

Pubblico e privato nella sanità italiana

Vittorio Mapelli

Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi, Milano

Public and private in the Italian health system

Abstract

Two perspectives can be adopted for analysing the public-private mix of health care systems. The first refers to the ways in which financial risk, associated to sickness, can be transferred to an insurance institution (third-party payer) and its financing methods (taxes, social contributions, premiums, out-of-pocket), that imply different degrees of solidarity. The second to the legal nature and ownership of health care providers (public, private for-profit, non-profit), whose goals, values and behaviours differ and may impact on patient's demand for health services. The Italian health system, on the whole, is financed 81% by taxes and 19% by private revenues. The household finance 63% of total expenditure and enterprises 24% (including self-employed and public employers); the remainder is financed by both. The health services production is made 51% by public institutions and 49% by private enterprises or self-employed doctors. The private sector provides 29% of goods and services to Servizio sanitario nazionale (SSN, the Italian National Health Service), while sells 20% to paying patients and voluntary insurances. Therefore, on the financing side the Italian health system is public, while on the production side is mixed. The 19 Regions and 2 Autonomous Provinces collect 46% of total SSN budget, through their taxation, while the central Government transfers to them the difference through an equalization fund. Private financing (or expenditure) is higher in the Northern richer regions. The highest private provision of health services is in Lombardy (57%) and Latium (54%), whereas the lowest in Bolzano and Umbria (41%).

Pubblico e privato in sanità: le due prospettive

«Pubblico» e «privato», «stato» e «mercato» sono termini di uso corrente in sanità, ma spesso dal significato ambiguo. Si invoca la privatizzazione della sanità, che per alcuni significa trasformare le Aziende Sanitarie Locali (ASL) o le Aziende Ospedaliere (AO) in soggetti privati, per altri affidare la loro gestione a imprese private, per altri ancora lasciare che ognuno si assicuri privatamente dai rischi di malattia, per tagliare le tasse.

Esistono due prospettive secondo cui analizzare il rapporto pubblico-privato in sanità: quella del *finanziamento* e quella della *produzione* dei servizi sanitari, che riflettono i due mercati sottostanti. Il primo mercato si occupa della *copertura dei rischi di malattia* e ciò che lo contraddistingue sono le modalità secondo cui si paga per questa funzione: per libera scelta, ovvero con fondi privati, oppure per obblighi di legge, ovvero con fondi pubblici. Il secondo mercato provvede alla *produzione ed erogazione* di servizi sanitari e ciò che rileva sono le caratteristiche dei produttori, vale a dire la loro

Produttori (natura giuridica)	Finanziamento (modalità)			
	Pubblico		Privato	
	Imposte	Contributi sanitari	Premi assicurativi	Prezzi
	<i>Sistema sanitario nazionale</i>	<i>Sistema di assicurazioni sociali</i>	<i>Sistema di mercato (assicurativo o libero)</i>	
Pubblici				
Privati (a scopo di lucro)				
Privati-sociali (non-profit)				

Fig. 1. Pubblico e privato in sanità: le due prospettive.

natura giuridica – di nuovo, pubblica o privata –, le finalità che perseguono e le regole a cui sottostanno. Esistono quindi fonti di finanziamento pubbliche e private e produttori di servizi pubblici e privati.

Il finanziamento pubblico, basato su un prelievo coattivo di reddito, può avvenire attraverso i *contributi sanitari* o le *imposte*, modalità che definiscono un sistema come di *assicurazione sociale* o di *sistema sanitario nazionale*, nella duplice forma di *servizio* o di *assicurazione nazionale*¹ (figura 1). Il finanziamento privato può assumere la forma di pagamento diretto del *prezzo* delle prestazioni o di un *premio assicurativo* o di *contribuzioni volontarie* per la mutualità integrativa, forme differenti che definiscono un *sistema di mercato (libero o assicurativo)*.

Rispetto invece alla natura giuridica² dei produttori di servizi, un sistema si definisce pubblico quando l'erogazione delle prestazioni è affidata a istituzioni della *pubblica amministrazione* e il personale che vi opera è soggetto a speciali normative (diritto amministrativo). L'azione della pubblica amministrazione è improntata ai principi d'*imparzialità* (non-discriminazione), nei riguardi degli utenti e dei fornitori, *uniformità* di trattamento e *trasparenza* nelle procedure di spesa. Essa è quindi vincolata da ulteriori norme rispetto a un'istituzione

privata. Un produttore si definisce privato quando i rapporti giuridici che regolano l'erogazione delle prestazioni sono sottoposti al diritto comune.

I comportamenti degli operatori privati sono ispirati, in genere, ai principi di *discrezionalità* (es. nella fissazione dei prezzi, nella scelta dei fornitori) e di *selettività* (es. degli utenti). I soggetti privati sono connotati, inoltre, dalle finalità economiche che perseguono: possono essere a scopo di *luoco* (liberi professionisti e imprese) o istituzioni non a scopo di lucro, altrimenti dette del *privato-sociale* (istituti religiosi, fondazioni). I primi operano con lo scopo di trarre un profitto dalla loro attività, che va a remunerare i proprietari del capitale investito; i secondi con il fine di realizzare un'opera sociale, per la quale possono anche ottenere un profitto, ma che dev'essere reinvestito nell'istituzione. Proprietà, regole e finalità economiche contraddistinguono, quindi, i diversi soggetti che operano nel mercato della produzione di servizi sanitari.

Finanziamento pubblico e privato della sanità italiana³

Il sistema sanitario italiano (SSN) è finanziato, nel suo insieme, per l'81% dal prelievo fiscale e

¹ Un sistema sanitario nazionale si può connotare infatti come semplice assicurazione, che paga le prestazioni sanitarie, o come servizio che fornisce anche le prestazioni sanitarie attraverso proprie strutture. La caratteristica comune è l'unicità dell'assicuratore nazionale.

² La natura giuridica riflette l'assetto proprietario.

³ I dati presentati sono i più recenti oggi disponibili, ma si riferiscono ad anni diversi.

per il 19% da redditi privati, nel 2009 (tabella I)⁴. I tributi pubblici coprono le spese del SSN, mentre i redditi e i risparmi la spesa privata. L'Italia non presenta una quota di finanziamento pubblico e-

Tabella I. Il finanziamento del sistema sanitario italiano (anno 2009, milioni di euro)

	Milioni (€)		Composizione (%)
Finanziamento pubblico (SSN)	112.356	100,0	81,3
Imposte e altri tributi, di cui	103.556	92,2	74,9
<i>Irap e addizionale Irpef</i>	39.235	34,9	28,4
<i>Iva e accise</i>	49.206	43,8	35,6
Altri tributi	15.116	13,5	10,9
Altri redditi	2.481	2,2	1,8
Compartecipazioni (ticket) ^a	3.059	2,7	2,2
Totale finanziamento corrente	109.096	97,1	78,9
Deficit	3.260	2,9	2,4
Finanziamento privato^b	25.887	100,0	18,7
Premi assicurativi, di cui	6.379	24,6	4,6
Assicurazioni	2.244	8,7	1,6
Mutue volontarie ^c	4.135	16,0	3,0
Pagamenti diretti (esclusi ticket)	19.508	75,4	14,1
TOTALE FINANZIAMENTO	138.243		100,0
Famiglie	87.782		63,5
- dirette (addizionale Irpef)	6.370		4,6
- indirette (Iva e accise)	49.206		35,6
- tasse (ticket)	3.059		2,2
- deficit (magg. add. Irpef)	3.260		2,4
- premi, contributi	6.379		4,6
- pagamenti diretti (out-of-pocket)	19.508		14,1
di cui: SSN	61.895		44,8
sanità privata	25.887		18,7
Imprese, professionisti ed enti pubblici	32.865		23,8
Famiglie e imprese ^d	17.597		12,7

Fonte: ns elaborazioni su dati Istat, Ministero della Salute, Ania e Mastrobuono 2010.^[9]

a Compresi i ticket contabilizzati come minori spese.
b Al netto dei ticket.
c Stime.
d Non separabili.

levata rispetto agli altri Paesi Ocse. La percentuale dell'Italia (77,5%, secondo l'Ocse) è simile a quella dei Paesi dell'Europa continentale (Germania 77%, Francia 78%) e inferiore a quella dei Paesi anglo-scandinavi (Danimarca 85%, Norvegia e Regno Unito 84%, Svezia 81%).^[1] Percentuali molto basse di finanziamento pubblico si hanno solo nei Paesi con sistemi assicurativi privati (Stati Uniti 49%, Svizzera 59%) o senza un evoluto sistema di sicurezza sociale (Cile e Messico 46%, Ungheria, Slovenia, Slovacchia, Polonia 68-72%).

Il finanziamento pubblico della sanità – attraverso prelievi coattivi di reddito da parte di stato e regioni – è parte della pressione fiscale ed è pari al 7,1% del Pil, su un totale del 43,0%. Anche la pressione fiscale non sembra particolarmente elevata in Italia, rispetto agli altri Paesi Ocse. Nel 2009 gli Stati Uniti destinavano l'8,1% del Pil solo per assistere gli anziani e i poveri (93 milioni di persone), attraverso i programmi statali e federali (*Medicare, Medicaid e Children's Health Insurance Programs*), la Francia il 9,0%, la Germania l'8,7%, la Svezia e il Regno Unito il 7,8%, il Giappone il 7,0%.^[1] Tra pressione fiscale per la sanità e Pil non sussiste una relazione statistica stretta ($R^2=0,15$), come invece per la spesa sanitaria, perché le politiche in questo campo sono specifiche di ogni Paese e indipendenti dal livello di sviluppo economico. Per esempio, a parità di sviluppo, il Messico destina al finanziamento della sanità pubblica il 46% delle risorse e la Polonia il 72%, il Canada il 70% e la Svizzera il 60%.

Nel 2009 il sistema sanitario italiano era finanziato, in particolare, per il 36% dall'Iva e dalle accise sulle benzine, il 28% dall'Irap e dall'addizionale Irpef⁵, il 14% dai pagamenti diretti (prezzi), il 3% dai ticket e un altro 5% da premi di assicurazioni e mutue integrative (cfr. tabella I); il restante 11% da altri tipi di tributi. Il disavanzo corrente del SSN incideva per il 2% circa. Le imposte indirette (64%) prevalgono nel finanziamento della sanità italiana su quelle dirette, comprese le

4 Le percentuali differiscono da quelle ufficiali (Istat, Ocse) sulla spesa pubblica e privata (78,4% e 21,6%), perché qui le compartecipazioni (*ticket*) sono considerate una forma di finanziamento del SSN, mentre secondo l'Istat e l'Ocse sono spesa privata. A parte la tabella I, nelle altre tabelle si segue il criterio dell'Istat.

5 Più precisamente: Iva 34,1%, accise 1,5%, Irap 23,8%, addizionale Irpef 4,6%.

tasse (7%; tabella I). Le famiglie sostengono quasi i due terzi (64%) del finanziamento totale della sanità, mentre le imprese, i liberi professionisti e gli enti pubblici il 24%.

Il finanziamento privato si basa in prevalenza sui pagamenti diretti (*out-of-pocket*) e, in misura ridotta, su premi e contributi per l'assicurazione volontaria (4,6%). La mutualità complementare non è sviluppata come in altri Paesi (es. Francia, Paesi Bassi), sia perché le compartecipazioni alla spesa non sono particolarmente elevate (*co-insurance*), sia perché la copertura della non-autosufficienza è ancora limitata.

A seguito della crisi finanziaria in atto è probabile che le famiglie saranno chiamate in futuro a un maggiore sforzo fiscale per finanziare il SSN, sia sotto forma di aumento dell'addizionale Irpef (prevista fino al 3% dal D. Lgs. 68/11 sul federalismo fiscale), sia di maggiori compartecipazioni alla spesa sanitaria (+2 miliardi di euro, secondo la L. 111/11). Il nuovo quadro della finanza pubblica impone una scelta drastica tra il mantenimento e, se possibile, il miglioramento degli attuali "Livelli essenziali di assistenza" (LEA), a costo però di un più pesante carico fiscale, oppure la riduzione delle garanzie e dei diritti, per tutta la popolazione o per sue categorie, stante l'inostenibilità di una maggiore pressione fiscale.

La via d'uscita potrebbe essere lo sviluppo della mutualità integrativa, prevista dalle leggi di riforma sanitaria, che oggi sembra finalmente decollare.^[2] Secondo le ultime statistiche risultano iscritti all'albo del Ministero della Salute circa 520 fondi, per un totale di 10,3 milioni di assistiti.^[3]

Produzione pubblica e privata di servizi sanitari

Le prestazioni sanitarie in Italia sono prodotte per il 51% da istituzioni sanitarie pubbliche (72,1 miliardi di euro nel 2010) e per il 49% da professionisti e imprese private (69,8 miliardi; tabella II). Dal punto di vista della produzione, il mercato dei beni e servizi sanitari appare quindi in equilibrio tra pubblico e privato. Escludendo

Tabella II. I servizi sanitari secondo la natura giuridica dei produttori, anno 2009 (milioni di euro e percentuali)

Produttori sanitari	Milioni (€)	In (%)		Solo servizi ^a	
		SSN	totale	milioni (€)	in (%)
SSN					
- pubblici	69.809	62,7	49,2	69.809	60,8
personale	36.966	33,2			
acquisto beni e servizi	27.672	24,9			
ammortamenti	2.172	2,0			
imposte indirette	2.583	2,3			
risultato netto di gestione	416	0,4			
- privati	41.521	37,3	29,3	28.598	24,9
servizi sanitari	28.598	25,7		28.598	
beni sanitari	12.924	11,6		-	
Totale	111.330	100,0	78,4	98.407	85,7
MERCATO SANITARIO					
- pubblici	2.333		1,6	2.333	2,0
- privati	28.258		19,9	14.073	12,3
servizi sanitari	14.073			14.073	
beni sanitari	14.185			-	
Totale	30.591		21,6	16.406	14,3
TOTALE SISTEMA SANITARIO					
- pubblici	72.142		50,8	72.142	62,8
- privati	69.779		49,2	42.671	37,2
TOTALE	141.921		100,0	114.813	100,0

Fonte: ns elaborazione su dati Istat 2011.

a Esclusi i beni sanitari.

dall'aggregato i "beni" sanitari di consumo finale (farmaci, protesi, materiale sanitario), la produzione di servizi sanitari in senso stretto è realizzata al 63% dalle aziende pubbliche (72,1 miliardi) e al 37% (42,7 miliardi) da medici, laboratori e cliniche private (tabella II)⁶.

Il SSN produce direttamente il 63% dei servizi richiesti dai pazienti (69,8 miliardi), mentre acquista dal settore privato il restante 37% di prestazioni (41,5 miliardi; tabella II). I costi della produzione pubblica sono composti per il 33% da costi del personale e per il 25% da costi di acquisto di materiali, utenze e servizi (tabella II). Considerando insieme l'acquisto di prestazioni finali per i pazienti (37%) e di beni intermedi per la produzione (25%),

6 La produzione di beni sanitari è considerata privata, anche se la distribuzione passa, in parte, per il canale delle farmacie comunali.

il servizio sanitario acquista dal settore privato il 62% delle risorse totali (69,1 miliardi di euro), svolgendo quindi un importante ruolo di attivazione e sostegno dell'economia nazionale, particolarmente in periodi di crisi economica.

La produzione privata di servizi e beni sanitari trova lo sbocco principale nel SSN, a cui le prestazioni sono cedute sulla base di contratti o convenzioni. Della produzione totale, infatti, 41 miliardi sono venduti al SSN (60%) e 28 miliardi ai pazienti a pagamento (40%).

La produzione pubblica è realizzata dalle aziende sanitarie, nelle loro diverse tipologie [ASL, AO, AOU (Aziende Ospedaliere Universitarie)] e dagli altri enti sanitari pubblici [IRCCS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico)]. La produzione privata, invece, da un aggregato eterogeneo costituito da medici liberi professionisti (puri o convenzionati con il SSN), strutture ambulatoriali, istituti di cura, di riabilitazione e residenze assistenziali. Gli ospedali pubblici sono 654 e dispongono di 178.000 posti-letto (nel 2006)⁷, mentre quelli privati di 55.000 posti-letto. Nel SSN l'offerta di posti-letto è per il 76% pubblica e il 24% privata; si stima che gli istituti privati *non-profit* siano il 5% e quelli *for-profit* il 19%. Purtroppo le statistiche ufficiali non permettono sempre una distinzione tra pubblico e privato per le altre strutture sanitarie.

Nelle strutture pubbliche lavorano 676.227 dipendenti (nel 2008), mentre in quelle private accreditate o convenzionate altre 374.000 unità, per un totale di 1.050.000 addetti che prestano lavoro per il SSN⁸. Secondo i dati Istat, gli addetti totali della sanità italiana sono stimati in 1.226.000 (nel 2008). Quelli del settore privato "puro" sarebbero 176.000.

All'interno del SSN gli operatori pubblici e privati si trovano spesso in competizione tra di loro. Una competizione quasi sempre subita dal pubblico, attivamente ricercata dal privato. Laddove esistono libertà di scelta dei pazienti e pluralità di strutture di offerta esiste infatti possibilità di com-

petizione. La competizione avviene anche all'esterno del SSN, quando il settore privato offre gli stessi servizi con maggiore tempestività, comfort e qualità (percepita) rispetto al settore pubblico. Le aree in cui la concorrenza è più accesa sono quelle dei servizi ospedalieri, diagnostici, specialistici, riabilitativi. All'interno del SSN, il settore pubblico detiene la maggiore quota nei ricoveri ospedalieri (82%) e nei servizi socio-sanitari a favore delle persone fragili (64%)⁹. Nei servizi medico-specialistici e diagnostici (53%) condivide una quota simile a quella dei privati (53%). Nei servizi di prevenzione e sanità pubblica, data la natura stessa di "beni pubblici", il SSN ha invece il monopolio (100%). Ai produttori privati sono interamente affidate, invece, la medicina di base, la farmaceutica (100%), l'assistenza protesica e termale (circa 100%). Oltre a queste, l'area di maggiore presenza del privato è nella specialistica e diagnostica (47%), mentre nel settore ospedaliero copre solo il 18%.

Pubblico e privato nel sistema sanitario italiano

Nessuno ha dubbi che il sistema sanitario italiano sia pubblico, nel suo insieme, ma la presenza di privato è comunque rilevante. Il sistema sanitario è, infatti, *pubblico* per quanto attiene il finanziamento (78% di finanziamento pubblico e 22% privato nel 2010)¹⁰, ma *misto* per quanto riguarda la produzione di beni e servizi sanitari (51% di servizi pubblici e 49% privati) [tabella III]. Incrociando i dati di finanziamento e di produzione si possono cogliere quattro sotto-mercati nel sistema italiano. Le famiglie (e le imprese) finanziano, tramite il fisco, il SSN e pagano inoltre per l'acquisto dei servizi sanitari sul mercato privato. Il finanziamento pubblico è diretto per il 49% ai servizi prodotti da istituzioni pubbliche (ASL, AO ecc.) e per il 29% all'acquisto di beni e prestazioni da operatori privati convenzionati o accreditati. Le istituzioni pubbliche, a loro volta,

⁷ Le statistiche dell'Istat includono tra gli ospedali pubblici anche quelli privati "equiparati" per legge a quelli pubblici (ospedali ecclesiastici classificati, IRCCS, ecc.).

⁸ Nostre stime su dati Istat e Ministero della Salute. Sono escluse le farmacie e le ambulanze.

⁹ Nostre stime; dati non presenti nelle tabelle.

¹⁰ Secondo i criteri Istat, diversi da quelli della tabella I.

Tabella III. Finanziamento e produzione di servizi nel sistema sanitario italiano: anni 1960 e 2010 (in %)

	Anno 1960			Anno 2010		
	Finanziamento			Finanziamento		
	pubblico	privato	totale	pubblico	privato	totale
Produzione						
Pubblica	55,8	3,6	59,4	49,2	1,6	50,8
Privata	27,4	13,2	40,6	29,3	19,9	49,2
Totale	83,2	16,8	100,0	78,4	21,6	100,0

Fonte: ns elaborazioni su dati Istat.

Nota: Sono compresi anche i consumi di farmaci e di altri beni sanitari.

vendono circa il 2% dei propri servizi a privati cittadini (es. visite in libera professione intramuraria, ricoveri a pagamento). La produzione di servizi da parte di privati per i privati paganti – il mercato puro – costituisce il 20% del totale. Il mercato privato in Italia è sempre stato un mercato protetto, che trova uno sbocco sicuro nella vendita di prodotti e prestazioni al settore pubblico – oltre il 60% del proprio fatturato.

Il sistema sanitario era più pubblico quando dominavano le assicurazioni sociali (enti mutualistici). Nel 1960, infatti, il finanziamento pubblico costituiva l'82% del totale e la produzione pubblica di servizi sanitari il 59% (tabella I). Nel corso di un cinquantennio si è verificata una progressiva privatizzazione del sistema sanitario, sia sul versante del finanziamento (+5 punti percentuali) che della produzione di servizi (+9 punti percentuali). Si è intensificata anche (dal 13% al 20%) la quota di acquisti delle famiglie sul mercato privato.

Purtroppo i dati Ocse forniscono solo la prospettiva pubblica o privata del finanziamento, non della produzione di servizi. Si avrebbe, infatti, una diversa rappresentazione se si guardasse anche a questo lato del sistema sanitario. Per fare degli esempi, si può prendere come *proxy* della produzione la proprietà degli ospedali. In Germania con un sistema sanitario quasi-pubblico il 59% circa degli ospedali è privato (e di questi il 29% *for-profit*), mentre negli Stati Uniti, con un sistema sanitario privato, il 60% è privato-sociale

(*non-profit*) e solo il 14% *for-profit*. O, ancora, nel *National Health Service* (NHS) britannico l'88% degli ospedali è pubblico, mentre nel SSN italiano solo il 76% è pubblico; del 24% privato, il 19% è *for-profit*, una percentuale più alta di quella americana. Come sempre, è bene non fermarsi alle facili etichette.

Pubblico e privato nei sistemi sanitari regionali

I valori nazionali di finanziamento e produzione sono la media dei valori regionali, che risultano molto diversi tra Nord e Sud. In tutte le regioni del Sud (e a Bolzano) il finanziamento pubblico della sanità supera infatti l'80%, mentre nelle regioni del Nord è inferiore al 75%, rispetto alla media nazionale del 78% (tabella IV)¹¹. In Basilicata il finanziamento pubblico tocca il massimo con l'85%, mentre in Friuli Venezia Giulia il minimo con il 73%. Per converso, il finanziamento privato supera il 20-25% nelle regioni settentrionali ed è compreso tra il 15-20% in quelle meridionali. La spesa¹² per la sanità privata è chiaramente funzione del reddito ($R^2=0,69$) ed è maggiore nelle regioni più ricche del Nord. È di soli 289 euro per abitante in Basilicata, 350 in Sicilia e Sardegna, mentre arriva a 625 euro in Friuli Venezia Giulia e 570 in Lombardia e Piemonte. Quanta di questa spesa privata sia per servizi aggiuntivi (integrativi) o sostitutivi di quelli pubblici è difficile da stabilire.

¹¹ I dati sono relativi al 2007, ultimo anno disponibile per la spesa privata.

¹² Finanziamento e spesa coincidono.

Tabella IV. La produzione di servizi sanitari secondo la natura giuridica dei produttori. Anno 2007 (composizione %)

Regioni	FINANZIAMENTO (pro-capite, €)				In % (3)			PRODUZIONE E ACQ-ISTO SSN				PRODUZIONE (Sistema Sanitario)				
	SSN (pubblico)		Totale finanziamento pubblico (a+b) (2)		Privato Totale		Pubblico Privato		PUBBLICA		PRIVATA		TOTALE GENERALE			
	Imposte regionali (a)	In % su totale finanz. (b)(1)	Fondo perequativo nazionale (b)(1)	Fondo nazionale (2)	In % (3)	Finanz. (a+b)	Produzione diretta (pubblica)	Produzione da accreditati e convenz. (privati)	Totale SSN	Gestione diretta (c)	Accreditati e convenz. mercato (d)	Totale privata (a+b)	Totale mercato (d)	Totale (a+b)		
Piemonte	734	41,4	997	1.776	584	2.359	74,0	26,0	64,8	35,2	100,0	48,7	26,4	24,9	51,3	100,0
Valle d'Aosta	1.999	97,5	0	2.050	599	2.649	76,6	23,4	74,8	25,2	100,0	57,6	19,5	22,9	42,4	100,0
Lombardia	1.030	60,8	628	1.694	568	2.262	74,3	25,7	57,2	42,8	100,0	43,1	32,3	24,6	56,9	100,0
Prov. Bolzano	2.096	97,1	0	2.160	533	2.692	81,3	18,7	72,3	27,7	100,0	58,7	22,5	18,7	41,3	100,0
Prov. Trento	1.984	98,2	0	2.020	459	2.479	79,3	20,7	65,4	34,6	100,0	53,1	28,0	18,9	46,9	100,0
Veneto	824	48,7	822	1.694	525	2.219	76,0	24,0	65,3	34,7	100,0	50,5	26,9	22,6	49,5	100,0
Friuli Ven. Giulia	1.783	97,2	0	1.834	625	2.459	72,8	27,2	73,5	26,5	100,0	54,2	19,5	26,3	45,8	100,0
Liguria	597	31,2	1.283	1.916	465	2.381	78,7	21,3	68,0	32,0	100,0	54,0	25,5	20,5	46,0	100,0
Emilia-Romagna	814	45,9	908	1.772	587	2.359	73,8	26,2	67,9	32,1	100,0	51,2	24,2	24,6	48,8	100,0
Toscana	682	37,9	1.063	1.798	500	2.298	76,5	23,5	73,0	27,0	100,0	56,9	21,0	22,1	43,1	100,0
Umbria	491	27,6	1.250	1.777	409	2.186	79,7	20,3	73,3	27,2	100,0	58,9	21,8	19,6	41,4	100,0
Marche	559	31,9	1.156	1.753	430	2.183	78,4	21,6	70,0	30,0	100,0	55,3	23,8	20,9	44,7	100,0
Lazio	1.000	59,4	655	1.683	525	2.208	79,4	20,6	57,8	42,2	100,0	46,2	33,7	20,0	53,8	100,0
Abruzzo	414	23,8	1.268	1.743	356	2.100	82,5	17,5	63,1	36,9	100,0	52,6	30,8	16,6	47,4	100,0
Molise	165	9,4	1.564	1.755	464	2.219	80,5	19,5	61,7	38,3	100,0	49,7	30,9	19,4	50,3	100,0
Campania	288	17,4	1.345	1.650	389	2.039	81,8	18,2	61,2	38,8	100,0	50,4	31,9	17,7	49,6	100,0
Puglia	271	16,1	1.389	1.679	370	2.049	82,0	18,0	59,5	40,5	100,0	49,1	33,4	17,5	50,9	100,0
Basilicata	151	8,6	1.583	1.756	289	2.045	85,3	14,7	67,8	32,2	100,0	57,7	27,4	14,8	42,3	100,0
Calabria	124	7,2	1.580	1.725	409	2.135	81,6	18,4	63,5	36,5	100,0	51,5	29,6	18,9	48,5	100,0
Sicilia	1.164	70,7	466	1.645	345	1.990	83,0	17,0	60,6	39,4	100,0	50,5	32,8	16,6	49,5	100,0
Sardegna	1.669	98,6	0	1.693	349	2.041	82,8	17,2	68,2	31,8	100,0	56,6	26,3	17,1	43,4	100,0
ITALIA	802	46,5	887	1.724	482	2.206	78,0	22,0	63,3	36,7	100,0	49,9	28,9	21,2	50,1	100,0

Fonte: ns elaborazioni su dati Istat e Ministero dell'Economia, *Relazione generale sulla situazione economica del Paese, 2009*.

(1) Trasferimenti dello stato.

(2) Comprende anche le entrate proprie delle ASL.

(3) Le percentuali sono calcolate sulla spesa pubblica, che comprende anche il deficit e le ulteriori risorse regionali.

Il *finanziamento pubblico*¹³ delle Regioni riflette il criterio dei bisogni sanitari (espressi dalla struttura demografica e da indici di consumo sanitario), che si traduce in una “quota capitaria ponderata”, calcolata secondo parametri “oggettivi” di spesa per ogni Regione. La quota capitaria varia tra le Regioni entro un intervallo del $\pm 4\%$ ¹⁴. Essendo il diritto alla salute un diritto costituzionale (art. 32), lo Stato deve garantire a tutti i cittadini, ovunque residenti, le stesse opportunità di accesso ai servizi e questo si traduce in trasferimenti “perequativi” alle Regioni con minori capacità fiscali. In valori pro-capite il finanziamento – e soprattutto la spesa¹⁵ – sono oggi allineati tra le Regioni e questo è il risultato di oltre trent’anni di politiche di riequilibrio finanziario condotte dall’istituzione del SSN.¹⁴

Finanziamento pubblico non significa, quindi, finanziamento “regionale”, perché le Regioni contribuiscono solo per il 46% con imposte proprie (Irap e addizionale Irpef), mentre ricevono il resto dai trasferimenti perequativi statali (54% da compartecipazione all’Iva e altri tributi). Le regioni del Sud dipendono per l’80-90% dai trasferimenti statali: la Calabria per il 93%, la Basilicata per il 91%, la Puglia per l’84% e la Campania per l’83%, mentre la Lombardia solo per il 39%, il Lazio per il 41% e il Veneto per il 51% (complemento a 100 della seconda colonna della tabella IV).

La *produzione* di servizi sanitari a livello regionale avviene secondo tre modalità: (a) produzione pubblica, (b) produzione privata convenzionata, (c) produzione privata per il mercato¹⁶. Anche in questo caso emergono significative differenze regionali. Si può considerare il *mix* pub-

blico-privato all’interno del solo SSN o per l’insieme dell’offerta regionale. Nel SSN la Regione con la più alta percentuale di servizi a gestione pubblica è la Valle d’Aosta, con il 75% circa del totale¹⁷ nel 2007, seguita da altre 11 Regioni del Nord-centro con percentuali comprese tra il 65-75%, tra cui Friuli Venezia Giulia, Toscana, Marche, Liguria, Veneto, Emilia-Romagna e Piemonte (tabella IV). All’estremo opposto, la Lombardia e il Lazio, con solo il 57% di produzione pubblica, sono le Regioni che più ricorrono alla collaborazione dei privati accreditati.

Nell’insieme, la Regione con la più alta offerta di servizi privati (a pagamento e convenzionati) è la Lombardia con il 57% del totale, seguita da Lazio (54%), Piemonte, Puglia e Molise (tabella IV, ultime quattro colonne). All’estremo opposto, la Regione con la minore presenza di servizi privati è l’Umbria con solo il 41% (59% di servizi pubblici), seguita da Bolzano, Basilicata, Valle d’Aosta, Toscana e Sardegna. Emilia-Romagna, Sicilia, Veneto e Campania presentano un *mix* equilibrato tra pubblico e privato (50-50%). In media in Italia nel 2007 l’offerta pubblica era il 49,9% del totale e quella privata il 50,1%, a conferma che il sistema sanitario italiano è pubblico nel finanziamento, ma misto nella produzione dei servizi (tabella III).

Il mercato privato è più forte nell’area convenzionata che non in quella della libera concorrenza, in tutte le Regioni, eccetto quattro. Per esempio, in Lazio è il 34% contro il 20%, in Lombardia il 32% contro il 25%, segno, allo stesso tempo, di un maggiore sostegno pubblico agli operatori di mercato e di una loro minore propensione al ri-

13 Parlando di finanziamento pubblico, è bene distinguere la fase del prelievo fiscale (le famiglie e le imprese “finanziano” il SSN), che connota la natura pubblica del finanziamento, dalla fase successiva di suddivisione del fondo sanitario (budget del SSN) tra le Regioni, in cui lo stato “finanzia” le Regioni secondo il criterio del fabbisogno, come in questo contesto.

14 Esclusa la Liguria (+12% nel 2009). Per esempio, Friuli Venezia Giulia 1.759 euro pro-capite (+4%) e Campania 1.634 (-3,3%) rispetto alla media nazionale di 1.690 euro.

15 La spesa comprende anche l’eventuale deficit regionale. Le Regioni a statuto speciale e le province autonome, potendo attingere ai tributi propri, presentano livelli di finanziamento e di spesa superiori alla media nazionale (tabella IV).

16 Riguardo allo schema nella tabella III, non è possibile enucleare la produzione pubblica venduta ai privati a pagamento.

17 Tra i servizi privati sono compresi anche i beni sanitari (farmaci, protesi, materiale sanitario).

schio. In Emilia-Romagna e Toscana, invece, le due quote si equivalgono.

Conclusioni

La dicotomia pubblico-privato può prestarsi a diverse considerazioni, secondo che si guardi alla sfera del finanziamento o della produzione dei servizi sanitari. Nell'area del finanziamento, la scelta compiuta nel 1978 di istituire un Servizio Sanitario Nazionale si è fondata necessariamente sull'imposizione fiscale e sull'obbligatorietà di iscrizione all'assicurazione nazionale. Il SSN garantisce oggi le prestazioni "essenziali" – i LEA – e lascia al mercato a pagamento o alla mutualità integrativa la soddisfazione dei bisogni meno rilevanti. Il consumo di queste prestazioni è chiaramente collegato al reddito personale e si osserva, infatti, un gradiente tra regioni del Nord e del Sud. La proporzione tra finanziamento pubblico (78%) e privato (22%) e la corrispondente pressione fiscale (7,2%) appaiono in linea con quelle di molti altri Paesi dell'Ocse. Questa scelta di sistema non sembra oggi messa in discussione o richiedere revisioni radicali. Nonostante le molte critiche e l'insoddisfazione del pubblico, il SSN ha raggiunto livelli di eccellenza nella durata e qualità di vita e nella mortalità evitabile, superiori a quelle di Paesi con più elevata spesa sanitaria.^[4] L'avvio del federalismo fiscale e l'accentuazione del carattere regionale del servizio sanitario evidenziano qualche problema di sostenibilità, nel lungo termine. Le regioni del Sud dispongono di una ridotta capacità fiscale (10-20% del fabbisogno di spesa) e alimentano il loro servizio sanitario grazie ai trasferimenti perequativi dello Stato. Malgrado questo, denunciano elevati deficit, fuga di pazienti verso altre regioni e insoddisfacenti qualità dei servizi sanitari.^[4,5] La recente riforma del federalismo fiscale (L. 42/09) e le norme sui piani di rientro potrebbero rappresentare uno shock salutare e spingere le Regioni ad assumersi quelle responsabilità da cui sono sempre fuggite finora.

Nella sfera della produzione il sistema sanitario italiano appare misto, con il 51% di produzione pubblica e il 49% di produzione privata. Il SSN è aperto alla collaborazione con il privato, a cui

delega gran parte delle cure primarie, ma è in competizione – una competizione molto passiva – nell'area ospedaliera e diagnostico-specialistica. L'accentuarsi della competizione richiede però regole nuove, perché le attuali rischiano di distorcere la concorrenza, a favore del privato in molti casi, a vantaggio del pubblico in altri. Più in generale l'evoluzione del servizio sanitario richiederebbe una nuova *governance* delle aziende sanitarie, con maggiori assunzioni di responsabilità economica da parte di amministratori regionali e direttori aziendali e maggiore flessibilità nella sfera operativa.

A livello regionale emergono diversi modelli di collaborazione-competizione tra pubblico e privato. Due regioni – Lombardia e Lazio – privilegiano la produzione privata, rispetto a quella pubblica (57% e 54% dell'offerta totale), mentre le piccole Regioni (Valle d'Aosta, Bolzano, Umbria, Basilicata, Sardegna, Marche) la produzione pubblica (55-59%). La diversificazione dell'offerta di servizi sembra influenzata dal fattore-reddito e libertà di scelta dei consumatori.

Il sistema sanitario italiano appare come una giusta combinazione tra pubblico e privato. Il finanziamento pubblico, l'obbligatorietà della copertura assicurativa, l'unicità e il governo pubblico del sistema – con il corollario della pianificazione nazionale, il controllo centrale di prezzi, tariffe, contratti, l'uniformità dei diritti – sono la moderna forma di organizzazione sanitaria, che con il minore dispendio di risorse può garantire a tutti la difesa da una delle catastrofi della vita che è la malattia. Il controllo prevalente, ma non eccessivo, sulla produzione di servizi nel SSN conferisce inoltre le giuste leve per il governo della spesa sanitaria. La catena di comando-e-controllo sui manager delle ASL e delle AO può agevolare infatti l'attuazione delle misure di contenimento della spesa assunte ai vertici del governo centrale e regionale.

Il *mix* equilibrato tra produzione pubblica e privata offre, infine, libertà di scelta ai pazienti e un ambiente competitivo, che può stimolare l'emulazione e il miglioramento continuo della qualità. Sono però da ripensare le modalità di operare dell'amministrazione pubblica (privatizzare le aziende sanitarie?) e le regole per una leale convivenza tra pubblico e privato.

Disclosure

L'autore dichiara di non avere conflitto di interessi in relazione ai contenuti del presente articolo.

Bibliografia

1. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD Health Data 2011. Paris, 2011
2. Muraro G, Rebba V. Le prospettive evolutive del mercato dei fondi sanitari integrativi nell'attuale quadro federalista. In: Nomisma (a cura di), I fondi sanitari integrativi. Quale futuro per la sanità italiana? Milano: Franco Angeli Editore, 2003
3. Mastrobuono I. Le forme integrative di assistenza sanitaria e sociosanitaria: programma di interventi per lo sviluppo. Relazione presentata al Workshop «Meridiano Sanità al Sud». Napoli, 23 ottobre 2010
4. Mapelli V. Il sistema sanitario italiano. Bologna: Il Mulino, 2012
5. Mapelli V. I modelli di governance dei Servizi sanitari regionali. Quaderni Formez, n. 57. Roma: Formez, 2007

Indirizzo per la corrispondenza: Prof. *Vittorio Mapelli*, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano, via C. Pascal 36 – 20133 Milano.

E-mail: vittorio.mapelli@unimi.it

**Politiche sanitarie, procedure di negoziazione dei prezzi e
*Health Technology Assessment in Italia***

Guest Editor
Roberto Ravasio

Gli articoli di questo supplemento sono stati valutati da un revisore indipendente

Questo supplemento è stato realizzato con il contributo bibliografico
fornito da AstraZeneca