

POLITICA LOCALE

REPUBBLICA BOLOGNA	26/06/2023	7	"Torneremo in piazza per la salute Senza risorse tanti saranno esclusi" E. C.	2
REPUBBLICA BOLOGNA	26/06/2023	7	E a un bolognese su tre piacciono le polizze sanitarie `Troppoalti costi delle cure" Marcello Radighieri	3

ECONOMIA - ECONOMIA NAZIONALE E LAVORO

STAMPA	26/06/2023	10	AGGIORNATO - Sanita , affare privato = Sanita un affare privato Paolo Russo	5
--------	------------	----	--	---

“Torneremo in piazza per la salute Senza risorse tanti saranno esclusi”

Dopo la manifestazione
di sabato a Roma
si preparano
nuove iniziative

Dopo la manifestazione di sabato in difesa della sanità pubblica, la Cgil rilancia: «Saremo ancora in piazza il 30 settembre contro l'autonomia differenziata e in difesa della Costituzione, tutti aspetti che hanno molto a vedere con la sanità». Adesso in Emilia-Romagna si tratta secondo Marco Pasquini della Funzione pubblica della Cgil di «rivedere anche il percorso di riordino della medicina territoriale». Si parla dell'istituzione dei Cau, Centri di assistenza all'urgenza, dedicati ai codici bianchi e verdi, cioè i malati meno gravi, con cui la Regione vorrebbe superare i problemi delle lunghe attese nel pronto soccorso. «Senza personale e senza risorse, ogni riorganizzazione equivale al taglio dei servizi - dice Pasquini - per questo pensiamo che le tappe di applicazione della riforma voluta dalla Regione vadano riviste, ab-

biamo chiesto di avere un nuovo incontro con la Conferenza territoriale socio-sanitaria e contiamo di averlo presto. Perché da questo punto di vista siamo in alto mare».

Sabato a sfilare con la Cgil e con più di 90 associazioni in piazza a Roma c'era anche il presidente della Regione, Stefano Bonaccini, che ha detto: «Non sono giustificabili i tagli che il governo prevede, addirittura un punto di Pil sul Fondo sanitario nazionale. Anche diversi presidenti di Regioni di centrodestra hanno chiesto al ministro Orazio Schillaci di aumentare le risorse per la sanità pubblica». L'assessore alla salute Raffaele Donini ha in programma di incontrare ancora il ministro, nelle prossime settimane, insieme a Massimiliano Fedriga, presidente della conferenza delle Regioni, per mettere a punto un piano. Ma la preoccupazione dei citta-

dini, alle prese con lunghe liste d'attesa e pronto soccorso affollati, è molto alta. «La mobilitazione è stata un primo passo molto importante, perché io non credo che ci saranno nuove leggi che stravolgano l'universalismo del nostro servizio sanitario - ha detto Giovanni Bissoni, ex assessore regionale e ispiratore di una petizione da 130 mila firme sulla salute pubblica - Basta consolidare la situazione che stiamo vivendo perché questo avvenga. Poche risorse, mancanza di futuro: le persone consolideranno l'accesso ai servizi a pagamento o con sistemi assicurativi, per chi può permetterselo. La rottura dell'universalismo si determinerà di fatto». - **e. c.**



▲ **Governatore Stefano Bonaccini**



Peso: 26%

LO STUDIO IN COLLABORAZIONE CON NOMISMA

E a un bolognese su tre piacciono le polizze sanitarie ‘Troppo alti i costi delle cure’

Un'indagine fotografa
il gradimento di
un'assicurazione per
coprire le spese
Ma solo l'8% degli
intervistati ha
sottoscritto l'impegno

di Marcello Radighieri

Oltre un bolognese su tre è propenso a sottoscrivere una polizza sanitaria. E nella maggior parte dei casi a spingerlo potrebbe essere il vantaggio di accedere a prestazioni specialistiche altrimenti troppo onerose. Sono solo alcuni dei dati che emergono dall'ultima ricerca realizzata dall'Osservatorio Sanità di UniSalute (prima assicurazione sanitaria in Italia per numero di clienti gestiti) in collaborazione con Nomisma.

L'indagine - condotta su un campione di 1.200 persone individuate in varie province italiane - ha infatti indagato, tra le altre cose, la familiarità e la predisposizione degli abitanti del capoluogo emiliano rispetto alle assicurazioni sanitarie. Secondo il sondaggio, oltre sei bolognesi su dieci (il 64%, per essere precisi) dichiarano di «conoscere perfettamente cosa sia una polizza sanitaria integrativa» mentre altri tre (il 27%) dicono di «averne almeno sentito parlare» ma non hanno ben chiaro di cosa si tratti - tagliando con l'accetta: un'assicurazione che, dietro il pagamento di un premio, copre le spese che non sono interamente o parzialmente sostenute dal sistema pubblico in caso di malattia o infortunio. Solo il 9% afferma di non saperne proprio nulla.

A fronte di questa ampia conoscenza, però, soltanto l'8% degli intervistati ha già sottoscritto personalmente una polizza. Ma la percentuale, stando agli esiti dell'indagine, potrebbe presto aumentare: il 15% dei bolognesi starebbe infatti «prendendo in considerazione l'acquisto di una polizza di questo tipo», mentre più di uno su cinque (il 22%) afferma che potrebbe farlo in futuro anche se ora non ne sente l'esigenza. «In un contesto in cui usufruire dei servizi sanitari risulta sempre più difficoltoso - conclude dunque l'indagine - oltre un terzo dei residenti (37%) risulta dunque interessato alla possibilità di sottoscrivere un'assicurazione sanitaria integrativa».

Non solo: UniSalute e Nomisma hanno chiesto anche quali vantaggi potrebbero convincere i bolognesi che non hanno una polizza ad acquistarne una. Risposta: la possibilità di accedere a prestazioni specialistiche altrimenti troppo onerose (39%) e a prestazioni mediche ad un costo contenuto (34%), possibilmente in tempi ridotti (21%) e con l'offerta di coperture vicine alle proprie esigenze (28%). Chi invece un'assicurazione già ce l'ha si dichiara piuttosto contento: l'81% degli intervistati è infatti soddisfatto. Tra i punti di

forza indicati più frequentemente: la fiducia nella compagnia assicurativa (86%), la rapidità dei rimborsi (86%) e il tipo di coperture offerte (67%).

Dal 2020, ossia dall'inizio del biennio pandemico, «l'attitudine alla prevenzione e in generale l'attenzione alla salute nella popolazione è in aumento - spiega Valentina Quaglietti di Nomisma - Inoltre, nelle strategie di risparmio gli italiani hanno deciso di preservare dove possibile le spese sanitarie. Ciò testimonia come, nonostante lo scenario inflazionistico e le difficoltà economiche, la salute rimanga un punto centrale nella quotidianità degli italiani. Che, pur mantenendo un'elevata fiducia nel sistema sanitario pubblico, guardano alle polizze sanitarie come strumento capace di garantire l'accesso alla sanità privata con il vantaggio di tempi e costi ridotti». Le fa eco Flavio Sestilli: secondo il presidente dell'AIBA (Associazione Italiana Brokers di Assicurazioni e Riassicurazioni) i dati dell'indagine «confermano come il be-



Peso: 38%

nessere e la salute siano tra i bisogni primari per gli italiani, insieme alla disponibilità economica e all'averne un'abitazione di proprietà. La salute, infatti, rappresenta la principale voce di spesa per le famiglie e sarà crescente nei prossimi anni, soprattutto concentrandosi su visite di routine o check up effettuati una volta all'anno».



📷 In strada

Bandiere della Cgil a Roma alla manifestazione per il diritto alla salute, sabato scorso. Al corteo per le vie della capitale, oltre a Elly Schlein, ha partecipato anche Stefano Bonaccini



Peso: 38%

LA CRISI DEL SERVIZIO PUBBLICO GENERA UN BUSINESS DA 63 MILIARDI

Sanità, affare privato

PAOLO RUSSO



«Il definanziamento della sanità porterà alla sua privatizzazione», si sente spesso ripetere. Ignorando che il privato vale già oltre la metà del pubblico. - PAGINE 10-11

RICCARDO ANTIMIANI/ANSA

L'INCHIESTA



Peso: 1-16%, 10-41%, 11-8%

ECONOMIA - ECONOMIA NAZIONALE E LAVORO

Sanità un affare privato

Business da quasi 63 miliardi all'anno mentre gli ospedali affondano
Un boom inarrestabile tra prestazioni strapagate e liste d'attesa infinite

PAOLO RUSSO

«**I**l definanziamento della sanità porterà alla sua privatizzazione», si sente spesso ripetere. Ignorando che il privato vale già oltre la metà del pubblico. Perché ad avanzare non è soltanto la spesa per cure, farmaci e accertamenti sostenuta direttamente dai cittadini, che secondo l'ultimo rapporto dell'Economia è aumentata in un anno del 20,7% portandosi nel 2021 a 37,16 miliardi. Passo dopo passo sale anche quella per il privato convenzionato finanziato con soldi pubblici, che nel 2012 pesava per 22,5 miliardi e nel 2021 ne valeva 25,5, con una crescita più o meno costante dell'1,4% l'anno, certifica sempre il Mef. Un business alimentato da tariffe per la diagnostica pagate dalle Regioni che arrivano a essere anche il doppio di quelle che lo stesso privato applica agli assistiti paganti di tasca propria. Per non parlare degli affari che il privato convenzionato fa con i ricoveri, visto che la sua offerta si concentra di solito sulle prestazioni più remunerative, lasciando al pubblico quelle maggiormente onerose, come il pronto soccorso, le terapie intensive o la prevenzione, che fa risparmiare in futuro ma non porta denari nel presente.

Comunque sia, fatte le somme, è un giro d'affari

che per la sanità privata ammonta ormai a 62,7 miliardi, mentre tolti dai 128 miliardi del fondo sanitario nazionale i 25 e mezzo destinati ai privati convenzionati si scopre che alle strutture pubbliche restano poco più di 100 miliardi. E uno studio condotto da due ricercatori dell'Istat, Monica Montella e Franco Mostacci, pubblicato su *Voce.it*, mostra che la maggiore spesa privata non ha comportato alcun miglioramento dell'offerta sanitaria, misurata sul livello di adempimento dei Lea, i livelli essenziali di assistenza.

Del resto non potrebbe essere altrimenti esaminando come lo Stato strapaghi i privati convenzionati per gli accertamenti diagnostici, lasciando poi a loro anche i ricoveri più redditizi. Partiamo dai primi. Il tariffario, vecchio di vent'anni, è stato finalmente aggiornato e le nuove tariffe per tac, risonanze, doppler e quant'altro entreranno in vigore il 1° gennaio prossimo, ritoccando ancora all'insù i rimborsi, visto che per lo Stato ci sarà un aumento di spesa pari a 174,8 milioni nonostante siano state escluse tutta una serie di prestazioni ormai obsolete. Ma già con le vecchie tariffe per il privato gli accertamenti diagnostici sono una gallina dalle uova d'oro, nono-

stante i rimborsi siano uguali a quelli destinati al pubblico. Solo che il privato quando è il cittadino ad aprire il portafoglio riesce a praticare tariffe molto più economiche. In Lombardia, ad esempio, per una risonanza magnetica il rimborso della Regione al privato convenzionato arriva ad essere dell'89% maggiore di quello che quest'ultimo chiede agli assistiti solventi. In Liguria si arriva a una differenza del 196%, in Veneto addirittura al 219%. Più o meno stesso discorso vale per tac al torace ed ecografie all'addome, tra gli accertamenti più gettonati di quei 55 milioni che ogni anno vengono eseguiti fuori da ospedali e ambulatori pubblici, rimborsati molto di più di quel che costano ai privati, viste le tariffe decisamente inferiori che questi riescono a praticare quando si svestono del redditizio ruolo di convenzionati con l'Ssn.

Quanto si potrebbe risparmiare se lo Stato rimborsasse come pagano i cittadini da solventi non è facile stabilirlo. Ma a vedere le differenze tra privato convenziona-



to e privato-privato, calcolando inoltre che per gli accertamenti diagnostici lo Stato rimborsa ai privati 4,7 miliardi, è lecito stimare che 2 miliardi potrebbero tornare in cassa. Magari per assumere medici e infermieri, tagliando le liste d'attesa. Che a loro volta foraggiano sempre il privato.

Ma anche il pubblico deve farsi un esame di coscienza. Perché se va in rosso nonostante rimborsi decisamente più alti delle tariffe che il privato-privato riesce a praticare, evidentemente un bel po' di inefficienza anche da quelle parti deve esserci. E se è vero che il pubblico dietro la singola prestazione deve conteggiare anche i costi vivi per servizi che non sono rimborsati

a tariffa, lo è altrettanto che tra il 30 e il 50% dei finanziamenti che le strutture ricevono dalle Regioni sono non per i singoli servizi resi, bensì per ammortizzare i costi generali, certifica uno studio di qualche tempo fa della Fiaso, la Federazione di Asl e ospedali.

Ma il privato di affari d'oro ne fa anche con i ricoveri. Prendiamo la Lombardia, dove il 70% delle degenze sono nel pubblico e il 30% nel privato. Ma quest'ultimo a Milano, dove fanno capo i colossi della sanità convenzionata, fa l'88% dei bypass coronari-

ci, il 68% delle protesi d'anca e ginocchio e impianta il 60% dei defibrillatori. Tutte prestazioni a tariffe redditizie. Il pubblico si sovraccarica invece l'80% delle emorra-

gie cerebrali, l'87% delle leucemie, l'82% dei tumori ai polmoni, il 90% degli aborti, l'80% dei calcoli e il 78% delle polmoniti. Interventi comuni e poco remunerativi. E infatti i bilanci degli ospedali pubblici lombardi sono in rosso mentre i colossi privati continuano a trovare reddito investendo nella sanità. «La spesa per il privato convenzionato è vincolata a un tetto anacronistico che non le consente di andare oltre quanto speso nel 2011», replica Barbara Cittadini, Presidente dell'Aiop, l'associazione dell'ospitalità privata. Che poi però precisa: «Per contrastare le liste d'attesa sono state concesse delle deroghe, che hanno inciso in misura limitata sulla spesa». E sulla questione dei

ricoveri più remunerativi ci tiene a dire che «non sono le strutture private a limitare l'offerta ma le Regioni che acquistano volumi e quantità di prestazioni in base alla loro programmazione. E alcune, come Emilia-Romagna, Abruzzo e Sicilia, non autorizzano le convenzioni per terapie intensive e pronto soccorso con i privati».

Intanto i dati del ministero della Salute documentano che è andato ai privati il 30% delle risorse stanziate per il recupero delle liste di attesa, che continuano a non essere un buon affare soltanto per gli assistiti. —

Ormai il settore
vale oltre
la metà di quello
pubblico

**Nelle strutture
convenzionate
finiscono i ricoveri
remunerativi**

BARBARA CITTADINI

PRESIDENTE ASSOCIAZIONE
OSPEDALITÀ PRIVATA



Non sono le strutture a limitare l'offerta ma le Regioni che acquistano in base alla programmazione

Così su «La Stampa»: la manifestazione di Roma



Su *La Stampa* di ieri la cronaca della manifestazione organizzata sabato a Roma dalla Cgil per protestare contro i tagli alla sanità pubblica: «Quattro milioni di italiani sono costretti a rinunciare alle cure». In piazza, con il segretario Maurizio Landini, anche la leader del Pd Elly Schlein e il presidente del Movimento 5 Stelle Giuseppe Conte.

I NUMERI DELL'EMERGENZA

62,66

MILIARDI

Il giro d'affari complessivo della sanità privata in Italia nel 2021

37,16

MILIARDI

La spesa sostenuta direttamente dai cittadini per prestazioni private nel 2021

+20,7% rispetto al 2020

25,5

MILIARDI

La spesa per il privato convenzionato finanziato con soldi pubblici nel 2021

+1,4% la crescita media annua (nel 2012 pesava per 22,5 miliardi)

102,5

MILIARDI

Il budget della sanità pubblica (128 miliardi del fondo sanitario nazionale a cui va tolta la cifra per il privato convenzionato)

55

MILIONI

Gli esami ed accertamenti effettuati ogni anno fuori da ospedali e ambulatori pubblici

+89% La differenza in Lombardia tra il rimborso della Regione al privato convenzionato per una risonanza magnetica rispetto alla cifra chiesta agli assistiti solventi

+196% in Liguria

+219% in Veneto



70% le degenze nel pubblico in Lombardia

30% nel privato

A Milano il privato effettua

L'88% dei bypass coronarici

Il 68% delle protesi (anca e ginocchio)

Il 60% degli impianti di defibrillatori

Il pubblico si sovraccarica

80% delle emorragie cerebrali

87% delle leucemie

82% dei tumori ai polmoni

90% degli aborti

80% dei calcoli

78% delle polmoniti

WITHUB



Peso: 1-16%, 10-41%, 11-8%

Protesta in piazza

La manifestazione di sabato a Roma in difesa della Sanità pubblica: «Basta con i tagli»

