

Osservatorio sulla Sanità Privata Accreditata in Italia e in Lombardia

Ricerca a cura del CERGAS-Bocconi

Rapporto di ricerca 2011-12

1. INTRODUZIONE E OBIETTIVO DELLA RICERCA

Il fine istituzionale di tutela della salute del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) non è compito esclusivo del sistema pubblico, ma è obiettivo dell'intero sistema sociale cui concorrono, sebbene i diversi ruoli, soggetti pubblici e privati con pari dignità. Pertanto, il carattere pubblicistico del SSN, più volte richiamato dalla normativa del sistema sanitario del nostro Paese, non è da associare ad un'idea di esclusività dell'offerta sanitaria pubblica quanto, piuttosto, all'unicità pubblica del governo delle regole e delle relazioni tra i soggetti del sistema, siano essi pubblici o privati accreditati con il SSN. In seguito alle riforme del SSN, iniziate negli anni '90, le aziende sanitarie private hanno visto una significativa modificazione del proprio ruolo che, da integrativo rispetto agli erogatori pubblici e regolato da convenzioni, è diventato più concorrenziale e governato dai sistemi regionali di accreditamento, negoziazione e controllo contratti e di finanziamento. A seguito del processo di regionalizzazione, peraltro, il ruolo attuale e prospettico del privato accreditato risulta significativamente differente da Regione a Regione.

Il progetto "Osservatorio sulla Sanità Privata in Italia e in Lombardia" avviato dal Gruppo Merceologico Sanità di Assolombarda in collaborazione con il CER GAS Bocconi, per l'anno 2011-2012 è finalizzato:

1. sviluppare e aggiornare l'Osservatorio Sanità Privata, avviato negli anni scorsi e finalizzato a monitorare le caratteristiche della domanda e dell'offerta di assistenza ospedaliera e distrettuale privata in Italia, nonché la loro articolazione per Regioni focalizzando l'analisi su:
 - i dati di spesa relativa all'attività assistenziale privata accreditata (§ 1);
 - le strutture e dimensioni della sanità privata (distribuzione posti letto, tipologia e numero di strutture private accreditate, composizione e peso del privato accreditato rispetto alle strutture pubbliche nelle attività territoriali, § 2);
 - le quote di mercato (distribuzione e incidenza ricoveri e giornate di degenza) e segmenti di attività prevalente (gli output in termini di tipologie e volumi delle prestazioni erogate, § 3);
 - la domanda soddisfatta (gli outcome, in termini di attrazione e assorbimento dei pazienti verso strutture private accreditate, § 4).
2. Ad approfondire il tema del contributo privato all'integrazione ospedale – territorio in Lombardia (CReG e sub-acuto).

I risultati della seconda parte dell'attività (sistemi di regole dei SSR) sono presentati in un Rapporto di ricerca specifico.

E' opportuno segnalare che i dati attualmente disponibili (rilevazioni ministeriali dei dati di struttura e attività e rilevazione dei dati di spesa attraverso i modelli CE): (i) fanno riferimento ad aggregati non sempre in grado di isolare il privato accreditato; (ii) non coprono sistematicamente tutti i segmenti e (iii) non sono tempestivamente aggiornati (gli ultimi dati ministeriali sui strutture e posti letto disponibili risalgono al 2008). Con riferimento al primo problema è utile, ai fini dell'interpretazione dei dati, sottolineare due aspetti.

- Il primo riguarda la rilevazione dei flussi ministeriali per tipologia di struttura di ricovero che identifica tre categorie: strutture pubbliche (presidi di ASL e AO), strutture equiparate alle pubbliche (IRCCS pubblici e privati, AOU integrate con il SSN pubbliche e private, Ospedali classificati, Istituti qualificati presidio ASL, Enti di ricerca) e ospedali privati accreditati¹ e non. Ciò significa che spesso i dati delle strutture equiparate alle pubbliche vengono forniti a livello aggregato senza distinzione per tipologia (non potendo, ad esempio, scorporare gli IRCCS privati dal dato complessivo degli IRCCS) e in alcuni confronti pubblico-privato le strutture equiparate vengono addirittura aggregate alle pubbliche;
- Il secondo è relativo al metodo di aggregazione dei dati di spesa privata accreditata e convenzionata provenienti dai CE e rielaborati nella Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese (RGSEP). Ad esempio, la spesa riabilitativa accreditata/convenzionata include solo gli interventi di riabilitazione extra ospedaliera estensiva o intermedia, a ciclo diurno e/o continuativo rivolti al recupero funzionale e sociale di soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali o miste acquistati da strutture private accreditate come i centri di riabilitazione accreditati e gli Istituti di riabilitazione ex art. 26 l. 833/78 e non include, invece, la spesa per riabilitazione ospedaliera.

2. GLI EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI: UNA FOTOGRAFIA DEL SISTEMA

2.1. DATI DI SPESA

Le prestazioni sanitarie a carico del SSN erogate da soggetti terzi accreditati o convenzionati possono essere classificate per tipologia di attività (prestazioni di specialistica ambulatoriale, prestazioni di riabilitazione, ricoveri ospedalieri e altri servizi sanitari offerti presso strutture territoriali per lungodegenti). La

¹ Si segnala che in questa ricerca la denominazione "ospedali privati" (accreditati e non) indica l'aggregato delle "case di cura" (accreditate e non).

Tabella 1 evidenzia per le varie attività acquistate da soggetti terzi nelle 21 regioni italiane il valore espresso in termini di spesa procapite relative al 2010.

La spesa privata accreditata rappresenta il 19,1% della spesa complessiva del SSN con una forte differenziazione a livello interregionale con un massimo rappresentato dalla Lombardia (28,5%) e un minimo dalla Valle D'Aosta (6,7%). Rispetto a questo dato è importante evidenziare due aspetti:

- i. in termini di composizione, la spesa sanitaria per l'assistenza ospedaliera privata accreditata rappresenta più del 40% (149 euro procapite) del totale della spesa sanitaria privata accreditata;
- ii. in termini longitudinali, la spesa sanitaria privata accreditata ha registrato nel periodo 2005-2010 un incremento del 18% con ruolo rilevante della voce "Altra assistenza privata accreditata" (+42%), quale spesa per l'assistenza territoriale offerta dalle strutture sanitarie private accreditate dedicate alla lungodegenza (ad esempio, strutture residenziali sanitarie assistenziali – RSA). Lo sviluppo del settore privato per quanto riguarda l'assistenza territoriale (in particolare lungodegenza) è stato legato anche ad una crescita in termini di aumento del numero delle strutture (cfr. *infra*): nel periodo 1997-2008 le strutture territoriali semiresidenziali e residenziali private accreditate sono passate rispettivamente dall'8% e dal 5% al 58% e al 73% (Figura 7) spostando l'offerta da prevalentemente pubblica a prevalentemente privata (Longo e Tanzi, 2010).

Rispetto a questo quadro complessivo, il peso della spesa sanitaria privata accreditata varia nei diversi SSR (si passa dal 28% della Lombardia e 23% del Lazio al 9% di Umbria, Friuli Venezia Giulia e PA di Bolzano) e altrettanto differenziati sono i tassi di crescita nel periodo 2005-2010 (quasi o superiori al 30% in Lombardia, Liguria, Piemonte, PA di Trento, Toscana, Marche e Basilicata e negativi in Valle D'Aosta, PA di Bolzano e Abruzzo).

Infine, per ciascuna voce di spesa (cfr. Tabella 1) è significativa l'elevata differenziazione interregionale che riflette la differenziazione delle politiche di governo e di coinvolgimento del settore privato nelle diverse realtà regionali, in virtù del processo di regionalizzazione del SSN.

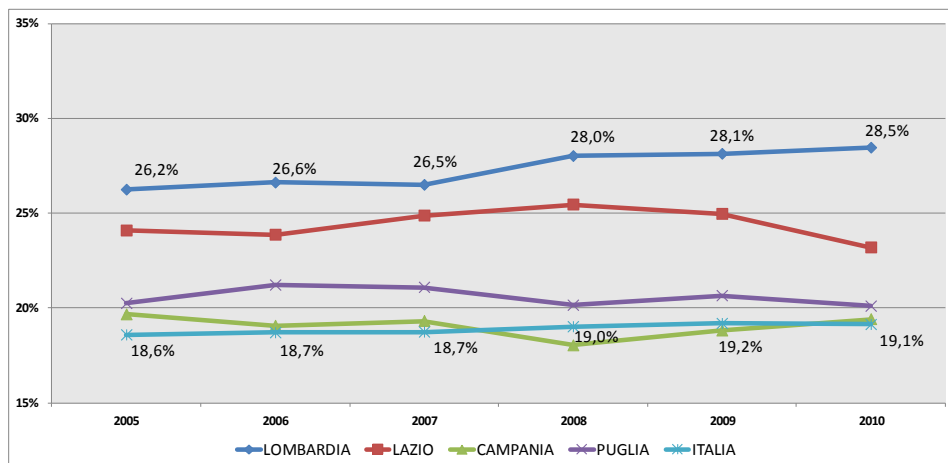
Tabella 1 Spesa pro-capite per assistenza erogata da privati accreditati e convenzionati (2010) e tasso di crescita 2005-2010

2010	Ospedaliera accreditata	Specialistica convenz. e accr.	Altra assistenza convenz. e accr.	Riabilitativa accreditata	Totale spesa privata accreditata	Totale spesa sanitaria nei Ssr per la gestione corente	% Spesa sanitaria privata sul totale
PIEMONTE	126	64	127	40	356	1.953	18,2%
V. AOSTA	32	18	63	35	149	2.209	6,7%
LOMBARDIA	243	86	171	25	524	1.843	28,5%
PA BOLZANO	47	11	121	12	191	2.227	8,6%
PA TRENTO	104	49	276	7	436	2.120	20,5%
VENETO	118	74	173	7	372	1.849	20,1%
FRIULI VG	48	40	38	48	174	2.030	8,6%
LIGURIA	143	35	112	59	349	2.055	17,0%
E. ROMAGNA	135	39	138	2	314	1.979	15,9%
TOSCANA	61	37	106	22	226	1.953	11,6%
UMBRIA	46	18	92	9	165	1.843	8,9%
MARCHE	66	27	69	45	207	1.816	11,4%
LAZIO	251	94	82	40	467	2.015	23,2%
ABRUZZO	89	37	65	53	244	1.792	13,6%
MOLISE	236	98	61	48	443	2.058	21,5%
CAMPANIA	136	123	30	48	337	1.737	19,4%
PUGLIA	183	59	58	62	361	1.797	20,1%
BASILICATA	9	47	59	102	216	1.792	12,1%
CALABRIA	101	59	61	30	251	1.715	14,6%
SICILIA	135	98	66	32	330	1.705	19,4%
SARDEGNA	55	67	54	32	207	1.857	11,2%
ITALIA	149	72	104	33	358	1.870	19,1%
Tasso di crescita ITALIA 2005-2010	10%	30%	42%	-13%	18%		
Tasso di crescita LOMBARDIA 2005-2010	21%	44%	45%	-6%	29%		

Fonte: Elaborazioni OASI su RGSEP 2010

Se si considera la crescita della spesa privata accreditata nelle quattro regioni in cui è maggiore l'incidenza di tale componente di spesa (Lombardia, Lazio, Campania e Puglia) tra il 2005 e il 2010 risulta evidente come la Lombardia si distingua per un tasso di crescita significativamente più elevato (+29% rispetto al 19% della Puglia e 6% di Lazio e Campania), in aumento anche tra il 2009 e il 2010 in controtendenza all'andamento nazionale.

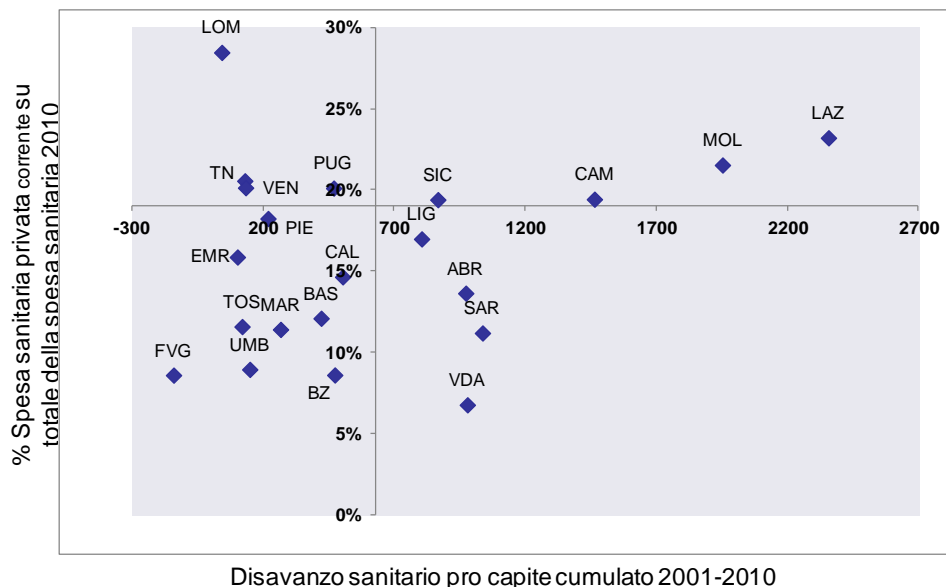
Figura 1 Percentuale spesa per assistenza erogata da privati accreditati e convenzionati su totale spesa sanitaria (2005-2010)



Fonte: Elaborazioni OASI su RGSEP 2005-2010

Dal commento dei primi dati si evince come la spesa sanitaria privata accreditata procapite sostenuta nei diversi SSR per assistenza ospedaliera, specialistica, riabilitativa, integrativa, protesica ed altre forme di assistenza (ad esempio, cure termali, medicina dei servizi, assistenza psichiatrica e agli anziani, ai tossicodipendenti, agli alcolisti, ai disabili, comunità terapeutiche) risulta fortemente differenziata tra le varie regioni, conseguenza sia di eredità storiche, sia di esplicite politiche in merito al ruolo da assegnare al privato all'interno del servizio pubblico. Tuttavia, un'elevata spesa procapite per assistenza convenzionata e accreditata non implica necessariamente un'elevata spesa procapite complessiva, né un elevato disavanzo cumulato procapite, a conferma della non significativa correlazione tra scelte di mix tra produzione interna ed esterna dei servizi sanitari e andamento della spesa (cfr. Figura 2): ad esempio, la Lombardia e il Lazio si posizionano a livelli elevati di spesa per l'acquisto di prestazioni presso soggetti privati accreditati (rispettivamente 28,5% e 25,5%), ma registrano livelli di disavanzo differenti. Ne deriva come conseguenza che l'aspetto più critico non sia la presenza del privato accreditato nel SSR quanto piuttosto la capacità delle Regioni di governare il SSR nel suo complesso e il ruolo del privato accreditato (Cantù et al., 2010).

Figura 2 Incidenza spesa per erogatori privati e disavanzo sanitario pro-capite cumulado (2001-2010)



Fonte: Elaborazioni OASI su RGSEP 2010

2.2. STRUTTURE E DIMENSIONI

Come precedentemente anticipato, questo paragrafo intende descrivere il settore delle aziende sanitarie private accreditate evidenziando le diverse caratteristiche dei soggetti erogatori di prestazioni sanitarie in termini dimensionali (distribuzione posti letto, numero di strutture e distribuzione per tipologia) e le principali tendenze in atto nell'offerta di prestazioni sanitarie per tipo di assistenza.

Per descrivere la complessa rete dei soggetti privati accreditati del nostro Paese, si è scelto di distinguere le strutture di offerta per ambito assistenziale di afferenza: assistenza ospedaliera e assistenza territoriale². Da questa preliminare

² Per assistenza ospedaliera si intendono le seguenti prestazioni: a) di pronto soccorso, b), di degenza ordinaria, c) di day hospital, d) di day surgery, e) interventi ospedalieri a domicilio (in base ai modelli organizzativi fissati dalle Regioni), f) di riabilitazione, g) lungodegenza, h) raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali e i) attività di prelievo, conservazione e distribuzione di tessuti; attività di trapianto di organi e tessuti. Per assistenza distrettuale si intendono le seguenti prestazioni: a) assistenza sanitaria di base, b) attività di emergenza sanitaria territoriale, c) assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali, d) assistenza integrativa, e) assistenza specialistica ambulatoriale, f) assistenza protesica, g) assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, h) assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale e i) assistenza termale.

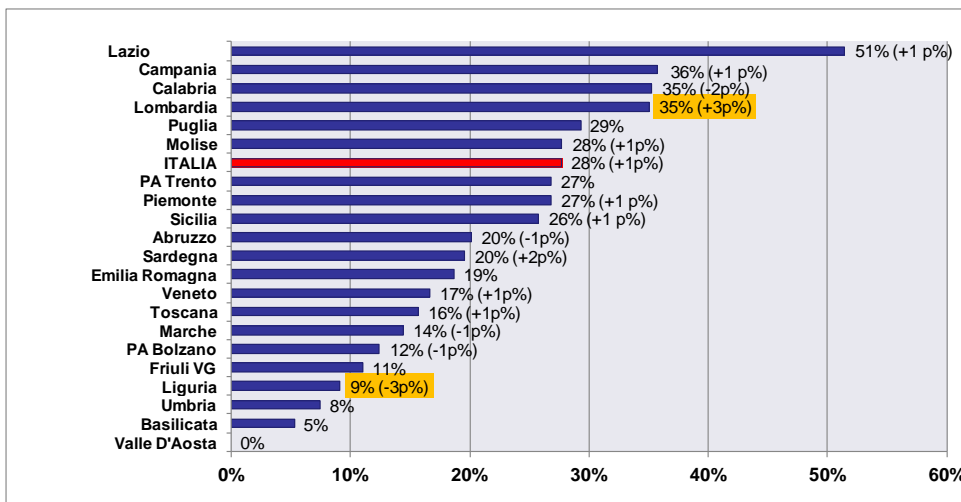
fotografia rimangono esclusi gli ambiti legati all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (prevenzione, igiene, sanità pubblica ecc.) e alla medicina generale in quanto, ad oggi, tali ambiti sono quasi esclusivamente presidiati dalle strutture pubbliche (attraverso i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL) e le strutture private intervengono solo in alcuni specifici programmi di prevenzione (ad esempio, lo screening per i tumori). In prospettiva non si esclude uno sviluppo di investimenti nel campo della prevenzione da parte del mondo della sanità privata.

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, le aziende private accreditate sono:

- gli ospedali privati accreditati (o Case di Cura private accreditate);
- gli IRCCS (Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico) di diritto privato,
- i Policlinici privati a gestione diretta dell'Università
- gli ospedali classificati,
- gli ospedali qualificati presidio di ASL.

Tali soggetti rappresentano a livello nazionale il 28% dei posti letto del SSN con un'elevata differenziazione tra i vari SSR: in Lazio circa il 51% dei posti letto è allocato presso strutture private accreditate; in Liguria, Umbria, Basilicata e Valle D'Aosta meno del 10% (Figura 3). Dal 2007 al 2008 si è registrata una crescita media di PL pari ad 1 punto percentuale, con l'eccezione della Lombardia che è cresciuta di 3 punti percentuali e della Calabria dove, specularmente, i posti letto privati accreditati sono diminuiti di 3 punti.

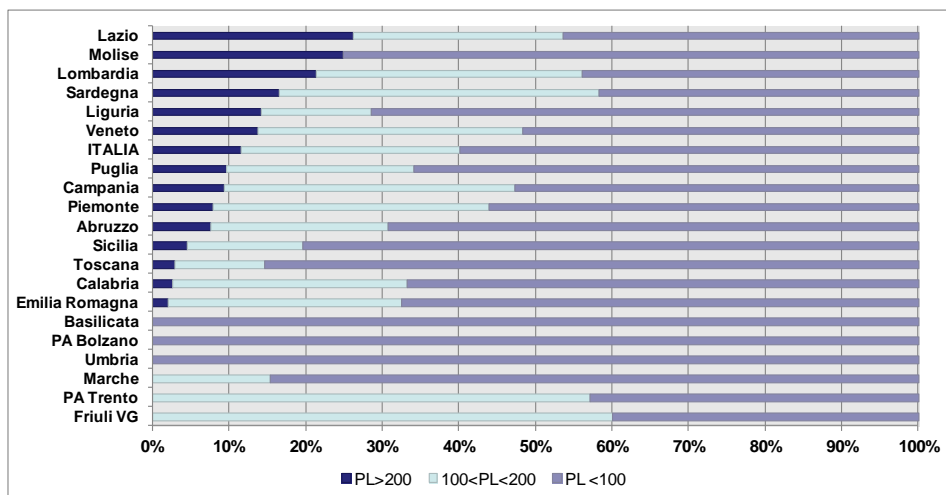
Figura 3 Incidenza PL privati accreditati per regione 2008 e variazione 2007-2008



Fonte: Elaborazioni OASI su Dati Ministero Salute 2008 – posti letto acuti e non acuti, regime ordinario e day hospital

In termini dimensionali, il 60% di tali aziende si caratterizza per una dotazione media di posti letto inferiore a 100 e solo l'11,5% ha una dotazione superiore a 200 PL (Figura 4). Rispetto a questo quadro si distinguono Lazio, Molise e Lombardia in cui le strutture di offerta presentano mediamente una maggiore dotazione di PL. In particolare, Lazio e Lombardia congiuntamente vantano sul proprio territorio oltre 40 strutture con più di 200 PL, rappresentando oltre la metà dei grandi complessi sanitari accreditati presenti sul territorio.

Figura 4 Distribuzione H privati accreditati, IRCCS e Policlinici privati per PL accreditati (2008)



Fonte: Elaborazioni OASI su Dati Ministero Salute 2008

Con riferimento agli ospedali privati accreditati³, Tabella 2 ne presenta la distribuzione geografica e la variazione in valore assoluto nel periodo 2001-2010: la riduzione degli ospedali privati non accreditati (da 112 a 67) è stata solo minimamente compensata da un aumento di quelle accreditate (da 503 del 2001 a 521 del 2010). La regione che ha accreditato di più nel corso degli anni considerati è stata la Lombardia (+16), seguita da Sicilia (+15) e Puglia (+9); quella che ha registrato la più elevata variazione in diminuzione è stata il Lazio (-12). Riguardo alle strutture non accreditate, tutte le regioni registrano dei decrementi ad eccezione di Piemonte (+3) e Lombardia (+1).

³ Si segnala che in questa ricerca la denominazione “ospedali privati” (accreditati e non) indica l’aggregato delle “case di cura” (accreditate e non).

Tabella 2 Numero case di cura private accreditate e non (2001; 2010)

Regione	Case di Cura private accreditate		Case di Cura private non accreditate	
	2001	2010	2001	2010
Piemonte	38	38	6	9
Valle d'Aosta	-	1	-	-
Lombardia	57	73	11	12
PA Bolzano	4	5	4	1
PA Trento	5	5	-	-
Veneto	16	15	4	2
Friuli VG	5	5	-	-
Liguria	3	3	9	3
Emilia Rom.	41	45	5	2
Toscana	27	27	5	3
Umbria	5	5	1	-
Marche	13	13	-	-
Lazio	76	64	44	3
Abruzzo	13	11	-	-
Molise	2	3	-	-
Campania	73	67	5	5
Puglia	25	34	8	-
Basilicata	1	3	-	-
Calabria	37	31	-	-
Sicilia	49	64	10	-
Sardegna	13	9	-	-
Italia	503	521	112	67

Fonte: Indirizzario Ministero della Salute, 2001 e 2010

Nell'ambito delle strutture di ricovero private accreditate un ruolo significativo è giocato anche dagli IRCCS di diritto privato e dai Policlinici universitari privati dove, oltre all'attività assistenziale, si svolgono funzioni di ricerca scientifica e le attività di formazione e specializzazione dei futuri medici (Smith e Whitchurch, 2002; Carbone et al., 2010). Al 2008 si contano 43 IRCCS di diritto privato e 2 Policlinici privati a gestione diretta dell'Università (entrambi con sede a Roma) (Figura 5) con un'incidenza di PL pari a 19,5%. In Lombardia e Lazio si concentrano 31 delle 43 strutture, in termini di posti letto rappresentano rispettivamente il 41% e il 33% sul totale dei posti letto di IRCCS di diritto privato e dei Policlinici privati (Figura 6). Le altre strutture (12) sono distribuite in 8 realtà regionali di cui quattro del Centro-Nord (7% Veneto, 5% Piemonte, 5% Toscana e 2% Liguria) e quattro del Sud (7% Puglia, 2% Sicilia, 2% Molise e 2% Campania).

Figura 5 Peso IRCCS di diritto privato e Policlinici privati per numerosità di strutture (2008)

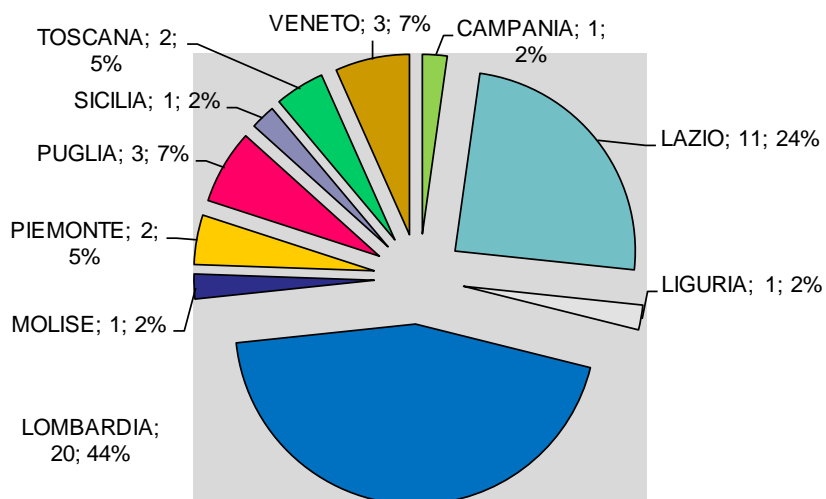
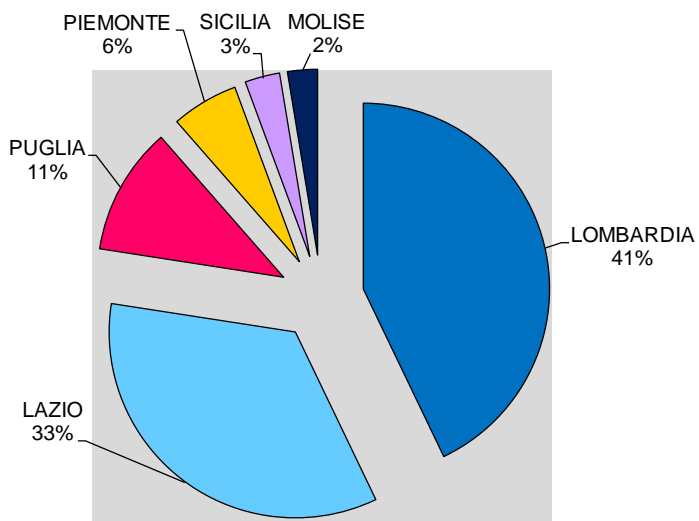


Figura 6 Peso IRCCS di diritto privato e Policlinici privati per PL (2008)



Fonte: Elaborazioni OASI su Dati Ministero Salute 2008

Infine, le altre due categorie di strutture di ricovero private accreditate (ospedali classificati⁴ e istituti qualificati di ASL⁵) sono residuali sia in termini di numero di strutture (se ne contano rispettivamente 30 e 21 al 2010), mediamente di dimensioni inferiori ai 200 posti letto accreditati e si caratterizzano per essere tipicamente degli ospedali generalisti.

Nell'ambito del SSN tali strutture di ricovero private accreditate (ospedali, IRCCSs, Policlinici, ospedali classificati e istituti qualificati di ASL) contribuiscono per il 24% all'offerta complessiva di prestazioni di ricovero per acuti (regime ordinario e day hospital) (Tabella 4 Distribuzione regionale dimessi acuti, lungodegenza e riabilitazione: confronto pubblico-privato (2009))

Regione	Acuto		Lungodegenza		Riabilitazione	
	Pubblico	Privato	Pubblico	Privato	Pubblico	Privato
ABRUZZO	195.586	40.869	2.381	326	2.739	4.907
BASILICATA	99.547	1.618	520	96	1.154	492
CALABRIA	248.198	55.259	876	1.218	1.757	3.557
CAMPANIA	819.582	338.161	938	9.475	3.224	10.598
EMILIA ROMAGNA	675.702	110.648	20.027	12.523	9.336	13.639
FRIULI VENEZIA GIULIA	181.154	18.388	1.956	37	2.220	1.050
LAZIO	557.541	523.107	1.231	6.046	4.753	41.625
LIGURIA	307.739	38.228	292	0	8.869	2.245
LOMBARDIA	1.220.063	489.908	2.419	5.777	30.975	78.076
MARCHE	242.159	30.904	3.317	1.862	1.800	2.084
MOLISE	61.039	11.730	389	0	1.182	914
PIEMONTE	604.623	97.596	4.261	6.658	8.332	32.532
PA BOLZANO	93.357	1.645	816	1.207	1.002	1.773
PA TRENTO	71.945	9.317	292	2.359	1.938	4.869
PUGLIA	509.550	228.483	5.524	0	3.426	14.373
SARDEGNA	244.532	41.594	0	990	1.070	1.445
SICILIA	808.498	203.268	2.857	0	6.944	7.104
TOSCANA	574.874	44.813	39	2.616	5.366	7.718
UMBRIA	152.239	10.282	222	0	3.447	598
VALLE D'AOSTA	20.491	0	0	0	0	38
VENETO	607.342	120.758	9.817	1.202	9.326	19.891
Totale Italia	8.295.761	2.416.576	58.174	52.392	108.860	249.528

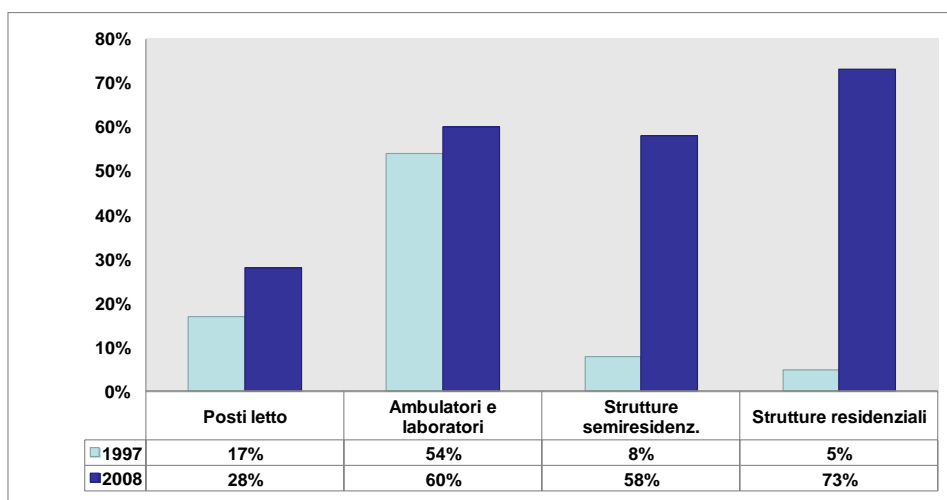
⁴ Gli ospedali classificati (ex art. 41 L. 833/1978) sono generalmente strutture di proprietà di Enti religiosi.

⁵ Gli istituti qualificati presidio di ASL (ex art. 43 L. 833/1978) rappresentano una categoria residuale di strutture di ricovero di proprietà di Enti religiosi o di soggetti privati.

Fonte: Elaborazioni OASI su Dati SDO Ministero Salute 2009 –Ricoveri acuti, regime ordinario e day hospital

). Tuttavia è interessante considerare l'offerta di prestazioni sanitarie per tipo di assistenza. Come mostra la Figura 7, essa è prevalentemente pubblica in ambito ospedaliero (il 28% dei posti letto del SSN sono allocati a strutture di ricovero private accreditate che erogano, in regime SSN, il 24% dei ricoveri – cfr. *infra*) e prevalentemente privata in ambito territoriale: il 64% dei ricoveri per non acuti sono erogati da strutture private accreditate. Questo segmento di attività mostra tassi di crescita significativi (nel periodo 1997-2008 le strutture territoriali semiresidenziali e residenziali private accreditate sono passate rispettivamente dall'8% e dal 5% al 58% e al 73%).

Figura 7 Incidenza del numero di strutture private accreditate sull'offerta complessiva del SSN (1997; 2008)



Fonte: Elaborazioni OASI su Dati Ministero Salute 2008

Analizzando l'erogazione delle prestazioni territoriali, i distretti delle ASL si avvalgono di una pluralità di strutture intermedie pubbliche e private, classificabili come segue:

- strutture in cui si erogano prestazioni specialistiche come l'attività clinica, di laboratorio e di diagnostica strumentale;
- strutture semiresidenziali come ad esempio i centri diurni psichiatrici;
- strutture residenziali quali le residenze sanitarie assistenziali (RSA) e le case protette;
- strutture territoriali come i centri dialisi ad assistenza limitata, gli stabilimenti idrotermali, i centri di salute termale, i consultori materno-infantili ecc.

In generale, l'offerta di servizi territoriali è gestita prevalentemente dal privato ad eccezione della "Altre strutture territoriali", dove il privato si attesta all'12% nel 2008 (Tabella 3).

Analizzando il dettaglio regionale, la situazione appare più diversificata:

- nel caso di «Ambulatori e Laboratori», Lombardia, Puglia, Abruzzo, Lazio, Molise, Campania e Sicilia si caratterizzano per un contributo del privato accreditato superiore alla media, compreso tra il 62% di Lombardia e l'82% della Sicilia. Tutte le altre regioni, al contrario, presentano valori inferiori alla media nazionale, segnando, i valori più bassi in Piemonte (19%) e Umbria (22%);
- con riferimento alle strutture «Semiresidenziali» e «Residenziali», sono soprattutto le regioni del Nord Italia (oltre a Molise e la Puglia), a presentare le percentuali più elevate di strutture private accreditate che detiene rispettivamente il 73% e quasi il 58% di tali strutture. Anche l'offerta della riabilitazione da parte di strutture territoriali (istituti di riabilitazione ex art. 26) è prevalentemente privata accreditata (78,3% nel 2008)⁶;
- per quanto riguarda le «Altre strutture territoriali», il contributo del privato accreditato è molto limitato ad eccezione di Veneto e Campania, che si caratterizzano per un'offerta del privato accreditato pari rispettivamente al 25% e al 27%.

Tabella 3 Presenza di strutture territoriali pubbliche e private accreditate nelle regioni (2008)

	Ambulatori e Laboratori			Strutture semiresidenziali			Strutture residenziali			Altre strutture territoriali (*)		
	Pubbliche	Private	% Private	Pubbliche	Private	% Private	Pubbliche	Private	% Private	Pubbliche	Private	% Private
Piemonte	358	83	19%	61	84	58%	213	499	70%	250	6	2%
Valle d'Aosta	2	2	50%	0	2	100%	1	7	88%	26	2	8%
Lombardia	300	485	62%	176	462	72%	167	1071	87%	758	92	12%
PA Bolzano	33	15	31%	6	0	0%	9	41	82%	80	15	19%
PA Trento	22	15	41%	8	0	0%	11	64	85%	39	7	18%
Veneto	191	253	57%	157	239	60%	146	505	78%	538	137	25%
Friuli VG	96	45	32%	31	13	30%	67	94	58%	82	6	7%
Liguria	248	112	31%	24	16	40%	42	126	75%	154	4	3%
Emilia Rom.	272	173	39%	91	379	81%	166	616	79%	447	28	6%
Toscana	543	341	39%	161	83	34%	216	291	57%	533	41	8%
Umbria	84	24	22%	42	22	34%	42	46	52%	100	3	3%
Marche	96	101	51%	26	3	10%	58	32	36%	107	12	11%
Lazio	284	582	67%	51	1	2%	67	97	59%	395	26	7%
Abruzzo	60	110	65%	8	2	20%	9	61	87%	121	5	4%
Molise	14	41	75%	0	7	100%	0	6	100%	18	3	17%
Campania	289	1166	80%	66	15	19%	83	83	50%	412	112	27%
Puglia	259	428	62%	14	19	58%	18	90	83%	314	10	3%
Basilicata	67	47	41%	3	1	25%	18	15	45%	57	7	12%
Calabria	191	248	56%	11	8	42%	28	43	61%	132	12	9%
Sicilia	310	1394	82%	32	3	9%	43	60	58%	558	89	16%
Sardegna	158	184	54%	11	8	42%	15	54	78%	163	6	4%
Italia 2008	3877	5849	60%	979	1367	58%	1419	3901	73%	5.284	623	12%

⁶ Ministero della Salute "Annuario Statistico del SSN 2008".

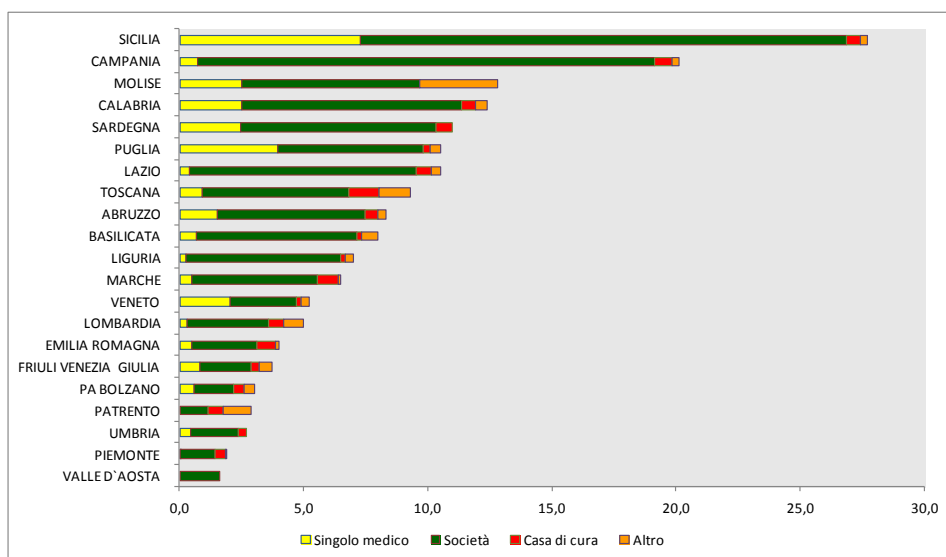
* Sono inclusi: centri di dialisi ad assistenza limitata, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori materno-infantili, centri distrettuali e in genere strutture che svolgono attività di tipo territoriale.

Fonte: Elaborazioni OASI su Dati Ministero Salute 2008

Significativo è anche il mix di strutture d’offerta territoriale privata accreditata presente nelle varie regioni. Risulta prevalente la presenza di strutture per l’assistenza specialistica ambulatoriale, in media rappresentano il 53% dell’offerta privata con livelli massimi registrati in Sicilia 95%, Campania 92%, Lazio 86% e Puglia 80%. La Lombardia presenta un’eccezione al quadro nazionale, infatti registra un più equilibrato mix di strutture territoriali gestite dal privato accreditato (24% ambulatori e laboratori, 23% semi residenziali e 54% residenziali).

A livello nazionale si registra una distribuzione territoriale di quasi 10 strutture classificate come “ambulatori e laboratori” private accreditate ogni 100.000 abitanti con una forte differenziazione regionale con un massimo rappresentato in Sicilia (quasi 28 strutture per 100.000 abitanti) e un minimo in Valle d’Aosta (1,6 per 100.000 abitanti e Piemonte (1,9 per 100.000 abitanti). In generale, tali strutture operano per lo più in ambito extra-ospedaliero (solo il 7% degli ambulatori e laboratori privati accreditati svolge la propria attività all’interno di presidi o stabilimenti ospedalieri). Il 74% di queste strutture assistenziali fa riferimento ad una società benché si registri una certa variabilità tra i vari SSR (Figura 8).

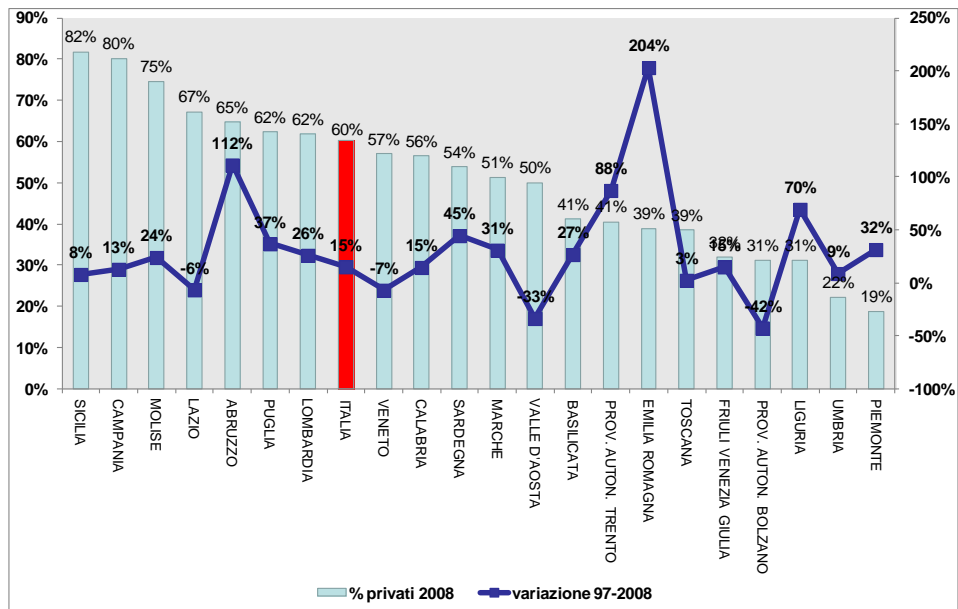
Figura 8 Numero di ambulatori e laboratori privati accreditati per 100.000 abitanti e titolarità (2008)



Fonte: Elaborazioni OASI su Dati Ministero Salute 2008

Il trend temporale di crescita di queste strutture è altrettanto significativo. In undici anni (1997-2008) a livello nazionale il numero di strutture è cresciuto del 15% e numerose sono le regioni in cui la crescita è stata più accelerata, ad esempio Emilia-Romagna, Abruzzo, PA Trento e Liguria (Figura 9).

Figura 9 Incidenza ambulatori privati accreditati e variazione (1997-2008)



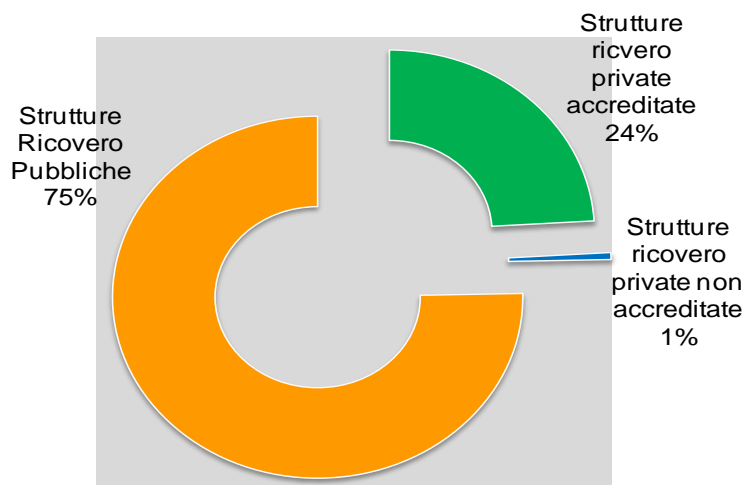
Fonte: Elaborazioni OASI su Dati Ministero Salute 2008

2.3. QUOTE DI MERCATO E SEGMENTI DI ATTIVITÀ PREVALENTE

Questo paragrafo propone alcuni dati relativi al contributo che gli erogatori privati accreditati forniscono al SSN per l'attività ospedaliera in termini di quote di mercato (distribuzione e incidenza ricoveri e giornate di degenza) e segmenti di attività prevalente (gli output in termini di tipologie e volumi delle prestazioni erogate). Sono proposti confronti tra strutture pubbliche e strutture private accreditate a livello di sistema e di singoli SSR.

Con riferimento all'ambito ospedaliero, la maggioranza dei ricoveri è eseguita in strutture pubbliche (75%), il privato accreditato⁷ conta il 24% dei ricoveri e solo 1% è attribuito al privato non accreditato⁸ (Figura 10). I dati presentati nella Figura 11 mostra la distribuzione dei dimessi per tipo di istituto. Degli 11.674.098 dimessi nel 2009 circa il 15% è stato curato in Case di cura private accreditate, il 5% IRCCS o Policlinico privato e il 4% Ospedale classificato o Istituto qualificato presidio ASL.

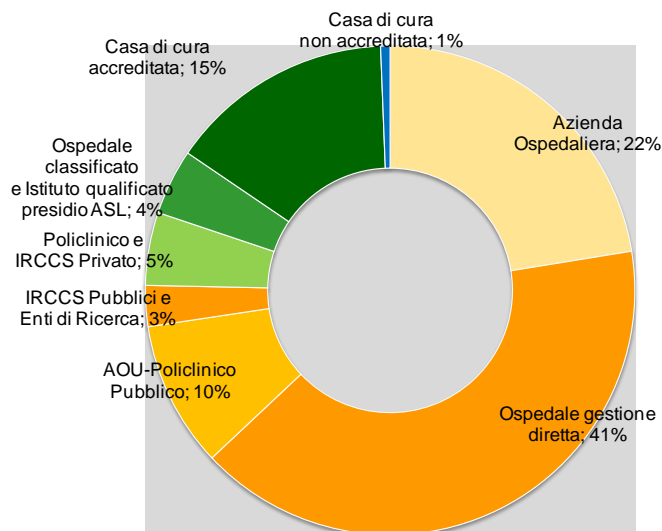
Figura 10 Distribuzione dei ricoveri per pubblico e per privato (2009)



⁷ Con il termine privato accreditato si considerano gli Ospedali privati accreditati, gli IRCCS di diritto privato e Policlinici privati, gli Ospedali classificati e Istituti qualificati presidio ASL (ex art. 43 – Legge 833/78).

⁸ Il privato non accreditato concentra l'attività in sei regioni del Centro-Nord e in Lazio.

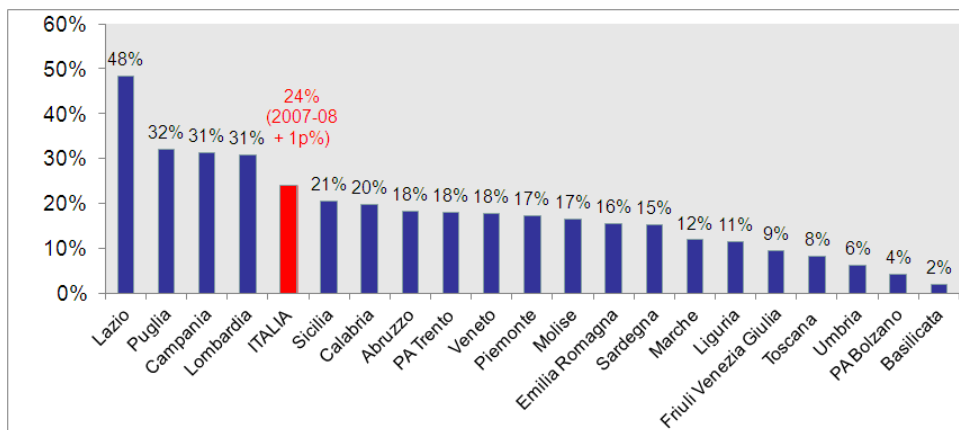
Figura 11 Quota di mercato per tipologia di struttura (2009)



Fonte Figura 10 e Figura 11: Elaborazioni OASI su Dati SDO Ministero Salute 2009 – Ricoveri acuti e non acuti, regime ordinario e day hospital

Complessivamente i ricoveri per acuti, lungodegenza e riabilitazione (RO+DH) da strutture private accreditate sul totale dei ricoveri nazionali rappresentano il 24% (Figura 12).

Figura 12 Incidenza ricoveri da strutture private accreditate (2009)



Fonte: Elaborazioni OASI su Dati SDO Ministero Salute 2009 –Ricoveri acuti, regime ordinario e day hospital

La differenziazione rispetto all'incidenza dei ricoveri in strutture private accreditate è però molto accentuata tra le regioni: Lazio, Puglia, Campania e Lombardia sono le regioni in cui gli erogatori privati coprono una parte rilevante di attività e comunque superiore alla media nazionale (24%), mentre sono le regioni piccole (Basilicata, PA Bolzano, Umbria e Friuli Venezia Giulia) assieme alla Toscana a presentare un tasso di attività per acuti degli erogatori privati piuttosto limitato (inferiore al 10%). Rispetto al 2008 l'attività di ricovero da strutture private a livello nazionale è aumentata di un punto percentuale.

Considerando l'attività di ricovero nel suo complesso emerge un peso relativamente limitato dei ricoveri per acuti erogati da privato accreditato (23%), al contrario il peso del privato è molto più significativo nei ricoveri per riabilitazione (70%) e lungodegenza (47%) (Tabella 4). Ricordiamo invece come i ricoveri per non acuti privati rappresentino il 64% del totale e siano prevalentemente erogati da strutture che operano a livello territoriale (cfr. §2.2).

Tabella 4 Distribuzione regionale dimessi acuti, lungodegenza e riabilitazione: confronto pubblico-privato (2009)

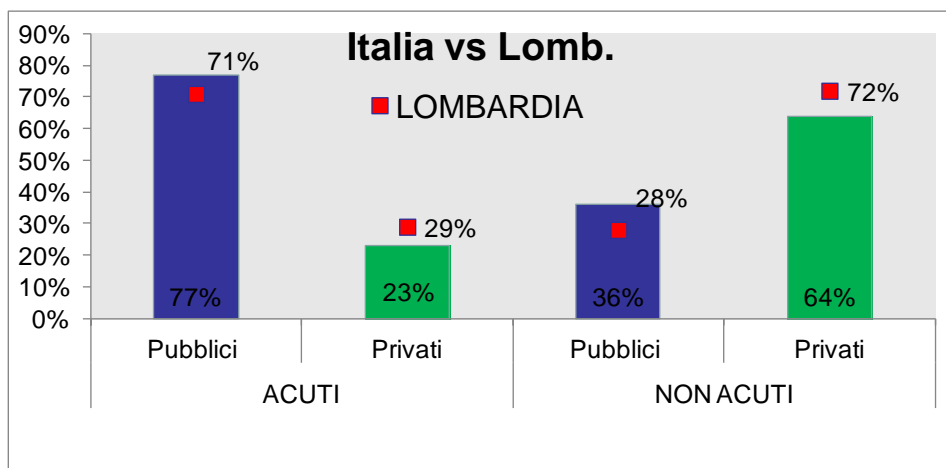
Regione	Acuto		Lungodegenza		Riabilitazione	
	Pubblico	Privato	Pubblico	Privato	Pubblico	Privato
ABRUZZO	195.586	40.869	2.381	326	2.739	4.907
BASILICATA	99.547	1.618	520	96	1.154	492
CALABRIA	248.198	55.259	876	1.218	1.757	3.557
CAMPANIA	819.582	338.161	938	9.475	3.224	10.598
EMILIA ROMAGNA	675.702	110.648	20.027	12.523	9.336	13.639
FRIULI VENEZIA GIULIA	181.154	18.388	1.956	37	2.220	1.050
LAZIO	557.541	523.107	1.231	6.046	4.753	41.625
LIGURIA	307.739	38.228	292	0	8.869	2.245
LOMBARDIA	1.220.063	489.908	2.419	5.777	30.975	78.076
MARCHE	242.159	30.904	3.317	1.862	1.800	2.084
MOLISE	61.039	11.730	389	0	1.182	914
PIEMONTE	604.623	97.596	4.261	6.658	8.332	32.532
PA BOLZANO	93.357	1.645	816	1.207	1.002	1.773
PA TRENTO	71.945	9.317	292	2.359	1.938	4.869
PUGLIA	509.550	228.483	5.524	0	3.426	14.373
SARDEGNA	244.532	41.594	0	990	1.070	1.445
SICILIA	808.498	203.268	2.857	0	6.944	7.104
TOSCANA	574.874	44.813	39	2.616	5.366	7.718
UMBRIA	152.239	10.282	222	0	3.447	598
VALLE D'AOSTA	20.491	0	0	0	0	38
VENETO	607.342	120.758	9.817	1.202	9.326	19.891
Totale Italia	8.295.761	2.416.576	58.174	52.392	108.860	249.528

Fonte: Elaborazioni OASI su Dati SDO Ministero Salute 2009 –Ricoveri acuti, regime ordinario e day hospital

All'interno di questo quadro la regione Lombardia si caratterizza per un'incidenza di ricoveri privati accreditati superiore alla media sia relativamente ai ricoveri acuti (29% vs 23%) sia ai ricoveri non acuti (72% vs 64%) (Figura 13). Di convesso i ricoveri erogati da strutture pubbliche regionali risultano inferiori al livello medio nazionale.

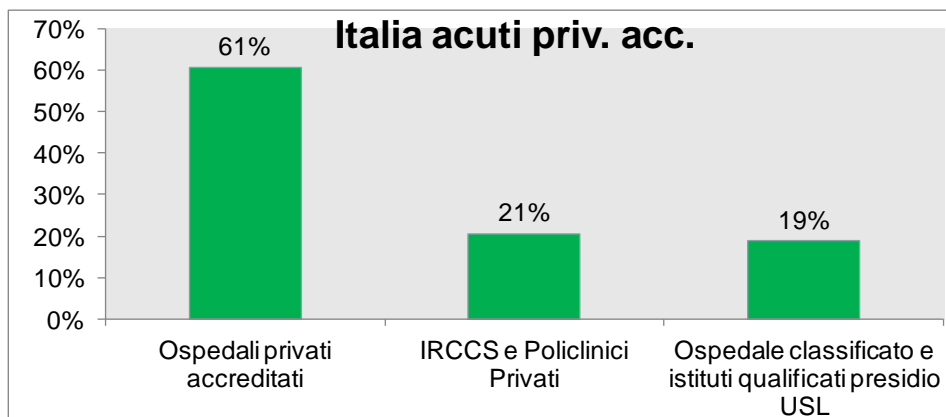
Analizzando i ricoveri avvenuti in regime accreditato nel 2009, in Italia si sono distribuiti per il 61% in ospedali privati accreditati, per il 21% presso IRCSS o Policlinici e il restante in ospedali classificati o istituto qualificato presidio ASL.

Figura 13 Distribuzione dei dimessi per acuti e non acuti: cfr pubblico- privato, Italia e Lombardia (2009)



Fonte: Elaborazioni OASI su Dati SDO Ministero Salute 2009 –Ricoveri acuti, regime ordinario e day hospital

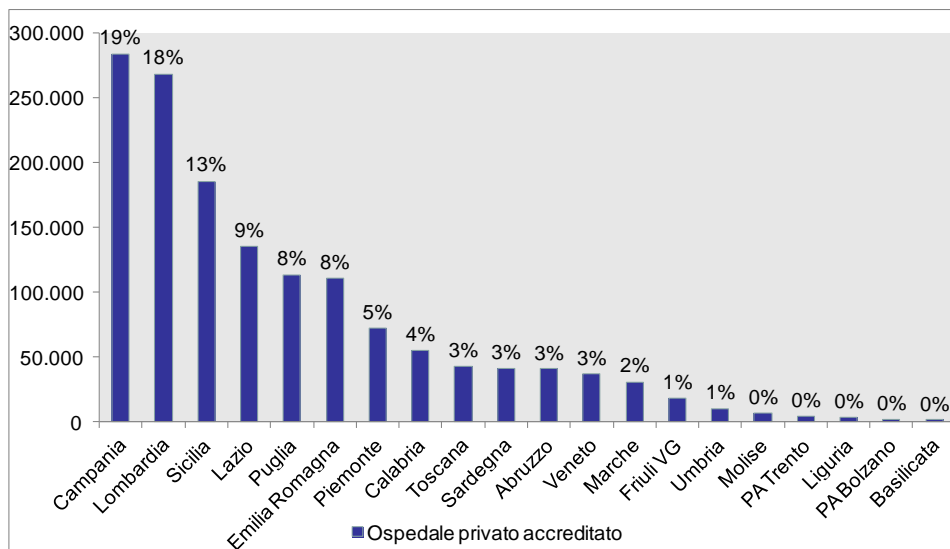
Figura 14 Distribuzione dei dimessi per acuti da privato accreditato per tipo di istituto (Italia, 2009)



Fonte: Elaborazioni OASI su Dati SDO Ministero Salute 2009 –Ricoveri acuti, regime ordinario e day hospital

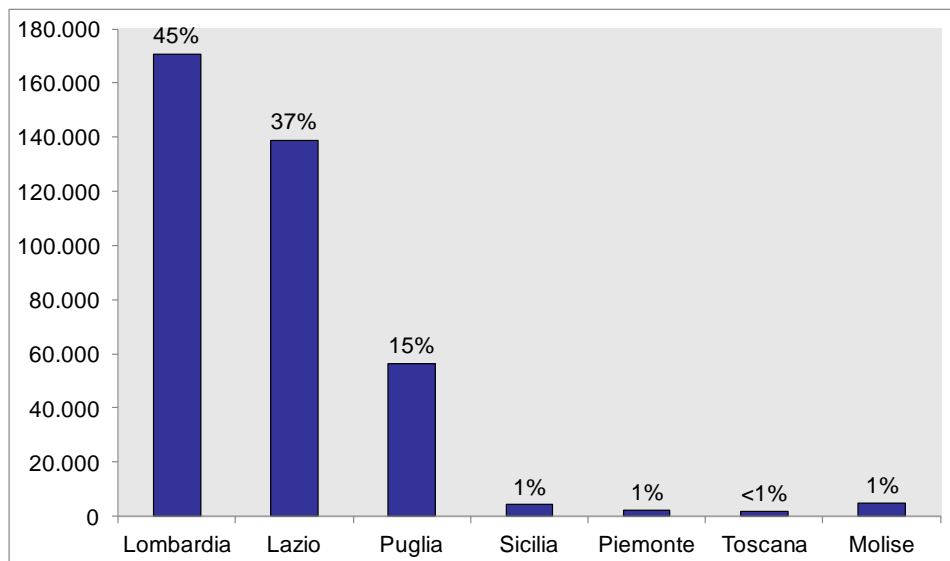
A livello regionale la distribuzione dei ricoveri è quanto mai diversificata: il 50% dei ricoveri presso gli ospedali accreditati si concentrano in strutture di Campania, Lombardia e Sicilia (Figura 15). Per i ricoveri registrati presso IRCCS e Policlinici privati la Lombardia e il Lazio ne assorbono oltre l'80%, sebbene solo il 68% delle strutture di ricovero e cura a carattere scientifico sia localizzato in queste due regioni (cfr. Figura 5). Tuttavia le dimensioni medie maggiori rispetto alla media nazionale spiegano un'attività di ricoveri più consistente.

Figura 15 Distribuzione ricoveri per acuti da privato accreditato per regione: ospedale privato accreditato (2009)



Fonte: Elaborazioni OASI su Dati SDO Ministero Salute 2009

Figura 16 Distribuzione ricoveri per acuti da privato per regione: IRCCS (2009)



Un elemento caratteristico dell'assistenza ospedaliera per acuti è la presenza della rete assistenziale ospedaliera di "emergenza-urgenza" che rappresenta la seconda fase di risposta prevista dal sistema di emergenza sanitaria del nostro Paese: ad una fase di allarme assicurata dalla centrale operativa, alla quale affluiscono tutte le richieste di intervento sanitario in emergenza tramite il numero unico "118", succedono due fasi di risposta, quella territoriale costituita da idonei mezzi di soccorso distribuiti sul territorio (per esempio, le ambulanze), e quella ospedaliera costituita dalla rete degli ospedali sede di Pronto Soccorso (PS), di Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA di I e II livello) e Dipartimento di Emergenza di alta Specialità (EAS), tra cui si inseriscono anche gli ospedali privati accreditati e gli IRCCS di diritto privato, gli ospedali classificati, gli istituti qualificati presidio di ASL e i policlinici universitari privati. La Tabella 5 presenta un confronto tra le strutture di ricovero pubbliche e quelle private accreditate in termini di concentrazione di servizi per l'emergenza. La Lombardia è una delle regioni a più elevata concentrazione, per quanto riguarda le strutture private accreditate (l'8,5% ha un dipartimento di emergenza, il 21,1% un PS, il 1,4% un PS pediatrico e il 18,3% un centro di rianimazione) insieme alla Campania (l'13% ha un dipartimento di emergenza, il 18,8% un PS e il 13% un centro di rianimazione). Si sottolinea peraltro come tale dato sia sottostimato in quanto sconta il limite di rilevazione dei dati ministeriali che include tra le strutture pubbliche anche quelle equiparate, pur essendo queste ultime caratterizzate da una quota rilevante di istituti privati. Ciò significa che gli IRCCS di diritto privato e i Policlinici privati a gestione diretta dell'Università che hanno in dotazione dei servizi per le emergenze (PS, DEA ecc.) vengono conteggiati insieme alle strutture pubbliche (questo è, ad esempio, il caso del San Raffaele in Regione Lombardia o del Policlinico Gemelli in Lazio).

Tabella 5 Disponibilità di servizi per l'emergenza: confronto pubblico-privato (2008)

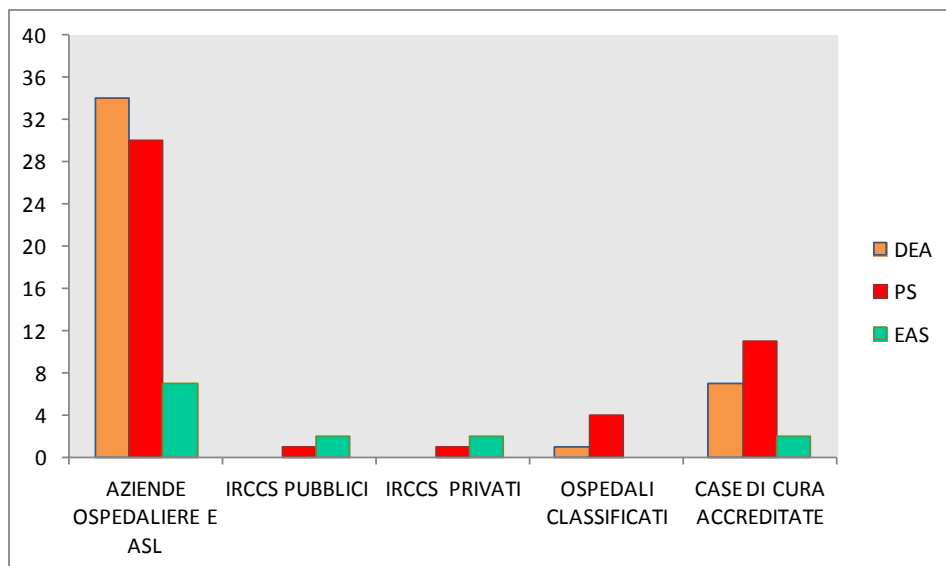
Regione	Dipartimento di Emergenza		Pronto Soccorso		Pronto Soccorso Pediatrico		Centro Rianimazione	
	% Strutture pubbliche	% Case di cura accreditate	% Strutture pubbliche	% Case di cura accreditate	% Strutture pubbliche	% Case di cura accreditate	% Strutture pubbliche	% Case di cura accreditate
PIEMONTE	70,0%	0,0%	75,0%	0,0%	10,0%	0,0%	67,5%	9,8%
VALLE D'AOSTA	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%
LOMBARDIA	62,9%	8,5%	71,0%	21,1%	38,7%	1,4%	71,0%	18,3%
PA BOLZANO	42,9%	0,0%	100,0%	0,0%	14,3%	0,0%	71,4%	0,0%
PA TRENTO	0,0%	0,0%	77,8%	0,0%	11,1%	0,0%	22,2%	0,0%
VENETO	60,5%	0,0%	73,7%	0,0%	10,5%	0,0%	68,4%	0,0%
FRIULI VENEZIA GIULIA	62,5%	0,0%	68,8%	20,0%	18,8%	0,0%	50,0%	20,0%
LIGURIA	66,7%	0,0%	66,7%	0,0%	25,0%	0,0%	75,0%	25,0%
EMILIA ROMAGNA	85,2%	0,0%	92,6%	0,0%	14,8%	0,0%	77,8%	13,0%
TOSCANA	81,0%	0,0%	78,6%	0,0%	9,5%	0,0%	66,7%	3,4%
UMBRIA	54,5%	0,0%	81,8%	0,0%	0,0%	0,0%	63,6%	0,0%
MARCHE	45,5%	0,0%	84,8%	7,7%	3,0%	0,0%	42,4%	7,7%
LAZIO	30,8%	0,0%	69,2%	6,0%	9,0%	0,0%	50,0%	3,0%
ABRUZZO	59,1%	0,0%	95,5%	0,0%	0,0%	0,0%	63,6%	30,8%
MOLISE	57,1%	0,0%	71,4%	0,0%	0,0%	0,0%	71,4%	33,3%
CAMPANIA	52,7%	13,0%	83,6%	18,8%	30,9%	0,0%	67,3%	13,0%
PUGLIA	65,8%	2,8%	92,1%	2,8%	2,6%	0,0%	57,9%	2,8%
BASILICATA	33,3%	0,0%	77,8%	0,0%	0,0%	0,0%	77,8%	0,0%
CALABRIA	43,2%	0,0%	89,2%	2,8%	5,4%	0,0%	35,1%	0,0%
SICILIA	31,9%	1,6%	94,2%	1,6%	8,7%	0,0%	53,6%	3,1%
SARDEGNA	28,1%	0,0%	78,1%	0,0%	12,5%	0,0%	46,9%	8,3%
ITALIA	51,9%	3,1%	80,9%	6,8%	13,5%	0,2%	59,1%	8,7%

Fonte: OASI su Dati Ministero Salute 2008

A questo proposito la Figura 17 riporta un confronto di dettaglio tra strutture pubblico e privato con dotazione di centri di servizi per l'emergenza in Lombardia eliminando alcuni limiti dei dati ministeriali. Risulta chiaro come i servizi di PS e EAS tra IRCCS in Lombardia sono equi distribuiti tra strutture pubbliche e private, inoltre permane evidente come il PS sia la dotazione prevalente nelle strutture accreditate, ben 4 ospedali classificati e 11 case di cura dispongono dell'accesso per emergenze-urgenze tramite Pronto Soccorso.

Tuttavia è da sottolineare come le strutture private accreditate tendono ad operare in maniera consistente nei segmenti per non acuti (riabilitazione e lungodegenza), che strutturalmente non necessitano di servizi per l'emergenza.

Figura 17 Regione Lombardia numero DEA-PS-EAS: confronto pubblico-privato (2008)

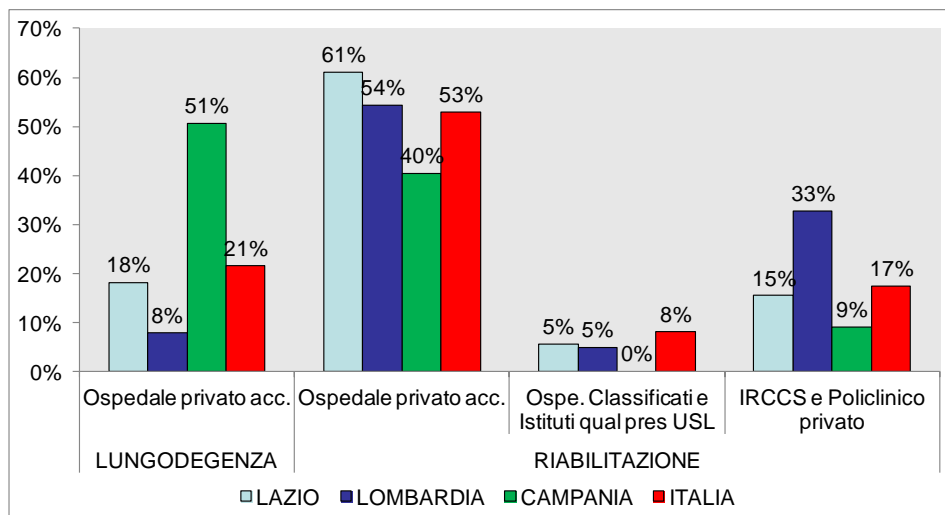


Fonte: Regione Lombardia 2008

La Tabella 4 mostra la distribuzione regionale dell'incidenza dei dimessi per tipologia di struttura per lungodegenza e riabilitazione (RO+DH). Per quanto riguarda la lungodegenza il 53% dei ricoveri avviene in strutture pubbliche sebbene il privato in molte regioni abbia una spiccata vocazione per le attività di lungodegenza, è il caso di Calabria, Campania, Lazio, Lombardia, Marche, Piemonte, PA Trento, Toscana e Sardegna. Relativamente alla riabilitazione il volume di attività erogato dai soggetti privati tende ad essere maggiore in quasi tutte le regioni rispetto a quello erogato dalle aziende pubbliche, ad eccezione del Friuli Venezia Giulia, Liguria, Molise e Umbria.

Osservando la distribuzione per struttura dell'attività di riabilitazione questa viene prevalentemente erogata da ospedali privati accreditati, in media il 53% e in misura residuale da IRCCS/ Policlinici (17%) o Ospedali classificati e Istituti qualificati presidio ASL (8%).

Figura 18 Distribuzione ricoveri da privato accreditato: riabilitazione e lungodegenza per tipo di struttura (giornate di degenza) (2009)

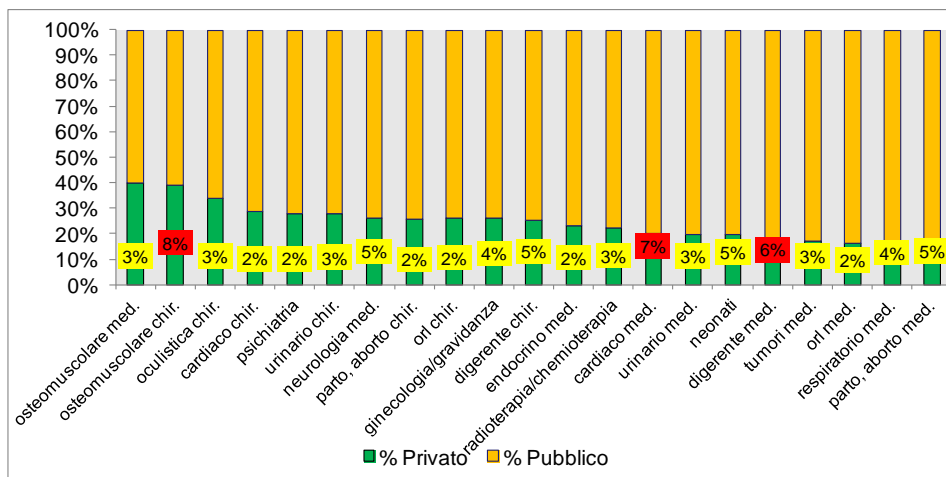


Fonte: Elaborazioni OASI su Dati SDO Ministero Salute 2009

La Figura 19 mostra il contributo del privato, espresso in percentuale, per le principali linee produttive in termini di volumi di ricoveri⁹. Sebbene il pubblico registri percentuali significativamente maggiori rispetto al privato, quest'ultimo registra una prevalenza di ricoveri per DRG afferenti a patologie osteomuscolari chirurgiche (8%), cardiaco mediche (7%) e dirigente mediche (6%). Al contrario per le principali linee produttive in termini di volumi di giornate di degenza per l'area della riabilitazione ospedaliera sono attribuite oltre il 70% al privato (Figura 20).

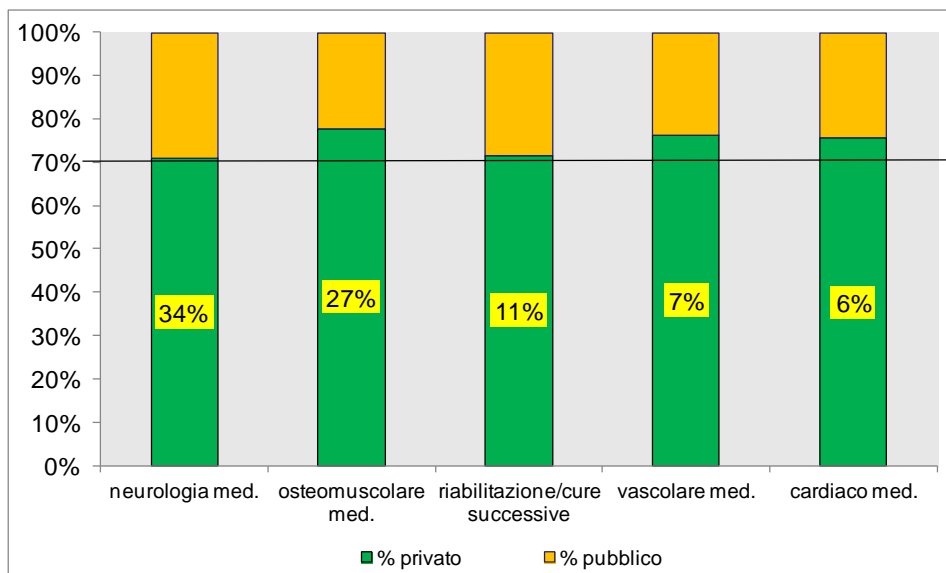
⁹ L'utilizzo delle linee produttive per analizzare i volumi di attività delle strutture ospedaliere è un metodo per raggruppare gli eventi di ricovero sulla base dei dati SDO con l'obiettivo di riuscire a rappresentare la produzione ospedaliera secondo un'ottica gestionale, di sintesi e funzionale alle analisi di benchmarking. Questo metodo riesce a superare i principali limiti dei tradizionali strumenti di analisi della produzione ospedaliera (sistema DRG, sistema MDC, sistema di classificazione per reparto di dimissione). Ad esempio, il sistema DRG parcellizza le prestazioni ed è poco funzionale all'elaborazione di un dato di sintesi e, in alcuni casi, non è possibile distinguere specifici fenomeni patologici di estremo interesse per l'analisi di mercato (es. ricoveri di natura oncologica); il sistema MDC rappresenta un criterio di aggregazione basato sull'organo anatomico e, quindi, poco adeguato per le analisi gestionali; il sistema basato sulla segmentazione per reparto di dimissione può essere poco attendibile per la possibile eterogeneità delle prestazioni di ricovero afferenti allo stesso reparto.

Figura 19 Prime 20 LP per numerosità di ricoveri per acuti (RO e DH) – cfr. pubblico-privato



Fonte: Elaborazioni OASI su Dati SDO Ministero Salute 2009

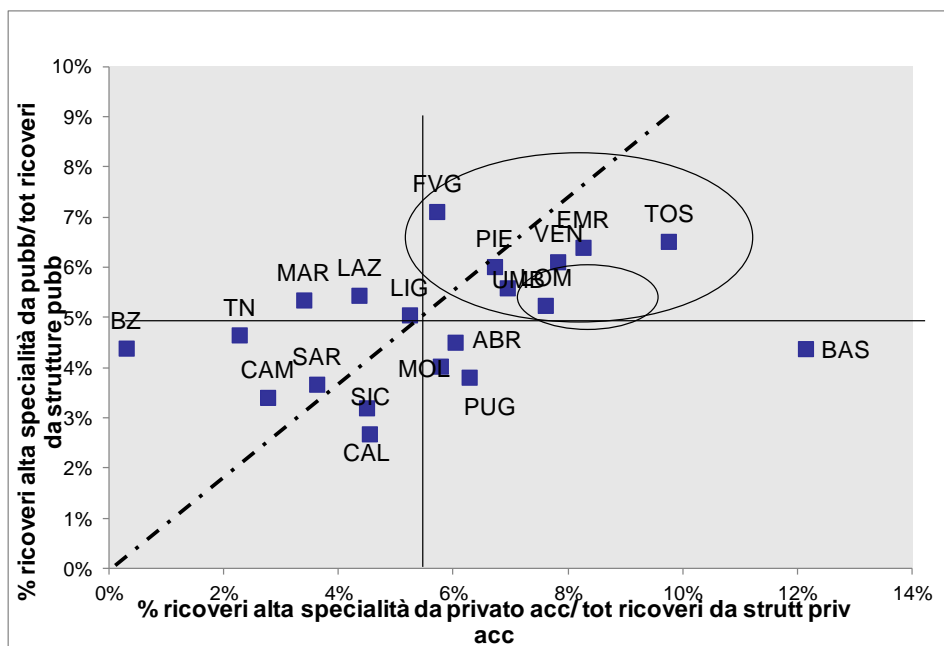
Figura 20 Prime 5 LP per numerosità giornate di degenza area riabilitazione (RO e DH) – cfr. pubblico-privato



Fonte: Elaborazioni OASI su Dati SDO Ministero Salute 2009

Con riferimento all'ambito ospedaliero, benché il peso del privato sia molto più significativo nei ricoveri per riabilitazione e lungodegenza (64% con il 36% da parte di strutture di ricovero pubbliche), rispetto a quelli per acuti (22% contro il 78% da parte di strutture di ricovero pubbliche), l'impressione di un privato spesso confinato, tranne particolari eccellenze, alle casistiche più semplici si rivela fallace: in molte regioni la quota di ricoveri classificabile come «alta specialità»¹⁰ è addirittura più elevata nel privato (5,6%) che nel pubblico (5%) (Figura 21). In particolare, le regioni che si posizionano sotto la bisettrice nel quadrante in alto a destra dimostrano una casistica complessa prevalente nei ricoveri delle strutture private accreditate (Toscana, Emilia Romagna, Veneto Lombardia, Umbria e Piemonte). Particolare è il posizionamento della Basilicata che, con un unico centro privato accreditato poli specialistico di riferimento regionale, registra 268 casi di «alta specialità» su 2.206 nel 2008.

Figura 21 % Ricoveri Alta Specialità: pubblico vs privato per regione (2009)



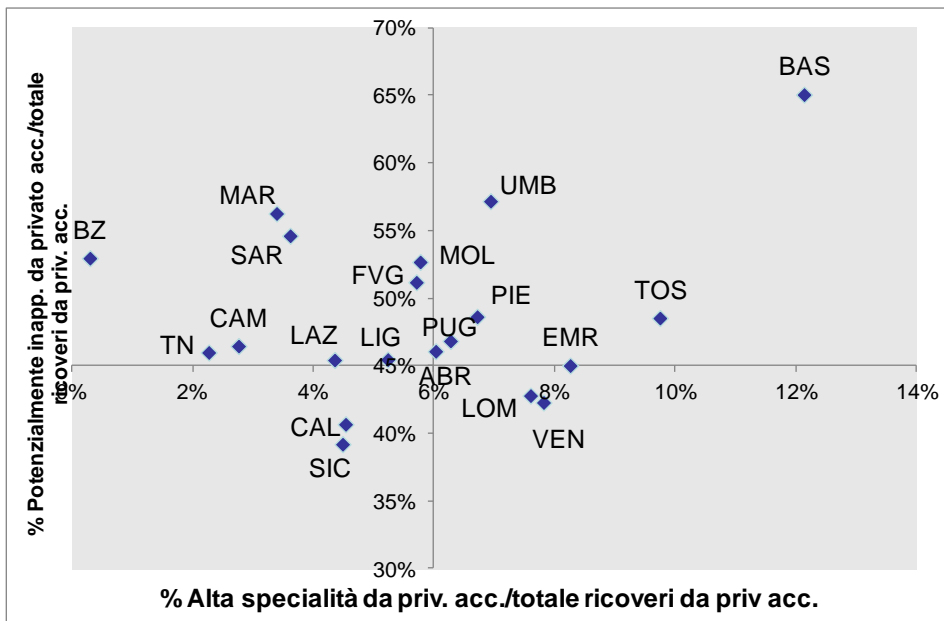
Fonte: Elaborazioni OASI su Dati SDO Ministero Salute 2009 (acuti e non acuti)

Congiuntamente alla percentuale dei ricoveri classificati di «alta specialità», ovvero interventi e terapie complesse, è interessante osservare le percentuali di

¹⁰ Per l'identificazione dei DRG di «alta specialità» si sono considerate le discipline di alta specialità individuate nel DM del 1992 e successivi aggiornamenti della TUC fino alla versione 19° del grouper in cui si contano 72 DRG ad alta complessità (TUC 2008).

DRG potenzialmente inappropriati¹¹ (Figura 22). La percentuale di casi potenzialmente inappropriati varia dal 39% della Sicilia al 65% della Basilicata. Incrociando la dimensione dei ricoveri di alta specialità e potenzialmente inappropriati individuamo tre sistemi mediamente virtuosi: Emilia Romagna, Veneto e Lombardia in cui le percentuali di ricoveri da strutture private accreditate definiti di «alta specialità» sono superiori alla media nazionale (6%) e i tassi di inappropriata potenziale sono inferiori alla media (45%). Toscana e Basilicata registrano ricoveri complessi molto superiori alla media ma con tassi di inappropriata altrettanto elevati rispetto alla media.

Figura 22 Percentuale inappropriata ricoveri: pubblico vs privato per regione (2009)



Fonte: Elaborazioni OASI su Dati SDO Ministero Salute 2009 (acuti e non acuti)

2.4. DOMANDA SODDISFATTA

Visti i crescenti e significativi livelli di prestazioni sanitarie erogate da soggetti privati è rilevante valutare l'attuale capacità di risposta ai bisogni che gli stessi sono in grado di soddisfare, individuando adeguati indicatori dei livelli di efficacia raggiunti (rapporto *output/outcome*). Tali analisi dovrebbero rappresentare la base per la definizione delle scelte strategiche e organizzative delle aziende e dei sistemi regionali di committenza.

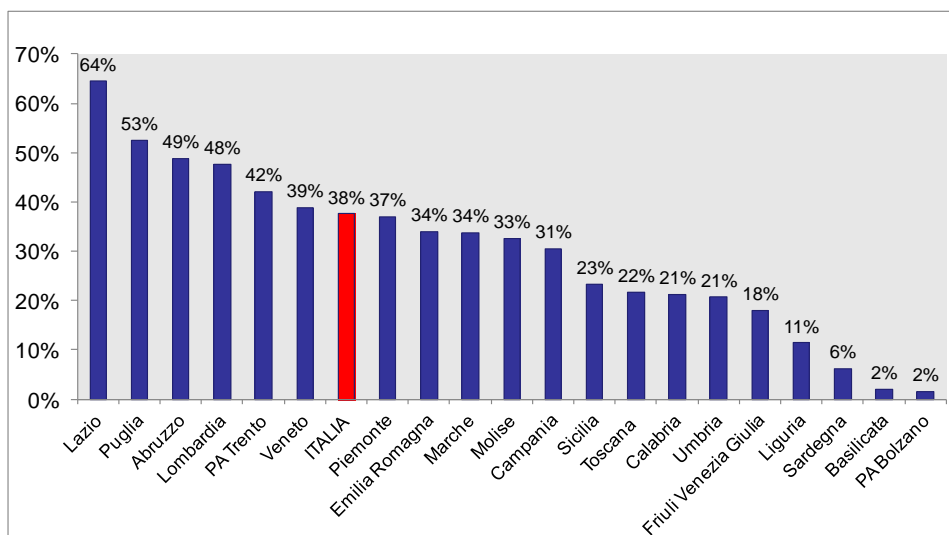
¹¹ 108 sono i DRG classificati come potenzialmente inappropriati (DRG versione 24).

Tra gli indicatori di efficacia gestionale assumono particolare rilevanza quelli relativi ai flussi di mobilità, insieme ai tempi di attesa e al grado di soddisfazione dei cittadini.

Rispetto alla migrazione sanitaria, ossia la fruizione di una prestazione sanitaria in una struttura localizzata in un'altra regione rispetto a quella di residenza, può essere motivata da ragioni oggettive (centri di alta specialità, malattie rare), da esigenze geografiche o familiari, da un'inadeguata distribuzione dei servizi diagnostico-terapeutici, da disinformazione, oppure da differenze reali o percepite rispetto alla qualità delle cure offerte dalle strutture regionali ed extraregionali. L'analisi dei flussi di mobilità può essere quindi utilizzata per valutare la qualità dei servizi sanitari offerti dalle diverse strutture o regioni, considerando le scelte di mobilità dei pazienti come una *proxy* della reputazione delle stesse. Nella Figura 23, Figura 24 e Figura 25 si presentano alcune analisi sui flussi di mobilità interregionale relative ai ricoveri effettuati in strutture private accreditate.

In media il 38% dei ricoveri dei pazienti in mobilità sono erogati da strutture private accreditate, con differenziazioni regionali molto forti. In Lazio, Puglia, Abruzzo e Lombardia il privato ha un'attrazione molto elevata e assorbe oltre il 48% dei pazienti extra regione, mentre regioni più piccole e con minor presenza di erogatori privati presentano livelli di ricoveri per pazienti extra regionali inferiori all'10% (Sardegna, Basilicata e PA Bolzano).

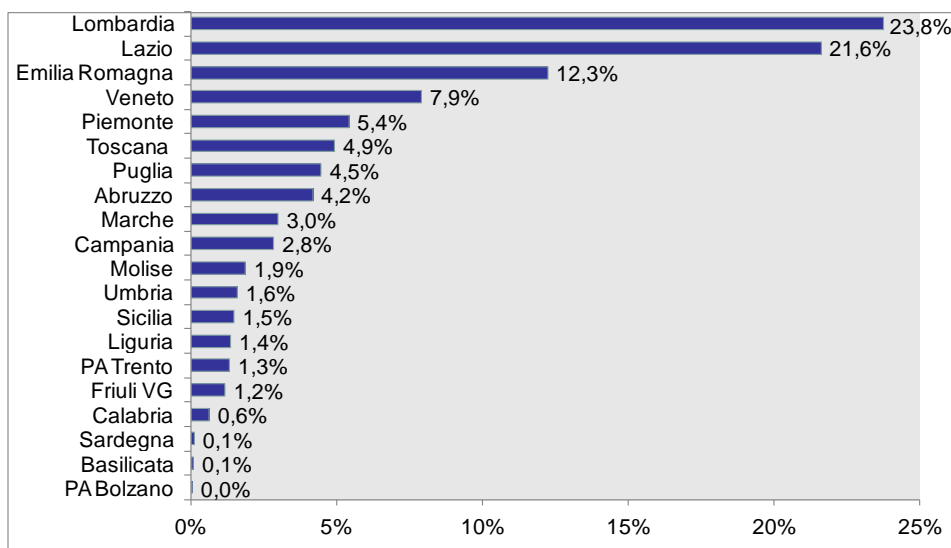
Figura 23 Attrazione dal privato accreditato: ricoveri da privato accreditato per fuori regione / tot ricoveri per fuori regione (2009)



Fonte: Elaborazioni OASI su Dati SDO Ministero Salute 2009 (acuti RO e DH)

Nella Figura 24 i dati di mobilità sono stati elaborati calcolando l'assorbimento della mobilità del privato accreditato: rapporto tra la mobilità attiva di una regione (numero totale regionale pazienti provenienti da fuori regione ricoverati in strutture private accreditate) e la mobilità totale a livello nazionale tra le regioni (numero totale nazionale pazienti provenienti da fuori regione ricoverati in strutture private accreditate). A differenza della figura precedente, l'indicatore utilizzato nella Figura 24 non sconta le dimensioni relative delle diverse regioni. E' quindi meno adatto a rappresentare la maggiore o minore capacità di attrazione delle singole regioni ma allo stesso tempo, però, fornisce una rappresentazione più immediata del volume di mobilità generato e assorbito dagli erogatori privati di ogni regione. A questo proposito la Lombardia attrae quasi il 24% della mobilità privata accreditata complessiva fuori regione, seguita da Lazio (21,6%), Emilia Romagna (12,3%), Veneto (7,9,4%) e Piemonte (5,4 %).

Figura 24 Assorbimento della mobilità del privato accreditato: ricoveri regionali per pazienti fuori regione da privato acc./totale ricoveri nazionali da privato acc. per pazienti fuori regione (2009)



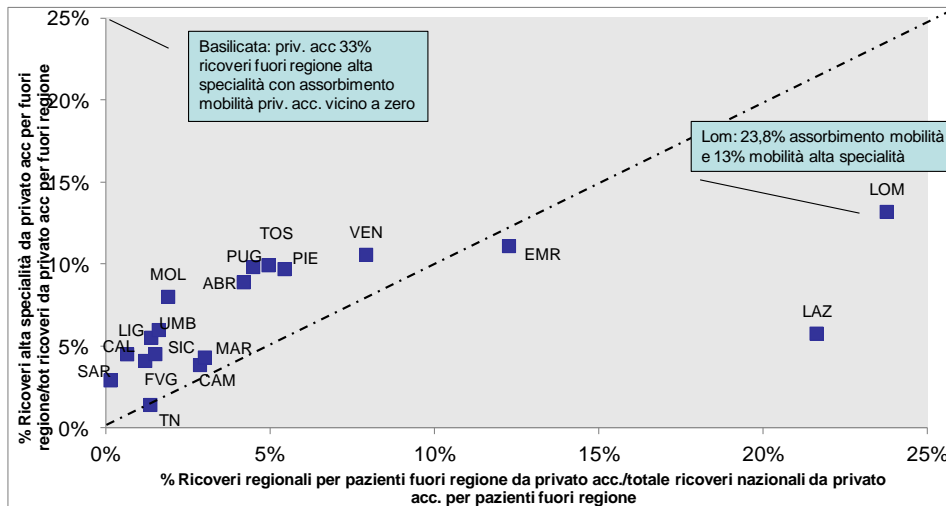
Fonte: Elaborazioni OASI su Dati SDO Ministero Salute 2009 (acuti e non acuti; RO e DH)

Nella Figura 25 i dati di mobilità sono stati elaborati mettendo in relazione due variabili:

- incidenza dei ricoveri di alta specialità per fuori regione: rapporto tra ricoveri di alta specialità da privato accreditato per fuori regione sul totale dei ricoveri da privato accreditato per fuori regione
- assorbimento della mobilità per privato accreditato (cfr. *supra*)

Il grafico ci permette di apprezzare il grado di complessità dei ricoveri per pazienti fuori regioni operato da strutture private accreditate. La distribuzione delle regioni lungo la bisettrice indica come a livelli di assorbimento maggiori corrispondano maggiori incidenza di ricoveri di alta specialità, con l'eccezione evidente del Lazio in cui a fronte di un elevato livello di assorbimento (più del 20%) corrisponde solo un 6% di casi di alta specialità.

Figura 25 Assorbimento della mobilità del privato accreditato per regione (2009)



Fonte: Elaborazioni OASI su Dati SDO Ministero Salute 2009 (acuti e non acuti)

Riguardo al grado di soddisfazione dei cittadini verso i servizi erogati da strutture ospedaliere i dati disponibili fanno riferimento all'indagine annuale presentata in «Ospedali&Salute 2010», a cura di AIOP e Ermeneia. Lo studio mostra i risultati di sintesi sulla qualità percepita di un campione di pazienti che ha usufruito nei 12 mesi precedenti l'intervista delle strutture e servizi.

La Tabella 6 evidenzia il giudizio sintetico degli intervistati per tipologia di struttura ospedaliera. Gli ospedali privati non accreditati fanno registrare la percentuale più elevata di «molto positivo» (11,7%), seguiti dagli ospedali pubblici e da quelli privati accreditati, consolidando un posizionamento relativo stabile dal 2006 (con l'eccezione del 2007, in cui gli ospedali pubblici hanno raggiunto la percentuale più elevata di giudizi «molto positivi», pari al 12,1%). Se si considerano congiuntamente i giudizi positivi («molto positivo» e «abbastanza positivo»), gli ospedali pubblici presentano però la percentuale più elevata (60,6%), seguiti dagli ospedali privati accreditati (59,3%) e dalle cliniche private non accreditate (41,8%).

Tabella 6 Giudizio di sintesi rispetto alle diverse strutture ospedaliere (2010).

	Ospedale pubblico	Ospedale privato accreditato	Clinica privata non accreditata
Molto positivo	9,7	7,5	11,7
Abbastanza positivo	50,9	51,8	30,1
Parzialmente negativo	25,0	13,1	12,6
Del tutto negativo	4,8	2,0	4,6
Non sa/non risponde	9,6	25,6	41,0

Fonte: Elaborazione su dati Ermeneia per «Ospedali&Salute», 2010

3. CONCLUSIONI

Il fine istituzionale di tutela della salute del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) non è compito esclusivo del sistema pubblico, ma è obiettivo dell'intero sistema sociale cui concorrono, sebbene i diversi ruoli, soggetti pubblici e privati con pari dignità. Pertanto, il carattere pubblicistico del SSN, più volte richiamato dalla normativa del sistema sanitario del nostro Paese, non è da associare ad un'idea di esclusività dell'offerta sanitaria pubblica quanto, piuttosto, all'unicità pubblica del governo delle regole e delle relazioni tra i soggetti del sistema, siano essi pubblici o privati accreditati con il SSN.

Nell'ambito della pluriennale collaborazione con Assolombarda, il CER GAS dell'Università Bocconi nel 2011 ha aggiornato e approfondito una ricerca sull'analisi delle principali tendenze, a livello nazionale e regionale, del settore della sanità privata accreditata nei diversi segmenti di attività (assistenza ospedaliera, assistenza territoriale e specialistica ambulatoriale, assistenza riabilitativa residenziale e semiresidenziale, assistenza di lungodegenza residenziale). Lo studio ha messo in evidenza una serie di elementi sulla base dei quali è possibile valutare il contributo degli erogatori privati accreditati nel SSN identificando i principali ambiti di differenziazione tra i vari SSR.

Il settore degli erogatori privati accreditati di prestazioni sanitarie (ospedaliere e territoriali) rappresenta una quota importante dell'offerta complessiva del sistema sanitario del nostro Paese. Nel 2010 l'incidenza di spesa a carico del SSN per prestazioni erogate dalla sanità privata accreditata è pari a 19% e cresce del 18% nel periodo 2005-2010 (Tabella 1). Rispetto a questo quadro complessivo, il peso della spesa sanitaria privata accreditata varia nei diversi SSR (si passa dal 28% della Lombardia e 23% del Lazio al 9% di Umbria, Friuli Venezia Giulia e PA di Bolzano) e altrettanto differenziati sono i tassi di crescita nel periodo 2005-2010 (quasi o superiori al 30% in Lombardia, Liguria, Piemonte, PA di Trento, Toscana, Marche e Basilicata e negativi in Valle D'Aosta, PA di Bolzano e Abruzzo). Tra le regioni in cui il settore della sanità privata accreditata assume un peso significativo (Lombardia, Lazio,

Campania e Puglia) la Lombardia si distingue per un tasso di crescita significativamente più elevato (+29% rispetto al 19% della Puglia e 6% di Lazio e Campania), in aumento anche tra il 2009 e il 2010 in controtendenza all'andamento nazionale (Figura 1).

I dati di crescita e di sviluppo del settore della sanità privata accreditata a livello nazionale sono legati principalmente ad un aumento della spesa per l'assistenza territoriale (+42%). Questa accresciuta incidenza è spiegabile dall'incremento delle strutture sanitarie residenziali private accreditate (ad esempio, strutture residenziali sanitarie assistenziali – RSA), che rappresentano il 73% dell'offerta nel 2008 (solo il 5% nel 1997) e sono concentrate soprattutto nelle regioni del nord e in alcune regioni del sud (Abruzzo, Puglia e Sardegna). (Figura 1 e Figura 7).

Accanto all'assistenza territoriale, un ruolo importante è giocato anche dalla voce di spesa "assistenza ospedaliera" privata accreditata che assorbe il 42% della spesa sanitaria privata accreditata (149 Euro procapite) con contributi differenti da parte dei diversi SSR (valori massimi in Lazio e Lombardia –251 Euro procapite e 243 Euro procapite– e minimo in Basilicata – 9 Euro procapite) (Figura 1). Il livello della spesa sanitaria privata accreditata sul fronte assistenziale ospedaliero è spiegato:

- da una parte, dal ruolo che ciascuna regione ha riservato agli erogatori privati accreditati in termini di posti letto privati accreditati (più del 30% in Lombardia, Campania, Calabria e Lazio a meno del 10% in Liguria, Umbria, Basilicata e Valle D'Aosta) (Figura 3);
- dall'altra, dalle quote di mercato presidiate dagli erogatori privati accreditati rispetto ai volumi complessivi (più del 30% dei ricoveri in Lombardia, Puglia, Campania e Lazio sono erogate da strutture private accreditate) e alla tipologia dell'attività ospedaliera erogata (Figura 12). In riferimento a quest'ultimo punto, benché a livello nazionale il peso del privato sia maggiore nei ricoveri per riabilitazione e lungodegenza (64%), rispetto a quelli per acuti (23%), il dato va analizzato sulle singole regioni (in Lombardia, ad esempio, si registrano attività di ricovero per acuti pari al 30% e 72% per non acuti) (Figura 13). Inoltre, in alcune regioni la quota di ricoveri classificabile come di «alta specialità», ovvero interventi e terapie complesse, è più elevata nel privato rispetto al pubblico (Figura 21), con pur mantenendo quote di inappropriata modesta (Figura 22). A tal proposito è interessante sottolineare che elevati livelli di assorbimento della mobilità interregionale da parte degli erogatori privati accreditati non sempre si riflettono in altrettanti ricoveri di alta specialità/complessità a favore di pazienti non residenti: la Lombardia e il Lazio, che risultano confrontabili in termini di assorbimento della mobilità da parte degli erogatori privati accreditati (rispettivamente 23,8% e 21,6%), erogano prestazioni con caratteristiche diverse per i pazienti non residenti (in

Lazio meno del 5% dei ricoveri per pazienti da fuori regione è di alta specialità; mentre in Lombardia sono più del 10%) (Figura 25).

A fronte di queste considerazioni, è opportuno sottolineare che il peso dell'assistenza privata accreditata nelle varie regioni non deve essere letta solo in termini di livelli di spesa, numero di strutture presenti e quote di mercato presidiate, ma deve essere collegata al ruolo effettivamente ricoperto da tali attori: la riflessione più generale che deve essere condotta è relativa alla capacità delle regioni di governare il SSR nel complesso e, quindi, il ruolo assumere dei vari attori, tra cui gli erogatori privati accreditati.

BIBLIOGRAFIA

AIOP - Ermeneia Studi & Strategie di Sistema (a cura di) (2011), «*Ospedali e Salute. Ottavo Rapporto Annuale 2010*», Milano, FrancoAngeli.

Cantù E., Ferrè F. e Sicilia M. (2010), “Regioni e aziende sanitarie private accreditate: quali meccanismi di governo?”, in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2010*, Milano, EGEA.

Carbone C., Lega F. e Prenestini A. (2010), “La governance delle Aziende Ospedaliero-Universitarie: perché non funziona, come potrebbe migliorare”, in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2010*, Milano, EGEA.

Longo F. e Tanzi E. (2010), *I costi della vecchiaia. Il settore del long-term care di fronte alle sfide del futuro*, Milano, EGEA.

Smith T. e Whitchurch C. (2002), “The future of the tripartite mission: reexamining the relationship linking Universities, Medical Schools and Health Systems”, *Higher Education Management and Policy*, 14(2):39-52.