

**Collana CERGAS**

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

## Rapporto OASI 2023

### Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

In una finestra storica caratterizzata da una nuova austerità della spesa sanitaria e a importanti opportunità di investimento consentite dai fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), il rinnovamento dei sistemi sanitari è più che mai al centro del dibattito politico e scientifico.

Con OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS si conferma punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano. Allo stesso tempo, vuole offrire una piattaforma di interazione tra mondo accademico e operatori del SSN.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2023

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività, spesa, esiti) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo in ottica comparativa nazionale e internazionale. Vengono inoltre approfonditi il ruolo del privato accreditato nel SSN, i consumi privati di salute, il sistema di offerta di servizi sociosanitari;
- analizza le principali sfide che attendono il SSN: il divario tra bisogni e risposte di salute e le direzioni di fondo per la trasformazione dei servizi; la sostenibilità ai diversi livelli istituzionali; i nuovi modelli di organizzazione del territorio derivanti dal DM 77/22; le riforme regionali dell'emergenza urgenza e i modelli di servizio centrati sul paziente e sostenuti dalle tecnologie digitali;
- discute le soluzioni adottate dalle aziende per fronteggiare lo shortage di personale medico; il tema del governo dei costi nelle strutture territoriali; il ruolo della funzione di audit; i cambiamenti nel procurement e nella regolazione del settore farmaceutico e dei dispositivi medici.

*Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi, oggi parte della SDA Bocconi School of Management, è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di studio e ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e di Welfare e analisi delle politiche pubbliche in tali ambiti; valutazioni economiche in sanità; logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie biomediche) e sul settore socio-assistenziale.*

ISBN 978-88-238-4763-7



9 788823 847637

€ 75,00

[www.egeaeditore.it](http://www.egeaeditore.it)

Rapporto OASI 2023

CERGAS - Bocconi



a cura di  
CERGAS - Bocconi

# Rapporto OASI 2023

## Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università  
Bocconi

CERGAS  
Centro di ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT



## 4 **Gli erogatori privati accreditati: inquadramento, esiti di salute e posizionamento nell'offerta di specialistica ambulatoriale<sup>1</sup>**

di Laura Giudice, Luigi Preti e Alberto Ricci<sup>2</sup>

### 4.1 **Introduzione, obiettivi e metodi**

Gli erogatori privati accreditati<sup>3</sup> combinano la natura istituzionale privata con la provenienza pubblica di una quota, spesso rilevante, delle risorse destinate a finanziare le prestazioni fornite ai pazienti<sup>4</sup>. Gli attori che popolano questo particolare circuito, dunque, sono caratterizzati da peculiarità di fondo che ne influenzano il posizionamento strategico e le scelte operative (Carbone, 2013).

In particolare, si osserva che:

- ▶ in quanto aziende di servizi appartenenti al settore sanitario, i processi produttivi degli erogatori privati accreditati implicano la co-produzione dell'utente (paziente) e dell'erogatore (medico)<sup>5</sup>; inoltre, sono aziende contraddistinte da rilevante complessità nella gestione dei professionisti sanitari (aziende *brain intensive*);

---

<sup>1</sup> La ricerca è stata condotta nell'ambito dell'Osservatorio OSPA (Osservatorio sulla Sanità Privata Accreditata) che, per l'anno 2023, ha beneficiato di un contributo incondizionato di Assolombarda.

<sup>2</sup> Il capitolo aggiorna e amplia i contenuti del capitolo 4 del Rapporto OASI 2022 (Giudice, Preti e Ricci, 2022). Nonostante il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca congiunto degli autori, i §§ 4.1, 4.2, e 4.7 sono attribuibili ad Alberto Ricci, il §§ 4.3 a Luigi Preti, il 4.4 e il 4.5 a Laura Giudice, il 4.6 a tutti gli autori congiuntamente. Si ringraziano Francesco Longo e i due anonimi *reviewer* del capitolo per i suggerimenti forniti. Si ringrazia Michele Ercolanoni (ARIA Spa) per le indicazioni preliminari utili all'analisi dei dataset resi disponibili dal portale Open Data di Regione Lombardia.

<sup>3</sup> Intendiamo in questa sede con l'espressione sintetica «privati accreditati» le aziende sanitarie private che hanno ottenuto sia l'autorizzazione, sia l'accreditamento, sia la contrattualizzazione di tutta o parte della loro capacità produttiva con il SSN.

<sup>4</sup> Per una presentazione dei quattro «circuiti» del settore sanitario, ottenuti dalle relative combinazioni di pubblico e privato nelle forme di finanziamento e nelle modalità di erogazione, si veda il capitolo 6 del Rapporto OASI 2018.

<sup>5</sup> Va però sottolineato come lo sviluppo di innovative soluzioni tecnologiche e informatiche (come, ad esempio, la telemedicina) abbia consentito, in alcuni casi, di superare il vincolo della compresenza fisica.

- ▶ in quanto aziende private, sono contraddistinte da una fondamentale autonomia nelle scelte strategiche ed operative (ad es. nell'organizzazione del proprio personale) rispetto alle aziende sanitarie pubbliche. Allo stesso tempo, gli erogatori privati accreditati sono caratterizzati dall'esposizione a intensi meccanismi di mercato sia nelle scelte di acquisizione degli input che di cessione degli output. Inoltre, almeno di norma, sono sottoposti all'imperativo della sostenibilità economica o della generazione di utili (rispettivamente nel caso delle aziende *not for profit* e delle aziende *for profit*);
- ▶ in quanto aziende accreditate, dipendono strettamente dalle dinamiche e dalle regole proprie dei sistemi pubblici, come, per esempio, i prezzi politici (tariffe) per tutti quei casi in cui i pazienti ricevono servizi sanitari in regime SSN. Inoltre, per la pianificazione di medio-lungo periodo e la programmazione dei flussi di cassa, queste aziende dipendono fortemente dalle scelte di pianificazione del sistema operate dal pubblico a livello nazionale e regionale. Le interrelazioni con il sistema pubblico risultano particolarmente forti nel caso di emergenze sistemiche, come quella affrontata dal nostro Paese durante l'epidemia da Covid-19 (cfr. capitolo 4 Rapporto OASI 2020).

Il presente capitolo riporta una sintesi delle analisi dell'Osservatorio Sanità Privata Accreditata (OSPA) del CeRGAS Bocconi. L'obiettivo dell'Osservatorio, e delle ricerche presentate ogni anno nel Rapporto OASI, è innanzitutto l'inquadramento del settore in una logica di confronto intertemporale e interregionale. Inoltre, l'Osservatorio approfondisce alcune dinamiche emergenti di particolare rilievo per il settore, selezionate di anno in anno dai ricercatori del CeRGAS.

In particolare, come riportato dal Box 4.1, il capitolo analizza l'insieme degli erogatori privati accreditati (§ 4.2) evidenziandone la rilevanza dal punto di vista economico (§ 4.3), oltre ai profili di offerta ospedaliera (§ 4.4) e distrettuale (§ 4.5). Queste sezioni aggiornano e integrano i dati del capitolo 4 del Rapporto OASI 2022 (Giudice, Preti e Ricci, 2022). I dati amministrativi a oggi disponibili fanno riferimento prevalentemente al secondo anno interessato dalla pandemia, il 2021. Questi dati restituiscono dunque il quadro strutturale del sistema di erogatori privati accreditati (accreditamenti, capacità di offerta, distribuzione di servizi di pronto soccorso, ecc.) sul quale, peraltro, ha continuato a insistere l'emergenza Covid-19 e su cui si sono inseriti gli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, PNRR (maggio 2021). Il § 4.6 costituisce l'approfondimento tematico del 2023. Attraverso un'analisi dei dati disponibili sui portali Open Data di due tra le regioni più grandi e popolose del Paese (Lombardia ed Emilia-Romagna)<sup>6</sup>, il paragrafo intende proporre una ri-

<sup>6</sup> Open data Volumi Prestazioni Specialistica Ambulatoriale in Regione Lombardia – Regione Lombardia (anno 2022); Open data ReportER Assistenza Specialistica Ambulatoriale – Regione Emilia-Romagna (anno 2022).

flessione sull'effettivo ruolo giocato dal sistema di erogatori privati accreditati in ambito di specialistica ambulatoriale. L'approfondimento intende proporre prime evidenze sui volumi di prestazioni erogate dai privati, cogliendo le differenze per macro-branca e partizioni territoriali intra-regionali.

L'approfondimento si basa su serie storiche aggiornate al 2022 che consentono, dunque, di inquadrare il tema in una fase storica ormai post-pandemica. Il § 4.7, infine, raccoglie le conclusioni del contributo.

Sul piano metodologico (Box 4.1), i paragrafi di inquadramento del sistema (§§ 4.2, 4.3, 4.4, 4.5) sono stati sviluppati raccogliendo e rielaborando i dati forniti da report e database amministrativi nazionali; l'approfondimento tematico (§ 4.6), come anticipato, è stato realizzato elaborando in ottica comparativa i dati regionali disponibili, relativi all'erogazione di attività di specialistica ambulatoriale.

#### Box 4.1 Obiettivi e fonti dell'indagine

Paragrafo	Obiettivo	Fonti e anno di riferimento
§ 4.2 Attori della sanità privata accreditata	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analisi delle strutture ospedaliere e territoriali private accreditate del SSN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Classificazioni tratte da Ministero della Salute, Rapporto SDO (anno 2020 ) e Annuario Statistico (anno 2021)</li> </ul>
§ 4.3 La spesa SSN per l'assistenza privata accreditata	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analisi della rilevanza economica delle prestazioni e dei servizi offerti da strutture accreditate rispetto alla spesa totale del SSN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ministero della Salute (anno 2022)</li> </ul>
§ 4.4 L'offerta ospedaliera degli erogatori privati accreditati	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analisi della rilevanza degli erogatori privati accreditati sul totale dell'offerta SSN e del loro posizionamento erogativo in ambito di offerta ospedaliera</li> <li>Analisi di alcune misure di esito degli erogatori privati accreditati in ambito ospedaliero</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Data base Open Data posti letto SSN, Ministero della Salute (anno 2021)</li> <li>Annuario Statistico del SSN, Ministero della Salute (anno 2021)</li> <li>Programma Nazionale Esiti (anno 2021)</li> </ul>
§ 4.5 L'offerta distrettuale degli erogatori privati accreditati	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analisi della rilevanza degli erogatori privati accreditati sul totale dell'offerta SSN e del loro posizionamento erogativo in ambito di offerta distrettuale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Annuario Statistico del SSN, Ministero della Salute (anno 2021)</li> </ul>
§ 4.6 Il contributo del privato accreditato in ambito territoriale	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analisi del contributo effettivo degli erogatori privati accreditati in termini di volumi (assoluti e relativi) di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Open data Volumi Prestazioni Specialistica Ambulatoriale in Regione Lombardia – Regione Lombardia (anno 2022)</li> <li>Open data ReportER Assistenza Specialistica Ambulatoriale – Regione Emilia-Romagna (anno 2022)</li> </ul>

## 4.2 Gli attori della sanità privata accreditata

Prima di analizzare il contributo degli erogatori privati accreditati al sistema salute del nostro Paese risulta necessario delineare la loro complessa geografia

all'interno del SSN. Ai fini d'analisi, le strutture d'erogazione sono distinte per livello di assistenza: ospedaliera e distrettuale.

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, il Ministero della Salute (Rapporto SDO 2020) considera le seguenti categorie di strutture come private accreditate e dotate di posti letto (PL):

- ▶ le case di cura private accreditate;
- ▶ gli IRCCS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) di diritto privato e gli IRCCS Fondazione privati<sup>7</sup>;
- ▶ i policlinici universitari privati;
- ▶ gli enti di ricerca;
- ▶ gli ospedali classificati;
- ▶ gli istituti qualificati presidio di ASL.

Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, invece, gli erogatori privati accreditati afferiscono a due principali categorie (Ministero della Salute, Annuario Statistico riferito all'anno 2021):

- ▶ gli ambulatori e i laboratori privati accreditati, che erogano attività clinica specialistica, di laboratorio e di diagnostica strumentale;
- ▶ le strutture residenziali e semiresidenziali, che erogano principalmente assistenza sociosanitaria agli anziani non autosufficienti e alle persone con disabilità fisica.

### 4.3 La spesa SSN per l'assistenza sanitaria privata accreditata

Un primo indicatore della rilevanza del settore privato accreditato in sanità è dato dal suo peso all'interno della spesa complessiva del SSN<sup>8</sup>. La Tabella 4.1 evidenzia la spesa regionale pro capite per le prestazioni a carico del SSN erogate da soggetti privati accreditati nel 2022, suddivisa per le varie tipologie di attività (ospedaliera, specialistica ambulatoriale, riabilitativa, altra assistenza), espressa al lordo della mobilità interregionale.

Nel 2022, la spesa SSN per assistenza privata accreditata registra un valo-

<sup>7</sup> In questa categoria sono presenti quattro rilevanti eccezioni, in quanto Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico (Milano), Fondazione IRCCS Policlinico S. Matteo (Pavia), Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta (Milano) e Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori (Milano) sono degli IRCCS Fondazione pubblici.

<sup>8</sup> Per un quadro completo della spesa sanitaria si rimanda al Cap. 3 del presente Rapporto. A partire dall'edizione 2021 del Rapporto, dalla spesa accreditata totale è stata scorporata la componente minoritaria della spesa per servizi erogati da soggetti pubblici, di carattere prevalentemente sociale, come ASP, ex IPAB, ecc.

re medio di € 414 per abitante, pari al 17,5% della spesa complessiva del SSN (Tabella 4.1), in leggero aumento rispetto a quanto registrato nel 2021 (€ 400 e 17,4%). Il dato è superiore anche rispetto a quanto registrato nel 2020 (17,0%), quando la spesa pro capite era pari a € 374 (+11% nel 2022). Rispetto al 2019, invece, sebbene si registri un valore di spesa pro capite più alto (era pari a € 378), il peso relativo sulla spesa complessiva nel 2022 è leggermente inferiore (17,8%).

In linea con quanto registrato negli anni precedenti, l'incidenza della spesa SSN per assistenza privata accreditata varia sensibilmente a livello regionale, passando dai massimi registrati in Lazio (25,5%), Lombardia (24,3%), Molise (20,3%), Puglia e Campania (19,5%), al minimo di Valle d'Aosta (5,9%), Umbria (8,6%) e Provincia Autonoma di Bolzano (8,7%).

Con l'eccezione di Marche (-2,5%) e Campania (-2,1%), rispetto al 2021 si registra in tutte le regioni un aumento della spesa per assistenza sanitaria privata accreditata (in valori assoluti), in linea con un'altrettanto diffusa crescita della spesa complessiva degli SSR<sup>9</sup>: da incrementi minimi, come quelli registrati in Umbria ed Emilia-Romagna (rispettivamente +1,0% e +1,4%), a quelli decisamente più marcati, per esempio, di P.A. di Bolzano (+ 9,1%) e Calabria (+11,3 %), regione che, invece, tra 2020 e 2021 aveva esperito un calo del 4,2%. Se nel caso di Umbria ed Emilia-Romagna il leggero incremento della spesa privata accreditata si inserisce in un quadro di più generale aumento della spesa totale del SSR (rispettivamente +4,4% e +2,3%), nel caso di Calabria e P.A. di Bolzano, la componente di spesa privata cresce nonostante la spesa complessiva degli SSR rimanga quasi invariata rispetto all'anno precedente (+1,1% e +0,6%, rispettivamente). Ne risulta che, in questi SSR, il peso percentuale della componente di spesa per assistenza privata accreditata vada a crescere in maniera consistente tra 2021 e 2022 (nel caso di Bolzano si passa dall'8,0% all'8,7%, nel caso della Calabria dal 12,7% al 14,0%).

La Calabria è l'unica regione in cui, tra 2021 e 2022, si registra una variazione superiore al punto percentuale nella quota di spesa per assistenza sanitaria privata accreditata; in tutti gli altri SSR si verificano incrementi inferiori all'1% oppure (più raramente) decrementi contenuti, entro la soglia del mezzo punto percentuale.

Per quel che riguarda la composizione percentuale della spesa SSN gestita da erogatori accreditati, nel 2022 non si registra una variazione significativa rispetto a quanto osservato negli anni precedenti; il 36,6% (37,1% nel 2021) della spesa complessiva (€ 151 pro capite), infatti, è costituito da spesa per ricoveri ospedalieri in strutture private accreditate, mentre un altro 35,1% (34,4% nel 2021), pari a € 145 pro capite, è da imputare alla «Altra assistenza accreditata»,

<sup>9</sup> Fa eccezione solo la Toscana che, tra 2021 e 2022, esperisce un lieve calo della spesa SSN per gestione corrente (-0,6%).

Tabella 4.1 La spesa SSN per assistenza sanitaria privata accreditata, per regione e tipologia (valori € pro capite – 2022)

Regione	Ospedaliera accreditata, € pro capite	Specialistica accreditata, € pro capite	Riabilitativa accreditata, € pro capite	Altra assistenza accreditata*, € pro capite	Totale spesa SSN per assistenza privata accreditata, € pro capite	Totale spesa SSN per gestione corrente, € pro capite	% spesa SSN per assistenza privata accreditata su totale
Piemonte	117	69	40	146	372	2.334	16,0%
Valle d'Aosta	63	19	34	54	170	2.851	5,9%
Lombardia	231	116	8	233	587	2.413	24,3%
P.A. di Bolzano	74	29	4	152	259	2.973	8,7%
P.A. di Trento	120	54	0	121	295	2.821	10,5%
Veneto	119	80	6	140	345	2.446	14,1%
Friuli-Venezia Giulia	60	56	12	104	232	2.545	9,1%
Liguria	31	33	64	147	275	2.596	10,6%
Emilia-Romagna	121	53	0	177	352	2.560	13,7%
Toscana	62	43	21	132	258	2.376	10,9%
Umbria	47	34	12	121	214	2.487	8,6%
Marche	77	42	45	124	288	2.338	12,3%
Lazio	266	104	44	163	576	2.261	25,5%
Abruzzo	103	36	55	102	296	2.282	13,0%
Molise	231	144	60	119	554	2.727	20,3%
Campania	155	147	57	63	422	2.165	19,5%
Puglia	190	78	42	128	437	2.238	19,5%
Basilicata	5	85	70	83	243	2.386	10,2%
Calabria	99	70	44	87	301	2.150	14,0%
Sicilia	159	116	41	117	433	2.240	19,3%
Sardegna	76	86	35	110	307	2.455	12,5%
<b>ITALIA 2022</b>	<b>151</b>	<b>88</b>	<b>29</b>	<b>145</b>	<b>414</b>	<b>2.362</b>	<b>17,5%</b>
<b>ITALIA 2021</b>	<b>149</b>	<b>85</b>	<b>28</b>	<b>138</b>	<b>400</b>	<b>2.298</b>	<b>17,4%</b>
<b>ITALIA 2020</b>	<b>137</b>	<b>80</b>	<b>27</b>	<b>131</b>	<b>374</b>	<b>2.199</b>	<b>17,0%</b>
<b>ITALIA 2019</b>	<b>143</b>	<b>80</b>	<b>28</b>	<b>127</b>	<b>378</b>	<b>2.122</b>	<b>17,8%</b>

\* La voce "altra assistenza accreditata" include: prestazioni di psichiatria, distribuzione di farmaci File F, prestazioni termali, prestazioni di trasporto sanitario, prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria e consulenze per attività libero professionale intramoenia. La voce più cospicua è rappresentata dalla spesa per l'assistenza territoriale offerta dalle strutture socio-sanitarie private accreditate, principalmente dedicate alla lungodegenza.

Nota: la colonna sul "Totale spesa SSN per la gestione corrente" fa riferimento alla classificazione economica dei costi delle aziende del SSN e differisce dal dato riportato nelle Tabelle 3.7 e 3.8 del Capitolo 3, che include le sole voci finanziarie (esborsi).

Fonte: Elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, 2023

legata prevalentemente all'assistenza territoriale socio-sanitaria presso strutture residenziali.

Il setting riabilitativo si conferma essere quello che presenta la maggiore variabilità interregionale in termini di spesa per assistenza accreditata: considerando il coefficiente di variazione (CV<sup>10</sup>) la variabilità è pari al 68%, dato significativo. La spesa media pro capite a livello nazionale ha subito un lieve incremento rispetto agli anni precedenti (€ 29 nel 2022 vs € 28 nel 2021, € 27 nel 2020 e € 28 nel 2019), e si continuano ad osservare regioni in cui l'attività riabilitativa è quasi integralmente erogata da strutture pubbliche (P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Emilia-Romagna, Veneto e Lombardia, tutte con una spesa accreditata pro capite inferiore alla soglia di € 10) a fronte di altre che presentano un contributo più cospicuo da parte di erogatori privati<sup>11</sup>.

Anche per le restanti voci il range tra valore massimo e minimo resta notevole, ma con variabilità interregionale complessivamente più contenuta. Alla voce «Ospedaliera accreditata» si passa dai valori più alti di spesa pro capite registrati in Lazio (€ 266), Molise e Lombardia (€ 231) ai valori più contenuti registrati in Liguria (€ 31) e Basilicata (5 €)<sup>12</sup>. Il valore medio nazionale è pari a € 151, con un CV pari al 61%, in continuità con quello del 2021. Minore variabilità (52%) si registra infine sulla specialistica ambulatoriale, con valori particolarmente elevati in Campania e Molise (€ 147 e € 144 pro capite, rispettivamente).

In sintesi, la spesa per assistenza privata accreditata anche nel 2022 conferma il trend di ripresa avviato nel 2021 rispetto al rallentamento dovuto all'emergenza da Covid-19 che ha interessato il 2020. Rispetto al 2021, il maggiore contributo alla crescita (7 euro su 14, il 50%) deriva dalla spesa per «altra assistenza accreditata» pro capite (+5,5% vs 2021; + 14,0% vs 2019). Per quanto riguarda la spesa per assistenza ospedaliera, in Lazio si osserva una crescita dell'11% rispetto al 2019; in Lombardia, che nel 2021 era caratterizzata da valori pro capite di spesa per assistenza ospedaliera inferiori a quelli osservati pre-crisi (-6,7%), nel 2022 si osserva invece una leggera crescita rispetto ai livelli del 2019 (+2%).

<sup>10</sup> Il coefficiente di variazione è una misura relativa di dispersione che permette di valutare la variabilità dei valori registrati attorno alla media: si calcola rapportando la deviazione standard alla media ed è particolarmente utile per confrontare gruppi con medie significativamente diverse.

<sup>11</sup> Basilicata e Liguria presentano dati di spesa pro capite per assistenza riabilitativa privata accreditata pari rispettivamente a 70 € e 64 €, con altri tre contesti regionali che superano la quota dei 50 € (Abruzzo, Molise e Campania).

<sup>12</sup> In questo caso si segnala però un'anomalia rilevata nei dati disponibili: nel 2021 la spesa ospedaliera accreditata relativa alla regione Basilicata era pari a € 10,6 milioni ed era interamente rendicontata come privata accreditata. Nel 2022, la spesa ospedaliera accreditata risulta pari a € 11,6 milioni, ma solo € 2,4 milioni di questi risultano essere riconducibili alla spesa per assistenza sanitaria privata accreditata.



## 4.4 L'offerta ospedaliera degli erogatori privati accreditati

Il presente paragrafo, adottando la logica di approfondimento relativo a un singolo livello di assistenza, analizza l'assistenza ospedaliera distinguendo due differenti ambiti: la dotazione strutturale (con due approfondimenti su dati dimensionali e servizi di emergenza-urgenza) e gli esiti conseguiti dall'attività *inpatient*.

### 4.4.1 Dotazione strutturale

In termini strutturali, l'analisi a livello ospedaliero si focalizza sui posti letto (PL) e sulla loro recente evoluzione<sup>13</sup>. Considerando la dotazione complessiva di PL disponibile nel SSN al 1° gennaio 2021<sup>14</sup>, l'insieme degli erogatori privati accreditati detiene il 30,4% dei posti letto totali a livello nazionale. Tali PL sono concentrati presso le case di cura accreditate (cdc) per il 66%. Le altre tipologie di strutture private accreditate hanno in dotazione il 34% dei posti letto accreditati: il 16,4% si trova presso gli IRCCS e gli IRCCS Fondazione privati, il 3,4% presso i due policlinici universitari privati<sup>15</sup> e lo 0,4% presso enti di ricerca; il restante 13,5% è suddiviso tra ospedali classificati (10,6%) e istituti qualificati (2,9%). Ragionando per tipologia di ricovero ospedaliero, il peso del privato accreditato in termini di posti letto risulta minore nell'attività per acuti (23,3% dei PL per acuti totali del SSN), di poco superiore a quello degli erogatori pubblici quando si considera l'attività di lungodegenza (55,5% dei PL) e largamente prevalente nel campo della riabilitazione (75,7% dei PL). Per quanto riguarda il contributo delle diverse tipologie di strutture accreditate nei differenti segmenti di attività, rispetto all'assistenza per acuti la distribuzione percentuale dei PL accreditati è in massima parte allineata con quella generale, con un'incidenza leggermente inferiore delle case di cura (63,1%) a cui si contrappone un peso maggiore degli ospedali classificati (13,9%). Riguardo ai PL dedicati alla riabilitazione ospedaliera, invece, si distinguono sempre le case di cura (66,3% dei PL) ed insieme ad esse gli IRCCS e gli IRCCS Fondazione privati, i quali detengono il 23,4% dei posti letto. I PL accreditati per l'attività di lungodegenza, infine, sono quasi esclusivamente localizzati presso case di cura accreditate, che ne detengono il 96,2%.

Il ruolo delle strutture di ricovero private accreditate nei SSR dipende dalle

<sup>13</sup> Per un approfondimento sul numero di strutture accreditate si rimanda al § 2.3.

<sup>14</sup> L'ultimo aggiornamento sull'Open Data del Ministero della Salute è relativo al 1° gennaio 2021.

<sup>15</sup> Il Policlinico Gemelli nei database ministeriali è ancora incluso come Policlinico universitario privato, nonostante abbia ottenuto dal 2018 il riconoscimento di IRCCS. Riconducendo il Policlinico Gemelli alla categoria degli IRCCS quest'ultima raggiunge il 18,3%, i Policlinici scendono allo 0,5%.

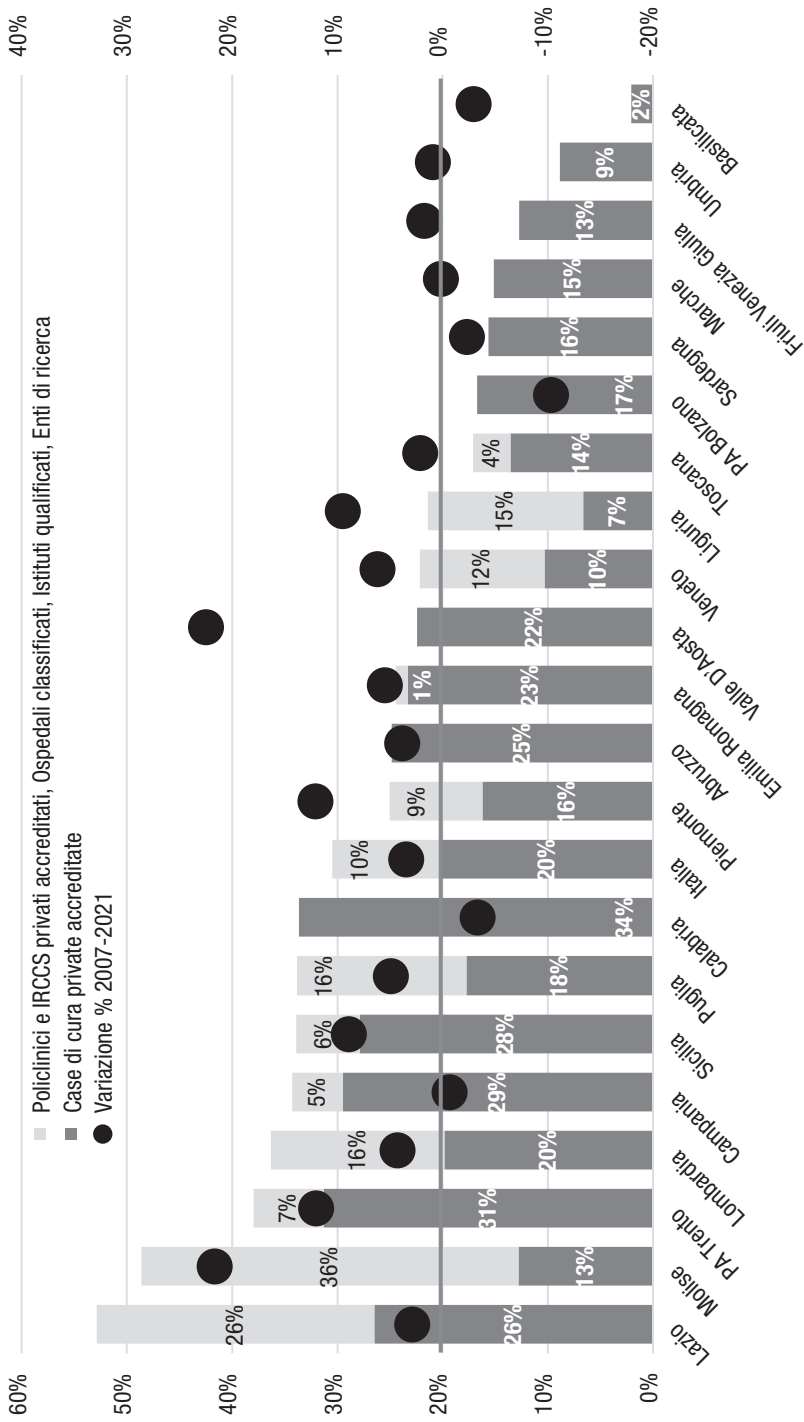
differenti scelte regionali di configurazione dell'offerta: si passa da una realtà come il Lazio, dove oltre la metà dei PL complessivi è situata presso strutture private accreditate (53%), a contesti come quelli delle regioni Umbria e Basilicata in cui meno di un posto letto su dieci (rispettivamente 9% e 2%) si trova presso erogatori privati accreditati (Figura 4.1). Adottando la medesima classificazione delle strutture private accreditate impiegata in buona parte del capitolo<sup>16</sup>, la Figura 4.1 mostra il contributo di ciascuna categoria in termini di posti letto a livello regionale. A livello nazionale, le case di cura detengono i due terzi dei posti letto accreditati e il 20% dei PL totali del SSN; coerentemente, risultano prevalenti nella maggior parte dei contesti regionali. Rivestono invece un ruolo minoritario in Molise (in cui rappresentano il 26% dei PL privati accreditati), per via della compresenza di un ente di ricerca e un IRCCS privato, oltre che in Liguria (31% dei PL privati accreditati), dove è rilevante il peso degli ospedali classificati. In Lombardia, Puglia, Lazio e Veneto, invece, si rileva una sostanziale equivalenza tra case di cura e altre strutture accreditate (le cdc rappresentano rispettivamente il 55%, 52%, 50% e 47%). In Lazio ciò è dovuto alle rilevanti dotazioni strutturali di strutture universitarie e IRCCS; in Veneto è da ricondurre alla significativa presenza degli ospedali classificati. In Lombardia e Puglia, invece, si rileva un'elevata concentrazione di IRCCS privati e ospedali classificati.

Allargando l'ambito temporale dell'analisi, tra 2007 e 2021 si registra una variazione positiva dell'incidenza dei PL accreditati sul totale della dotazione (+ 3% a livello nazionale). Nel contesto di una contrazione dell'offerta ospedaliera, sia nella componente pubblica sia in quella privata, il calo di PL privati accreditati è meno netto e la quota relativa cresce di 3 punti percentuali a livello nazionale. Vi sono tuttavia alcuni casi in controtendenza: spicca la Calabria che, pur restando tra le regioni in cui il peso strutturale degli erogatori privati accreditati risulta maggiore del dato nazionale, registra una riduzione dell'incidenza dei PL accreditati pari a 3 punti percentuali nel periodo osservato, come effetto del piano di rientro regionale. Anche in Basilicata, Sardegna e Campania, sebbene in misura minore, si registra una riduzione del peso della sanità privata accreditata a livello ospedaliero (con una riduzione del 3%, del 2% e dell'1% rispettivamente). La Provincia Autonoma di Bolzano evidenzia invece una significativa riduzione della quota di PL detenuti da strutture private accreditate (-10% tra 2007 e 2021).

Negli stessi anni si registrano aumenti significativi in Molise e in Valle d'Aosta (+22%), in quest'ultimo caso dovuto all'accreditamento dell'Istituto Clinico

<sup>16</sup> Gli erogatori accreditati sono stati raggruppati in due categorie: 1) IRCCS e policlinici universitari privati, Ospedali classificati, Istituti qualificati, Enti di ricerca; 2) case di cura private accreditate.

Figura 4.1 **Incidenza PL privati accreditati per regione e tipo di erogatore privato accreditato, 2021 (asse sx) e variazione 2007-2021 (asse dx)**



Fonte: Elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, Open data posti letto, 2023

Valle d'Aosta<sup>17</sup>, che risale al 2013, e al relativo aumento dei PL accreditati passati da 76 nel 2019 a 127 nel 2021.

Se limitiamo l'analisi dei trend regionali all'ultimo anno solare (ovvero proponendo un confronto tra gli stock di PL rilevati al 1° gennaio del 2021 rispetto al 2020), emerge una generalizzata tendenza all'aumento dei PL privati accreditati. Eccezione fatta per Toscana ed Umbria (stabili), la maggior parte degli SSR vede aumentare la propria dotazione di PL accreditati di una quota variabile tra il 3% e il 24%; sono interessati, invece, da aumenti che superano la soglia del 50% la P.A. di Bolzano e la Valle d'Aosta (le cui dotazioni di PL privati accreditati, tra 2020 e 2021 aumentano del 76% e del 67%, rispettivamente<sup>18</sup>).

La forte prevalenza delle case di cura in quasi tutti i contesti regionali ha delle rilevanti implicazioni sulle dimensioni medie degli ospedali: le strutture private accreditate hanno in media 131 PL accreditati, oltre il 55% delle stesse ha una dotazione di posti letto inferiore ai 100 PL accreditati e il 31% ne ha tra i 100 e i 200<sup>19</sup>. Soltanto il 14% delle strutture supera i 200 PL accreditati (Figura 4.2). Le grandi strutture sono concentrate principalmente in Lazio e Lombardia, regioni nelle quali sono localizzate 43 delle 75 strutture con più di 200 posti letto (57%)<sup>20</sup>. Anche in queste regioni le strutture con dotazione superiore ai 200 PL non raggiungono il 30% del totale (in Lazio rappresentano il 25% e in Lombardia il 27% di tutte le strutture private accreditate).

#### *Contributi e posizionamenti rispetto alle principali specialità*

Andando poi ad approfondire le principali discipline su cui si concentra maggiormente l'attività *inpatient* degli erogatori privati accreditati, emerge come la riabilitazione (77%), l'ortopedia e traumatologia (38%) e la chirurgia generale (32%) siano in assoluto le aree in cui il privato accreditato riveste il ruolo più significativo in termini di PL complessivi dedicati. Seguono per importanza cardiologia, ostetricia e ginecologia e medicina generale, specialità in cui gli erogatori privati accreditati controllano rispettivamente il 28%, 22% e 20% dei posti letto complessivamente disponibili.

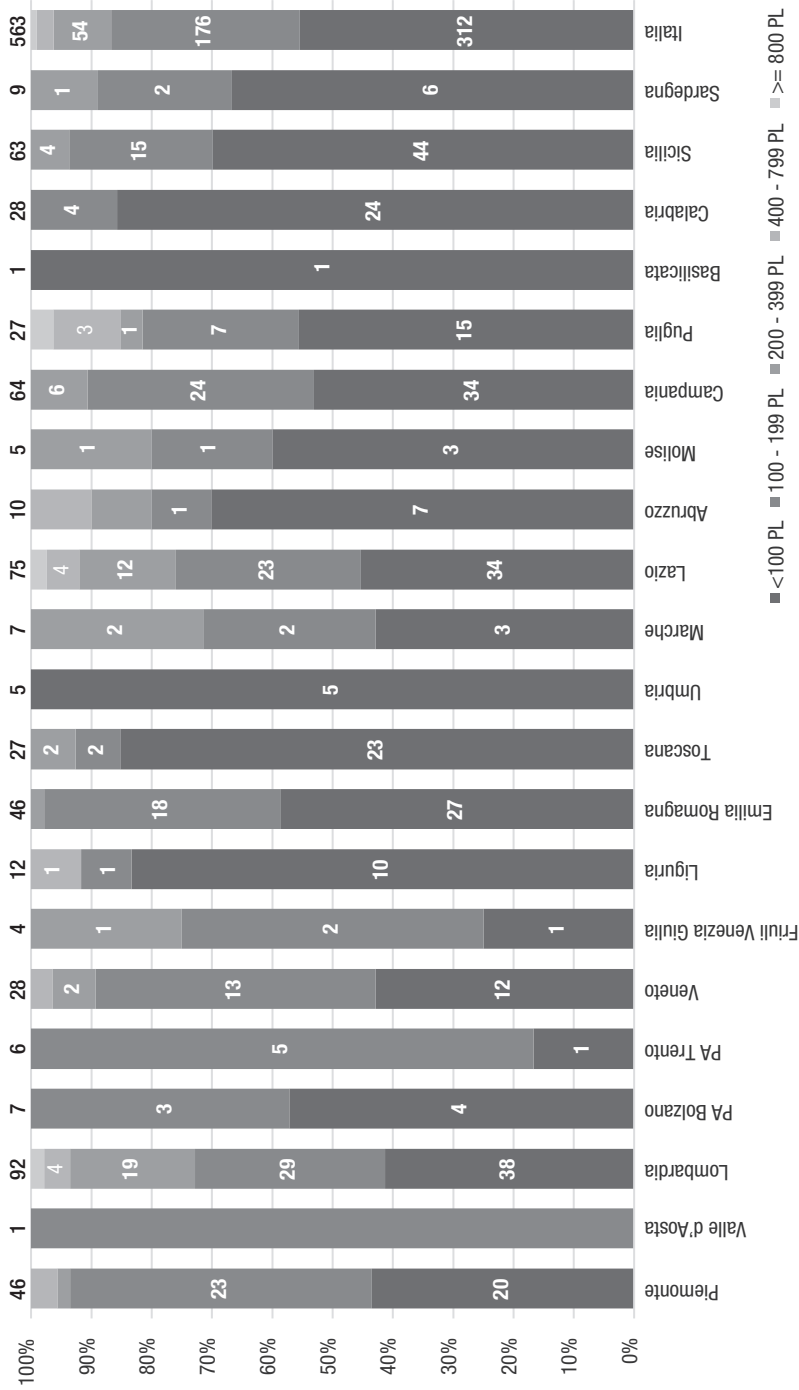
<sup>17</sup> Si tratta dell'unico ospedale privato accreditato presente nella regione.

<sup>18</sup> Nel caso della P.A. di Bolzano aumentano, da un anno all'altro, sia i PL pubblici (+6,4%, 1.902 nel 2021) sia i PL privati accreditati (+76%, 381 nel 2021), mentre in Valle d'Aosta l'aumento dei PL privati accreditati (+67%, 127) si accompagna a un leggero decremento dello stock di PL pubblici (-2,2%, 439 nel 2021).

<sup>19</sup> In questa categoria figurano Lazio, Piemonte, Campania e Lombardia che sono rispettivamente dotate di 23, 23, 24, e 29 strutture di questa dimensione.

<sup>20</sup> In queste due regioni si concentrano circa due terzi degli IRCCS e dei policlinici universitari privati in termini sia di sedi sia di posti letto. Consultando l'elenco pubblicato sul sito del Ministero della Salute al 2020, 20 dei 30 IRCCS privati hanno sede tra Lombardia e Lazio. A questi si aggiungono i due policlinici universitari privati (che si trovano in Lazio).

**Figura 4.2 Suddivisione percentuale degli ospedali privati accreditati per classe dimensionale, 2021. Le etichette delle serie riportano i valori assoluti degli ospedali rientranti in ogni classe**



Le etichette delle serie riportano i valori assoluti degli ospedali rientranti in ogni classe e il totale per territorio

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Open data Posti letto 2023

Oltre alla marcata eterogeneità osservata a livello nazionale nel peso dei PL privati accreditati per singola disciplina, anche con riferimento a una stessa branca si osservano sensibili difformità tra regioni diverse. La Tabella 4.2 riporta l'incidenza percentuale dei posti letto del privato accreditato rispetto alla dotazione di PL complessiva relativa alle prime sei discipline per capacità erogativa, in ciascuna delle regioni analizzate<sup>21</sup> e a livello nazionale. Il ragionamento può essere completato notando come la componente privata accreditata presenti un mix erogativo specifico in ogni regione (Tabella 4.3).

In Piemonte, in cui il privato accreditato controlla il 25% dei PL complessivi (-3,4% rispetto al 2020), la quota privata è relativamente contenuta nelle discipline per acuti, mentre è largamente preponderante in ambito riabilitativo<sup>22</sup>: 86% dei PL, rispetto al già elevato dato nazionale del 77% (Tabella 4.2).

A riprova della marcata specializzazione del privato piemontese, la riabilitazione rappresenta il 49% dei posti letto privati accreditati (in diminuzione rispetto al 2019, in cui il dato era 57%), contro un valore nazionale del 24% (Tabella 4.3).

Ha subito, invece, un incremento di 5 punti percentuali la quota di PL dedicati alla medicina generale, che è passata dal 6% all'11% dei PL privati accreditati piemontesi in due anni: nel 2021 i PL accreditati dedicati alla medicina generale in Piemonte sono 556.

In Lombardia l'incidenza del privato accreditato è pari al 36% dei PL complessivi; con riferimento alle principali specialità (Tabella 4.2), si rilevano valori allineati o lievemente superiori a quelli nazionali, con la rilevante eccezione dell'ortopedia (45%, +7 punti percentuali rispetto al dato nazionale) e della cardiologia (44%, +16 punti). Anche in Lombardia si coglie un grado di maggiore focalizzazione produttiva del privato accreditato regionale sulla riabilitazione rispetto al panorama nazionale: la disciplina assorbe il 29% dei PL privati accreditati regionali (Tabella 4.3).

Emilia-Romagna, Veneto e Toscana presentano un contributo complessivo del privato accreditato in termini di PL che si attesta intorno al 20% (nello specifico, rispettivamente, 24%, 22%, 17%); con riferimento alle specialità considerate, questi SSR presentano incidenze di norma ridotte, sempre al di sotto del dato nazionale o al massimo allineate (Tabella 4.2). Da segnalare che in Toscana all'ortopedia è dedicato il 18% dei posti privati accreditati contro un dato nazionale del 9% e la quota di PL assorbiti dalla riabilitazione è pari al 31% (quando il dato nazionale è pari a 24%). Emilia-Romagna e Veneto, invece, non evidenziano particolari specializzazioni erogative (Tabella 4.3).

<sup>21</sup> Sono state prese in considerazione le principali regioni italiane per dimensione geografica e popolazione (nello specifico, le regioni con una popolazione che supera i 3 milioni di abitanti).

<sup>22</sup> Il riferimento è alla disciplina "Recupero e riabilitazione funzionale" (cod. 56).

Tabella 4.2 **Incidenza percentuale del privato accreditato su PL SSN, principali specialità, 2019 e 2021**

	Piemonte		Lombardia		Veneto		Emilia Romagna		Toscana		Lazio		Campania		Puglia		Sicilia		ITALIA	
	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021
Medicina generale	12%	11%	26%	19%	15%	15%	16%	14%	7%	8%	45%	53%	33%	32%	27%	21%	24%	21%	20%	20%
Recupero e riabilitazione	86%	86%	75%	76%	56%	63%	66%	67%	76%	77%	92%	95%	82%	84%	82%	78%	72%	73%	75%	77%
Chirurgia generale	17%	16%	31%	31%	21%	22%	24%	24%	12%	13%	47%	45%	45%	47%	29%	29%	42%	43%	30%	32%
Ortopedia e traumatologia	20%	19%	44%	45%	24%	30%	32%	28%	29%	30%	54%	58%	34%	35%	36%	37%	47%	54%	35%	38%
Ostetricia e ginecologia	5%	5%	19%	19%	7%	10%	8%	8%	3%	3%	50%	49%	50%	47%	27%	25%	22%	23%	20%	22%
Cardiologia	12%	10%	43%	44%	8%	6%	14%	14%	16%	18%	38%	35%	37%	35%	40%	39%	31%	34%	27%	28%
Totale	29%	25%	38%	36%	20%	22%	24%	24%	17%	17%	52%	53%	36%	34%	36%	34%	34%	34%	30%	32%

Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, Open data posti letto, 2023

Tabella 4.3 **Incidenza percentuale delle principali specialità sul totale dei PL privati accreditati, 2019 e 2021**

	Piemonte		Lombardia		Veneto		Emilia Romagna		Toscana		Lazio		Campania		Puglia		Sicilia		ITALIA	
	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021
Medicina generale	6%	11%	10%	10%	12%	12%	12%	10%	9%	10%	12%	18%	11%	11%	8%	9%	8%	7%	10%	11%
Recupero e riabilitazione	57%	49%	32%	29%	27%	26%	19%	16%	29%	31%	22%	20%	20%	21%	21%	19%	17%	17%	27%	24%
Chirurgia generale	4%	4%	8%	7%	11%	9%	8%	8%	7%	8%	9%	7%	18%	16%	8%	7%	14%	12%	10%	9%
Ortopedia e traumatologia	5%	4%	10%	9%	10%	10%	13%	11%	18%	18%	8%	8%	7%	7%	9%	8%	12%	12%	10%	9%
Ostetricia e ginecologia	1%	1%	3%	3%	3%	3%	2%	2%	1%	1%	5%	4%	13%	11%	6%	5%	4%	4%	4%	4%
Cardiologia	1%	1%	6%	5%	1%	1%	2%	2%	3%	3%	3%	2%	5%	4%	6%	5%	5%	5%	4%	3%
Altro	26%	30%	31%	37%	36%	39%	44%	51%	33%	29%	41%	41%	26%	30%	42%	47%	40%	43%	35%	40%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, Open data posti letto, 2023

Il Lazio presenta incidenze più elevate della media nazionale in tutte le discipline considerate (Tabella 4.2). Gli scostamenti più elevati si registrano con riferimento all'ortopedia (58%, +20 punti percentuali rispetto al dato nazionale), alla medicina generale, peraltro in crescita di 8 punti percentuali rispetto al 2019 (53%, +33) e all'ostetricia e ginecologia (49%, +27 punti). La specializzazione del privato laziale rispetto al profilo erogativo nazionale si concentra sull'area della medicina generale (18% dei PL privati accreditati, + 7 punti percentuali rispetto al dato nazionale); tale quota è cresciuta significativamente nel corso degli ultimi due anni (+ 6 punti percentuali) (Tabella 4.3).

La Campania (regione in cui il privato accreditato fornisce il 34% dei PL) presenta incidenze sostanzialmente maggiori o allineate rispetto al dato nazionale in tutte le discipline analizzate (Tabella 4.3). Spiccano le quote del privato accreditato nella medicina generale (32%, + 12 punti rispetto al dato nazionale), chirurgia generale (47%, + 15 punti) e soprattutto in ostetricia e ginecologia (47%, +25 punti). La specializzazione del privato campano in queste ultime due specialità si coglie anche analizzandone l'incidenza sul totale di posti letto privati regionali (Tabella 4.3). La chirurgia generale impiega il 16% dei PL accreditati contro un valore nazionale del 9%, l'ostetrica e ginecologia una quota pari a 11%, contro un valore nazionale del 4%. La riabilitazione evidenzia invece incidenze inferiori rispetto al dato nazionale (21% contro 24%).

La Puglia, in cui più di un terzo dei PL complessivi (34%) sono controllati dagli erogatori privati, presenta incidenze sostanzialmente allineate o maggiori rispetto al dato nazionale in tutte le discipline considerate (Tabella 4.2). Spicca la quota di privato accreditato della cardiologia, che raggiunge il 39% della dotazione regionale (+11 punti rispetto al valore nazionale). Non emergono specializzazioni erogative del privato pugliese (Tabella 4.3). Anche in questo caso si nota la minore rilevanza della riabilitazione, che rappresenta il 19% dei posti privati accreditati (quota che, a livello nazionale, si attesta sul 24%).

In Sicilia, come nelle altre due grandi regioni del Mezzogiorno, la percentuale del privato accreditato è allineata o maggiore di quella nazionale in tutte le specialità analizzate (Tabella 4.2). Anche in questo SSR il sistema di erogatori privati accreditati contribuisce con il 34% dei PL complessivi. A differenza della Puglia, il privato evidenzia quote particolarmente elevate in area chirurgica: chirurgia generale (43%, +11 punti rispetto al valore nazionale) e ortopedia (54%, +16). In termini di specializzazione produttiva, non emergono posizionamenti netti; la chirurgia generale e l'ortopedia dispongono di una quota di PL superiore al dato nazionale (12% dei posti privati regionali a fronte di un'incidenza nazionale del 9%) mentre la riabilitazione, come nel resto del Mezzogiorno, incide meno (17% vs 24% nazionale) nel mix di offerta privata accreditata (Tabella 4.3).



### *I servizi di emergenza-urgenza*

L'erogazione di servizi di emergenza ospedaliera garantisce agli erogatori privati un'integrazione ancora più profonda nella rete d'offerta del SSN: questi servizi, infatti, devono essere accompagnati da specifiche discipline a complessità crescente, coerentemente con il bacino di utenti servito (cfr. capitolo 9 del Rapporto OASI 2021).

La Tabella 4.4, che riporta la distribuzione geografica dei 614 ospedali pubblici e privati accreditati dotati di Pronto Soccorso (PS) o Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Accettazione (DEA), mostra che 64 di questi (10,4%) sono privati accreditati. Su 64 ospedali privati accreditati dotati di PS, circa la metà (31) dispone di un DEA, di primo (25 strutture) o secondo livello (5 strutture). Il 42% degli ospedali privati accreditati con servizi di emergenza è situato in Lombardia (27 strutture, pari al 27% degli ospedali dotati di servizi di emergenza a livello regionale); segue il Lazio (14 strutture; 28%). La totalità dei DEA di II livello in ospedali privati accreditati si trova in queste due regioni, in cui la componente privata rappresenta oltre un quarto della rete regionale dell'emergenza urgenza, evidenziando una notevole integrazione con l'offerta ospedaliera complessiva. Le altre regioni in cui il privato gestisce oltre il 10% dei servizi di emergenza-urgenza sono Calabria (3 strutture; 15%), Liguria (2; 14%), Veneto (6; 13%) e Puglia (4; 12%). Nelle altre regioni il ruolo del privato appare limitato, inferiore al dato nazionale del 10%. Infine, ribaltando

Tabella 4.4 **Distribuzione dei Servizi di Emergenza-Urgenza privati accreditati per tipologia e incidenza sul totale dei servizi di emergenza regionali, 2021**

Regione	PS in ospedali privati accreditati	DEA I livello in ospedali privati accreditati	DEA II livello in ospedali privati accreditati	Totale Servizi Emergenza in ospedali privati accreditati	Totale Servizi Emergenza in ospedali pubblici	Totale complessivo Servizi Emergenza	% Servizi Emergenza in ospedali privati su totale SSN
Piemonte	1	0	0	1	43	44	2%
Lombardia	15	9	3	27	73	100	27%
Veneto	4	2	0	6	42	48	13%
Liguria	1	1	0	2	12	14	14%
Lazio	7	5	2	14	36	50	28%
Campania	5	0	0	5	51	56	9%
Puglia	0	4	0	4	30	34	12%
Calabria	0	3	0	3	17	20	15%
Sicilia	0	2	0	2	61	63	3%
<b>Italia</b>	<b>33</b>	<b>26</b>	<b>5</b>	<b>64</b>	<b>550</b>	<b>614</b>	<b>10%</b>

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Elenco strutture della rete dell'emergenza ospedaliera 2023

la logica di osservazione, solo l'11% delle strutture private accreditate presenti sul territorio nazionale è sede di PS o DEA.

#### 4.4.2 Esiti dell'attività ospedaliera: alcune evidenze

Il paragrafo riprende l'approfondimento già realizzato nell'edizione 2017 del Rapporto (Petracca e Ricci, 2017). Al tempo era da poco in vigore il Decreto Ministeriale 70/2015, che aveva introdotto soglie di volume ed esito per la valutazione quantitativa e qualitativa dell'assistenza ospedaliera, stabilite sulla base delle evidenze clinico-scientifiche allora disponibili, e applicabili a tutti gli ospedali del SSN, sia pubblici che privati accreditati. I valori degli indicatori di volume ed esito, aggiustati per i principali fattori di rischio clinico, erano stati tratti a livello di singolo stabilimento ospedaliero dal sito del Programma Nazionale Esiti (PNE) ed erano relativi all'anno 2015. Le analisi avevano evidenziato le buone performance degli erogatori privati accreditati, soprattutto nell'ambito delle attività chirurgiche elettive. Con l'obiettivo di aggiornare quanto emerso dai dati 2015 alla luce dell'effettiva applicazione del DM 70 e degli impatti che il biennio Covid ha avuto sull'attività degli erogatori ospedalieri, le analisi riprendono gli indicatori di esito ufficialmente introdotti dal DM 70 integrando a questi un'indicatore relativo all'attività cardiologica interventistica, contenuto in una delle bozze di revisione del DM 70 circolate in una prima fase di ripensamento della rete ospedaliera italiana<sup>23</sup>. La fonte delle analisi rimane il sito del Programma Nazionale Esiti (PNE) 2022, che riporta dati relativi all'anno 2021; inoltre, è proposto un confronto con i risultati relativi al 2015. Da un punto di vista metodologico si segnala che, rispetto all'edizione utilizzata per le precedenti analisi, non compare più la fattispecie delle strutture in audit: dall'edizione 2022 del PNE è stato avviato da AGENAS, in via sperimentale, un percorso di audit integrato che prevede la verifica della qualità della codifica e di eventuali criticità clinico-organizzative attraverso la promozione di attività di miglioramento continuo (AGENAS, 2022). Gli indicatori oggetto di analisi sono i seguenti:

- ▶ proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni (valore target: uguale o superiore al 70%);
- ▶ proporzione di interventi chirurgici per frattura del femore effettuati entro 48 ore su persone ultrasessantacinquenni (valore target: uguale o superiore al 60%);
- ▶ proporzione di tagli cesarei primari (valori target: uguale o inferiore al 15% per i punti nascita sotto i 1.000 parti; uguale o inferiore al 25% per i punti nascita oltre i 1.000 parti);

<sup>23</sup> Proposta di aggiornamento del DM 70 circolata nell'ottobre 2021 e disponibile al seguente link: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato939105.pdf>

- ▶ tasso di mortalità a 30 giorni per valvuloplastica o sostituzione di valvole isolate (valore target: uguale o inferiore al 4%);
- ▶ proporzione di angioplastica coronarica percutanea effettuata entro 90 minuti dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta (valore target: uguale o superiore al 60%).

Per tutti gli indicatori sono escluse le strutture con volumi di erogazione inferiore ai 50 casi annui, valore soglia stabilito da AGENAS per l'applicazione dei modelli di aggiustamento del rischio, ma sono incluse le strutture che non rispettano l'eventuale casistica minima prevista dal DM 70 (es. le strutture tra i 51 e i 100 interventi minimi previsti l'intervento di colecistectomia laparoscopica).

Con riferimento al primo indicatore, l'analisi della degenza post-operatoria che segue un intervento di colecistectomia laparoscopica (CL) valuta la capacità di stabilizzare e dimettere in tempi adeguati il paziente che si sottopone a un intervento di chirurgia generale mini-invasiva ormai considerato routinario. Le strutture pubbliche e private accreditate che eseguono CL e che presentano la casistica sufficiente per standardizzare i volumi secondo adeguati parametri di rischio clinico sono 425 (Tabella 4.5). Di queste, 276 (65%) sono pubbliche e 149 (35%) sono private accreditate (nel 2015 la percentuale dei privati accreditati era pari al 29%). A livello nazionale, 361 stabilimenti raggiungono lo standard (85% contro il 52% del 2015) mentre 64 non lo raggiungono (15% contro il 25% del 2015)<sup>24</sup>. Tale percentuale di compliance si attesta sul 92% per i privati accreditati, mentre scende al 81% per i pubblici. La percentuale più elevata di ospedali che raggiungono lo standard si registra tra i privati accreditati del Nord (98%, 49 su 50), a seguire i pubblici e i privati accreditati del Centro (93% in entrambi i casi con, rispettivamente, 57 *compliant* su 61 e 25 *compliant* su 27). I valori minimi si registrano invece per le strutture pubbliche del Mezzogiorno (71%, con 51 su 72).

La Figura 4.3 consente di approfondire l'eventuale variabilità tra le diverse tipologie di ospedali, rapportando la percentuale di stabilimenti che raggiungono lo standard. A livello di SSN, l'81% dei presidi delle ASL e l'82% di AO, AOU e IRCCS rispetta lo standard, dimostrando un significativo miglioramento rispetto alle performance del 2015, che si attestavano nell'intorno del 50%. Gli ospedali privati accreditati registrano percentuali di *compliance* ancora superiori rispetto ai pubblici (con una media del 92%): il valore di *compliance* più alto (100%, contro il 75% del 2015) si registra per gli ospedali privati accreditati fortemente integrati con la rete di offerta pubblica (36 stabilimenti tra

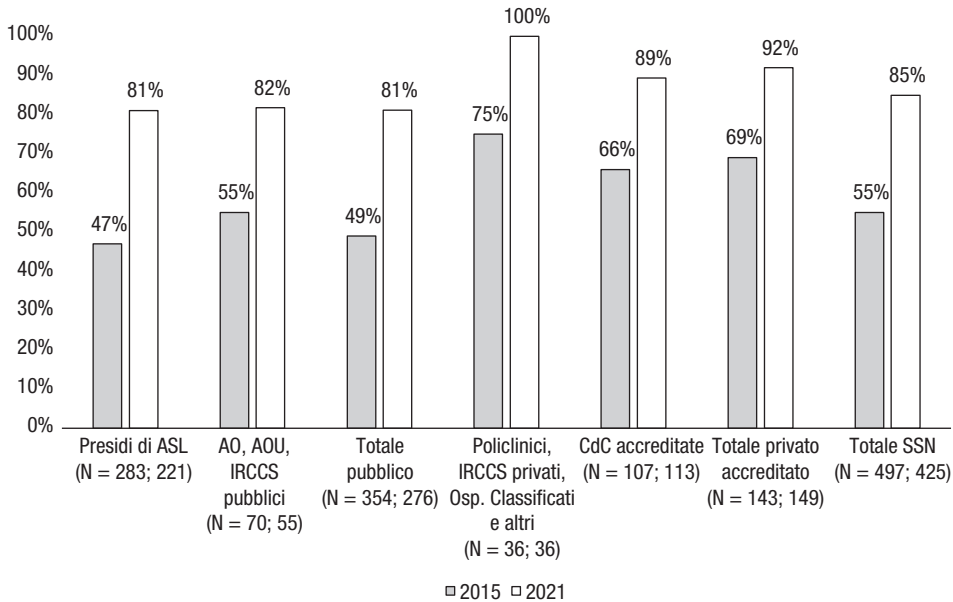
<sup>24</sup> Da notare come, nel 2015, per ben 115 ospedali dei 497 (23%) era stata richiesta una procedura di audit sulla qualità dei dati; pertanto, non erano stati considerati nella valutazione ultima di compliance con lo standard di riferimento.

Tabella 4.5 **Colecistectomia laparoscopica con degenza inferiore a tre giorni: ripartizione degli stabilimenti in base a macroarea geografica, natura giuridica e raggiungimento dello standard (2015, 2021)**

	2015				2021			
	Strutture che raggiungono lo standard	Strutture che non raggiungono lo standard	Strutture con audit in corso/da effettuare	Totale	Strutture che raggiungono lo standard	Strutture che non raggiungono lo standard	Totale	Totale
N.	87	58	30	175	116	27	143	
NORD – pubblico	44	8	1	53	49	1	50	
NORD – privato accreditato	48	16	9	73	57	4	61	
CENTRO – pubblico	15	5	3	23	25	2	27	
CENTRO – privato accreditato	30	27	49	106	51	21	72	
SUD E ISOLE – pubblico	36	8	23	67	63	9	72	
SUD E ISOLE – privato accreditato	50%	33%	17%	100%	81%	19%	100%	
%	83%	15%	2%	100%	98%	2%	100%	
NORD – privato accreditato	66%	22%	12%	100%	93%	7%	100%	
CENTRO – pubblico	65%	22%	13%	100%	93%	7%	100%	
CENTRO – privato accreditato	28%	25%	46%	100%	71%	29%	100%	
SUD E ISOLE – pubblico	54%	12%	34%	100%	88%	13%	100%	
SUD E ISOLE – privato accreditato	165	101	88	354	224	52	276	
<b>TOTALE – pubblico</b>	95	21	27	143	137	12	149	
<b>TOTALE – privato accreditato</b>	260	122	115	497	361	64	425	
<b>TOTALE – SSN</b>	47%	29%	25%	100%	81%	19%	100%	
<b>TOTALE – pubblico</b>	66%	15%	19%	100%	92%	8%	100%	
<b>TOTALE – privato accreditato</b>	52%	25%	23%	100%	85%	15%	100%	
<b>TOTALE – SSN</b>								

Fonte: elaborazione OASI su dati PNE 2023 e PNE 2017

Figura 4.3 **Colecistectomia laparoscopica con degenza inferiore a tre giorni: percentuale degli stabilimenti che rispettano lo standard, per natura giuridica e tipologia ospedale (2015, 2021)**



Fonte: elaborazione OASI su dati PNE 2023 e PNE 2017

policlinici universitari privati, IRCCS privati, enti di ricerca, ospedali classificati ed equiparati), seguiti dalle case di cura accreditate, che raggiungono una percentuale di *compliance* pari all'89% (nel 2015 era 66%).

Per quanto riguarda il secondo indicatore, una degenza preoperatoria inferiore a due giorni per i pazienti ultrasessantacinquenni che presentano una frattura al collo del femore è considerato un requisito minimo per assicurare la presa in carico chirurgica efficace di questa categoria di pazienti. Gli stabilimenti pubblici e privati accreditati che operano pazienti anziani con frattura del femore e che presentano la casistica sufficiente per standardizzare i volumi sono 426 (Tabella 4.6). Di questi, 362 sono pubblici (84,9% del totale vs 89,3% del 2015) e 64 sono privati accreditati (15% del totale vs 10,6% del 2015). Il numero decisamente più ridotto dei privati accreditati è al tempo stesso un limite in termini di confrontabilità con il pubblico e una conferma: i privati accreditati più raramente del pubblico si trovano a prendere in carico questi pazienti fragili che provengono prevalentemente dalle reti dell'emergenza-urgenza. È opportuno, ad ogni modo, sottolineare che il numero di privati accreditati all'interno del campione è cresciuto del 36,1% rispetto al 2015 (64 strutture vs 47 del 2015, pari rispettivamente a 15% e 10,6%).

Tabella 4.6 **Intervento per frattura del femore entro 2 giorni dal ricovero: ripartizione degli stabilimenti in base a macroarea geografica, natura giuridica e raggiungimento dello standard (2015, 2021)**

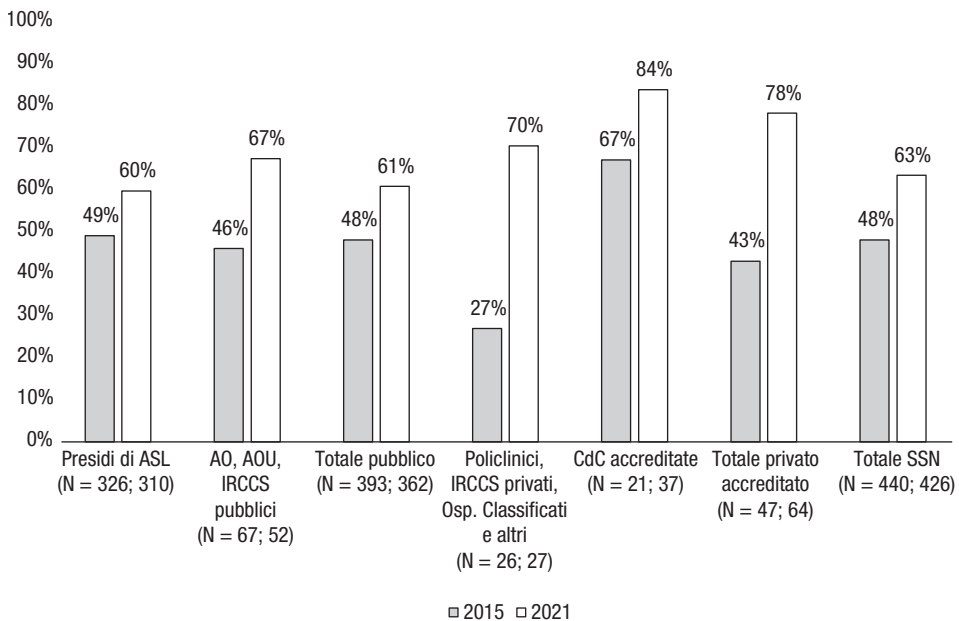
	2015				2021			
	Strutture che raggiungono lo standard	Strutture che non raggiungono lo standard	Strutture con audit in corso/da effettuare	Totale	Strutture che raggiungono lo standard	Strutture che non raggiungono lo standard	Totale	Totale
N.	108	47	23	178	110	55	165	
	11	7	7	25	22	5	27	
CENTRO – pubblico	45	19	12	76	48	22	70	
CENTRO – privato accreditato	7	3	1	11	11	2	13	
SUD E ISOLE – pubblico	37	32	70	139	62	65	127	
SUD E ISOLE – privato accreditato	1	3	7	11	17	7	24	
%	61%	26%	13%	100%	67%	33%	100%	
NORD – pubblico	44%	28%	28%	100%	81%	19%	100%	
NORD – privato accreditato	59%	25%	16%	100%	69%	31%	100%	
CENTRO – pubblico	64%	27%	9%	100%	85%	15%	100%	
CENTRO – privato accreditato	27%	23%	50%	100%	49%	51%	100%	
SUD E ISOLE – pubblico	9%	27%	64%	100%	71%	29%	100%	
SUD E ISOLE – privato accreditato	190	98	105	393	220	142	362	
<b>TOTALE – pubblico</b>	19	13	15	47	50	14	64	
<b>TOTALE – privato accreditato</b>	209	111	120	440	270	156	426	
<b>TOTALE – SSN</b>	48%	25%	27%	100%	61%	39%	100%	
<b>TOTALE – pubblico</b>	40%	28%	32%	100%	78%	22%	100%	
<b>TOTALE – privato accreditato</b>	48%	25%	27%	100%	63%	37%	100%	

Fonte: elaborazione OASI su dati PNE 2023 e PNE 2017

Delle 426 strutture complessivamente considerate, se ne contano 270 che raggiungono lo standard (pari al 63,3% vs il 47,5% del 2015). La percentuale di erogatori pubblici *compliant* è pari al 60,7% mentre per i privati accreditati è pari al 78,1%. La percentuale di ospedali che raggiunge lo standard è più alta tra i privati accreditati del Centro (85% con 11 su 13 strutture). Seguono gli stabilimenti privati accreditati del Nord (81%, 22 su 27); tra le restanti, solo le strutture pubbliche del Mezzogiorno presentano valori di compliance inferiori alla soglia del 50% (49%, con 62 su 127 strutture).

La Figura 4.4 mostra la percentuale di stabilimenti che raggiungono lo standard per tipologia di struttura. Sul fronte pubblico, il 61% degli ospedali rispetta lo standard, in aumento rispetto al 2015 (48%). Gli ospedali privati accreditati registrano percentuali di *compliance* superiori rispetto ai pubblici (78% vs 61%), dimostrando inoltre un significativo miglioramento rispetto ai valori raggiunti nel 2015 (43%). I valori di compliance più elevati si registrano per le case di cura private accreditate (84% vs 67% del 2015); seguono i policlinici, IRCCS privati, enti di ricerca, ospedali classificati ed equiparati (70% vs 27% del 2015), sebbene entrambi questi campioni presentino dimensioni piuttosto ridotte (rispettivamente sono 37 le case di cura e 27 i policlinici, IRCCS, ecc.).

Figura 4.4 **Intervento per frattura del femore entro 2 giorni dal ricovero: percentuale degli stabilimenti che rispettano lo standard, per natura giuridica e tipologia ospedale (2015, 2021)**



Fonte: elaborazione OASI su dati PNE 2023 e PNE 2017

Seguono AO, AOU e IRCCS pubblici, con *compliance* al 67% (vs 46% del 2015), mentre registrano la percentuale di *compliance* più bassa (60% vs 49% del 2015) i presidi delle ASL.

La percentuale di parti cesarei primari costituisce un classico indicatore di appropriatezza clinica in ambito perinatale. Gli stabilimenti pubblici e privati accreditati con sala parto e che presentano la casistica sufficiente per standardizzare i volumi sono 367 a livello nazionale. Di questi, 308 sono pubblici (84%) e 59, circa il 16%, sono privati accreditati. Di queste 367 strutture, a livello nazionale se ne contano 101 che rispettano le soglie massime (pari al 28%, contro il 23% del 2015), registrando valori tra i più lontani dalle soglie minime di tutti gli indicatori di esito. Gli stabilimenti pubblici che raggiungono lo standard sono il 30% del totale, contro il 15% dei privati accreditati. Entrambe le categorie risultano in miglioramento rispetto al 2015 (in cui i valori erano rispettivamente pari al 25% e 12%). La percentuale di ospedali che rispetta lo standard è più alta tra i pubblici del Nord (46%, 63 su 138), seguiti dai privati accreditati del Nord (31%, 5 su 16) e dai pubblici del Centro (21%, 12 su 57). I privati accreditati del Centro che rimangono entro le soglie sono il 12% (1 su 8), mentre gli ospedali del Mezzogiorno che rispettano lo standard sono il 15% dei pubblici (17 su 113) e solo il 9% dei privati accreditati (3 su 35) (Tabella 4.7).

Come riporta la Figura 4.5, a livello di SSN, gli ospedali pubblici registrano percentuali di compliance superiori rispetto ai privati accreditati anche considerando le singole categorie di strutture. I valori di compliance più alti (39%) si registrano per le Aziende ospedaliere e gli IRCCS pubblici, mentre i più ridotti si registrano per le case di cura private accreditate (10%) da un lato e policlinici e IRCCS privati accreditati, dall'altro (25%).

La mortalità a 30 giorni per gli interventi di valvuloplastica isolata, prestazione ad alta complessità in costante aumento in termini di volumi, rappresenta una proxy della qualità clinica assicurata nei centri cardiocirurgici. Gli stabilimenti pubblici e privati accreditati che hanno eseguito valvuloplastiche e che presentano la casistica sufficiente per standardizzare i volumi sono 92 (Tabella 4.8). Di questi, 55 (60%, vs 56% del 2015) sono pubblici e 37 (40%, vs 44% del 2015) sono privati accreditati. Il 79% delle strutture raggiunge lo standard (contro il 53% del 2015). Tale percentuale è pari al 78% per gli ospedali pubblici (vs 49% del 2015) e all'81% per i privati accreditati (contro il 58% del 2015). La percentuale di ospedali che rispetta lo standard raggiunge i valori massimi tra le strutture private accreditate del Centro (100%, 4 su 4), sebbene si tratti di un campione esiguo, seguite dai privati accreditati del Nord (94%, 17 su 18) e dalle strutture pubbliche del Nord (93%, 26 su 28). Le strutture del Mezzogiorno, invece, si fermano a livelli più bassi, con il 53% di strutture pubbliche *compliant* (9 su 17) e il 60% di privati accreditati che rispettano lo standard (60%, con 9 su 15).

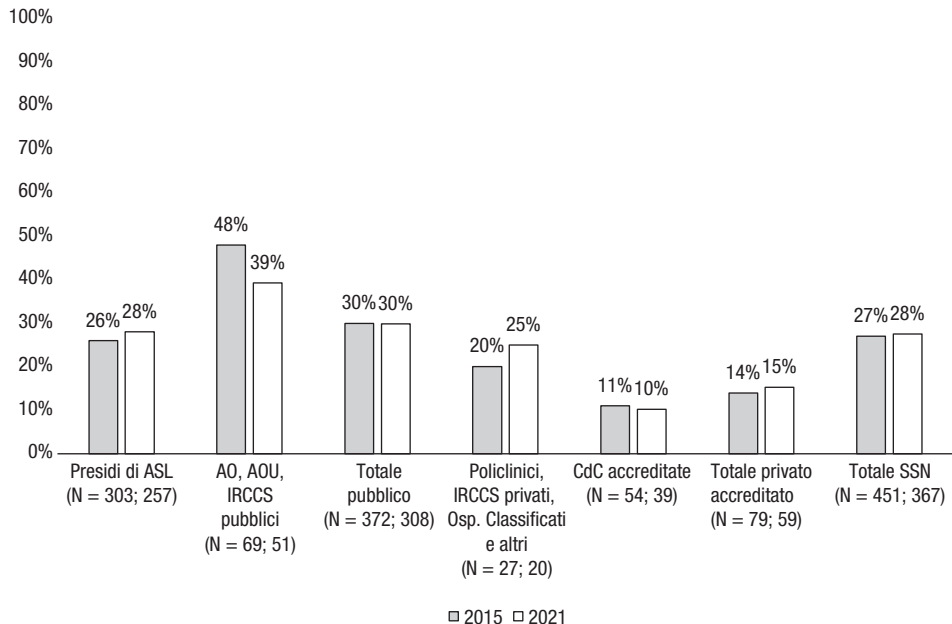


**Tabella 4.7 Percentuale di parti cesarei primari: ripartizione degli stabilimenti in base a macroarea geografica, natura giuridica e raggiungimento dello standard (2015, 2021)**

	2015			2021			
	Strutture che raggiungono lo standard	Strutture che non raggiungono lo standard	Strutture con audit in corso/da effettuare	Totale	Strutture che raggiungono lo standard	Strutture che non raggiungono lo standard	Totale
N.	71	77	18	166	63	75	138
NORD – pubblico	7	8	6	21	5	11	16
NORD – privato accreditato	16	37	16	69	12	45	57
CENTRO – pubblico	1	5	6	12	1	7	8
CENTRO – privato accreditato	6	51	78	135	17	96	113
SUD E ISOLE – pubblico	2	13	33	48	3	32	35
SUD E ISOLE – privato accreditato	43%	46%	11%	100%	46%	54%	100%
%	33%	38%	29%	100%	31%	69%	100%
NORD – privato accreditato	23%	54%	23%	100%	21%	79%	100%
CENTRO – pubblico	8%	42%	50%	100%	13%	88%	100%
CENTRO – privato accreditato	4%	38%	58%	100%	15%	85%	100%
SUD E ISOLE – pubblico	4%	27%	69%	100%	9%	91%	100%
SUD E ISOLE – privato accreditato	93	165	112	370	92	216	308
<b>TOTALE – pubblico</b>	10	26	45	81	9	50	59
<b>TOTALE – privato accreditato</b>	103	191	157	451	101	266	367
<b>TOTALE – SSN</b>	25%	45%	30%	100%	30%	70%	100%
<b>TOTALE – pubblico</b>	12%	32%	56%	100%	15%	85%	100%
<b>TOTALE – privato accreditato</b>	23%	42%	35%	100%	28%	72%	100%

Fonte: elaborazione OASI su dati PNE 2023 e PNE 2017

Figura 4.5 **Percentuale di parti cesarei primari: percentuale degli stabilimenti che rispettano lo standard, per natura giuridica e tipologia ospedale (2015, 2021)**



Fonte: elaborazione OASI su dati PNE 2023 e PNE 2017

Passando all'analisi per tipologia di struttura (Figura 4.6)<sup>25</sup>, le percentuali più elevate si registrano per presidi di ASL (95%), seguite da policlinici, IRCCS privati e osp. classificati (92%); i valori più ridotti si registrano presso le aziende ospedaliere e gli IRCCS pubblici (69%).

Prendendo in considerazione, infine, l'ultimo indicatore, si tratta di una misura di recente introduzione all'interno del PNE (2021) finalizzata a rappresentare la tempestività di intervento con cui viene eseguita la procedura di angioplastica coronarica transluminale percutanea (PTCA) per pazienti con STEMI<sup>26</sup>. Diversi studi hanno dimostrato come l'esecuzione di alti volumi di questa procedura in pazienti con un infarto miocardico acuto e sopraslivellamento del tratto ST (STEMI), purchè nelle fasi precoci dell'episodio, è associata a migliori outcome<sup>27</sup>. Gli stabilimenti pubblici e privati accreditati

<sup>25</sup> In questo caso non è stato possibile inserire il riferimento ai valori 2015 in quanto non erano stati calcolati nel 2015 e il sito del PNE non consente di recuperare i dati precedenti all'edizione in corso.

<sup>26</sup> Trattandosi di un indicatore di recente introduzione, non sono disponibili i valori corrispondenti dell'anno 2015, i quali sono invece riportati per un confronto per gli altri indicatori considerati.

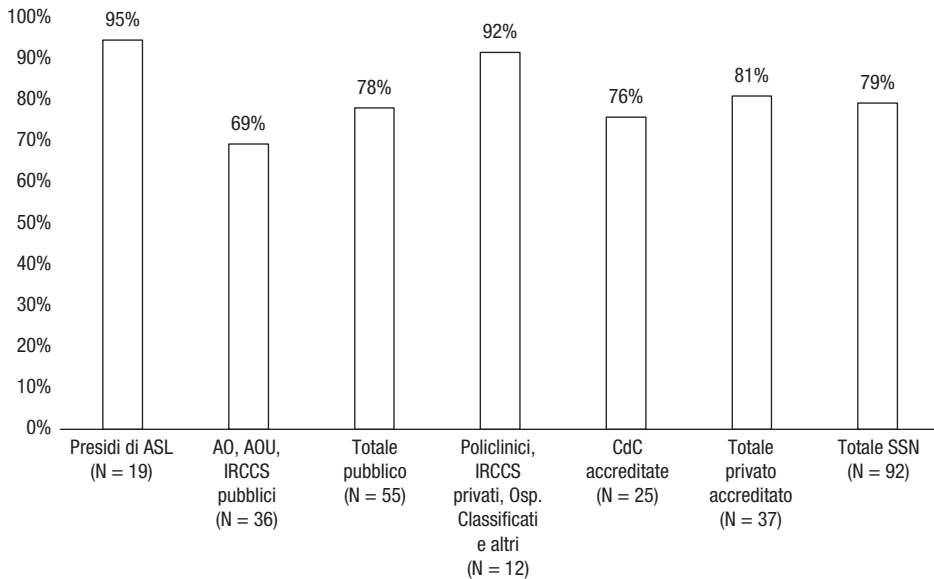
<sup>27</sup> PNE, 2022

Tabella 4.8 **Mortalità a 30 gg per valvuloplastica isolata: ripartizione degli stabilimenti in base a macroarea geografica, natura giuridica e raggiungimento dello standard (2015, 2021)**

	2015				2021			
	Strutture che raggiungono lo standard	Strutture che non raggiungono lo standard	Strutture con audit in corso/ da effettuare	Totale	Strutture che raggiungono lo standard	Strutture che non raggiungono lo standard	Totale	Totale
N. NORD – pubblico	12	0	13	25	26	2	28	
NORD – privato accreditato	15	0	5	20	17	1	18	
CENTRO – pubblico	6	0	4	10	8	2	10	
CENTRO – privato accreditato	4	0	2	6	4	0	4	
SUD E ISOLE – pubblico	7	0	9	16	9	8	17	
SUD E ISOLE – privato accreditato	4	0	10	14	9	6	15	
% NORD – pubblico	48%	0%	52%	100%	93%	7%	100%	
NORD – privato accreditato	75%	0%	25%	100%	94%	6%	100%	
CENTRO – pubblico	60%	0%	40%	100%	80%	20%	100%	
CENTRO – privato accreditato	67%	0%	33%	100%	100%	0%	100%	
SUD E ISOLE – pubblico	44%	0%	56%	100%	53%	47%	100%	
SUD E ISOLE – privato accreditato	29%	0%	71%	100%	60%	40%	100%	
<b>TOTALE – pubblico</b>	<b>25</b>	<b>0</b>	<b>26</b>	<b>51</b>	<b>43</b>	<b>12</b>	<b>55</b>	
<b>TOTALE – privato accreditato</b>	<b>23</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>40</b>	<b>30</b>	<b>7</b>	<b>37</b>	
<b>TOTALE – SSN</b>	<b>48</b>	<b>0</b>	<b>43</b>	<b>91</b>	<b>73</b>	<b>19</b>	<b>92</b>	
<b>TOTALE – pubblico</b>	<b>49%</b>	<b>0%</b>	<b>51%</b>	<b>100%</b>	<b>78%</b>	<b>22%</b>	<b>100%</b>	
<b>TOTALE – privato accreditato</b>	<b>58%</b>	<b>0%</b>	<b>43%</b>	<b>100%</b>	<b>81%</b>	<b>19%</b>	<b>100%</b>	
<b>TOTALE – SSN</b>	<b>53%</b>	<b>0%</b>	<b>47%</b>	<b>100%</b>	<b>79%</b>	<b>21%</b>	<b>100%</b>	

Fonte: elaborazione OASI su dati PNE 2023 e PNE 2017

Figura 4.6 **Mortalità a 30 gg per valvuloplastica isolata: percentuale degli stabilimenti che rispettano lo standard, per natura giuridica e tipologia ospedale (2021)**



Fonte: Elaborazione OASI su dati PNE 2023

che presentano la casistica sufficiente per standardizzare i volumi secondo adeguati parametri di rischio clinico sono 219 (Tabella 4.9). Di questi, 183 (84%) sono pubblici e 36 (16%) sono privati accreditati. Il 40% delle strutture complessive raggiunge lo standard; nello specifico, rispetta lo standard il 39% degli ospedali pubblici e il 44% dei privati accreditati. La percentuale di ospedali che rispettano lo standard raggiunge i valori massimi tra le strutture private accreditate del Centro (50%, 2 su 4), sebbene si tratti di un campione esiguo; seguono le strutture pubbliche del Centro (47%, 16 su 34) i privati accreditati del Mezzogiorno (47%, 8 su 17), e le strutture pubbliche del Nord (43%, 38 su 88). Invece, si attestano su livelli più bassi i privati accreditati del Nord (40%, 6 su 15) e le strutture pubbliche di Sud e Isole (30%, 18 su 61).

Passando all'analisi per tipologia di struttura (Figura 4.7), le percentuali di *compliance* più elevate si registrano presso le case di cura private accreditate (79%), seguite dai presidi delle ASL (44%).

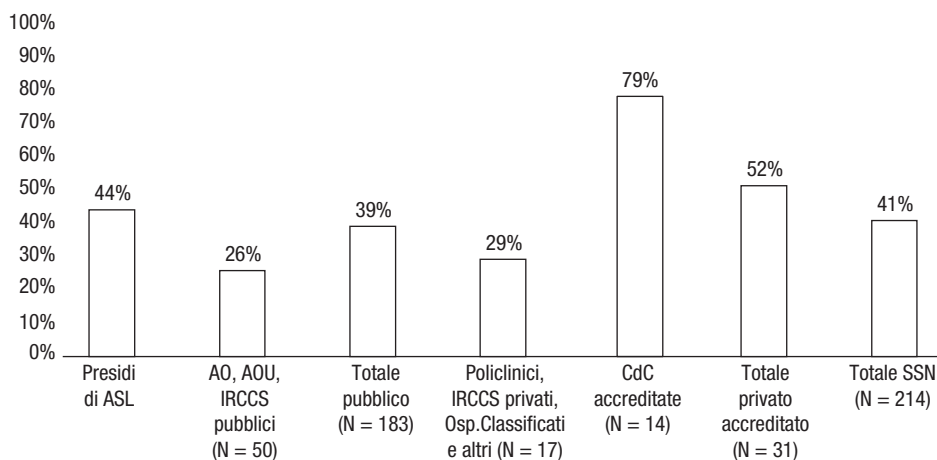
I valori più bassi si registrano con riferimento alle Aziende Ospedaliere e IRCCS pubblici (26%) e nel caso di policlinici e IRCCS privati (29%). Nel complesso, le strutture private accreditate risultano più aderenti agli standard (il 52% di esse li rispetta) delle strutture pubbliche (39%), sebbene il numero di strutture eroganti private accreditate sia esiguo.

Tabella 4.9 **Proporzione angioplastica coronarica entro 90 minuti dall'accesso con infarto STEMI in fase acuta: ripartizione degli stabilimenti in base a macroarea geografica, natura giuridica e raggiungimento dello standard (2021)**

		2021		
		Strutture che raggiungono lo standard	Strutture che non raggiungono lo standard	Totale
N.	NORD – pubblico	38	50	88
	NORD – privato accreditato	6	9	15
	CENTRO – pubblico	16	18	34
	CENTRO – privato accreditato	2	2	4
	SUD E ISOLE – pubblico	18	43	61
	SUD E ISOLE – privato accreditato	8	9	17
%	NORD – pubblico	43%	57%	100%
	NORD – privato accreditato	40%	60%	100%
	CENTRO – pubblico	47%	53%	100%
	CENTRO – privato accreditato	50%	50%	100%
	SUD E ISOLE – pubblico	30%	70%	100%
	SUD E ISOLE – privato accreditato	47%	53%	100%
	<b>TOTALE – pubblico</b>	<b>72</b>	<b>111</b>	<b>183</b>
N.	<b>TOTALE – privato accreditato</b>	<b>16</b>	<b>20</b>	<b>36</b>
	<b>TOTALE – SSN</b>	<b>88</b>	<b>131</b>	<b>219</b>
	<b>TOTALE – pubblico</b>	<b>39%</b>	<b>61%</b>	<b>100%</b>
%	<b>TOTALE – privato accreditato</b>	<b>44%</b>	<b>56%</b>	<b>100%</b>
	<b>TOTALE – SSN</b>	<b>40%</b>	<b>60%</b>	<b>100%</b>

Fonte: elaborazione OASI su dati PNE 2023

Figura 4.7 **Proporzione angioplastica coronarica entro 90 minuti dall'accesso con infarto STEMI in fase acuta: percentuale degli stabilimenti che rispettano lo standard, per natura giuridica e tipologia ospedale (2021)**



Fonte: elaborazione OASI su dati PNE 2023

## 4.5 L'offerta distrettuale degli erogatori privati accreditati

L'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale rappresenta uno dei principali obiettivi di politica sanitaria che i sistemi sanitari più avanzati stanno facendo propri, al fine di fronteggiare le sfide demografiche ed epidemiologiche del nostro tempo.

Anche negli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza la revisione dell'offerta territoriale riveste una particolare importanza, catalizzando 7 miliardi di stanziamento all'interno della Missione 6, cifra mantenuta (con target quantitativi rivisti) anche a seguito della revisione recentemente proposta dal Governo Italiano<sup>28</sup>. Per quanto riguarda l'attività territoriale, le strutture che presidiano tale dimensione, erogando prestazioni ambulatoriali e residenziali, sono le seguenti: ambulatori e laboratori, strutture residenziali, strutture semiresidenziali e altre strutture territoriali (centri di dialisi, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori familiari, centri distrettuali)<sup>29</sup>.

La Tabella 4.10 presenta la distribuzione delle strutture territoriali nelle diverse regioni italiane riportando, per ciascuna categoria, il totale per l'anno 2021 e l'incidenza delle strutture private accreditate nel 1998 e nel 2021. Questa fotografia, di prima approssimazione, offerta dagli unici dati messi a disposizione dal SSN, presenta alcuni caveat interpretativi: si basa infatti sul numero di strutture, senza considerarne né la casistica né la complessità dei casi trattati. L'attività territoriale risulta gestita prevalentemente da erogatori privati accreditati<sup>30</sup>, che hanno trovato spazi di sviluppo a fronte di una rete di offerta pubblica relativamente poco sviluppata, con l'eccezione di alcune regioni. Nei 23 anni considerati, il peso del privato in termini strutturali è cresciuto complessivamente dal 39% al 56%<sup>31</sup> (con uno scostamento negativo di 2 punti percentuali rispetto al 2020, in cui il dato era pari a 58%, nonostante il numero complessivo di strutture, da un anno all'altro, sia cresciuto di 1.424 unità, + 6%). La crescita in questione ha interessato

<sup>28</sup> Il documento di revisione redatto dal Ministro per gli Affari Europei, il Sud, le Politiche di Coesione e il PNRR è disponibile al seguente link: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1690468240.pdf>

<sup>29</sup> Per maggiori approfondimenti relativi ai distretti e alle strutture impegnate nell'erogazione di prestazioni territoriali si veda il capitolo 2 del presente Rapporto.

<sup>30</sup> Tale analisi confronta erogatori pubblici e privati accreditati in meri termini strutturali, non essendo possibile valutare anche l'aspetto dimensionale servendosi dei dati di attività.

<sup>31</sup> Tale crescita in termini strutturali è determinata da due differenti trend: per ambulatori e laboratori che erogano attività specialistica si registra, lungo i 23 anni considerati, una contrazione nel numero di strutture private accreditate meno marcata rispetto a quella del pubblico; per le altre categorie di strutture, invece, nel privato accreditato si registra un importante aumento nel conteggio delle strutture (tutte le categorie hanno almeno triplicato il proprio numero), mentre nel pubblico il numero è rimasto stabile o ha visto una riduzione.

Tabella 4.10 **Presenza di strutture territoriali e peso degli erogatori privati accreditati, per regione (1998-2021)**

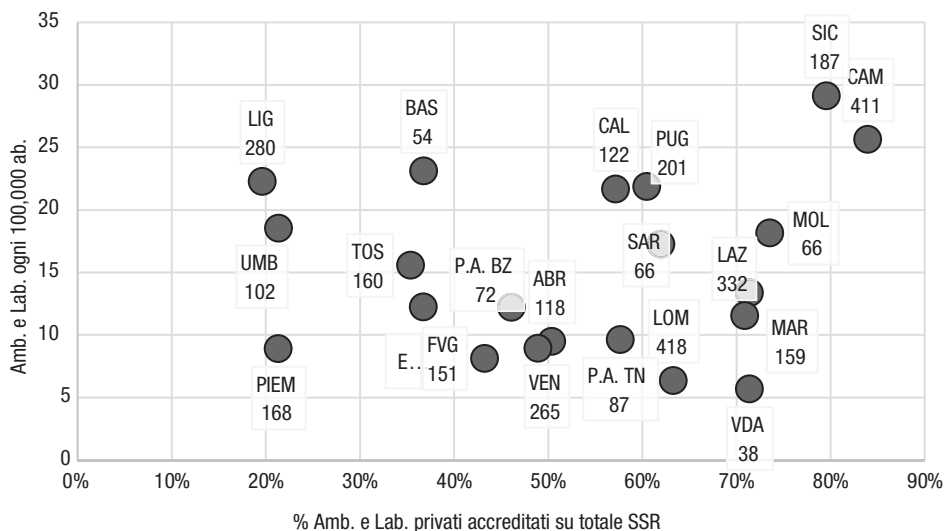
Regioni	Ambulatori e Laboratori				Strutture residenziali				Strutture semiresidenziali				Altri tipi di strutture territoriali				Totale strutture territoriali			
	Totale strutture		% Ambulatori e Laboratori privati accreditati		Totale strutture		% Strutture residenziali private accreditate		Totale strutture		% strutture semiresidenziali private accreditate		Totale strutture		% altre strutture private accreditate		Totale strutture territoriali		% totale strutture territoriali private accreditate	
	2021	1998	2021	1998	2021	1998	2021	1998	2021	1998	2021	1998	2021	1998	2021	1998	2021	1998	2021	1998
Piemonte	379	22%	21%	57%	90%	220	42%	81%	495	2%	18%	2.426	24%	64%						
Valle d'Aosta	7	21%	71%	2%	86%	3	-	100%	34	0%	6%	65	4%	43%						
Lombardia	630	41%	63%	68%	90%	695	41%	83%	677	2%	18%	3.483	34%	70%						
P.A. di Bolzano	65	17%	46%	17%	89%	10	-	40%	98	2%	24%	274	16%	54%						
P.A. di Trento	52	17%	58%	20%	82%	48	0%	85%	40	0%	18%	247	15%	67%						
Veneto	433	46%	49%	87%	87%	521	43%	75%	626	21%	22%	2.464	39%	61%						
Friuli-Venezia Giulia	97	24%	43%	45%	56%	67	8%	37%	147	4%	5%	509	24%	36%						
Liguria	336	31%	20%	57%	89%	67	7%	69%	242	0%	3%	959	25%	42%						
Emilia-Romagna	541	31%	37%	47%	91%	508	32%	88%	936	6%	4%	2.909	31%	52%						
Toscana	570	36%	35%	50%	70%	189	12%	44%	462	7%	7%	1.817	30%	40%						
Umbria	159	15%	21%	37%	66%	99	0%	31%	170	3%	7%	625	15%	33%						
Marche	172	30%	71%	14%	71%	81	14%	60%	169	2%	4%	720	24%	54%						
Lazio	763	59%	71%	38%	79%	84	0%	20%	450	3%	8%	1.603	46%	52%						
Abruzzo	121	44%	50%	80%	72%	15	100%	20%	191	0%	2%	416	41%	32%						
Molise	53	49%	74%	0%	88%	14	0%	100%	19	0%	5%	110	40%	68%						
Campania	1.442	74%	84%	30%	63%	97	24%	30%	570	2%	30%	2.286	65%	67%						
Puglia	677	47%	62%	60%	95%	188	21%	91%	639	0%	25%	1.961	38%	60%						
Basilicata	125	21%	37%	23%	67%	11	100%	18%	65	4%	18%	249	20%	37%						
Calabria	402	49%	57%	42%	80%	15	13%	33%	162	14%	10%	721	45%	51%						
Sicilia	1.407	72%	80%	15%	64%	52	14%	23%	661	3%	11%	2.315	62%	58%						
Sardegna	347	46%	61%	18%	87%	21	8%	67%	211	1%	4%	672	36%	47%						
ITALIA	8.778	49%	60%	50%	84%	3.005	30%	71%	7.064	5%	14%	26.831	39%	56%						

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario statistico del SSN, 2023

tutte le categorie e si riconferma la presenza di una consistente variabilità interregionale:

- ▶ nel caso degli «Ambulatori e Laboratori», le strutture private accreditate sono prevalenti rispetto a quelle pubbliche (60% vs 40%), con una tendenza in crescita negli ultimi 23 anni<sup>32</sup>. La variabilità interregionale risulta sostenuta, con una forte dispersione intorno al dato medio. Le regioni evidenziano una amplissima variabilità sia in termini di numerosità di strutture, sia in quanto a incidenza del privato accreditato (Figura 4.8). I valori massimi del contributo del privato accreditato sono raggiunti in: Campania (84%), dove sono complessivamente presenti 1.442 tra laboratori e ambulatori sia pubblici che privati (26 strutture ogni 100.000 abitanti, come si può vedere nella Figura 4.8); Sicilia, regione in cui ne sono complessivamente ubicate 1.407 (29 strutture ogni 100.000 abitanti) e l'80% è di natura privata accreditata. Le quote minori, invece, si registrano al Centro-Nord e, in particolare, in: Liguria dove il privato accreditato rappresenta il 20% di 336 ambulatori e laboratori totali (che si traducono in 22 ambulatori e laboratori ogni 100.000

Figura 4.8 **Incidenza percentuale degli ambulatori e laboratori privati accreditati sul totale del SSR e numerosità degli ambulatori e laboratori totali (pubblici e privati accreditati) per 100.000 abitanti, 2021**



Nota: le etichette indicano la sigla della regione e la densità abitativa in abitanti per kmq.

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario statistico del SSN 2023 e ISTAT.

<sup>32</sup> È utile tenere presente che la categoria “Ambulatori e Laboratori” ha fatto registrare una lieve decrescita nel 2020 (pari allo 0,4%) rispetto al 2019.



abitanti); Piemonte, in cui 80 (il 21%) dei 379 ambulatori e laboratori sono privati accreditati (9 strutture totali ogni 100.000 ab); e in Umbria, dove 33 ambulatori e laboratori su 159 totali (19 strutture ogni 100.000 ab.) sono privati accreditati (circa il 21%).

- ▶ con riferimento alle strutture «Residenziali» e «Semiresidenziali», il privato accreditato registra nel periodo di tempo osservato una crescita in entrambi i segmenti che l'ha portato a occupare, a livello strutturale, un ruolo predominante: rappresenta rispettivamente l'84% delle strutture residenziali e il 71% di quelle semiresidenziali<sup>33</sup>. Nel confronto interregionale sono soprattutto le regioni del Nord Italia a presentare le percentuali più elevate di strutture private accreditate (84% delle strutture residenziali, 73% delle semiresidenziali), mentre le regioni del Centro e del Sud presentano valori sotto la media nazionale. Il gap è particolarmente pronunciato nel segmento delle semiresidenziali, dove per Centro e Sud il peso degli accreditati scende rispettivamente al 39% e al 47%. Fanno eccezione Molise e Puglia che, per entrambe le tipologie, presentano dati superiori alla media nazionale. Ad ogni modo, è importante sottolineare che strutture di questo tipo sono complessivamente molto meno diffuse nelle regioni del Centro e Sud Italia, come testimonia il confronto relativo al numero di presidi, sia pubblici che privati, per 100.000 abitanti nei diversi contesti regionali: per citare solo qualche esempio, mentre in Lombardia ci sono 7 strutture semiresidenziali ogni 100.000 abitanti, e ben 11 in Veneto, in Sicilia e Sardegna il valore scende a 1 struttura semiresidenziale ogni 100,000 ab., mentre in Calabria il dato è di 0,8 strutture ogni 100.000 ab.
- ▶ per quanto riguarda le «Altre strutture territoriali»<sup>34</sup>, che raggruppano in logica residuale le strutture che svolgono attività di tipo territoriale e non ricadono nelle precedenti classi, il privato accreditato ha conservato un ruolo residuale e nel 2021 presenta una quota pari al 14% del totale delle strutture<sup>35</sup>.

Per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale, le strutture deputate all'erogazione delle prestazioni ambulatoriali in nome e per conto del SSN sono gli ambulatori e i laboratori, sia pubblici sia privati accreditati, che erogano tradizionalmente tre principali categorie di attività<sup>36</sup>:

<sup>33</sup> Le strutture «Residenziali» e «Semiresidenziali» sono interessate nel complesso da un lieve scostamento negativo (-58) rispetto al 2020, ma è da sottolineare la crescita delle strutture residenziali (+126) e la riduzione di quelle semiresidenziali (-184).

<sup>34</sup> La categoria «Altre strutture territoriali» rimane pressoché stabile con uno scostamento negativo dello 0,1% rispetto al 2019.

<sup>35</sup> Il contributo risulta limitato ad eccezione di qualche contesto territoriale: la Campania presenta una percentuale pari al 30% mentre Puglia e P.A. di Bolzano si attestano nell'intorno del 25% (rispettivamente, 25% e 24%).

<sup>36</sup> A queste prestazioni tradizionali, sotto la spinta volta a trasferire in regime ambulatoriale una quota crescente delle prestazioni erogate in day hospital, si sono progressivamente aggiunti

- ▶ l'attività clinica, che include le visite specialistiche, le prestazioni riabilitative e terapeutiche, che assolvono alla funzione di consulenza diagnostica o terapeutica;
- ▶ le indagini di diagnostica strumentale (RX, TAC, ECG, ecc.), a supporto della formulazione delle diagnosi e delle successive terapie per mezzo di apposite tecniche strumentali;
- ▶ le analisi di laboratorio.

La Tabella 4.11 riporta il confronto tra strutture pubbliche e private accreditate in termini di specializzazione per tipo di assistenza. Emerge un posizionamento altamente differenziato.

Tabella 4.11 **Confronto ambulatori e laboratori pubblici e privati accreditati per tipo di assistenza erogata e macro-area geografica (2021, %)**

	Pubblico			Privato		
	Clinica	Diagnostica	Laboratorio	Clinica	Diagnostica	Laboratorio
Nord	94%	39%	40%	79%	53%	27%
Centro	96%	33%	25%	54%	42%	47%
Sud	96%	41%	32%	45%	23%	48%
<b>ITALIA</b>	<b>95%</b>	<b>38%</b>	<b>34%</b>	<b>53%</b>	<b>32%</b>	<b>43%</b>

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN, 2023

Il 95% delle strutture pubbliche eroga attività clinica, con sostanziale omogeneità su tutto il territorio nazionale, mentre, tra gli erogatori privati accreditati, solo poco più di una ogni due (53%) garantisce visite specialistiche e altre attività terapeutiche. Si rileva però una differenza marcata tra strutture private accreditate del Nord, dove si osservano dati solo parzialmente inferiori a quelli del pubblico (79%), e quelle del Centro e Sud (rispettivamente pari a 54% e 45%). Le strutture pubbliche offrono più frequentemente anche prestazioni di diagnostica strumentale rispetto a quelle accreditate (38% contro 32%), mentre l'erogazione di indagini di laboratorio è mediamente più frequente tra le strutture private accreditate (43% contro il 34% del pubblico). Complessivamente, pur tenendo presente il notevole livello di aggregazione dei dati disponibili, si registra una maggiore tendenza alla focalizzazione tra le strutture private accreditate: in media, infatti, ambulatori e laboratori

---

pacchetti di prestazioni ambulatoriali coordinate e complesse (PAC), che assicurano al paziente una maggiore facilità d'accesso alle prestazioni e raggruppano un insieme di indagini cliniche e strumentali multidisciplinari. Tali prestazioni vengono garantite dagli ambulatori ospedalieri o dai poliambulatori territoriali dotati di tutte le discipline previste dagli specifici percorsi di cura.

accreditati si concentrano esclusivamente su un solo tipo di assistenza (poco meno del 30% delle strutture accreditate eroga congiuntamente almeno due categorie di assistenza), mentre tra le strutture pubbliche è molto più comune la multi-specializzazione. Al Nord gli erogatori privati accreditati mostrano un posizionamento in termini di linee di attività più simile a quello pubblico, sebbene un po' più orientato alla diagnostica strumentale (il 53% delle strutture accreditate se ne occupa, a fronte del 39% di quelle pubbliche). Al Sud, invece, la quote di strutture che erogano sia attività clinica sia diagnostica strumentale è circa la metà rispetto alle quote di strutture pubbliche che si occupano di questi filoni (rispettivamente il 45% delle strutture private contro il 96% delle strutture pubbliche per l'attività clinica; 23% vs 41% per la diagnostica strumentale); emerge, invece, una maggiore focalizzazione sull'attività di laboratorio (il 48% delle strutture private se ne occupa, mentre sul fronte pubblico solo il 32% delle strutture).

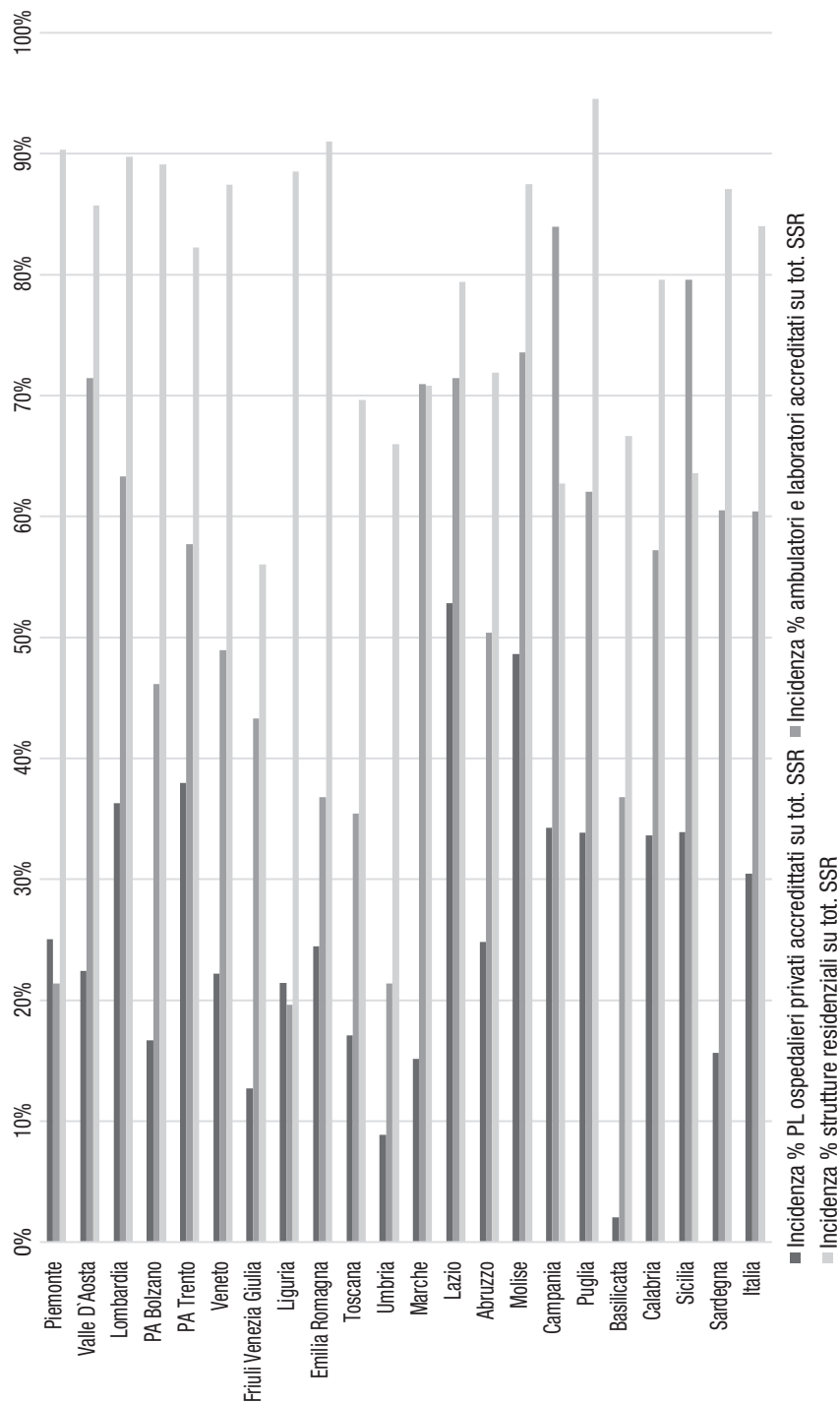
In sintesi, come è possibile osservare nella Figura 4.9, gli erogatori privati accreditati costituiscono una componente molto significativa dell'ecosistema salute in tutti gli SSR. Sul fronte dell'assistenza ospedaliera, il contributo del privato accreditato è caratterizzato da una significativa variabilità regionale: si passa da regioni, come Lazio e Molise, dove il suo peso si attesta intorno al 50%, passando per diversi SSR in cui i privati accreditati contribuiscono più di un terzo dei PL complessivi (Lombardia con il 36%, P.A. di Trento con il 38%, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia con il 34%), per arrivare a realtà, come la Basilicata e l'Umbria, dove l'incidenza dei posti letto accreditati è minoritaria (non supera il 10%).

Tendenzialmente più alto in tutte le regioni e province autonome (fanno eccezione solo Piemonte e Liguria) è il peso percentuale del privato accreditato in ambito di assistenza distrettuale osservabile, in particolare, nell'incidenza di ambulatori e laboratori accreditati sul totale delle strutture. In questo ambito solo Liguria, Piemonte e Umbria presentano un peso percentuale del privato accreditato inferiore al 30%, mentre in tutti gli altri SSR il peso del privato accreditato raggiunge quote molto significative, toccando picchi superiori al 75% in Campania (84%) e Sicilia (80%).

Decisamente dominante, infine, risulta il ruolo del privato accreditato con riferimento all'assistenza fornita dalle strutture residenziali: in nessun caso le strutture residenziali accreditate rappresentano una quota inferiore al 50%. In diversi contesti, le strutture residenziali private accreditate sono più dell'80% di quelle complessivamente presenti presso la regione o P.A.<sup>37</sup>, a

<sup>37</sup> È però importante tenere presente come le strutture residenziali siano realtà molto più diffuse nelle regioni del Nord Italia e molto meno presenti nel Centro e nel Sud, il che esita in numeri complessivi di strutture residenziali, sia pubbliche che private, molto eterogenei tra le diverse aree del Paese.

Figura 4.9 **Inquadramento dei Servizi Sanitari Regionali analizzati: quota di offerta gestita dal privato accreditato, 2021**



Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario statistico del SSN 2023, Open data. Posti letto 2023 e ISTAT

riprova di un ruolo molto importante di questi erogatori nei sistemi di offerta sanitaria delle varie regioni.

#### **4.6 Il contributo del privato accreditato nell'erogazione dei volumi di specialistica ambulatoriale: un focus su Lombardia ed Emilia Romagna**

Il paragrafo di approfondimento intende concentrare l'attenzione sull'effettivo contributo fornito dal sistema degli erogatori privati accreditati nell'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in regime SSN. Sono dunque presentati i principali risultati di analisi svolte sui dati relativi all'attività di specialistica ambulatoriale, reperibili tramite i portali Open Data di due regioni tra le più grandi e popolate del Paese, Lombardia ed Emilia-Romagna.

L'approfondimento intende proporre e discutere le evidenze emerse in termini di volumi di prestazioni erogate dai privati accreditati, cogliendo le differenze per macro-branca e partizioni territoriali intra-regionali. I volumi, al lordo della mobilità, sono sempre suddivisi tra le seguenti macro-branche: (i) attività clinica, (ii) attività diagnostica strumentale e (iii) attività diagnostica di laboratorio.

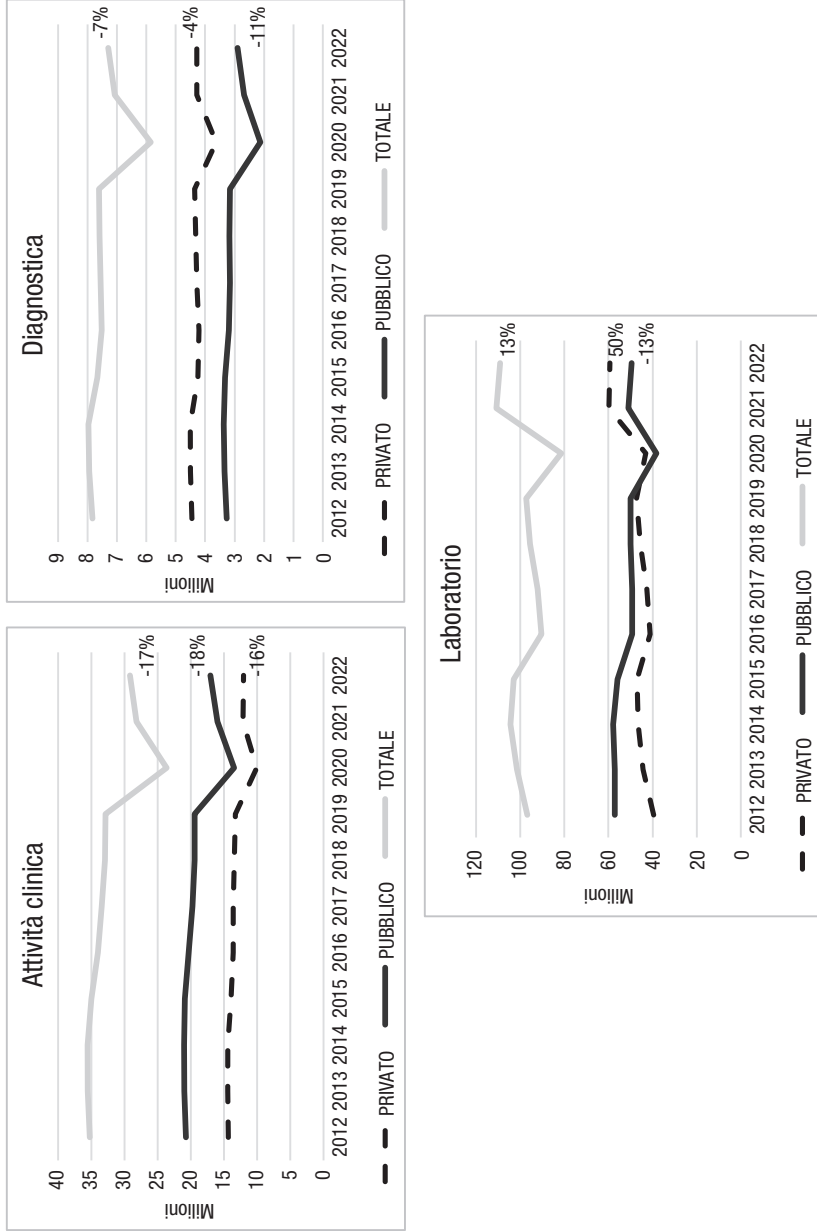
##### **4.6.1 I volumi di specialistica ambulatoriale in Lombardia**

Prendendo in considerazione l'attività clinica, nel 2022 il privato accreditato ha erogato il 41% dei 29,3 milioni di prestazioni complessivamente offerte dal SSN in Lombardia. Ciò denota un ruolo significativo del privato accreditato nel sistema di erogazione delle prestazioni ambulatoriali del SSR, ruolo che è caratterizzato da una certa stabilità nel tempo; già nel 2012, infatti, gli erogatori privati erano responsabili di quasi il 43% delle prestazioni complessive (Figura 4.10).

I volumi totali in valore assoluto di prestazioni afferenti alla branca dell'attività clinica erano allora più elevati di quelli odierni: nel 2012 erano state erogate 35 milioni di prestazioni, pertanto i volumi relativi al 2022 sono inferiori rispetto a quelli di dieci anni prima del 17% circa. A questa diminuzione ha contribuito in modo significativo l'emergenza da Covid-19, ma era già in corso un trend discendente iniziato nel biennio 2015-2016 (come si può apprezzare in Figura 4.10).

Il calo ha interessato in modo abbastanza equivalente sia il contributo degli erogatori del SSN sia quello del privato accreditato: a fronte di un calo complessivo dei volumi del 17% in dieci anni, la componente pubblica ha registrato un calo del 18%, quella privata accreditata del 16%. Dopo il picco negativo registrato nel 2020 (23,7 milioni di prestazioni, -28% rispetto all'anno prima),

Figura 4.10 Volumi di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in regime SSN, per tipologia di struttura erogatrice. Branche a confronto, Lombardia, 2012-2022



Fonte: elaborazione OASI su dati Open data Volumi Prestazioni Specialistica Ambulatoriale in Regione Lombardia 2023

i livelli pre-pandemia (quasi 33 milioni nel 2019) non sono ancora stati recuperati a distanza di 3 anni.

Se si considera invece la branca della diagnostica, gli erogatori privati accreditati forniscono il 59% dei quasi 7,4 milioni di prestazioni erogate nel 2022. In questo caso la componente privata accreditata riveste un ruolo ancora più importante, nonché consolidato nel tempo, perché stabile su questi livelli almeno dal 2012. In quest'area, nei 10 anni intercorsi tra il 2012 e il 2022, i volumi sono calati decisamente meno di quanto è accaduto all'attività clinica (Figura 4.10). Nel complesso i volumi erogati sono diminuiti del 7%, un calo che però ha pesato decisamente meno sugli erogatori privati accreditati rispetto ai pubblici (-4% vs -11% rispettivamente). Con riferimento a questi ultimi, al 2022 si è tornati molto vicini ai livelli di erogazione pre-Covid: permane uno scarto minimo del 4%.

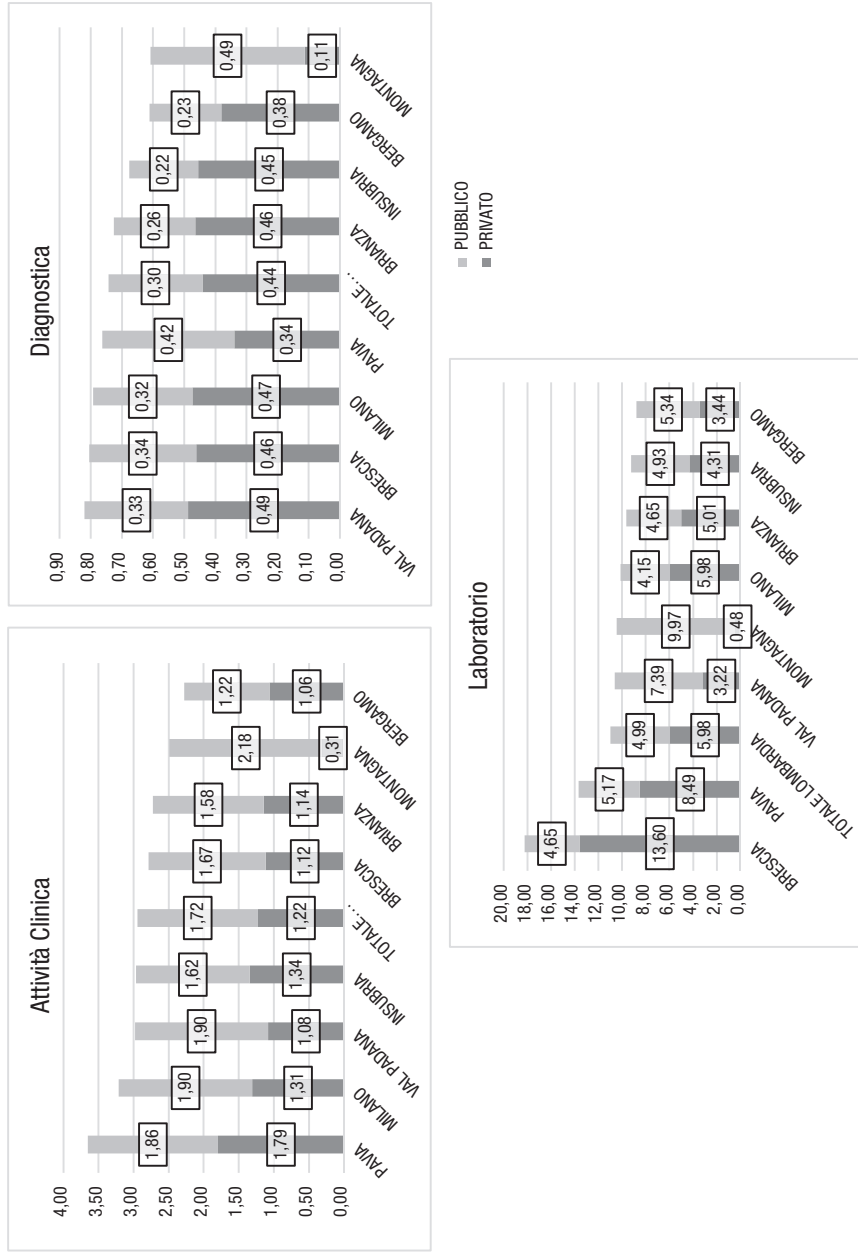
La branca nella quale, invece, si è verificato un completo recupero dei volumi già nel 2021 è quella delle prestazioni di laboratorio. Queste ultime superano i livelli di erogazione pre-pandemia, che si erano mantenuti sostanzialmente costanti rispetto ai livelli del 2012. Nella branca del laboratorio i volumi complessivi di prestazioni erogate si esprimono fisiologicamente su altri ordini di grandezza: nel 2022 si registrano 109 milioni di prestazioni di laboratorio, +12% rispetto al 2012 quando se ne erogavano 97 milioni. Allora il contributo del privato accreditato corrispondeva al 40% delle prestazioni totali; al 2022 tale contributo risulta cresciuto fino al 55%, dando evidenza di una maggiore rilevanza degli attori privati accreditati in questo campo (Figura 4.10). A riconferma di ciò è proprio la componente privata accreditata ad aver trainato il recupero dei volumi nel biennio 2021-22, con un aumento del 50% rispetto al 2012; il contributo degli erogatori pubblici, invece, ha registrato un calo del 13% nello stesso lasso di tempo.

Se prendiamo poi in considerazione le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nelle varie aree della regione, evidenziandone la parte proveniente da strutture pubbliche da un lato e la quota originata da strutture private che operano in accreditamento con il SSR dall'altro, emerge un quadro di interessante variabilità.

In primo luogo, come si può apprezzare nella Figura 4.11, è molto variabile il numero di prestazioni complessivamente erogate per abitante a seconda della zona presa in considerazione: in particolare, la più alta variabilità si registra con riferimento alle prestazioni di laboratorio (il coefficiente di variazione è del 26%, il più alto tra le tre branche). Qui si passa da un minimo di 9 prestazioni pro capite erogate nell'area dell'ATS di Bergamo a un valore doppio (18) registrato presso l'ATS di Brescia, aree peraltro confinanti; a livello regionale, il numero di prestazioni erogate per abitante è pari a 11.

Si registra una variabilità non indifferente, ma decisamente più contenuta anche nelle altre branche: in ambito di attività clinica si ha un coefficiente

Figura 4.11 **Numero di prestazioni pro capite erogate, per tipo erogatore e area geografica. Branche a confronto, Lombardia, 2022**



Fonte: elaborazione OASI su dati Open data Volumi Prestazioni Specialistica Ambulatoriale in Regione Lombardia 2023



di variazione del 14%, con valori minimi registrati di nuovo presso l'ATS di Bergamo (2 prestazioni pro capite) e valori massimi dell'ATS di Pavia, dove le prestazioni cliniche erogate per abitante sono 4; a livello regionale le prestazioni pro capite sono pari a 3. Infine, il coefficiente di variazione più basso lo si registra in ambito di diagnostica strumentale (11%), ambito nel quale, in tutta la Lombardia, si eroga in media meno di una prestazione per abitante (0,74).

Anche il contributo relativo del privato accreditato per ciascuna branca oscilla in maniera rilevante: se consideriamo le prestazioni di laboratorio, si ritrova nuovamente il coefficiente di variazione più alto (44%) e si passa da zone, come quella dell'ATS Montagna, dove il privato accreditato eroga solo il 5% delle prestazioni di laboratorio, ad aree come quella di competenza dell'ATS di Brescia, in cui il privato accreditato è responsabile per il 75% delle prestazioni di laboratorio erogate. Presentano livelli di variabilità più contenuti ma comunque significativi anche le branche della diagnostica e della clinica (entrambe con un CV del 27%): presso l'area di competenza dell'ATS Montagna si registrano le quote di privato accreditato più basse (12% per l'attività clinica e 19% per la diagnostica), mentre i valori massimi si registrano rispettivamente per l'attività clinica nell'area dell'ATS di Pavia (49%) e per l'attività diagnostica presso l'ATS dell'Insubria (67%).

#### **4.6.2 I volumi di specialistica ambulatoriale in Emilia-Romagna**

Le medesime analisi sono state sviluppate anche sui dati della regione Emilia-Romagna e restituiscono un quadro di ruoli e posizionamenti della componente privata accreditata significativamente diverso da quello emerso per la Lombardia.

In questo SSR, con riferimento all'attività clinica, nel 2022 il privato accreditato contribuisce con il 17% delle prestazioni complessivamente erogate in Emilia-Romagna, che sono 8,9 milioni. Il ruolo degli erogatori accreditati nel SSR, per quanto concerne l'attività clinica, è dunque piuttosto contenuto, seppur stabile nel tempo. Nel 2012 infatti, i volumi di prestazioni complessivamente erogate si attestavano su ordini di grandezza paragonabili a quelli del 2022 (9,2 milioni) e il contributo della componente privata accreditata era già pari al 16%.

Anche in Emilia-Romagna l'emergenza da Covid-19 ha comportato significativi rallentamenti nei numeri di prestazioni erogate, non solo nella branca della clinica, ma anche in ambito di prestazioni diagnostiche e di laboratorio, come si vedrà di seguito.

Per quanto riguarda le prestazioni cliniche, i volumi erogati nel corso del 2020 si sono rivelati inferiori del 25% rispetto ai livelli dell'anno precedente (7,5 milioni vs 10 milioni del 2019); nel 2022 il recupero dei livelli pre-Covid è

ancora in corso: le prestazioni cliniche complessivamente erogate sono il 12% in meno rispetto a quelle del 2019, delta distribuito in maniera omogenea tra componente pubblica e componente privata. Rispetto al 2012, invece, i volumi erogati sono rimasti sostanzialmente invariati: -3%, con lievi variazioni sia sul versante pubblico sia su quello privato (Figura 4.12).

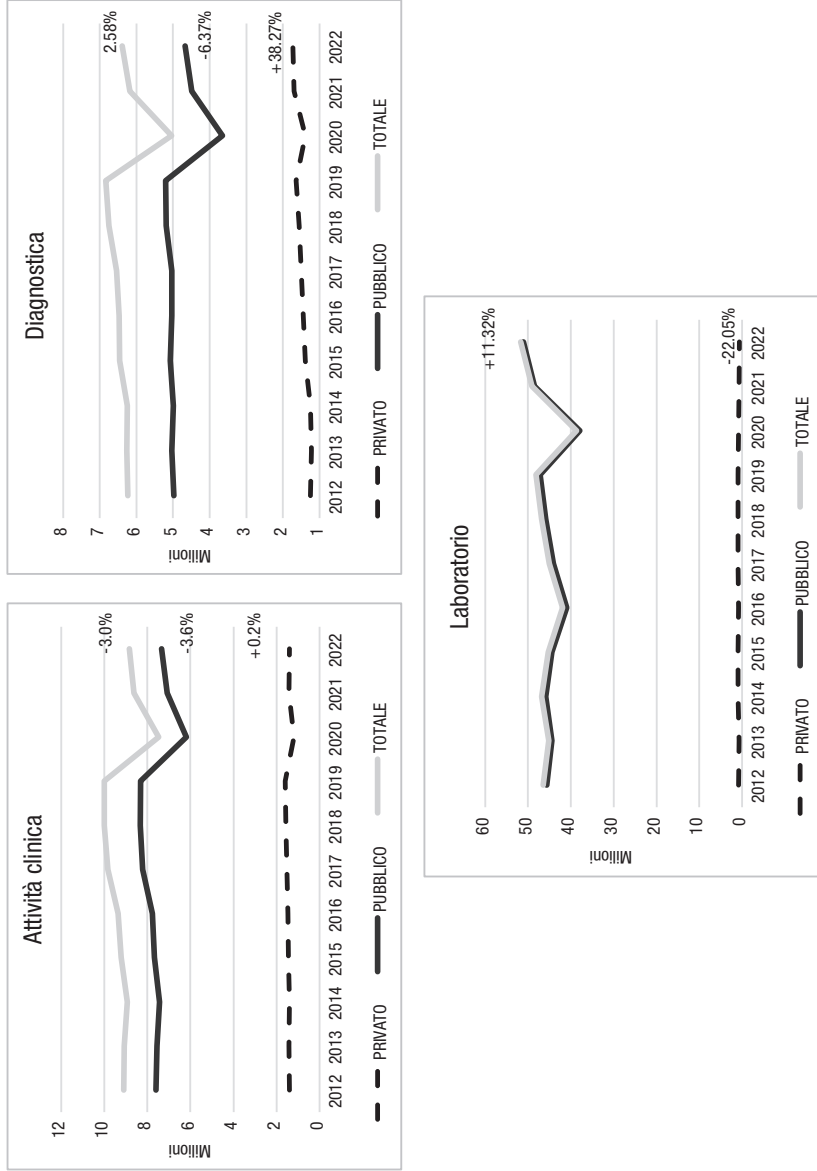
In ambito di diagnostica strumentale, si registrano volumi di prestazioni complessivamente erogate di quasi 6,4 milioni, valore non lontano da quello della Lombardia, pari a 7,4 milioni, che però ha una popolazione superiore al doppio. Il contributo degli erogatori privati convenzionati anche in Emilia-Romagna è rilevante (27%). Inoltre, il ruolo rivestito da questa componente ha esperito una crescita nel corso degli ultimi 10 anni, in quanto nel 2012 i privati accreditati erano responsabili solo del 20% dei volumi totali di diagnostica strumentale in Emilia-Romagna. È inoltre interessante notare come, negli stessi 10 anni, i volumi totali non siano calati (differentemente da quanto accaduto in Lombardia): si è verificato un leggero aumento, del 2,6%, trainato prevalentemente dalla componente privata accreditata (+38%) a fronte di una decrescita dei volumi pubblici (-6%). In ambito diagnostico, al 2022 si è tornati molto vicini ai livelli pre-Covid (permane uno scarto del 6% rispetto ai volumi del 2019); anche in questo caso il recupero è stato trainato dai privati accreditati, i quali hanno erogato più prestazioni rispetto ai livelli del 2019 (+6%).

Infine, anche nell'SSR emiliano-romagnolo la branca del laboratorio si riconferma l'unica in cui si è verificato un superamento dei livelli di erogazione pre-pandemia (+8% rispetto al 2019). In questo ambito i volumi complessivi di prestazioni erogate si esprimono naturalmente su livelli più alti rispetto alle altre due branche (quasi 52 milioni di prestazioni nel 2022). In Emilia-Romagna il contributo degli erogatori privati accreditati nella medicina di laboratorio appare di fatto marginale: 632.585 prestazioni, corrispondenti all'1,2% del totale e peraltro in diminuzione rispetto al 2012 (-22%). È pertanto possibile affermare che il recupero e superamento dei livelli pre-Covid siano completamente attribuibili all'erogazione aggiuntiva prodotta dalle strutture pubbliche (+8% rispetto al 2019); in quegli stessi anni (tra il 2019 e il 2022) il numero di prestazioni erogate dal privato accreditato è invece diminuito del 29% circa.

Da questi dati emerge quindi come in Emilia-Romagna, in ambito ambulatoriale e territoriale, la componente privata accreditata rivesta un ruolo più contenuto, con la parziale eccezione della branca della diagnostica strumentale, in cui più di un quarto delle prestazioni proviene da strutture che operano in accreditamento con il SSR, con un trend di volumi in leggera crescita.

Passando ad analizzare le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nelle varie aree del SSR, distinguendo la parte proveniente da strutture pubbliche e la quota originata da strutture private accreditate, emerge il seguente

Figura 4.12 Volumi di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in regime SSN, per tipologia di struttura erogatrice. Branche a confronto, Emilia-Romagna, 2012-2022



Fonte: elaborazione OASI su dati ReportER Attività Specialistica Ambulatoriale 2023

quadro. In primo luogo, come si può apprezzare nella Figura 4.13, il numero di prestazioni complessivamente erogate per abitante varia poco a seconda della zona presa in considerazione. La più alta variabilità si registra con riferimento alle prestazioni di laboratorio (il cui coefficiente di variazione è pari a 11%): si passa infatti da un minimo di 10 prestazioni pro capite erogate (sia da strutture pubbliche sia da strutture accreditate) nell'area dell'AUSL di Parma a un valore massimo di quasi 14 prestazioni (13,6) dell'AUSL di Piacenza. A livello regionale, il dato complessivo è di 11,6 prestazioni di laboratorio per abitante. Si registra una variabilità ancora più contenuta nelle altre branche: in ambito di attività clinica si oscilla tra 1,6 prestazioni pro capite (Imola) e 2,2 (Ferrara); il dato medio regionale è pari a 2 prestazioni cliniche pro capite. In ambito di diagnostica strumentale, infine, si passa da un minimo di 1,1 (Piacenza) a un massimo di 1,5 prestazioni per cittadino (presso le AUSL di Ferrara, Romagna, Modena e Bologna). In questo ambito il dato regionale è pari 1,4 prestazioni di diagnostica strumentale per abitante.

Per quanto riguarda il contributo relativo del privato accreditato ai volumi erogati, nell'ambito delle prestazioni di laboratorio questo rimane molto basso (1%), se non addirittura nullo presso le zone di competenza di diverse AUSL (Piacenza, Bologna, Ferrara, Modena e Imola); fa eccezione solo l'AUSL di Reggio Emilia, in cui il contributo del privato accreditato raggiunge il 3%. Più significativo in tutte le AUSL risulta il contributo degli erogatori privati accreditati in termini di diagnostica strumentale: in tutte le aree il privato accreditato contribuisce con una quota rilevante, ricompresa tra il 25% (AUSL Modena) e il 34% delle prestazioni complessive (AUSL Parma); solo Ferrara si distacca da questa tendenza (14%).

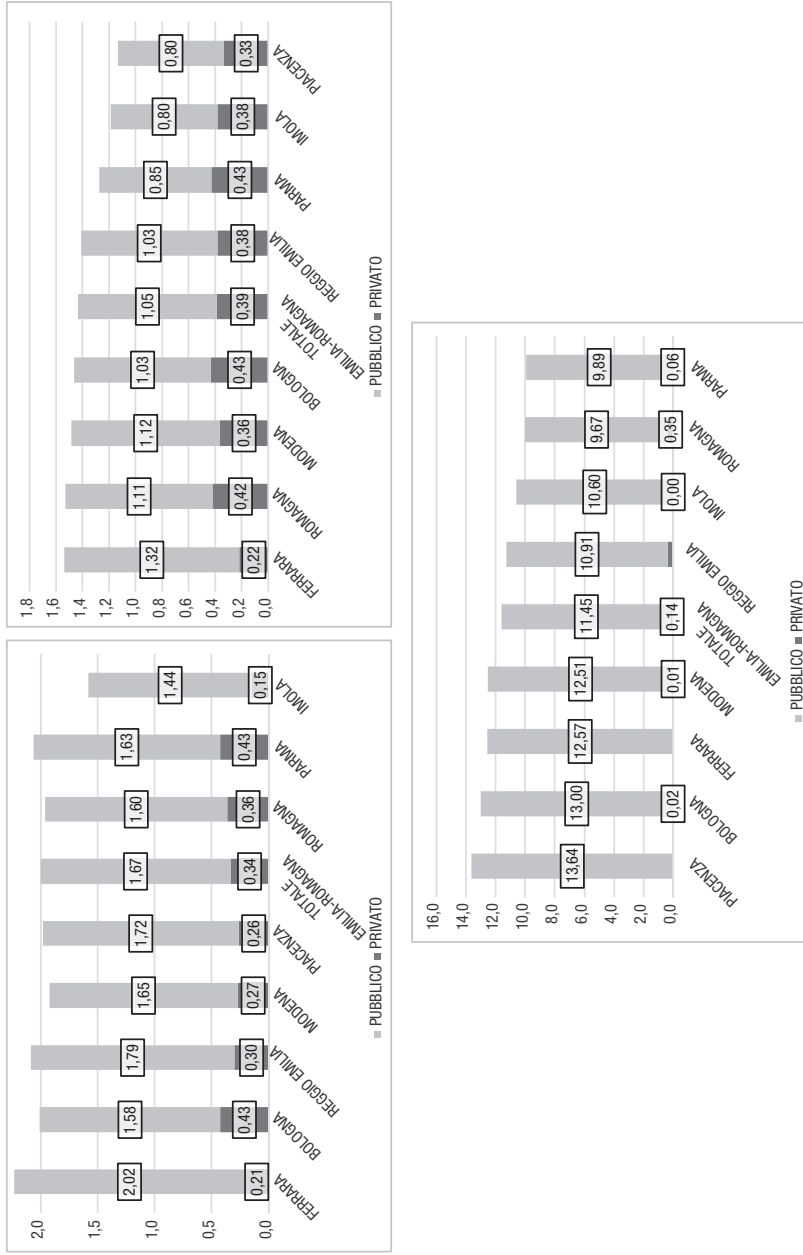
La maggiore variabilità nel contributo relativo del privato accreditato, infine, si rileva nell'ambito dell'attività clinica: qui il coefficiente di variazione si attesta sul 35%. Il peso minore lo rivestono i privati accreditati che operano presso l'AUSL Ferrara (5%), mentre il contributo più significativo si registra presso l'AUSL Romagna (16%).

## 4.7 Conclusioni

Le analisi condotte in questo capitolo consentono alcune riflessioni sul ruolo del privato accreditato nel SSN italiano, che si appresta ad affrontare i cambiamenti e le sfide di una stagione di finanza pubblica contraddistinta da una relativa scarsità di risorse correnti.

Analizzando i dati di spesa e offerta di servizi, emerge come il privato accreditato costituisca una componente rilevante del Servizio Sanitario Nazionale. Nel 2022 la spesa del SSN per assistenza erogata da soggetti privati accreditati

Figura 4.13 **Numero di prestazioni pro capite erogate, per tipo erogatore, per area geografica. Branche a confronto, Emilia-Romagna, 2022**



Fonte: elaborazione OASI su dati Open data ReportER Attività Specialistica Ambulatoriale 2023

è stata pari a 414 euro pro capite, il 17,5% del totale della spesa sanitaria pubblica, in leggero aumento rispetto all'anno precedente (400 €, 17,4%). Dopo il calo osservato nel 2020, la spesa per assistenza erogata da privati accreditati era già cresciuta in modo rilevante nel 2021 e ha continuato a crescere nel 2022, confermando il trend di ripresa rispetto al periodo pre-pandemico (+10%). Rispetto al pre-pandemia, il dato è ancora inferiore in termini relativi (17,8% nel 2019), ma superiore in valore assoluto: nel 2019 la spesa pro capite era pari a € 378. Del resto, nello stesso triennio la spesa totale SSN cresce, in termini nominali pro capite, dell'11%: da € 2.122 a € 2.362. Dunque un incremento in linea con la crescita della spesa sanitaria pubblica

Il ruolo del privato è rilevante in tutti i setting di offerta e tendenzialmente in crescita. Il capitolo riporta i principali dati di dotazione strutturale e performance del privato nel contesto del SSN.

Al 2021, rappresenta il 30% dei posti letto ospedalieri, +3 punti percentuali rispetto al 2007, con alcune specialità in cui offre la maggior parte dei PL. È il caso dei setting non acuti, sempre più rilevanti alla luce dei cambiamenti epidemiologici in corso: in quest'ambito il privato offre il 56% dei posti per lungodegenza e il 76% di quelli delle specialità riabilitative. Con riferimento all'acuzie, il ruolo del privato è rilevante soprattutto in area chirurgica: tra le principali specialità, si segnalano ortopedia (38% dei posti letto) e chirurgia generale (32%). Come molti presidi ospedalieri a gestione diretta delle ASL<sup>38</sup>, le 563 strutture private accreditate del Paese hanno in media dimensioni ridotte: 131 PL. Il 55% delle strutture ha una dotazione di posti letto inferiore ai 100 PL accreditati, il 31% ne ha tra i 100 e i 200, soltanto il 14% supera i 200 PL accreditati (Figura 4.2). Le grandi strutture sono concentrate principalmente in Lazio e Lombardia, regioni nelle quali sono localizzate oltre la metà (57%) delle 75 strutture con più di 200 posti letto. Non stupisce che in tali regioni i privati gestiscano oltre un quarto dei servizi di emergenza-urgenza del SSR, a fronte di un dato nazionale del 10%. Inoltre, consultando l'elenco pubblicato al 2023 sul sito del Ministero dell'Università e Ricerca, 20 dei 30 IRCCS privati hanno sede tra Lombardia e Lazio. Questi dati sono sufficienti a delineare la variabilità dei profili degli erogatori privati accreditati, sia tra i sistemi regionali, sia all'interno di uno stesso SSR.

Gli indicatori di processo ed esito introdotti dal DM 70/15 confermano un quadro che non si presta a facili semplificazioni. Sul piano interpretativo, non bisogna scambiare dati relativi ad alcuni singoli interventi come una valutazione dell'intera attività ospedaliera erogata nel SSN. Tuttavia, le evidenze proposte sono relative a prestazioni diffuse e socialmente rilevanti per le quali esistono, da ormai sette anni, capillari rilevazioni a livello di singola struttura.

I dati 2021 relativi a colecistectomie laparoscopiche e valvuloplastiche se-

<sup>38</sup> Cfr. cap. 2 del presente Rapporto.

gnalano standard elevati per il 92% e l'81% delle strutture private accreditate, con percentuali superiori agli ospedali pubblici (81%, 78%). Da rilevare che, per queste due prestazioni, le strutture private rappresentano il 35%-40% degli ospedali inclusi nell'analisi. Per quanto riguarda la tempestività degli interventi al femore nell'anziano, la percentuale di raggiungimento dello standard appare più contenuta, e sostanzialmente allineata, per pubblico e privato (57%, 56%). La tempestività delle angioplastiche è secondo standard nella metà delle strutture private (52%), più ridotta nelle pubbliche (39%). Infine, con riferimento al parto cesareo, il raggiungimento degli standard si attesta su percentuali molto basse nel pubblico (30%) e ancor più nel privato (15%). Per queste ultime tre prestazioni la quota di accreditati si assesta sempre tra il 15% e il 16%. I dati PNE confermano dunque l'orientamento prevalente del privato verso l'area della chirurgia elettiva, dove si registra un maggior numero di strutture eroganti e una percentuale più elevata di *compliance*. Inoltre, a livello generale, rispetto ai dati 2015, si nota un netto miglioramento dei livelli di raggiungimento degli standard per quanto riguarda tutte le prestazioni, con l'eccezione del parto cesareo. Questo dato andrebbe ovviamente valutato nel complesso della casistica SSN per comprendere se il miglioramento è generalizzato o meno. Infine, i dati confermano un rilevante divario qualitativo tra Centro-Nord e Mezzogiorno che riguarda sia le strutture pubbliche che quelle private con riferimento a colecistectomie, valvuloplastiche e parti cesarei; il divario riguarda solo il pubblico con riferimento al femore, mentre non emerge per le angioplastiche. Queste evidenze appaiono coerenti con la rilevazione per macro area clinica condotta recentemente da Agenas e AIOP (2023).

Passando al tema dell'assistenza territoriale, a livello nazionale (2021) il privato accreditato gestisce il 60% degli ambulatori e laboratori. Si tratta di quote minime, attorno al 20%, in Liguria e Piemonte, fino a oltrepassare l'80% in Campania e Sicilia. Inoltre, è privato accreditato l'84% delle strutture residenziali e il 71% di quelle semiresidenziali. Per valutare più compiutamente il ruolo rivestito dai privati in ambito territoriale, è utile analizzare i dati dei volumi di prestazioni effettivamente erogati nel decennio 2012-2022 messi a disposizione da due regioni tra le più popolate e significative del Paese, anche per la qualità dei loro modelli sanitari: Lombardia ed Emilia-Romagna.

Innanzitutto, osservando i volumi totali SSN, si registrano livelli pro capite molto simili per il laboratorio analisi (rispettivamente 11 e 11,6 prestazioni per abitante), livelli più elevati in Emilia se si considera la diagnostica (1,4 prestazioni contro 0,7), maggiori in Lombardia per la clinica (3 contro 2).

In Lombardia, il privato accreditato contribuisce in maniera fondamentale all'erogazione di prestazioni ambulatoriali. Nell'ambito della diagnostica strumentale, la quota si attesta al 59%, in quello del laboratorio al 55%, per quanto riguarda l'attività clinica al 41%. Negli anni, la percentuale del privato è cresciuta notevolmente (+15 p.p.) nell'area del laboratorio, trainando il recupero

dei volumi complessivi del SSR; prestazioni di laboratorio che, a differenza degli altri due ambiti, hanno superato sia i livelli 2012 che quelli 2019. La Lombardia, inoltre, presenta grande variabilità intra-regionale (tra ATS) in termini di incidenze della componente privata e di prestazioni erogate per abitante, soprattutto con riferimento al laboratorio analisi.

In Emilia-Romagna emerge innanzitutto un ruolo più contenuto dei privati accreditati: si passa da una quota rilevante in ambito diagnostico (27%), a una più ridotta per l'attività clinica (17%) fino alla sostanziale assenza nell'area del laboratorio. Al 2022, i volumi di prestazioni cliniche e diagnostiche hanno recuperato i livelli 2012 e 2019; nel caso della diagnostica è stato rilevante l'apporto del privato accreditato, cresciuto del 40% nel decennio. Il laboratorio, come in Lombardia, presenta volumi superiori al 2012 e al 2019, ma la crescita è da attribuire unicamente alle strutture pubbliche. A livello di differenze tra territori, inoltre, l'Emilia-Romagna presenta una maggiore uniformità del contributo privato tra le diverse aree di riferimento delle AUSL.

Nel complesso, le due regioni differiscono non tanto per i volumi complessivi di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogati, quanto per la macro-area nella quale presentano i maggiori volumi erogativi pro capite, per la rilevanza del privato nelle singole specialità, per le differenze infra-regionali non solo in termini di quota di offerta privata accreditata, ma anche per le prestazioni pro capite. Indubbiamente l'Emilia-Romagna si presenta come un sistema più omogeneo, caratterizzato da una prevalenza dell'erogazione pubblica, con la rilevante eccezione dell'ambito diagnostico, dove il contributo privato è rilevante. La Lombardia, che, per inciso, presenta una popolazione doppia, si presenta come un sistema con volumi di specialistica ambulatoriale sostanzialmente equidivisi tra pubblico e privato accreditato, con una maggiore diversificazione tra i territori.

Questo panorama, ovviamente, offre solo una prima visuale e apre a nuove domande, a cui non è stato possibile rispondere sulla base dei dati disponibili in entrambe le regioni. Se ne elencano alcune. Rispetto ai dati presentati, qual è la quota di prestazioni erogata da strutture ospedaliere, ma «per esterni»? Qual è la quota di visite specialistiche all'interno dell'attività clinica? Qual è la componente di prestazioni erogate in mobilità per ognuna delle branche considerate? Quali differenze si possono rilevare a livello intra-aziendale (o al livello di ASST lombarde)? E soprattutto, quali sono i volumi pro capite erogati in regime privato? Inoltre, sarebbe interessante riproporre queste analisi a livello nazionale, o quantomeno, in contesti regionali del Centro-Sud caratterizzati da elevata componente privata accreditata, come Lazio, Campania, Sicilia.

Allo stesso tempo, il panorama offre già spunti per interpretare il potenziale ruolo del privato in anni di rapidi cambiamenti dell'offerta territoriale, guidati dal PNRR, dal DM 77/22 e dai conseguenti atti di programmazione sanitaria regionale. Fondi per investimenti, standard organizzativi e processi di cambia-



mento che però vanno a inserirsi in contesti di offerta e di governance regionale molto differenziati (Marotta e Ricci, 2021). In questo ambito, è possibile delineare tre posizionamenti.

Il primo emerge nei territori e nelle specialità in cui il privato accreditato eroga quote molto rilevanti di attività SSN. Una soglia convenzionale potrebbe essere quella di un terzo dell'attività, ma l'analisi condotta ci restituisce il quadro di molti territori lombardi in cui il contributo privato supera il 50%. In tali realtà il soggetto pubblico (ATS o ASL) si configura come committente ancora più che come erogatore di assistenza specialistica ambulatoriale. In un'ottica di continuità di cure, appare ragionevole un coordinamento stretto tra i percorsi di presa in carico dei pazienti, spesso gestiti da soggetti pubblici, e la programmazione delle attività diagnostica e clinica, in consistente parte erogata dal privato. I meccanismi di committenza dovrebbero incentivare gli operatori privati non solo a orientare il proprio case mix coerentemente con le necessità epidemiologiche tracciate dal pubblico e a garantire elevati standard qualitativi, ma anche a integrare i meccanismi operativi. Tale integrazione dovrebbe diventare una scelta conveniente per il privato, fonte di vantaggio competitivo, magari in termini di maggiore stabilità dei contratti e di incremento dei budget assegnati. Riprendendo la tassonomia riportata da Brown e Keast (2003), ci si pone in un contesto di *collaborazione*. I due soggetti, che riconoscono una forte interdipendenza per raggiungere i rispettivi fini, lavorano assieme per innovare in profondità il sistema di risposta al bisogno, in un'ottica di lungo periodo e di co-produzione del servizio. Questa ottica di collaborazione richiede un approccio di attenzione, fiducia e valorizzazione reciproca che mal si concilia con approcci meramente dirigisti, o all'opposto, lassisti. In entrambi i casi, il committente pubblico rischia di non cogliere le effettive capacità produttive del privato e di esporsi con una programmazione irrealistica.

In territori e specialità in cui il privato eroga quote rilevanti, ma chiaramente minoritarie, di specialistica ambulatoriale (15%-30%) l'integrazione dei processi erogativi è meno fondamentale, ma risulta comunque importante l'orientamento della produzione del privato verso elevati livelli qualitativi e verso le necessità epidemiologiche del territorio: quali prestazioni erogare, in quali luoghi, a quali profili indicativi di pazienti. L'individuazione delle necessità epidemiologiche, però, può beneficiare dell'esperienza sul campo degli erogatori privati e deve tenere conto del profilo di offerta che essi rendono disponibile. Si aprono spazi per una relazione di *coordinamento* tra il privato e l'SSN, in cui l'interscambio informativo si formalizza e il relativo contenuto è utilizzato dagli attori per la pianificazione e le decisioni di medio termine che riguardano, in questo caso, la co-programmazione delle attività SSN. Il supporto del privato nel rispondere alle necessità epidemiologiche diventa un fattore di successo, almeno negli ambiti erogativi in cui il SSN finanzia la risposta a quote significative di domanda sanitaria. Anche in tali contesti, in fase di programmazione

sono da valorizzare approcci negoziali che consentano previsioni realistiche su volumi e profili di prestazioni offerte.

Infine, esistono territori e specialità in cui l'erogazione di prestazioni avviene quasi totalmente da parte delle aziende sanitarie pubbliche. Il privato ha piena libertà di posizionamento e di ricerca di un vantaggio competitivo nelle aree non coperte dal pubblico. Quest'ultimo svolge solo un ruolo di regolazione, a tutela della qualità del servizio e dei livelli di equità, che necessita comunque della disponibilità di informazioni su profili dell'attività erogata al di fuori del SSN. In quest'ottica di *cooperazione*, in cui tutti i soggetti del settore riconoscono il contributo degli altri attori per rispondere al bisogno di salute, rimangono opportuni scambi informativi tra pubblico e privato.

#### 4.8 Bibliografia e sitografia

- AGENAS e AIOP (2023), Rapporto sulla Qualità degli Outcome clinici negli Ospedali italiani.
- Bobini M., Longo F., Ricci A. (2020), «Gli erogatori privati accreditati: inquadramento e ruolo nella risposta del SSN al Covid-19», in CERGAS Bocconi (a cura di), *Rapporto Oasi 2020*, Milano, Egea, pp. 163-202.
- Brown, K., & Keast, R. (2003). Community-government engagement: Community connections through networked arrangements. *Asian Journal of Public Administration*, 25(1), pp. 107–132.
- Carbone C. (2013), *Le aziende sanitarie private accreditate: regole e posizionamento strategico*, Milano, Egea.
- Carbone C., Longo F., Ricci A. (2014), «Il posizionamento strategico degli ospedali privati accreditati: analisi delle leve competitive», in CERGAS Bocconi (a cura di), *Rapporto Oasi 2014*, Milano, Egea, pp. 437-462.
- Giudice L., Preti L., Ricci A. (2022), «Gli erogatori privati accreditati: inquadramento e ruolo potenziale nell'implementazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza», in CERGAS Bocconi (a cura di), *Rapporto Oasi 2022*, Milano, Egea, pp. 151-198.
- Marotta A., Ricci A. (2021), «Gli erogatori privati accreditati: inquadramento e ruolo potenziale nell'implementazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza», in CERGAS Bocconi (a cura di), *Rapporto Oasi 2021*, Milano, Egea, pp. 175-217.
- Ministero della Salute (2023), Annuario Statistico del SSN – anno 2021, disponibile online [https://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1\\_1.jsp?menu=notizie&id=6192](https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1_1.jsp?menu=notizie&id=6192)
- Ministero della Salute (2023), Database Posti letto per struttura ospedaliera 2021, disponibile on line <https://www.dati.salute.gov.it/>
- Ministero della Salute, Assistenza Specialistica Ambulatoriale, disponibile

online <https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4701&area=Lea&menu=distrettuale>

Regione Lombardia (2023), Portale ReportER, sezione Assistenza Specialistica Ambulatoriale, disponibile online <https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/reporter>

Regione Lombardia (2023), Volumi Prestazioni Specialistica Ambulatoriale in Regione Lombardia, disponibile online <https://www.dati.lombardia.it/dataset/Volumi-Prestazioni-Specialistica-Ambulatoriale-in-/hdbq-kes5>