dovuto all'espansione della spesa pubblica nei due Paesi stranieri. Come mostra infatti la fig. 3, la spesa pubblica sanitaria tedesca è passata dall'8,1% del 2011 al 8,4% del 2013, mentre quella francese è aumentata dall'8,4% all'8,6%.

FIG. 4 - AMOUNT OF PUBLIC HEALTHCARE SPENDING IN RELATION TO THE GDP, 2013 - EU COUNTRIES
SOURCE: OECD HEALTH DATA, OCTOBER 2015; (*) EUROSTAT

In termini di valore assoluto la spesa pubblica sanitaria della Germania è passata da 218 miliardi di euro nel 2011 a 235 miliardi di euro nel 2013: si tratta, quindi, di un aumento del 7,5%. Nello stesso periodo, la spesa pubblica sanitaria francese è cresciuta del 2,9%. In Italia, invece, ha subito una riduzione del 2%.

Se la spesa pubblica sanitaria italiana rapportata al Pil si avvicinasse al valore percentuale della spesa tedesca e di quella francese, aumenterebbe di un punto percentuale. Il sistema avrebbe, quindi, a disposizione circa 16 miliardi di euro in più all'anno. Queste risorse aggiuntive potrebbero, ad esempio, essere proficuamente investite per la digitalizzazione del sistema sanitario e la modernizzazione tecnologica e strutturale degli ospedali.

Nell'analisi di questi dati, si deve tener conto di un altro elemento rilevante, vale a dire il progressivo innalzamento dell'età media in Italia, che è il Paese europeo con la popolazione più vecchia. La percentuale di popolazione sopra i 65 anni in Italia è, infatti, del 21,4%, mentre in Germania del 20,8% ed in Francia del 18%.

Dalla fig. 2, si evince che la spesa pubblica sanitaria nell'Unione europea è in media del 6,2% del Pil. Con il valore del 6,8% del Pil, l'Italia si posizionerebbe, dunque, al di sopra della media.

Nella fig. 4 abbiamo, tuttavia, proposto una distinzione tra i 15 Paesi dell'Unione europea originaria ed i 13 Paesi entrati più recentemente. Mentre i primi sono muniti di un sistema di welfare più evoluto ed hanno una media di spesa pubblica sanitaria pari al 7,4% del Pil, gli altri, caratterizzati ancora da servizi ed economie fragili, si attestano su una media del 4,8%.

L'Italia, che rientra nel gruppo dei primi 15 Paesi aderenti all'Unione Europea, si posiziona, quindi, in un range di spesa pubblica sanitaria particolarmente basso rispetto agli

altri Paesi più evoluti, con un livello pari a quello del migliore dei nuovi entrati, vale a dire la Croazia.

Organizzazione regionale

Come accennato, alla luce del ruolo riconosciuto dalla Costituzione alle Regioni ed alle Province Autonome di Trento e Bolzano, nell'analisi del sistema sanitario italiano, è necessario prendere in considerazione le caratteristiche e i principali aspetti di interazione fra i 21 sistemi locali che presentano anche alcuni importanti caratteristiche comuni.

Un ulteriore rilevante elemento da considerare è che, rispetto all'iniziale situazione vigente negli anni '70, la componente di operatori di diritto privato che erogano prestazioni per

il Servizio Sanitario Nazionale è fortemente cresciuta. In questo momento circa il 28% di tutte le prestazioni ospedaliere fruite dai cittadini italiani e finanziate dal Servizio Sanitario Nazionale, sono offerte da operatori di diritto privato. Ci sono in realtà circa 592 ospedali privati in Italia, moltissimi dei quali iscritti alla nostra Associazione, che sono di diversa natura e dimensioni: ne abbiamo di piccoli, medi, grandi e di molto grandi, ed inoltre, negli ultimi 20 anni abbiamo assistito in Italia, come peraltro in Germania e Francia, e in molti altri Paesi europei, alla nascita di catene ospedaliere di diritto privato che si stanno progressivamente affermando.

Come risulta dalla fig. 5, tra le diverse Regioni si notano, però, rilevanti

FIG. 5 - PUBLIC AND ACCREDITED PRIVATE PATIENT BEDS USED FOR HOSPITALIZATION, BY REGION. YEAR 2013

Regions	2013				Total
	Public institutions ⁽¹⁾		Private hospitals (accredited healthcare facilities)		
	Patient beds	% of the total	Patient beds	% of the total	
- Piedmont	12,902	79.4	3,345	20.6	16,247
- Aosta Valley	453	86.0	74	14.0	527
- Lombardy	27,421	77.6	7,904	22.4	35,325
- A.P. of Bolzano	1,694	86.6	262	13.4	1,956
- A.P. of Trento	1,416	72.7	532	27.3	1,948
- Veneto	15,199	92.9	1,158	7.1	16,357
- Friuli Venezia Giulia	3,957	90.2	428	9.8	4,385
- Liguria	5,211	96.6	183	3.4	5,394
- Emilia Romagna	13,226	75.4	4,316	24.6	17,542
- Tuscany	9,781	86.3	1,555	13.7	11,336
- Umbria	2,629	92.5	213	7.5	2,842
- Marche	4,380	83.5	863	16.5	5,243
- Lazio	14,281	71.8	5,600	28.2	19,881
- Abruzzo	3,301	76.7	1,000	23.3	4,301
- Molise	995	87.7	140	12.3	1,135
- Campania	10,304	64.3	5,711	35.7	16,015
- Apulia	9,703	80.9	2,285	19.1	11,988
- Basilicata	1,645	91.7	149	8.3	1,794
- Calabria	3,186	65.3	1,694	34.7	4,880
- Sicily	10,428	73.7	3,726	26.3	14,154
- Sardinia	4,650	82.2	1,004	17.8	5,654
North	81,479	81.7	18,202	18.3	99,681
Center	31,071	79.1	8,231	20.9	39,302
South	44,212	73.8	15,709	26.2	59,921
Italy	156,762	78.8	42,142	21.2	198,904

Source: processing by Ermeneia - data from the Ministry of Health

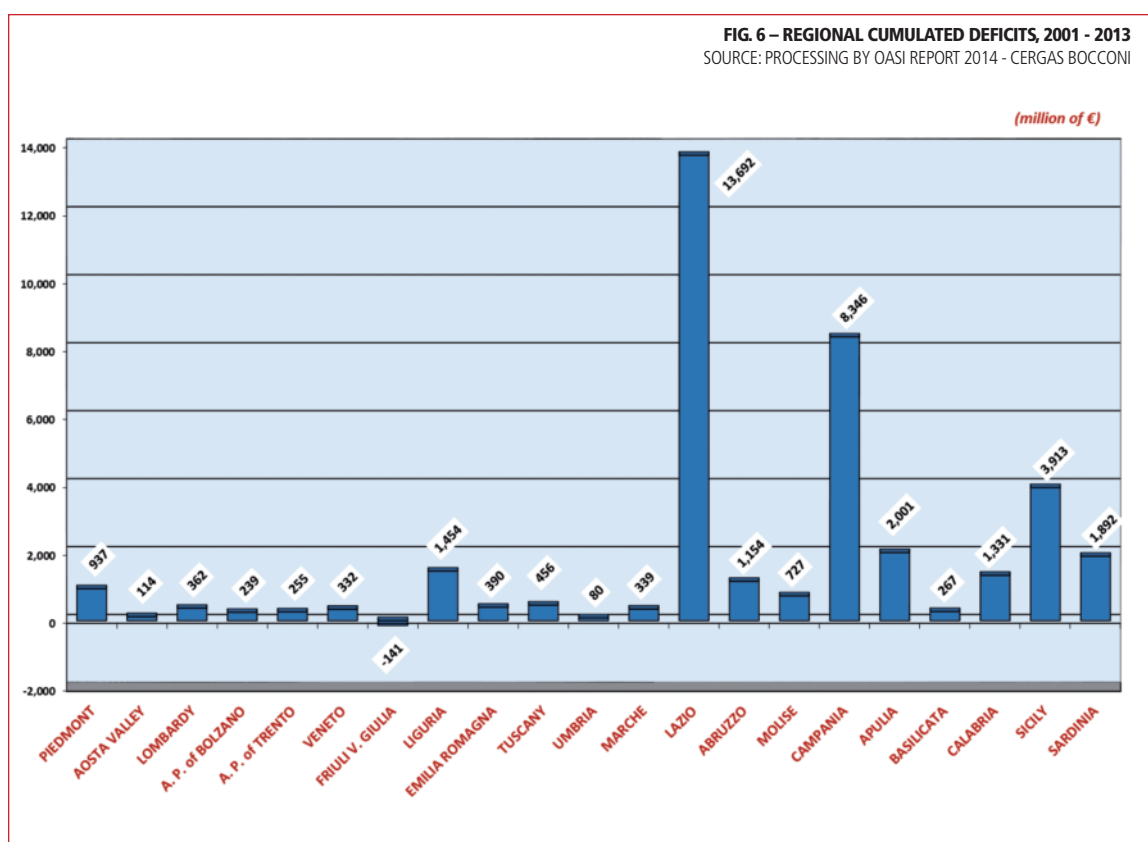


FIG. 7 - REGION DEFICITS 2014

Regions	Operating loss (mln. of €)	Per capita (€)
- Piedmont	-47	-10.59
- Aosta Valley	3	23.33
- Lombardy	-10	-1.00
- A.P. of Bolzano	7	13.57
- A.P. of Trento	0	0.00
- Veneto	-30	-6.09
- Friuli Venezia Giulia	-6	-4.88
- Liguria	73	45.86
- Emilia Romagna	-1	-0.22
- Tuscany	4	1.07
- Umbria	-15	-16.73
- Marche	-78	-50.22
- Lazio	-545	-92.84
- Abruzzo	-37	-27.74
- Molise	37	117.56
- Campania	-279	-47.53
- Apulia	-15	-3.67
- Basilicata	-2	-3.46
- Calabria	-65	-32.82
- Sicily	-41	-8.05
- Sardinia	277	166.48
North	-11	-0.40
Center	-634	-52.52
South	-125	-5.97
Italy	-770	-12.67

Source: processing by OASI Report 2015 - Cergas Bocconi

FIG. 8 - NATIONAL HEALTH FUND, PER CAPITA AMOUNT 2014

Regions	Total amount (€)	Per capita amount (€)
- Piedmont	7,831,271,875	1,727.33
- Aosta Valley	214,669,749	1,658.60
- Lombardy	17,822,409,503	1,786.63
- A.P. of Bolzano	890,761,555	1,769.20
- A.P. of Trento	904,953,905	1,701.42
- Veneto	8,612,962,833	1,748.42
- Friuli Venezia Giulia	2,220,371,521	1,759.67
- Liguria	2,846,321,835	1,702.15
- Emilia Romagna	8,151,011,134	1,805.71
- Tuscany	6,808,192,261	1,772.46
- Umbria	1,591,126,886	1,736.64
- Marche	2,689,703,329	1,703.79
- Lazio	9,914,128,033	1,698.58
- Abruzzo	2,259,592,545	1,680.47
- Molise	578,715,400	1,813.67
- Campania	9,535,733,714	1,685.27
- Apulia	6,803,165,664	1,686.67
- Basilicata	963,569,770	1,665.99
- Calabria	3,134,961,320	1,604.25
- Sicily	8,518,824,047	1,700.76
- Sardinia	2,815,362,668	1,690.86
Bambin Gesù	194,527,432	
ACISMOM	39,551,689	
Total	105,341,888,668	1,733.09

Source: C.I.P.E. - NHF allocation



differenze nei rapporti tra il numero di operatori pubblici e quello di operatori privati, cioè tra le quote di mercato controllate da soggetti pubblici e quelle controllate da soggetti privati. Nelle diverse Regioni italiane, infatti, la percentuale di posti letto offerti da operatori di diritto privato nell'ambito del sistema pubblico varia da un minimo del 3,4% ad un massimo del 35,7% (fig.5). La situazione complessiva si presenta, dunque, estremamente variegata e questo costituisce un fattore di competizione interno molto interessante.

Finanziamento

Per quanto attiene alle modalità di finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale, questo è prestabilito su base pro capite calcolata per ciascuna singola Regione e per le due Province autonome. Gli erogatori privati di prestazioni sanitarie, di rico-

vero e ambulatoriali, sono finanziati sulla base dei cd. DRG (Diagnosis Related Groups o Raggruppamenti omogenei di diagnosi) e delle tariffe ambulatoriali stabilite dal Governo centrale e dai governi regionali. Nel 1994 il sistema DRG è stato esteso anche alle aziende ospedaliere ed ai presidi ospedalieri pubblici, che possono, però, attingere anche a risorse aggiuntive, incrementali, delle quali il privato non può giovare. Ne consegue una disparità tra operatori pubblici e operatori privati nel mercato delle prestazioni sanitarie. In questo contesto generale si è, talvolta, assistito al formarsi di disavanzi di bilancio, anche notevoli, soprattutto in alcune Regioni del centro-sud Italia, quali il Lazio, la Campania, la Sicilia (fig. 6). In talune Regioni il disavanzo annuo, calcolato su una base pro capite, ha toccato anche valori prossimi a 100 euro per persona (fig. 7). Conseguentemente è stato necessa-

rio adottare piani di rientro, che in alcuni casi, hanno permesso di ripianare il deficit, ma hanno anche avuto un effetto negativo generalizzato, vale a dire un peggioramento dell'assistenza offerta al cittadino e l'incremento delle liste d'attesa. Una certa variabilità si può notare anche in riferimento all'ammontare pro capite del fondo sanitario nazionale suddiviso per Regione, con una media di 1733 euro annui relativi a spesa pubblica sanitaria (fig. 8). Anche questo valore di spesa pro capite è inferiore rispetto a quelli riscontrabili in Francia e Germania, in cui la spesa pro capite è pari rispettiva-

mente a 2.700 euro e 2.900 euro, cioè il 67% in più dell'Italia.

Indicatori di qualità

Nonostante questo quadro economico-finanziario, il sistema sanitario italiano presenta interessanti elementi di efficienza. In primo luogo, per quanto riguarda la composizione della spesa sanitaria italiana ed il tipo di prestazioni offerte, abbiamo un valore del 55% destinato all'attività ospedaliera, una spesa del 4% circa destinata alla prevenzione, un valore del 7,6% per

la farmaceutica, ed una quota del 6% destinata alla medicina generale, mentre i restanti fondi sono destinati al finanziamento della medicina specialistica. Un ulteriore aspetto positivo è rappresentato da un ottimo sistema informativo. Conosciamo e analizziamo sistematicamente tutti i ricoveri ospedalieri che avvengono nel nostro Paese, che sono circa 9 milioni: sulla base di una scheda che viene compilata ed è inserita nel sistema informativo nazionale, possiamo ricostruire e tracciare quelle che sono state le caratteristiche del ricovero di ogni cittadino italiano che entra

FIG. 9 - COMPARISON OF AIOP PUBLIC INSTITUTIONS AND PRIVATE HOSPITALS (ACCREDITED HEALTHCARE FACILITIES), BASED ON THE «CASE-MIX» OF THE SERVICES PROVIDED. 2010-2013

Regions	Public institutions				AIOP Private hospitals (accredited healthcare facilities)			
	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
- Piedmont	1.09	1.07	1.07	1.07	1.34	1.39	1.38	1.31
- Lombardy	1.03	1.03	1.02	0.98	1.27	1.26	1.26	1.24
- A.P. of Bolzano	0.93	0.93	0.91	0.90	0.86	0.85	0.77	0.71
- A.P. of Trento	0.91	0.99	0.98	0.99	0.82	0.70	0.68	0.82
- Veneto (a)	1.06	1.04	1.02	1.00	1.13	1.12	1.09	1.12
- Friuli Venezia Giulia	1.06	1.05	1.03	1.02	1.01	0.94	0.95	1.01
- Liguria (b)	1.07	1.05	1.03	1.03	2.09	2.20	2.24	2.15
- Emilia Romagna	1.04	1.02	1.01	1.00	1.19	1.17	1.16	1.11
- Tuscany	1.09	1.08	1.08	1.07	1.40	1.34	1.30	1.29
- Umbria	0.99	0.98	0.99	0.99	1.09	1.05	1.01	0.98
- Marche	1.02	1.02	1.02	1.02	1.00	1.01	1.00	1.04
- Lazio	1.01	1.00	1.00	1.00	1.00	0.98	0.94	0.91
- Abruzzo	0.96	0.96	0.95	0.94	1.12	1.18	1.10	1.07
- Molise	0.98	0.99	0.98	0.85	-	0.97	0.94	0.93
- Campania	0.95	0.95	0.96	0.97	0.89	0.88	0.89	0.86
- Apulia	0.92	0.91	0.91	0.88	1.28	1.27	1.26	1.27
- Basilicata	1.03	1.02	1.01	1.01	-	-	-	-
- Calabria	0.87	0.88	0.87	0.87	0.88	0.89	0.90	1.09
- Sicily	0.89	0.96	0.95	0.95	0.97	0.79	1.02	1.00
- Sardinia	0.92	0.91	0.91	0.90	0.89	0.82	0.73	0.70
Total	1.00	1.00	1.00	0.98	1.08	1.05	1.08	1.07

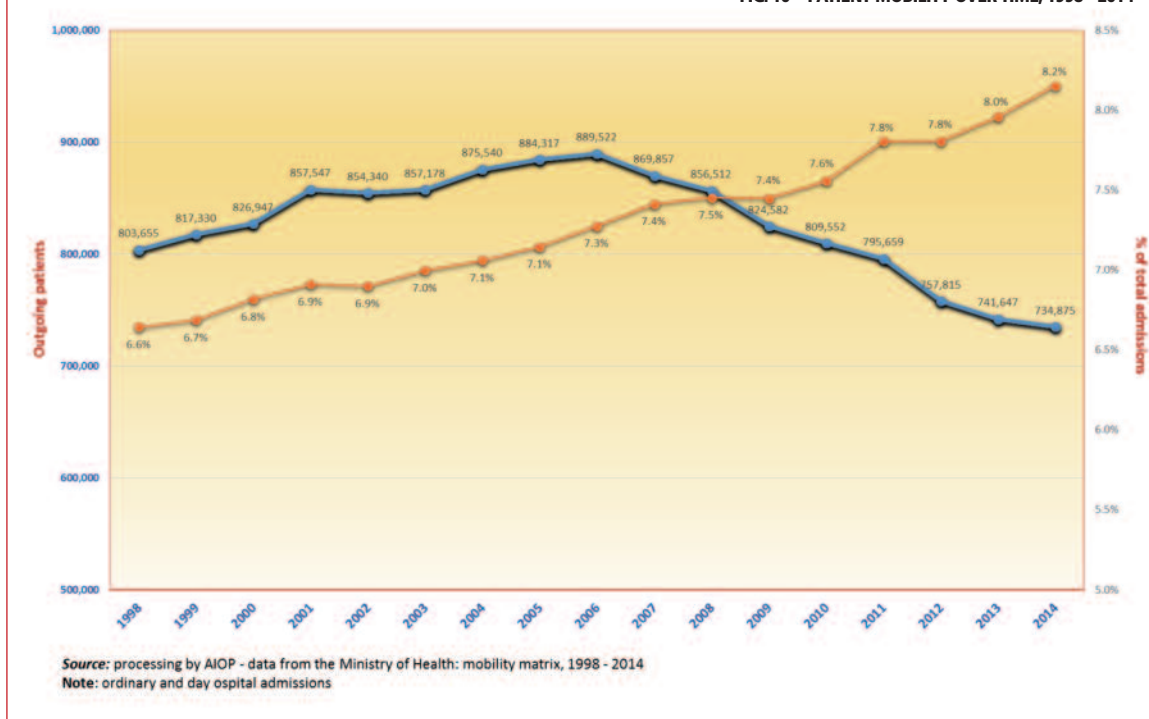
All indicator values are aligned to CMS DRG version 24.0 used by the Ministry of Health since 2009. This version consists of 538 DRGs and refers to the 2007 International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM) for the classification of diseases, injuries, surgeries, diagnostic and therapeutic procedures.

(a) The public institutions in Veneto also include 4 private hospitals (accredited healthcare facilities) associated with AIOP and under the control of USL facilities.

(b) The high average weight is due to the presence of two accredited healthcare facilities, largely devoted to extremely specialized treatment.

Source: data processed by Ermeneia - Studi & Strategie di Sistema based on the Ministry of Health and AIOP data.

FIG. 10 - PATIENT MOBILITY OVER TIME, 1998 - 2014



Source: processing by AIOP - data from the Ministry of Health: mobility matrix, 1998 - 2014

Note: ordinary and day hospital admissions

in un ospedale pubblico o privato nell'intero corso dell'anno. Questo ci consente di fare delle valutazioni di qualità progressivamente sempre più approfondite.

Uno dei criteri più semplici utilizzabili nella valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie è quello basato sul valore dell'indice "case-

mix".

Questo sistema di valutazione è noto perché si basa su un indicatore che si ottiene con un algoritmo molto semplice da ricavare all'interno dei sistemi informativi e che fornisce il livello di complessità totale delle cure che vengono erogate: tanto più elevato è il livello dell'indicatore, tanto più ci troviamo di fronte ad un'attività ospedaliera tecnologicamente complessa e di alta specialità; tanto più è basso il livello dell'indicatore, tanto più ci troviamo di fronte ad un'attività ospedaliera che ha ben poca complessità, che ha uno scarso contributo di capitale, non necessariamente inutile e negativa, ma certamente più semplice e tecnologicamente meno avanzata.

Confrontando separatamente i valori degli indici "case-mix" relativi agli operatori di diritto pubblico e quelli relativi agli operatori di diritto privato, nel corso del 2013 osserviamo che il valore dell'indice relativo alla totalità degli ospedali pubblici è 0,98, mentre per gli ospedali privati il valore dell'indice è pari all'1,07 (fig. 9). Da questi dati si può comprendere come la componente privata che, all'interno di questo sistema vale circa il 28% di tutta l'attività, ha intra-

preso notevoli investimenti. Questi investimenti hanno permesso, in un sistema che si regge su un finanziamento così esiguo, di esprimere, in alcuni contesti, degli elementi di qualità molto interessanti, seppur con un'accentuata differenziazione tra alcune realtà di eccellenza ed altre realtà con maggiori difficoltà di funzionamento.

Mobilità interregionale

Pur esistendo 21 Servizi Sanitari Regionali diversi, i cittadini italiani hanno diritto, disponendo di una tessera sanitaria, al ricovero in qualunque ospedale pubblico o privato del Paese, scegliendo la struttura che ritengono qualitativamente più efficiente e più adeguata alle loro esigenze.

La possibilità di mobilità permette, quindi, ai cittadini italiani di far fronte ad eventuali criticità ed inefficienze che gli stessi percepiscono nel sistema sanitario della Regione di appartenenza.

Con la direttiva europea sulla mobilità transfrontaliera, che con fatica è stata recepita, il principio della mobilità dei pazienti ha ormai assunto

rilevanza comunitaria, ma l'Italia - con diversi livelli di qualità e di performance, permeabili fra loro, cioè attraverso i quali il paziente può spostarsi liberamente scegliendo dove curarsi - costituisce, forse, il più interessante laboratorio di sperimentazione in tal senso.

Come mostra la fig. 10, già dal 1998 si sono calcolati 800.000 pazienti in mobilità; nel 2014 sono stati 734.000 pazienti.

In questi anni, inoltre, si è avuta una riduzione dei ricoveri ospedalieri grazie all'efficacia delle politiche di deospedalizzazione che sono state attivate in Italia progressivamente a partire dagli anni 2005-2006, spostando un numero crescente di prestazioni ospedaliere dalla fase di ricovero alla fase ambulatoriale. Contemporaneamente è cresciuta la percentuale di pazienti in mobilità, che si spostano secondo criteri razionali, verso le regioni con i sistemi sanitari più efficienti.

Questo fenomeno è l'effetto di un meccanismo concorrenziale ben funzionante, in cui i pazienti possono liberamente scegliere e che ha come conseguenza una netta differenza tra le Regioni con un saldo attivo (ad esempio la Lombardia che ha un saldo attivo di 534 milioni di euro) e le Regioni con un saldo passivo (ad esempio la Campania che ha un saldo passivo di 270 milioni di euro) (fig. 11).

Da questa analisi si possono individuare due potenziali elementi di forza nel Servizio Sanitario Nazionale, nonostante la spesa d'investimento sia molto bassa rispetto a quella di altri Paesi comparabili con il nostro (ad esempio la Francia che ha un simile numero di abitanti). In primo luogo è possibile che in futuro questa carenza sia colmata poiché, a fronte dei deficit dei bilanci regionali, incrementando l'efficienza del comparto pubblico, si potrebbero recuperare risorse da mantenere all'interno del budget della sanità per reinvestirlo in qualità. Vorrei, peraltro, ricordare che quest'ultimo è l'indirizzo politico attualmente adottato dal Ministero della Salute e da noi pienamente condiviso.

L'altro elemento di forza è indubbiamente rappresentato dalla presenza di operatori di diritto privato che, in questi anni, hanno investito di più e

che, quindi, hanno un patrimonio tecnologico più ampio così da riuscire a offrire prestazioni ad un costo minore. Infatti, a fronte di un finanziamento più basso rispetto a quello percepito dagli ospedali pubblici, queste strutture non presentano deficit e così contribuiscono a mantenere il sistema in equilibrio.

Questa ricostruzione è confermata dal fatto che la mobilità interregionale vede in tutte le Regioni un contributo fondamentale della componente di diritto privato che, in questo senso, è sempre più efficiente e performante rispetto a quella di diritto pubblico.

Conclusioni

In conclusione è necessario ribadire che già nelle non piccole differenze fra i sistemi di welfare sanitario europeo resta come obiettivo imprescindibile una sempre più intensa collaborazione nell'interesse dei cittadini e dei malati.

E si può ricordare in questo senso la dichiarazione prodotta dall'Assemblea generale dell'Unione Europea dell'Ospedalità Privata (Uehp) riunitasi a Sofia il 17 giugno scorso, in cui si sottolinea la necessità di sempre maggiori sforzi volti al miglioramento della sanità per tutti i cittadini europei: «Un progresso in tal senso, richiede una sempre maggiore integrazione e un progressivo rafforzamento della collaborazione fra tutti i Paesi europei, una crescente presenza dell'Unione Europea e di tutti gli Stati membri e un deciso sforzo comune per abbattere barriere interne, a partire da quelle che ostacolano la libertà di scelta del modo di cura da parte dei cittadini, la circolazione dei professionisti sanitari e, soprattutto, la rapida diffusione dei risultati della ricerca biomedica».

Bibliografia:

- Ermeneia, AIOP - Ospedali&Salute 2015, Franco Angeli
- Cergas Bocconi - OASI Report 2015, Egea
- G. Pelissero, A. Mingardi - Competizione, sostenibilità e qualità, IBL Libri 2014
- G. Pelissero, A. Mingardi, L. Quagliano - La spesa sanitaria italiana, IBL Libri 2013
- G. Pelissero, L. Scudiero - Il futuro del welfare sanitario, IBL Libri 2011
- OECD, Health Data 2015
- Ministry of Health - SDO Report 1998-2014

gli speciali
di aiopmagazine

SUPPLEMENTO AL NUMERO 1 DI AIOPMAGAZINE
GENNAIO FEBBRAIO 2017

Direttore Responsabile:

Gabriele Pelissero

Direttore Editoriale:

Filippo Leonardi

Coordinamento di redazione:

Fabiana Rinaldi

Redazione:

Angelo Cassoni, Patrizia Salafia, Alberta Sciachi,

Andrea Albanese, Annagiulia Caiazza,

Andrea Ortolani, Fabiana Rinaldi

Segreteria operativa:

Sonia Martini, Stefano Turchi

Progetto grafico e impaginazione:

Andrea Albanese

Autorizzazione Tribunale di Roma

n. 533 del 23/1/2003

Editore: AIOP

Via Lucrezio Caro, 67 Roma

Direzione: 00193 Roma - Via Lucrezio Caro, 67

tel. 063215653 - fax. 063215703

Internet: www.aiop.it e-mail: frinaldi@aiop.it

Stampa: Grafica Di Marcotullio - Roma

chiuso in redazione il 5 gennaio 2017