

GIMBE: IL PUBBLICO ARRETRA, SI VA VERSO UN SISTEMA MISTO

Sanità, la spesa privata a quota 41 miliardi Tanti rinunciano a curarsi

di **ETTORE MAUTONE**

Governo della Salute, quello italiano è un sistema sanitario che di gradino in gradino sta progressivamente cambiando pelle. Una mutazione che la trasforma da sistema universalistico - che in nome dell'uguaglianza e dell'equità garantisce cure essenziali gratuite a tutti, come Costituzione prevede - in un impianto misto, pubblico-privato in cui una fetta sempre più consistente delle prestazioni sanitarie (circa il 25% complessivo) viene acquistata direttamente dai pazienti, privatamente, mettendo mano al portafogli per usufruire di terapie talvolta più innovative ed efficaci e soprattutto ottenerle in tempi celeri spesso negati alla popolazione generale. A mettere il dito nella piaga è la Fondazione **Gimbe** che riannoda i fili dei conti della Sanità pubblica italiana mettendo a fuoco quello che da un paio di anni già l'Ocse aveva documentato in alcuni dei suoi dettagliati report. "La sanità italiana sta assistendo ad un progressivo aumento della spesa sanitaria out-of-pocket - dice il presidente di **Gimbe**, **Nino Cartabellotta**, - e a una significativa crescita del numero di soggetti privati che erogano servizi e prestazioni sanitarie non solo in accreditamento col Servizio sanitario nazionale ma anche in regime completamente privato e solo una quota di queste prestazioni sono intermedie da casse autonome e assicurazioni".

I numeri parlano chiaro: la spesa sanitaria privata, cosiddetta out-of-pocket, è aumentata del 27% dal 2012 al 2024, raggiungendo i 41,3 miliardi a fronte di una torta dei finanziamenti della Sanità pubblica per prestazioni gratuite che ammonta a circa 136 miliardi. Il 22,3% della spesa sanitaria totale è dunque a carico di cittadini che hanno la possibilità di spendere per curarsi nei tempi e nei luoghi che ritengono più opportuni. Viene dunque superata la soglia limite del 15% per questa spesa privata raccomandata dall'Oms. A fronte di ciò 5,8 milioni di persone residenti in Italia hanno rinunciato a prestazioni sanitarie nel 2024, rispetto ai 4,1 milioni del 2022 alimentando una zona grigia in cui per varie ragioni confluiscono le fasce più fragili e marginali della po-

polazione del nostro Paese che ingrossano le file di coloro che non riescono proprio ad accedere alle cure di cui hanno bisogno. Uno scenario complesso e in evoluzione in cui da un lato il privato ex convenzionato (gli accreditati da ricondurre all'alveo della Sanità pubblica) mostra segni di crisi sebbene continui a dominare alcuni settori assistenziali come quello della riabilitazione e dell'assistenza residenziale per non autosufficienti e disabili). Dall'altro il privato puro parallelamente cresce rapidamente concentrando in gradi gruppi di interesse la capacità erogativa di prestazioni varie e diversificate, anche le più complesse e in alcuni casi le attività di pronto soccorso.

Intanto anche la spesa delle famiglie in ticket, intramoenia, e altre forme di sanità privata all'interno della Sanità pubblica è in aumento (del 137% dal 2016 al 2023). Tutti aspetti che richiederebbero un riequilibrio portando nell'alveo della sanità pubblica almeno 10 miliardi di spesa privata agendo anche sulla leva della riforma degli asset erogativi tarati su un modello di società che non c'è più a quasi mezzo secolo dalla istituzione nel 1978 del Servizio sanitario pubblico italiano. **Gimbe** chiede un rifinanziamento stabile del Servizio Sanitario Nazionale per evitare una sanità a doppio binario e mette a fuoco le cause della crisi non solo riconducibili al sottofinanziamento pubblico ma anche all'aumento dei costi sanitari (basta pensare alla bolletta energetica di grandi ospedali) in uno scenario in cui crescono le disuguaglianze sociali e territoriali. Una questione di risorse ma non solo che può essere affrontata, secondo **Gimbe**, con una riforma del sistema di intermediazione sanitaria, il miglioramento del-



Peso: 41%

l'efficienza e dell'efficacia delle rete delle cure ospedaliere e territoriali.

Uno dei nodi irrisolti è senza dubbio l'accesso all'innovazione. Un solo esempio di cui si è discusso ieri a Roma in un tavolo scientifico promosso da Motore Sanità. Si parla di ipoparatiroidismo: una patologia rara ma che colpisce in Italia circa 15 mila persone che in maggioranza si ammalano dopo l'asportazione chirurgica della tiroide a causa di un tumore. Nell'arco di pochi giorni questi pazienti vedono cambiare radicalmente la loro vita. A causa della difficoltà a regolare il livello di calcio nel sangue dovuto alla carenza di paratormone, accusano crampi, paralisi del volto e delle mani, non possono più guidare, lavorare, fare una vita sociale. Le cure finora esistenti (somministrazione di calcio e vitamina D) sono solo palliativi e spesso i malati finiscono in pronto soccorso. Per almeno 2 mila di questi pazienti non compensati esiste una cura efficace autorizzata da un anno e mezzo

dall'Ema, l'ente regolatorio europeo. «Il farmaco è già negoziato e rimborsato in mezza Europa – avverte Cludio Zanon direttore scientifico di Motore Sanità – come in Germania, Austria, Spagna e Slovenia. In altri i pazienti vi hanno accesso in base a un meccanismo automatico che nelle more della negoziazione del prezzo permette ai malati di curarsi (in Francia e in Grecia). In Italia l'Aifa rimanda di mese in mese una decisione e il rischio è che questa cura sia collocata in fascia C a pagamento e per il costo insostenibile per centinaia se non migliaia di malati che se ne gioverebbero ma costretti a rinunciare alle cure». Intanto le Regioni, in Conferenza straordinaria, hanno in questi giorni approvato all'unanimità il riparto del Fondo sanitario 2025. Una torta che ammonta complessivamente a circa 136,5 miliardi. La novità è che viene introdotta per la prima volta, tra i parametri di correzione del riparto, l'entità della densità dei residenti nei territori locali.



Peso: 41%