

IL 9 SETTEMBRE IL CONFRONTO A ROMA

La sanità privata accreditata è Servizio sanitario nazionale

di **MARIASTELLA GIORLANDINO***

Quando parliamo di sanità privata accreditata continuiamo spesso a utilizzare un linguaggio che descrive due mondi: da una parte la sanità pubblica, dall'altra quella privata, chiamata eventualmente a intervenire quando il pubblico non riesce a rispondere. È una rappresentazione che non corrisponde alla realtà del Servizio sanitario nazionale. La responsabilità della tutela della salute è e deve restare pubblica. Pubbliche devono essere la programmazione, la definizione dei bisogni, le regole, i controlli e la garanzia dei livelli essenziali di assistenza. Ma il SSN eroga concretamente le cure attraverso una rete composta da strutture pubbliche e strutture private accreditate. Il privato accreditato integra, non sostituisce il pubblico. Ma proprio perché opera all'interno della programmazione pubblica e concorre all'erogazione dei LEA, è una componente del Servizio sanitario nazionale. Non è una questione nominalistica. Da questa consapevolezza dipende il modo in cui programiamo risorse, investimenti, tariffe e capacità assistenziale. Nel 2024 l'assistenza erogata da soggetti privati accreditati ha assorbito circa il 17% della spesa complessiva del SSN. L'accreditato assicura, nel contempo, circa il 28% dei ricoveri e assume un peso ancora maggiore in alcuni settori, oltre a rappresentare una componente strutturale della specialistica ambulatoriale e della diagnostica. Queste grandezze misurano fenomeni diversi ma dicono qualcosa di difficilmente contestabile: con meno di un quinto delle risorse complessive del SSN, la sanità privata accreditata rappresenta una quota essenziale della capacità assistenziale del sistema. Il punto, allora, non è stabilire se questa capacità debba essere pubblica o privata. La questione è se siamo capaci di programmarla e utilizzarla insieme alla capacità pubblica. Qui emerge uno dei problemi strutturali. Pubblico e privato accreditato investono entrambi in personale, tecnologie, diagnostica e strutture. Ma troppo spesso queste capacità vengono programmate e utilizzate come se appartenessero a sistemi separati. Il risultato può essere paradossale: capacità assistenziale disponibile da una parte e cittadini in attesa dall'altra. Se una

struttura pubblica può garantire la prestazione nei tempi clinicamente necessari, deve farlo. Ma se non può e nella rete privata accreditata esiste capacità disponibile, quella dovrebbe poter essere utilizzata dal SSN sotto programmazione e controllo. La questione delle liste d'attesa è più complessa. Pesano la disponibilità di personale, l'appropriatezza delle prescrizioni, l'organizzazione delle agende, il funzionamento dei CUP e

la distribuzione territoriale dell'offerta. Ma anche il mancato coordinamento della capacità pubblica e privata accreditata ha un costo. Se una capacità esistente rimane inutilizzata mentre il cittadino aspetta, il sistema non sta utilizzando in modo efficiente gli investimenti e le risorse. Questa prospettiva permette di leggere diversamente anche il confronto sul nuovo nomenclatore tariffario. La tariffa non è semplicemente «quanto lo Stato dà al privato». È il valore economico attribuito a una prestazione che il SSN deve garantire. Se quel valore è inferiore al costo efficiente necessario per produrla, il problema riguarda entrambe le componenti. Nel privato accreditato una sotto-remunerazione strutturale può ridurre investimenti e capacità di erogazione. Ma neppure nell'ospedale pubblico il costo scompare. Per questo una tariffa incongrua non è necessariamente un risparmio per il SSN. Può significare che un costo reale viene semplicemente trasferito altrove nel sistema. È la stessa ragione per cui UAP sostiene che il problema del nomenclatore non possa essere presentato come una rivendicazione economica della sola sanità privata. C'è poi un secondo problema: le differenze territoriali. Le Regioni possono, a determinate condizioni, utilizzare risorse proprie per riconoscere valori superiori al riferimento nazionale. Ma non tutte dispongono degli stessi margini finanziari. Dal confronto svolto da UAP emerge che 77 tariffe regionali su 89 risultano su-



Peso: 56%

periori alle corrispondenti tariffe nazionali; 12 sono inferiori. Il fatto che alcune tariffe regionali siano persino inferiori dimostra che non si è proceduto a un aumento generalizzato e pone una domanda: perché una ricostruzione analitica dei costi produce valori superiori a quelli nazionali? E apre un problema di uguaglianza. Una Regione finanziariamente solida dispone di maggiori possibilità di intervenire quando ritiene insuffi-

ciente il riferimento nazionale. Una Regione con un sistema sanitario in difficoltà, o una sottoposta a piano di rientro, opera entro margini più ristretti. Il rischio è che la stessa prestazione LEA possa essere economicamente sostenibile in una Regione e molto meno in un'altra. A quel punto il nomenclatore oltre che problema economico diventa un problema di uguaglianza nell'accesso alle cure. Occorre allora cambiare la domanda da cui parte la programmazione. Di quali cure hanno bisogno i cittadini, quale capacità assistenziale abbiamo a disposizione, dove può essere erogata la prestazione e con quali risultati? Questo significa rendere più trasparenti i criteri con cui vengono attribuiti i budget regionali. La soluzione non è indebolire il pubblico. È l'opposto. Serve un pubblico più forte nella programmazione, capace di conoscere domanda e offerta, coordinare gli investimenti, evitare duplicazioni, controllare qualità e utilizzare tutte le capacità che fanno parte della rete del SSN.

Sono queste le considerazioni che UAP porterà il 9 settembre all'attenzione della stampa nazionale, insieme ai Presidenti delle Associazioni aderenti all'Unione. Abbiamo scelto di non invitare rappresentanti politici. Non per polemica,

bensì per l'esperienza maturata negli ultimi mesi. Abbiamo rappresentato ripetutamente alle istituzioni le criticità del sistema tariffario, formulato proposte, chiesto confronti e sollecitato interventi. Abbiamo ricevuto attenzione e impegni, disattesi alla prova dei fatti. È difficile non leggere questa distanza tra dichiarazioni e azioni come il segno di un evidente disinteresse per una problematica che incide direttamente sulla capacità del SSN di garantire le cure. Per questo il 9 settembre vogliamo mettere dati, problemi e proposte davanti all'opinione pubblica attraverso la stampa. Non è più il momento di raccogliere dichiarazioni di disponibilità: è il momento di chiedere risposte verificabili e decisioni conseguenti. Difendere la sanità pubblica significa renderla forte nella programmazione e nel controllo. Riconoscere il ruolo della sanità privata accreditata significa preservare e utilizzare razionalmente una capacità assistenziale che già concorre all'erogazione dei LEA. Sono due aspetti della stessa responsabilità pubblica: garantire ai cittadini le cure necessarie, con qualità e nei tempi appropriati, utilizzando nel modo più efficiente le risorse disponibili. È in questo senso che UAP propone di superare definitivamente la tradizionale contrapposizione tra pubblico e privato accreditato e sintetizza la propria posizione nella formula «Pubblico + privato accreditato = SSN: un solo sistema, un solo diritto alla cura». ***Presidente UAP Unione Nazionale Ambulatori, Poliambulatori, Enti e Ospedalità Privata**



(© Imagoeconomica)



Peso: 56%