



4 Gli erogatori privati accreditati: inquadramento nell'offerta SSN ed evoluzione dei risultati economici¹

di Laura Giudice, Luigi Preti e Alberto Ricci²

4.1 Introduzione, obiettivi e metodi

Gli erogatori privati accreditati³ combinano la natura istituzionale privata con la provenienza pubblica di una quota, spesso rilevante, delle risorse destinate a finanziare le prestazioni fornite ai pazienti⁴. 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). Inoltre, sono aziende contraddistinte da una rilevante complessità nella gestione dei professionisti sanitari (aziende *brain intensive*);
- ▶ in quanto aziende private, sono contraddistinte da un maggiore spazio di autonomia nelle scelte strategiche e 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'imperativi

¹ Si ringrazia Assolombarda per il sostegno incondizionato all'Osservatorio OASI, che ha permesso di aggiornare e sviluppare le analisi del presente capitolo.

² Benché il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca comune, i paragrafi 4.1, 4.4 e 4.5 sono da attribuire a Laura Giudice, il 4.2 e 4.3 a Luigi Preti e il 4.6 e 4.7 ad Alberto Ricci.

³ 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.

⁴ 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.

vo 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, la scelta della vocazione produttiva 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).

L'obiettivo dell'Osservatorio OASI, con riferimento agli erogatori privati accreditati, è innanzitutto l'inquadramento del settore in una logica di confronto intertemporale e interregionale. In tal senso, il presente capitolo aggiorna e integra i dati del capitolo 4 del Rapporto OASI 2024 (Giudice, Preti e Ricci, 2024).

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

Box 4.1 Obiettivi e fonti dell'indagine

Paragrafo	Obiettivo	Fonti e anno di riferimento
§ 4.2 Attori della sanità privata accreditata	• Rassegna delle strutture ospedaliere e territoriali private accreditate del SSN	• Classificazioni tratte da Ministero della Salute, Rapporto SDO (anno 2023) e Annuario Statistico (anno 2023)
§ 4.3 La spesa SSN per l'assistenza privata accreditata	• Analisi del contributo della spesa per prestazioni e dei servizi offerti da strutture accreditate rispetto alla spesa totale del SSN	• Ministero della Salute (anno 2024)
§ 4.4 L'offerta ospedaliera degli erogatori privati accreditati	• Analisi della rilevanza degli erogatori privati accreditati sul totale dell'offerta SSN e del loro posizionamento erogativo in ambito di offerta ospedaliera	• Data base Open Data posti letto SSN, Ministero della Salute (anno 2023) • Annuario Statistico del SSN, Ministero della Salute (anno 2023) • Ministero della Salute, Rapporto SDO (anno 2023)
§ 4.5 L'offerta distrettuale degli erogatori privati accreditati	• Analisi della rilevanza degli erogatori privati accreditati sul totale dell'offerta SSN e del loro posizionamento erogativo in ambito di offerta distrettuale	• Annuario Statistico del SSN, Ministero della Salute (anno 2023)
§ 4.6 Le dinamiche economico-finanziarie e delle fonti di ricavo dei grandi gruppi privati accreditati	• Analisi di parametri reddituali, risultati economici e ripartizione dei ricavi per regime (SSN/privato) con riferimento ai principali operatori di settore	• La sanità e i suoi maggiori operatori privati in Italia, Area Studi Mediobanca (anno 2023)



(§ 4.5). Il § 4.6 approfondisce gli indicatori economico-patrimoniali dei principali operatori del settore. I dati amministrativi a oggi disponibili fanno riferimento prevalentemente al 2023. Questi dati restituiscono dunque il quadro strutturale del sistema di erogatori privati accreditati (accreditamenti, capacità di offerta, distribuzione di servizi di pronto soccorso, ecc.). Il § 4.7, infine, raccolge le conclusioni del capitolo.

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 o territoriale.

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, il Ministero della Salute (Rapporto SDO 2023) 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 privati⁵;
- ▶ 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 2023):

- ▶ gli ambulatori e i laboratori privati accreditati, che erogano attività clinico-specialistica (visite e trattamenti terapeutici), 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.

⁵ In questa categoria sono presenti cinque 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), Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori (Milano) e Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori (Monza) sono degli IRCCS Fondazione pubblici.

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 SSN⁶. La Tabella 4.1 evidenzia la spesa regionale pro capite per le prestazioni a carico del SSN erogate da soggetti privati accreditati nel 2024, suddivisa per le varie tipologie di attività e/o setting (assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale, riabilitativa, altra assistenza), espressa al lordo della mobilità interregionale.

Nel 2024, la spesa SSN per assistenza privata accreditata registra un valore medio di € 440 per abitante, pari al 17,1% della spesa complessiva del SSN (Tabella 4.1). Quest'ultimo dato è in lieve flessione rispetto a quanto registrato sia nel 2023 (17,5%, € 427) che nel 2022 (17,5%, € 414). Rispetto al 2019 si registra una crescita della spesa nominale pro capite pari al 16,4%, inferiore alla crescita della spesa SSN pro capite complessiva (+21% rispetto al 2019). Di conseguenza, il peso relativo della componente privata accreditata sulla spesa SSN tocca nel 2024 uno dei valori più bassi (17,1%), insieme a quello del 2020 (17,0%) rispetto al dato registrato nel 2019 (allora pari al 17,8%).

Per quel che riguarda la composizione percentuale della spesa SSN gestita da erogatori accreditati nel 2024 si registra una sostanziale stabilità rispetto ai fenomeni già osservati negli anni precedenti. La spesa per «Altra assistenza accreditata», legata prevalentemente all'assistenza territoriale socio-sanitaria presso strutture residenziali, rappresenta la quota maggioritaria con il 37,1%, in ulteriore aumento rispetto al 2023 (+0,5 punti percentuali), e con un valore pari a € 163 pro capite. Continua la progressiva diminuzione della componente ospedaliera, che si riduce dal 35,7% al 35,0%, con un valore pro capite pari a € 154.

Il setting riabilitativo, stabile in termini di peso rispetto al 2023 (7,1%), si conferma essere quello che presenta la maggiore variabilità interregionale in termini di spesa per assistenza accreditata: considerando il coefficiente di variazione (CV⁷), la variabilità è pari al 65,5%. La spesa media pro capite per riabilitazione a livello nazionale è sostanzialmente stabile rispetto agli anni precedenti (€ 31 nel 2024, € 30 nel 2023, € 28 nel 2019), e si continuano ad osservare regioni in cui l'attività riabilitativa erogata in strutture private accreditate è molto esigua (P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Emilia-Romagna, Veneto e Lombardia, tutte con una spesa accreditata pro capite inferiore alla soglia di

⁶ 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.

⁷ 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.



€ 10) a fronte di altre che presentano un contributo più cospicuo da parte degli erogatori privati accreditati.

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 (€ 265), Molise (€ 226) e Lombardia (€ 222) ai valori più contenuti registrati in Liguria (€ 37) e Basilicata (appena € 4). Il valore medio nazionale è pari a € 154 con un CV pari al 57,5%. Una minore variabilità (49,3%) si registra infine sulla specialistica ambulatoriale, con valori particolarmente elevati in Campania e Molise (€ 150 e € 155 pro capite, rispettivamente).

Per quanto concerne l'incidenza della spesa SSN per assistenza privata accreditata, in linea con quanto già registrato negli anni precedenti, è presente una significativa variabilità a livello interregionale. Si passa dai massimi registrati in Lazio (24,6%), Lombardia (24,0%), Puglia (19,7%), Molise (18,8%) e Campania (18,6%), ai minimi di Valle d'Aosta (5,4%), Friuli-Venezia Giulia (9,1%), Provincia Autonoma di Bolzano (9,2%) e Umbria (9,5%). Al netto di poche eccezioni (come Veneto e Liguria), la maggior parte delle regioni mostra un'incidenza nel peso del privato accreditato sulla spesa SSN inferiore rispetto all'anno precedente. Con le sole eccezioni di Valle d'Aosta (-1,6%), Basilicata (-1,7%) e Calabria (-1,4%), la spesa per assistenza sanitaria privata accreditata in valori pro capite aumenta in tutte le regioni rispetto al 2023, in misura marginale nel caso della Lombardia (+0,4%), ma anche più consistente, come in Provincia Autonoma di Bolzano (+8,0%), Marche (+7,6%) Liguria (+7,4%), Friuli-Venezia Giulia (+7,0%) e Umbria (+6,2%), tutte regioni di piccole dimensioni in cui l'incidenza della spesa accreditata è inferiore al 12%.

In alcuni casi la crescita della spesa privata accreditata pro capite è comunque superiore a quella della spesa SSN pro capite complessiva, come ad esempio nelle Marche (+7,6% della spesa privata accreditata contro +3,7% della spesa SSN complessiva), in Liguria (+7,4% e +4,2%) e in Veneto (+5,3% e +3,7%). In altre grandi regioni, la spesa privata accreditata pro capite è cresciuta meno della spesa SSN pro capite complessiva, come nel caso di Lazio (+3,5% e +4,3%) e Lombardia (+0,4% e +3,3%).

In sintesi, la spesa per assistenza privata accreditata anche nel 2024 conferma tutte le tendenze osservate negli anni precedenti, con una progressiva diminuzione del peso sulla spesa SSN complessiva e uno spostamento progressivo dalla componente ospedaliera all'«altra assistenza accreditata» pro capite.

4.4 L'offerta ospedaliera degli erogatori privati accreditati

Il presente paragrafo analizza l'assistenza ospedaliera distinguendo due differenti ambiti: la dotazione strutturale (con due approfondimenti su dati di-



Tabella 4.1 La spesa SSN per assistenza sanitaria privata accreditata, per regione e tipologia (valori € pro capite – 2024)

Regione	Ospedaliera accreditata		Specialistica accreditata		Riabilitativa accreditata		Altra assistenza accreditata*		Totale spesa SSN per assistenza privata accreditata		Totale spesa SSN per la gestione corrente		% spesa SSN per assistenza privata accreditata su totale	
	€ pro capite	% del totale	€ pro capite	% del totale	€ pro capite	% del totale	€ pro capite	% del totale	€ pro capite	% del totale	€ pro capite	% del totale	€ pro capite	% del totale
Piemonte	113	28,9%	69	17,6%	49	12,4%	160	41,0%	390	2,545	2,545	15,3%		
Valle d'Aosta	66	37,9%	18	10,6%	22	12,4%	68	39,1%	174	3,196	3,196	5,4%		
Lombardia	222	36,8%	116	19,2%	8	1,3%	257	42,7%	603	2,512	2,512	24,0%		
P.A. di Bolzano	68	22,3%	34	11,0%	10	3,4%	194	63,4%	306	3,341	3,341	9,2%		
P.A. di Trento	133	40,1%	63	19,1%	0	0,1%	135	40,7%	331	3,102	3,102	10,7%		
Veneto	122	33,2%	84	22,9%	7	1,8%	154	42,0%	366	2,591	2,591	14,1%		
Friuli-Venezia Giulia	60	22,6%	57	21,5%	13	4,8%	135	51,1%	264	2,907	2,907	9,1%		
Liguria	37	11,7%	40	12,7%	71	22,5%	167	53,1%	314	2,784	2,784	11,3%		
Emilia-Romagna	142	36,2%	58	14,8%	0	0,1%	192	48,9%	393	2,767	2,767	14,2%		
Toscana	67	23,8%	48	17,3%	21	7,4%	144	51,5%	279	2,618	2,618	10,7%		
Umbria	49	19,1%	41	16,1%	13	5,1%	152	59,7%	255	2,670	2,670	9,5%		
Marche	78	25,4%	40	13,1%	51	16,7%	137	44,8%	306	2,512	2,512	12,2%		
Lazio	265	44,2%	112	18,7%	47	7,9%	175	29,2%	600	2,436	2,436	24,6%		
Abruzzo	110	34,0%	39	12,1%	54	16,6%	121	37,3%	324	2,564	2,564	12,6%		
Molise	226	39,4%	155	27,1%	64	11,1%	128	22,3%	572	3,051	3,051	18,8%		
Campania	164	36,3%	150	33,3%	59	13,1%	78	17,3%	450	2,426	2,426	18,6%		
Puglia	200	40,9%	89	18,2%	43	8,8%	157	32,2%	489	2,479	2,479	19,7%		
Basilicata	4	1,7%	86	33,6%	62	24,3%	103	40,5%	255	2,617	2,617	9,7%		
Calabria	93	29,7%	77	24,5%	46	14,9%	97	30,9%	313	2,501	2,501	12,5%		
Sicilia	166	35,7%	120	25,8%	42	9,0%	137	29,6%	464	2,457	2,457	18,9%		
Sardegna	78	24,1%	89	27,7%	38	11,7%	117	36,5%	322	2,760	2,760	11,7%		
ITALIA	154	35,0%	91	20,8%	31	7,1%	163	37,1%	440	2,567	2,567	17,1%		
Variazione % 2019- 2024 (ITALIA)	+7,6%	-2,9 p.p.	+14,3%	-0,4 p.p.	+11,4%	-0,3 p.p.	+28,7%	+3,6 p.p.	+16,4%	+21,0%	+21,0%	-0,7 p.p.		

* La voce "altra assistenza accreditata" include: prestazioni di psichiatria e per dipendenze patologiche, prestazioni termali, prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria destinate agli anziani e non autosufficienti, contributi e sussidi vari, rimborsi. Tra le voci più cospicue è presente la spesa per l'assistenza territoriale offerta dalle strutture socio-sanitarie private accreditate, principalmente dedicate alla non autosufficienza. Fonte: Elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, 2025



mensionali e servizi di emergenza-urgenza) e le attività condotte nel setting *inpatient* (i ricoveri).

4.4.1 Dotazione strutturale

In termini strutturali, l'analisi a livello ospedaliero si focalizza sui posti letto (PL) e sulla loro recente evoluzione⁸. Considerando la dotazione complessiva di PL disponibile nel SSN al 1° gennaio 2023⁹, l'insieme degli erogatori privati accreditati detiene il 30,6% dei posti letto totali a livello nazionale, in lieve diminuzione rispetto al 2022 (31,7%).

Tali PL sono concentrati presso le case di cura accreditate per il 66,8%. Le altre tipologie di strutture private accreditate hanno in dotazione il 33,2% dei posti letto accreditati: il 19,4% si trova presso gli IRCCS privati e gli IRCCS Fondazione privati, lo 0,5% presso l'unico policlinico universitario privato¹⁰ e lo 0,4% presso enti di ricerca; il restante 12,9% è suddiviso tra ospedali classificati (9,2%) e istituti qualificati (3,7%).

Ragionando per tipologia di attività *inpatient*, il peso del privato accreditato in termini di posti letto sul totale dei posti letto SSN risulta inferiore nell'attività per acuti (22,6% dei PL per acuti totali del SSN), di poco superiore a quello degli erogatori pubblici quando si considera l'attività di lungodegenza (57,8% dei PL) e largamente prevalente nel campo della riabilitazione (76,0% 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 (63,0%) a cui si contrappone un peso maggiore degli ospedali classificati (13,7%). Riguardo ai PL dedicati alla riabilitazione ospedaliera, invece, si distinguono sempre le case di cura (67,9% dei PL) ed insieme ad esse gli IRCCS e gli IRCCS Fondazione privati, i quali detengono il 22,6% 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%.

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

⁸ Per un approfondimento sul numero di strutture accreditate si rimanda al cap. 2 del Rapporto.

⁹ L'ultimo aggiornamento sull'Open Data del Ministero della Salute è relativo al 1° gennaio 2023.

¹⁰ Si tratta della Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico. Nei database ministeriali il Gemelli è ancora incluso come Policlinico universitario privato, nonostante abbia ottenuto dal 2018 il riconoscimento di IRCCS. Riportando fedelmente i dati ministeriali, quindi includendo il Gemelli tra i Policlinici universitari, questi ultimi raggiungono il 2,7% e gli IRCCS il 17,2%.

private accreditate (52,5%), a contesti come quelli delle regioni Umbria e Basilicata in cui meno di un posto letto su dieci (rispettivamente 9,1% e 2,1%) si trova presso erogatori privati accreditati (Figura 4.1). Adottando la medesima classificazione delle strutture private accreditate impiegata in buona parte del capitolo¹¹, 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 oltre due terzi dei posti letto accreditati (66,8%) e il 20,4% 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 26,7% dei PL privati accreditati), per via della compresenza di un ente di ricerca e un IRCCS privato, oltre che in Liguria (33,8% dei PL privati accreditati), dove è rilevante il peso degli ospedali classificati. In Lombardia, Lazio e Puglia, invece, si rileva una sostanziale equivalenza tra case di cura e altre strutture accreditate (le prime rappresentano rispettivamente il 54,1%, 51,7% e 51,1%). In Lazio ciò è dovuto alle rilevanti dotazioni strutturali di strutture universitarie e IRCCS; in Lombardia e Puglia, invece, si rileva un'elevata concentrazione di IRCCS privati e ospedali classificati.

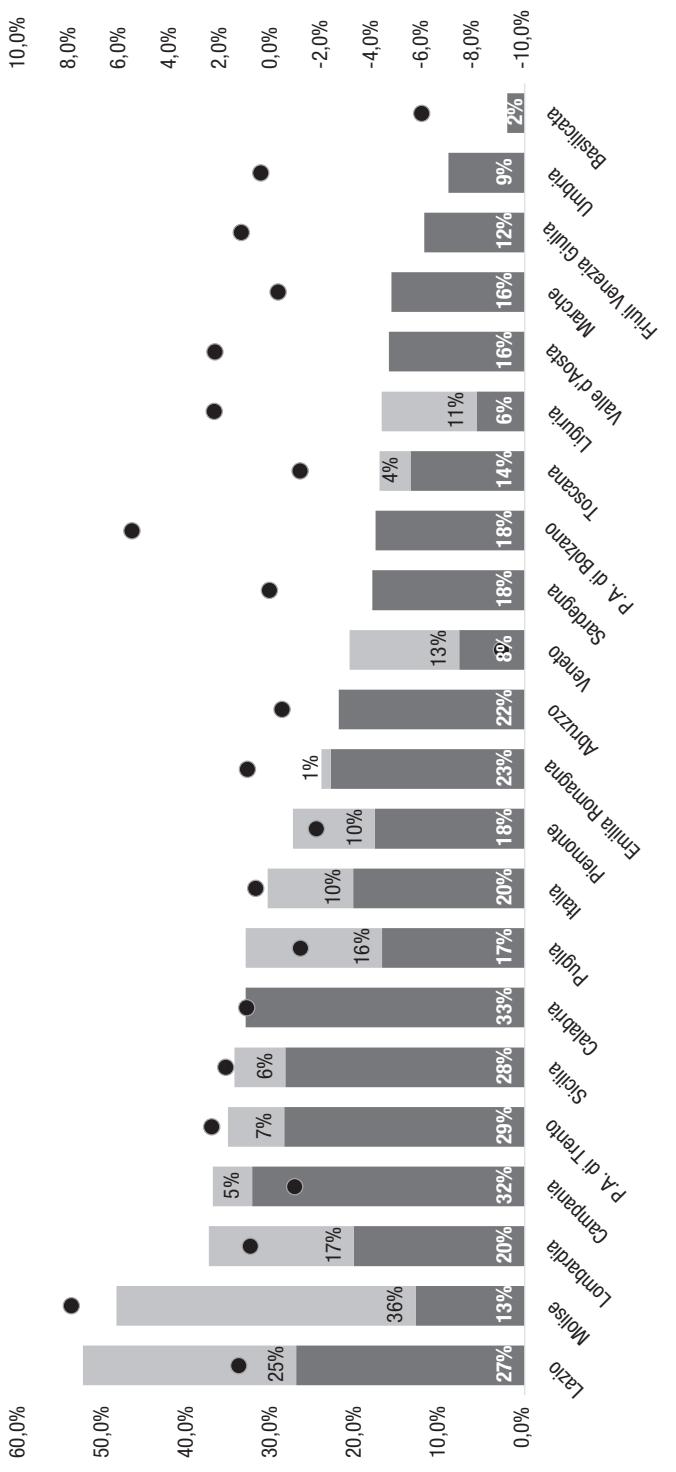
Allargando l'ambito temporale dell'analisi, tra 2015 e 2023¹² si registra una variazione lievemente positiva dell'incidenza dei PL accreditati sul totale della dotazione (+0,7 punti percentuali a livello nazionale). Nel contesto di una contrazione dell'offerta ospedaliera, sia nella componente pubblica sia in quella privata, il calo di PL privati accreditati è stato proporzionalmente, e marginalmente, meno netto nell'ultimo decennio. Si registrano aumenti significativi in Molise e P.A. di Bolzano (rispettivamente +8,0 e +5,6 punti percentuali). Tra le regioni in cui il peso strutturale degli erogatori privati accreditati risulta maggiore del dato nazionale, sia Lazio che Lombardia hanno registrato un aumento dell'incidenza pari a 1,3 e 0,9 punti percentuali, mentre la Campania ha registrato una contrazione di 0,9 punti percentuali, in continuità con quanto già osservato nelle edizioni precedenti rispetto al 2007.

Se limitiamo l'analisi dei trend regionali all'ultimo anno solare (ovvero ponendo un confronto tra gli stock di PL rilevati al 1° gennaio del 2023 rispetto al 2022), emerge il seguente quadro: soltanto due regioni, Liguria e Valle d'Aosta, mostrano una variazione positiva (rispettivamente +1,1%, + 1,3%), dodici tra regioni e province autonome mostrano una variazione negativa e le rimanenti rimangono stabili rispetto all'anno precedente. Tra gli SSR che vedono

¹¹ 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. La classificazione riprende quella dell'Annuario Statistico del SSN, che distingue le case di cura private accreditate dalle altre categorie private assimilate a ospedali pubblici.

¹² A partire da questa edizione si è scelto il 2015 come anno di confronto, in modo da tenere conto delle indicazioni di programmazione derivanti dal DM 70/2015. Per i confronti con il 2007 si rimanda alle edizioni precedenti del Rapporto.

Figura 4.1 Incidenza dei PL privati accreditati, per regione e tipo di erogatore privato accreditato, 2023 (asse sx) e variazione 2015-2023 (asse dx)



- Policlinici e IRCCS privati accreditati, Istituti qualificati, ■ Case di cura private accreditate, ■ Case di cura private accreditati (%) • Delta incidenza PL privati accreditati (%) 2015-2023

Enti di ricerca

Fonte: Elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, Open data posti letto, 2025

diminuire la propria dotazione di PL accreditati troviamo la P.A. di Bolzano (-15,2%, frutto di una marcata riduzione dei PL accreditati nelle due principali case di cura della Provincia), il Veneto (-8,7%), il Lazio (-8,1%) e la Lombardia (-5,0%).

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 115 PL accreditati, il 60,9% delle stesse ha una dotazione di posti letto inferiore ai 100 PL accreditati e il 27,4% ne ha tra i 100 e i 200. Soltanto l'11,7% delle strutture supera i 200 PL accreditati (Figura 4.2).

Le strutture medio-grandi (>200 PL) sono concentrate principalmente in Lombardia e Lazio, regioni nelle quali sono localizzate 36 delle 66 strutture con più di 200 posti letto (54,5%)¹³. Anche in queste regioni le strutture con dotazione superiore ai 200 PL non raggiungono il 30% del totale (in Lazio rappresentano il 21,3% e in Lombardia il 23,0% di tutte le strutture private accreditate del SSR).

Posizionamenti rispetto alle principali specialità

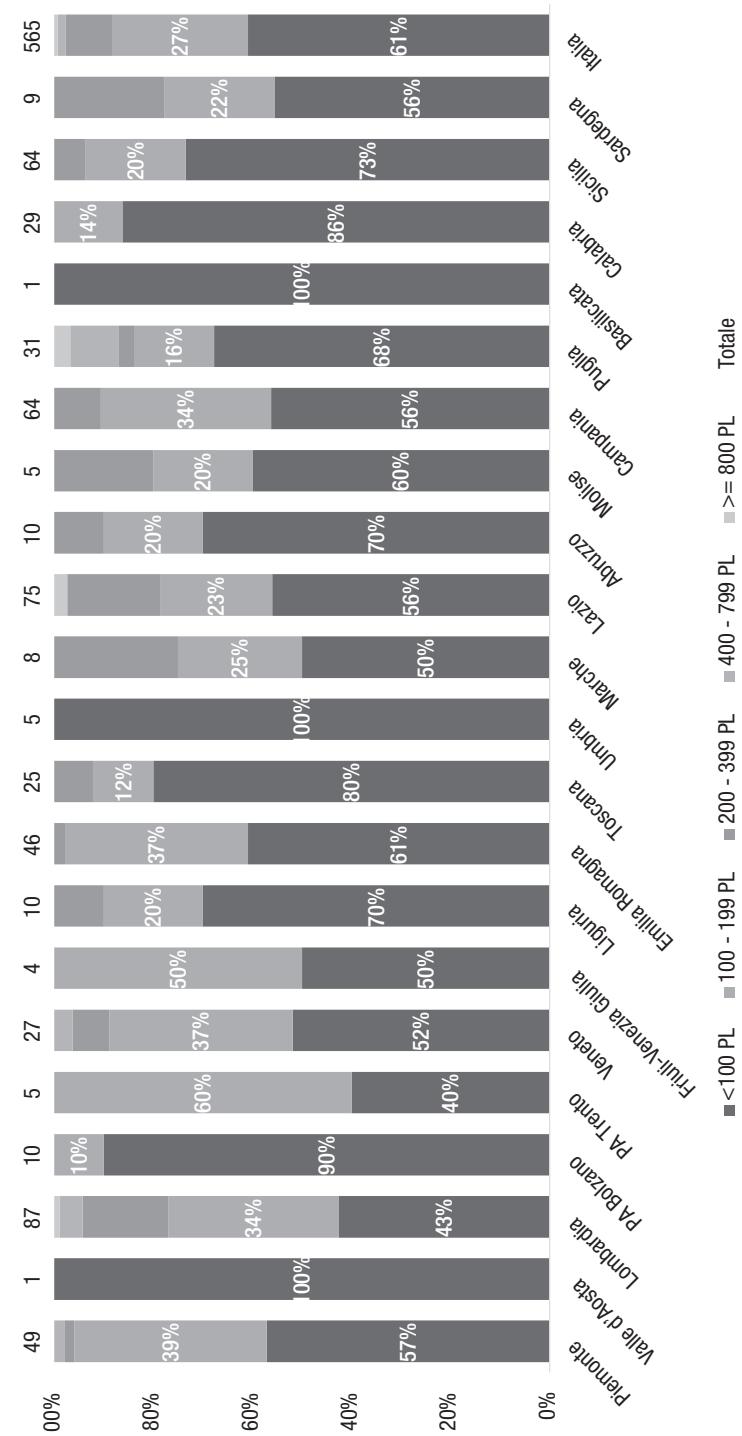
Il posizionamento del privato accreditato in un contesto regionale può essere letto anche attraverso il contributo che il sistema di erogatori privati accreditati fornisce al SSR in termini di PL per ciascuna specialità. Approfondendo le principali specialità su cui si concentra maggiormente l'attività *inpatient* del privato accreditato nelle regioni italiane più popolose¹⁴, emerge come recupero e riabilitazione (77,6%), ortopedia e traumatologia (38%) e chirurgia generale (31,1%) 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 (26,5%), ostetricia e ginecologia (19,8%) e medicina generale (19,3%).

Oltre alla marcata eterogeneità osservata a livello nazionale nel peso dei PL privati accreditati per singola specialità, 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 specialità per capacità erogativa, in ciascuna delle regioni analizzate e a livello nazionale. In Piemonte, in cui il privato accreditato ha in dote il 27,6% dei PL complessivi, la quota privata è relativamente contenuta nelle discipline per acuti, mentre è largamente

¹³ 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 2023, 20 dei 30 IRCCS privati hanno sede tra Lombardia e Lazio (Roma). A questi si aggiunge il Campus Biomedico (policlinico privato) che ha sede in Lazio.

¹⁴ Nello specifico, sono oggetto di approfondimento le regioni con una popolazione che supera i 3 milioni di abitanti.

Figura 4.2 Suddivisione percentuale degli ospedali privati accreditati per classe dimensionale, 2023



Natale: le etichette delle serie riportano i valori assoluti degli ospedali rientranti in ogni classe e il totale per territorio. Fonte: elaborazione OASI sui dati Ministero della Salute – Open data Posti letto 2025

Tabella 4.2 Incidenza percentuale del privato accreditato su PL SSN, principali specialità, 2023

	Recupero e riabilitazione	Ortopedia e traumatologia	Chirurgia generale	Cardiologia	Ostetricia e ginecologia	Medicina generale	Altro
Piemonte	88,7%	24,3%	18,7%	11,9%	4,3%	10,5%	27,6%
Lombardia	76,0%	47,1%	33,3%	42,5%	17,8%	22,6%	37,6%
Veneto	63,4%	30,9%	19,2%	6,2%	9,1%	15,6%	20,9%
Emilia Romagna	66,5%	32,5%	25,2%	13,8%	8,7%	15,2%	24,2%
Toscana	77,6%	30,0%	12,8%	17,8%	3,2%	6,2%	17,3%
Lazio	95,1%	59,1%	48,3%	35,1%	51,0%	45,7%	52,5%
Campania	85,1%	37,4%	48,1%	37,3%	48,9%	35,2%	37,1%
Puglia	79,6%	36,5%	27,8%	37,2%	24,5%	23,3%	33,2%
Sicilia	73,2%	51,7%	43,9%	31,2%	22,6%	23,7%	34,5%
Italia	77,6%	38,0%	31,1%	26,5%	19,8%	19,3%	30,6%

Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, Open data posti letto, 2025

Tabella 4.3 Incidenza percentuale delle principali specialità sul totale dei PL privati accreditati, 2023

	Recupero e riabilitazione	Ortopedia e traumatologia	Chirurgia generale	Cardiologia	Ostetricia e ginecologia	Medicina generale	Altro
Piemonte	54,6%	5,4%	4,0%	1,2%	0,8%	7,8%	26,2%
Lombardia	31,6%	10,1%	8,3%	5,4%	2,9%	9,3%	32,5%
Veneto	33,4%	12,3%	10,6%	1,1%	2,7%	12,9%	26,9%
Emilia Romagna	18,8%	13,2%	8,0%	1,8%	1,7%	11,9%	44,6%
Toscana	31,2%	17,9%	7,5%	3,2%	1,3%	7,3%	31,6%
Lazio	22,9%	8,7%	7,4%	2,4%	4,9%	13,2%	40,4%
Campania	22,4%	6,8%	16,9%	5,0%	11,2%	10,4%	27,3%
Puglia	19,6%	8,2%	7,7%	4,9%	4,9%	10,2%	44,4%
Sicilia	17,4%	12,9%	13,4%	4,6%	4,0%	7,3%	40,3%
Italia	28,1%	10,1%	9,7%	3,4%	3,9%	10,1%	34,6%

Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, Open data posti letto, 2025

preponderante in ambito riabilitativo¹⁵, l'88,7% dei PL, rispetto al già elevato dato nazionale del 77,6% (Tabella 4.2). Anche il Lazio presenta un'offerta riabilitativa pesantemente spostata verso il privato accreditato (95,1%), a fronte comunque di una discreta dotazione privata anche sulle attività per acuti (ad esempio, il 45,7% dei PL regionali in medicina generale e il 48,3% di chirurgia generale, a fronte del 19,3% e 31,1% 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).

¹⁵ Il riferimento è alla disciplina “Recupero e riabilitazione funzionale” (cod. 56).



A riprova della marcata specializzazione del privato piemontese, ad esempio, la riabilitazione rappresenta il 54,6% dei posti letto privati accreditati, contro un valore nazionale del 28,1%.

In Lombardia l'incidenza del privato accreditato è pari al 37,6% dei PL complessivi; con riferimento alle principali specialità (Tabella 4.2), si rilevano valori non difformi da quelli nazionali, con le rilevanti eccezioni di ortopedia e traumatologia e cardiologia (rispettivamente, 47,1%, + 9,1 p.p. rispetto al dato nazionale e 42,5%, +16 p.p.). In misura minore, 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 31,6% 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, 24,2%, 20,9%, 17,3%); 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 17,9% dei posti privati accreditati contro un dato nazionale del 10,1% e la quota di PL assorbiti dalla riabilitazione è pari al 31,2% (quando il dato nazionale è pari a 28,1%). In Veneto si segnala una focalizzazione sulla riabilitazione (33,4%) superiore alla media nazionale (28,1%). L'Emilia-Romagna, invece, non evidenzia particolari specializzazioni erogative (Tabella 4.3).

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'ostetricia e ginecologia (51,0%, +31,2 p.p. rispetto al dato nazionale), alla medicina generale, (45,7%, +26,3 p.p.) e alla chirurgia generale (48,3%, +17,2 p.p.). La specializzazione del privato laziale rispetto al profilo erogativo nazionale si esprime in particolar modo sull'area della medicina generale (13,2% dei PL privati accreditati, + 3,1 p.p. rispetto al dato nazionale) (Tabella 4.3).

La Campania, regione in cui il privato accreditato fornisce il 37,1% dei PL, presenta incidenze sostanzialmente maggiori o allineate rispetto al dato nazionale in tutte le discipline analizzate. Spiccano le quote del privato accreditato nella medicina generale (35,2%, + 15,9 p.p. sul dato nazionale), chirurgia generale (48,1%, +17 p.p.) e soprattutto in ostetricia e ginecologia (48,9%, +29,1 p.p.). 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 16,9% dei PL accreditati contro un valore nazionale del 9,7%, l'ostetricia e ginecologia una quota pari all'11,2%, contro un valore nazionale del 3,9%. La riabilitazione evidenzia invece incidenze inferiori rispetto al dato nazionale (22,4% contro 28,1%).

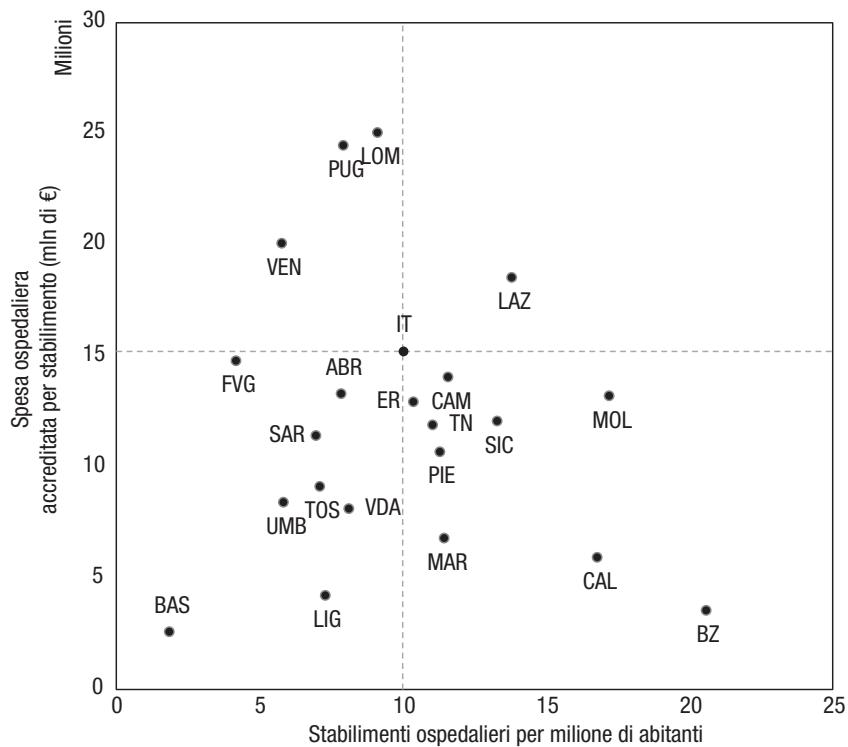
La Puglia, in cui esattamente un terzo dei PL complessivi (33,2%) sono controllati dagli erogatori privati, presenta incidenze sostanzialmente allineate al dato nazionale in tutte le discipline considerate (Tabella 4.2). Spicca la quota di privato accreditato della cardiologia, che raggiunge il 37,2% della dotazione regionale (+10,7 p.p. 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 19,6% dei posti privati accreditati (quota che, a livello nazionale, si attesta sul 28,1%).

In Sicilia, come nelle altre due grandi regioni del Mezzogiorno, la percentuale del privato accreditato è allineata a quella nazionale in tutte le specialità analizzate (Tabella 4.2). Anche in questo SSR il sistema di erogatori privati accreditati contribuisce con il 34,5% dei PL complessivi. A differenza della Puglia, il privato evidenzia quote particolarmente elevate in area chirurgica: chirurgia generale (43,9%, +12,8 punti p.p. rispetto al valore nazionale) e ortopedia (51,7%, +13,7 p.p.). In termini di specializzazione produttiva, non emergono posizionamenti netti; la chirurgia generale, la cardiologia e l'ortopedia dispongono di una quota di PL superiore al dato nazionale mentre la riabilitazione, come nel resto del Mezzogiorno, incide meno (17,4% vs 28,1% nazionale) nel mix di offerta privata accreditata (Tabella 4.3).

Infine, è interessante osservare la densità degli stabilimenti ospedalieri privati accreditati sul territorio regionale (ovvero il numero degli stessi per milione di abitanti), in relazione al livello di spesa per assistenza ospedaliera privata accreditata media, per ciascuno stabilimento. Dalla Figura 4.3. è possibile apprezzare come alcune regioni del Nord Italia, quali Lombardia e Veneto, insieme alla Puglia, si distinguano per una spesa accreditata per singola struttura molto elevata rispetto alla media nazionale, che si attesta attorno ai 15,2 milioni di euro (rispettivamente € 25,0 milioni, € 20,1 milioni e € 24,5 milioni), a fronte di una rete ospedaliera meno estesa.

Si tratta quindi di realtà caratterizzate da una maggiore concentrazione delle risorse economiche su un numero di stabilimenti per milione di abitanti inferiore rispetto alla media nazionale (pari a 10). Al contrario, regioni come Calabria, Molise e Bolzano sono caratterizzate da una situazione opposta: dispongono di numerosi stabilimenti accreditati, ben al di sopra della media nazionale (rispettivamente 16,8, 17,2 e 20,6), caratterizzati da una spesa media accreditata per struttura decisamente inferiore alla media nazionale, soprattutto nel caso di Calabria e P.A. Bolzano, segno di una significativa frammentazione del sistema di offerta dell'assistenza ospedaliera accreditata. Il Lazio è l'unica regione che presenta sia una densità di strutture che una spesa media per stabilimento al di sopra della media nazionale, a riprova di un sistema accreditato di dimensioni rilevanti, sia in termini di numerosità delle strutture che di peso economico. Alcune regioni di piccola dimensione, come Basilicata e Liguria, si trovano invece nel quadrante in basso a sinistra, essendo caratterizzate da una

Figura 4.3 Spesa ospedaliera accreditata per stabilimento ospedaliero accreditato e densità degli stabilimenti ospedalieri privati accreditati (numerosità ogni milione di abitanti), 2023



Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute (Spesa accreditata, Stabilimenti Ospedalieri), 2024.

bassa densità di stabilimenti nel proprio territorio e, al contempo, anche da una spesa accreditata media per struttura molto ridotta, sotto i 5 milioni di euro (rispettivamente € 2,6 milioni e € 4,2 milioni). Queste differenze riflettono non solo diversi modelli organizzativi e regolatori regionali, ma anche un diverso livello di integrazione e razionalizzazione dell'offerta accreditata.

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), oltre che con il sistema di emergenza territoriale.

La Tabella 4.4, che riporta la distribuzione geografica dei 612 ospedali pubblici e privati accreditati dotati di Pronto Soccorso (PS) o Dipartimento di Emergen-

Tabella 4.4 Distribuzione dei Servizi di Emergenza-Urgenza privati accreditati per tipologia e incidenza sul totale dei servizi di emergenza regionali, 2022

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	2,3%
Lombardia	14	9	5	28	68	96	29,2%
Veneto	4	2	0	6	42	48	12,5%
Liguria	1	1	0	2	13	15	13,3%
Lazio	5	7	2	14	37	51	27,5%
Campania	5	0	0	5	49	54	9,3%
Puglia	0	4	0	4	30	34	11,8%
Calabria	0	3	1	4	22	26	15,4%
Sicilia	0	2	0	2	61	63	3,2%
Italia	30	28	8	66	546	612	10,8%

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Elenco strutture della rete dell'emergenza ospedaliera 2024

za, Urgenza e Accettazione (DEA) nel 2022¹⁶, mostra che 66 di questi (10,8%) sono privati accreditati. Su 66 ospedali privati accreditati dotati di PS, circa la metà (36) dispone di un DEA, di primo (28 strutture) o secondo livello (8 strutture). Il 42,4% degli ospedali privati accreditati con servizi di emergenza è situato in Lombardia (28 strutture, pari al 29,1% degli ospedali dotati di servizi di emergenza a livello regionale); segue il Lazio (14 strutture; 27,5%). La quasi totalità dei DEA di II livello in ospedali privati accreditati si trova in queste due regioni, evidenziando una notevole integrazione con l'offerta ospedaliera complessiva; l'unica struttura che fa eccezione è situata in Calabria. Le altre regioni in cui il privato gestisce oltre il 10% dei servizi di emergenza-urgenza sono Calabria (4 strutture; 15,4%), Liguria (2; 13,3%), Veneto (6; 12,5%) e Puglia (4; 11,8%). Nelle altre regioni il ruolo del privato appare limitato, inferiore al dato nazionale del 10%. Infine, ribaltando la logica di osservazione, solo il 10,8% delle strutture private accreditate presenti sul territorio nazionale è sede di PS o DEA.

4.4.2 L'attività ospedaliera degli erogatori privati accreditati

Nel 2023 le strutture private accreditate hanno erogato il 28% dei ricoveri del SSN, quasi 2 punti percentuali in più rispetto al dato pre-Covid (+ 1,7% rispetto al 2019).

¹⁶ Il 2022 è l'ultimo anno con riferimento al quale sono disponibili questi dati.

L'incidenza dei ricoveri è di poco inferiore all'incidenza dei PL sul totale SSN (30,6%). I budget massimi di attività portano infatti a minori tassi di saturazione della capacità produttiva installata del privato accreditato, che risulta, in media nazionale, significativamente inferiore a quella pubblica, proprio perché non vi sono risorse del SSN disponibili per aumentarla. Inoltre, la focalizzazione del privato sulle attività riabilitative, corrispondenti al 11,6% delle dimissioni a fronte dell'1,2% del pubblico, si traduce in una componente di casistica caratterizzata da degenza media elevata: ciò contribuisce fisiologicamente al disallineamento sopra evidenziato.

In termini di suddivisione dei ricoveri per tipologia di struttura, nel 2023 il 16,4% delle 7.672.987 dimissioni complessive (da strutture pubbliche, private accreditate e case di cura non accreditate¹⁷) è stato effettuato da case di cura accreditate, mentre gli IRCCS, Policlinici privati, ospedali classificati e gli istituti qualificati hanno erogato una quota pari all'11,5 % dei ricoveri totali.

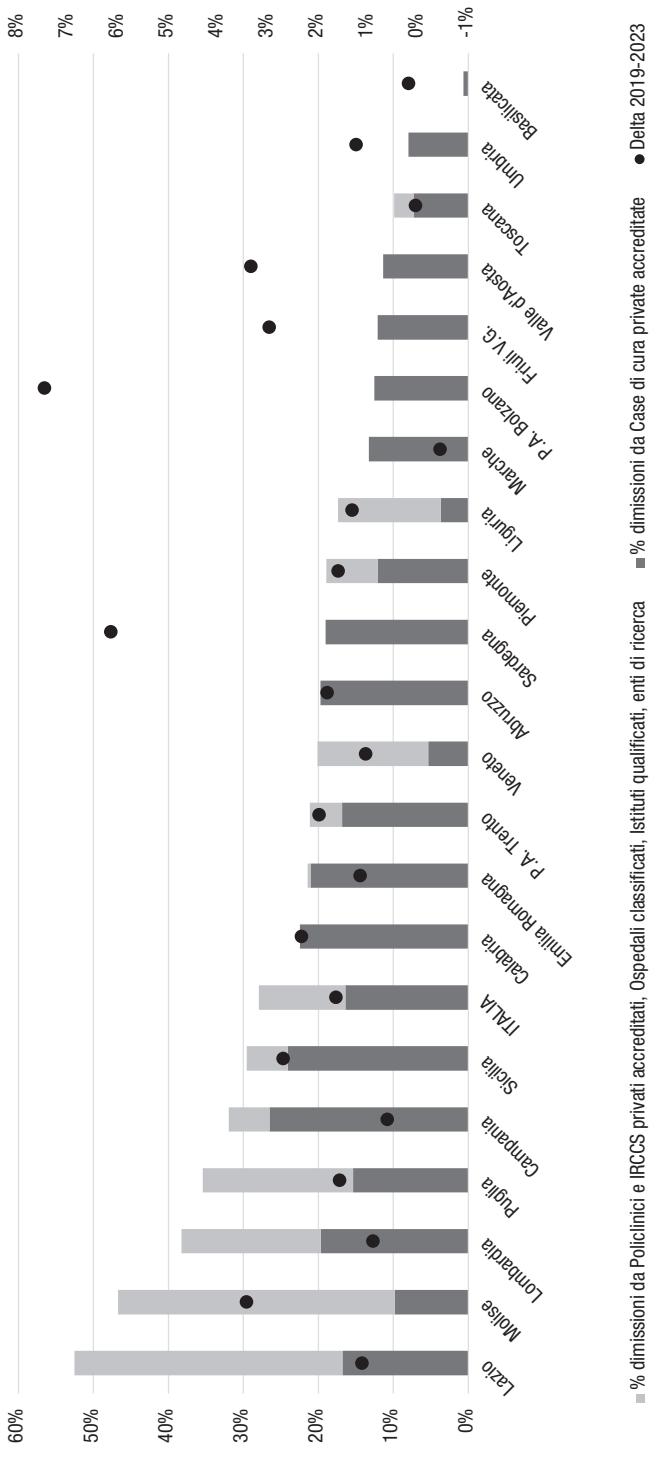
Anche per quanto riguarda i ricoveri si rilevano forti differenze a livello regionale. Il Lazio è l'unica regione in cui l'attività ospedaliera è equamente distribuita tra pubblico e privato accreditato (52,5% dei ricoveri erogati dal privato accreditato). Lombardia, Campania, Puglia, Molise e Sicilia presentano un dato superiore alla media nazionale: in tre di questi SSR il peso degli erogatori accreditati, in termini di volumi di attività, è pari o superiore a un terzo del totale (fanno eccezione Campania e Sicilia con, rispettivamente, 31,9% e 29,5%). Come evidenziato dalla Figura 4.4, tutte le altre regioni si trovano al di sotto della media nazionale e sono due le realtà in cui la quota del privato accreditato è inferiore al 10% del totale regionale (Umbria e Basilicata). La Provincia Autonoma di Bolzano, il Friuli-Venezia Giulia e la Valle D'Aosta, che erano caratterizzate da un contributo degli erogatori privati accreditati in termini di ricoveri erogati inferiore al 10% prima dell'emergenza Covid, nel 2023 si attestano, rispettivamente, su valori pari a 12,5%, 12,1% e 11,3%.

Relativamente al contributo di ciascuna categoria di erogatori privati accreditati, la Figura 4.4 conferma quanto evidenziato in termini di posti letto (Figura 4.1), con le case di cura a erogare la maggior parte dei ricoveri privati accreditati in diversi SSR e la presenza di alcune eccezioni di rilievo (Lazio, Puglia, Veneto, Liguria e Molise). Le case di cura registrano il peso percentuale massimo in Campania (26,5% dei ricoveri regionali), mentre per Policlinici, IRCCS privati, ospedali classificati e istituti qualificati il valore più elevato è quello del Molise (36,9% dei ricoveri del SSR).

L'incidenza dei ricoveri accreditati sul totale del SSN varia notevolmente a seconda della tipologia di attività considerata (acuti, riabilitazione, lungo-

¹⁷ Le dimissioni da Case di Cura private non accreditate, nel 2023, sono state pari allo 0,8% delle dimissioni complessive (7.672.987).

Figura 4.4 Distribuzione delle dimissioni per regione e tipo istituto – Attività per Acuti (regime ordinario e diurno), di Riabilitazione (regime ordinario e diurno) e di Lungodegenza - Anno 2023



Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, Rapporto SD0, 2025

degenza). L'attività per acuti (98,2% dei ricoveri totali SSN) è principalmente presidiata dal pubblico che ne produce il 73,7%, mentre gli erogatori privati accreditati garantiscono il 26,3% dei ricoveri acuti, con un peso leggermente difforme tra regime ordinario e diurno (rispettivamente pari a 24,6% e 28,0% dei ricoveri totali nei due regimi). Nelle restanti classi di attività di ricovero, invece, il privato assume un ruolo centrale: garantisce il 56,9% dei ricoveri per lungodegenza e il 79% dei ricoveri per riabilitazione.

Un tradizionale indicatore di analisi dell'attività ospedaliera è la degenza media, che consente di operare una valutazione sull'efficienza operativa¹⁸. Gli standard ospedalieri del D.M. 70/2015 indicano una soglia di riferimento per la degenza media dei ricoveri ordinari per acuti pari a 7 giorni, anche se, per considerare compiutamente l'efficienza operativa di una struttura o di un insieme di strutture, è necessario valutare la complessità della sua casistica. La degenza media dell'attività per acuti in regime ordinario, a livello nazionale, si è attestata nel 2023 su 7,1 giorni. La Tabella 4.5 mostra il confronto della degenza media per tipo di attività in regime ordinario e tipo di struttura. Mediamente, le strutture private si caratterizzano per una degenza media inferiore a quelle pubbliche nel segmento degli acuti (5,7 rispetto a 7,9 giorni) e per la riabilitazione (25,3 rispetto a 30,1 giorni), mentre per la lungodegenza presentano una degenza media superiore (30,3 rispetto a 20,4), che correla con il modello di finanziamento a giornata di degenza.

Negli acuti, tutte le tipologie di strutture pubbliche presentano una degenza media superiore alle 7 giornate, con valore massimo registrato nelle Aziende Ospedaliere pari a 8,2 giornate¹⁹; al contrario, gli istituti accreditati mostrano degenze medie inferiori alle 7 giornate, con un valore minimo presso le case di cura pari a 4,9 giornate. Nell'ambito della riabilitazione, i valori più alti si rilevano presso i policlinici universitari, tra le strutture pubbliche, e gli ospedali classificati (rispettivamente 39,8 e 31,1); i valori più bassi si registrano presso gli enti di ricerca (13,8). Per quanto concerne la lungodegenza, il valore massimo si registra presso gli IRCCS privati e i valori minimi presso le aziende ospedaliere pubbliche.

¹⁸ Una maggiore appropriatezza degli ambiti di cura e della durata della degenza ospedaliera, oltre che strumento per recuperare efficienza operativa, può tradursi in un beneficio per il paziente, aumentando la coerenza e la rispondenza dell'offerta ai bisogni del malato e incrementando quindi anche l'efficacia della prestazione. D'altra parte, degenze medie troppo ridotte potrebbero segnalare trattamenti clinici non adeguati (per esempio, dimissioni precoci).

¹⁹ A partire dal 2016, il Rapporto SDO del Ministero della Salute ha rivisto la classificazione delle strutture: a seguito del riordino del SSR lombardo (LR 23/2015), le Aziende Ospedaliere sono state sostituite dalle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), la cui attività viene adesso ricompresa tra gli ospedali a gestione diretta.

Tabella 4.5 Degenza media per tipo di attività e struttura erogatrice (2023)

Tipo istituto	Acuti (regime ordinario)	Riabilitazione (regime ordinario)	Lungodegenza
	degenza media	degenza media	degenza media
Aziende ospedaliere	8,2	28,6	19,7
Ospedali a gestione diretta	7,6	26,6	21,1
Policlinici universitari pubblici	8,0	39,8	21,2
IRCCS pubblici e fondazioni pubbliche	7,7	25,5	19,4
ISTITUTI PUBBLICI	7,9	30,1	20,4
Policlinici universitari priv. accr.	6,3	23,7	NA
IRCCS privati e fondazioni private	5,8	29,7	36,0
Ospedali classificati	6,1	31,1	22,0
Case di cura private accreditate	4,9	25,0	29,9
Istituti qualificati presidio USL	5,1	28,3	33,4
Enti di ricerca	6,0	13,8	NA
ISTITUTI PRIVATI ACCREDITATI	5,7	25,3	30,3
TOTALE	7,1	26,4	25,9

Fonte: Elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, Rapporto SDO, 2025

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. 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, consulti familiari, centri distrettuali)²⁰.

La Tabella 4.6 presenta la distribuzione delle strutture territoriali nelle diverse regioni italiane riportando, per ciascuna categoria, il totale per l'anno 2023 e l'incidenza delle strutture private accreditate nel 2019 e nel 2023. Questa fotografia, di prima approssimazione, offerta dagli unici dati messi a disposizione, presenta alcuni caveat interpretativi: si basa infatti sul numero di strutture, senza considerarne né la casistica né la complessità dei casi trattati; inoltre potrebbero altresì emergere variazioni tra le regioni in merito alle modalità di acquisizione dei dati. L'attività territoriale risulta prevalentemente

²⁰ Per maggiori approfondimenti relativi ai distretti e alle strutture impegnate nell'erogazione di prestazioni territoriali si veda il capitolo 2 del presente Rapporto.

Tabella 4.6 Presenza di strutture territoriali e peso degli erogatori privati accreditati, per regione (2019-2023)

Regioni	Ambulatori e Laboratori		Strutture residenziali			Strutture semiresidenziali			Altri tipi di strutture territoriali			Totale strutture territoriali			
	Totali strutture	% Ambulatori e Laboratori privati accreditati	Totali strutture	% Strutture residenziali private accreditate	Totali strutture	% strutture semiresidenziali private accreditate	Totali strutture	% altre strutture private accreditate	Totali strutture	% strutture private accreditate	Totali strutture	% totale strutture territoriali private accreditate			
	2023	2019	2023	2019	2023	2019	2023	2019	2023	2019	2023	2019			
Piemonte	384	22%	21%	1,323	89%	94%	237	80%	81%	445	6%	19%	2,389	63%	67%
Valle D'Aosta	9	75%	67%	21	95%	86%	4	100%	100%	32	4%	6%	66	50%	45%
Lombardia	624	61%	64%	1,513	88%	90%	725	83%	84%	666	18%	19%	3,528	68%	71%
PA Bolzano	56	43%	55%	107	89%	90%	9	40%	44%	127	27%	18%	299	55%	52%
PA Trento	54	57%	59%	108	81%	82%	49	85%	86%	40	18%	18%	251	66%	68%
Veneto	441	50%	46%	884	88%	88%	521	74%	76%	579	25%	24%	2,425	64%	62%
Friuli Venezia Giulia	124	40%	35%	193	63%	60%	86	58%	49%	116	5%	10%	519	45%	41%
Liguria	298	19%	21%	332	88%	89%	61	69%	67%	257	5%	3%	948	46%	43%
Emilia Romagna	420	37%	47%	939	87%	90%	522	89%	90%	934	6%	4%	2,815	58%	55%
Toscana	710	35%	35%	596	71%	72%	234	47%	50%	457	6%	7%	1,997	40%	41%
Umbria	161	26%	24%	191	66%	66%	100	30%	31%	135	4%	1%	587	35%	34%
Marche	176	66%	66%	311	69%	72%	85	59%	65%	161	6%	4%	733	54%	55%
Lazio	783	71%	71%	306	79%	79%	91	17%	24%	443	7%	6%	1,623	52%	52%
Abruzzo	151	49%	43%	99	72%	70%	16	19%	19%	145	2%	4%	411	36%	35%
Molise	46	75%	78%	24	91%	88%	16	100%	100%	24	5%	4%	110	69%	67%
Campania	1,485	84%	83%	191	58%	66%	112	23%	39%	559	36%	31%	2,347	69%	67%
Puglia	799	63%	55%	487	94%	94%	207	92%	94%	580	7%	24%	2,073	63%	59%
Basilicata	125	37%	37%	46	68%	67%	9	27%	22%	69	15%	17%	249	39%	37%
Calabria	440	59%	58%	148	86%	82%	17	44%	53%	157	9%	12%	762	52%	53%
Sicilia	1,483	80%	77%	199	62%	62%	66	16%	20%	627	14%	13%	2,375	61%	57%
Sardegna	352	57%	60%	96	86%	85%	25	67%	72%	207	7%	4%	680	47%	47%
ITALIA	9,121	60%	60%	8,114	83%	85%	3,192	71%	73%	6,760	13%	14%	27,187	58%	57%

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario statistico del SSN, 2025

mente da erogatori privati accreditati²¹, che hanno trovato spazi di sviluppo a fronte di una rete di offerta pubblica relativamente poco sviluppata, con l'eccezione di alcune regioni. Il contributo del privato accreditato, in termini strutturali, nel 2023 si attesta sul 57,4%, dato leggermente superiore rispetto a quello del 2022 (56,8%).

Il peso del privato risulta solo leggermente inferiore a quello del periodo pre-Covid: nel 2019 era pari al 58,2% (-0,7 punti percentuali). Il numero complessivo di strutture private accreditate, in quattro anni, è aumentato di 901 unità, a fronte però di un aumento più consistente delle strutture pubbliche (+994 unità). Rispetto al 2022, invece, lo stock di strutture territoriali private accreditate è cresciuto di 186 unità, pari all'1,2%.

Tra 2019 e 2023, 8 regioni sono state interessate da una crescita nel peso, in termini strutturali, del privato accreditato in ambito distrettuale, con Piemonte e Lombardia che presentano gli scarti più significativi (rispettivamente, +4,2 p.p. e +2,6 p.p.). Le altre regioni, invece, hanno registrato cali: le diminuzioni più significative rispetto al 2019 si sono verificate in Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano e Sicilia, tutte nell'ordine dei 4 punti percentuali (rispettivamente -4,5 p.p., -4,0 p.p., -3,9 p.p.).

Prendendo poi in considerazione le diverse categorie di strutture 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 (59,7% vs 40,3%); il dato è in leggera crescita rispetto al 2022 (59,1%) e quindi ormai quasi allineato al dato 2019 (60,3%). La variabilità interregionale risulta sostenuta, con una forte dispersione intorno al dato medio. Le regioni evidenziano un'amplissima variabilità sia in termini di numerosità di strutture, sia in quanto a incidenza del privato accreditato (Figura 4.5). I valori massimi del contributo del privato accreditato sono raggiunti in: Campania (82,8% dei 1485 ambulatori e laboratori complessivamente presenti, 26,5 ogni 100.000 abitanti); Molise, regione in cui ne sono complessivamente ubicate 46 (15,8 strutture ogni 100.000 abitanti) e il 78,3% è di natura privata accreditata; Sicilia, dove sono complessivamente presenti 1.483 tra laboratori e ambulatori sia pubblici che privati (30,8 strutture ogni 100.000 abitanti, il 77,1% delle quali sono private accreditate). Le quote minori, invece, si registrano al Centro-Nord e, in particolare, in: Liguria dove il privato accreditato rappresenta il 20,8% di 298 ambulatori e laboratori totali (che si traducono in 19,7 ambulatori e laboratori ogni 100.000 abitanti); Piemonte, in cui il 21,4% dei 384 ambulatori e laboratori sono privati accreditati, per un totale di 9 strutture ogni 100.000 abitanti.

²¹ 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.

abitanti; e in Umbria, dove il 23,6% di 161 ambulatori e laboratori totali (18,8 strutture ogni 100.000 ab.) sono privati accreditati.

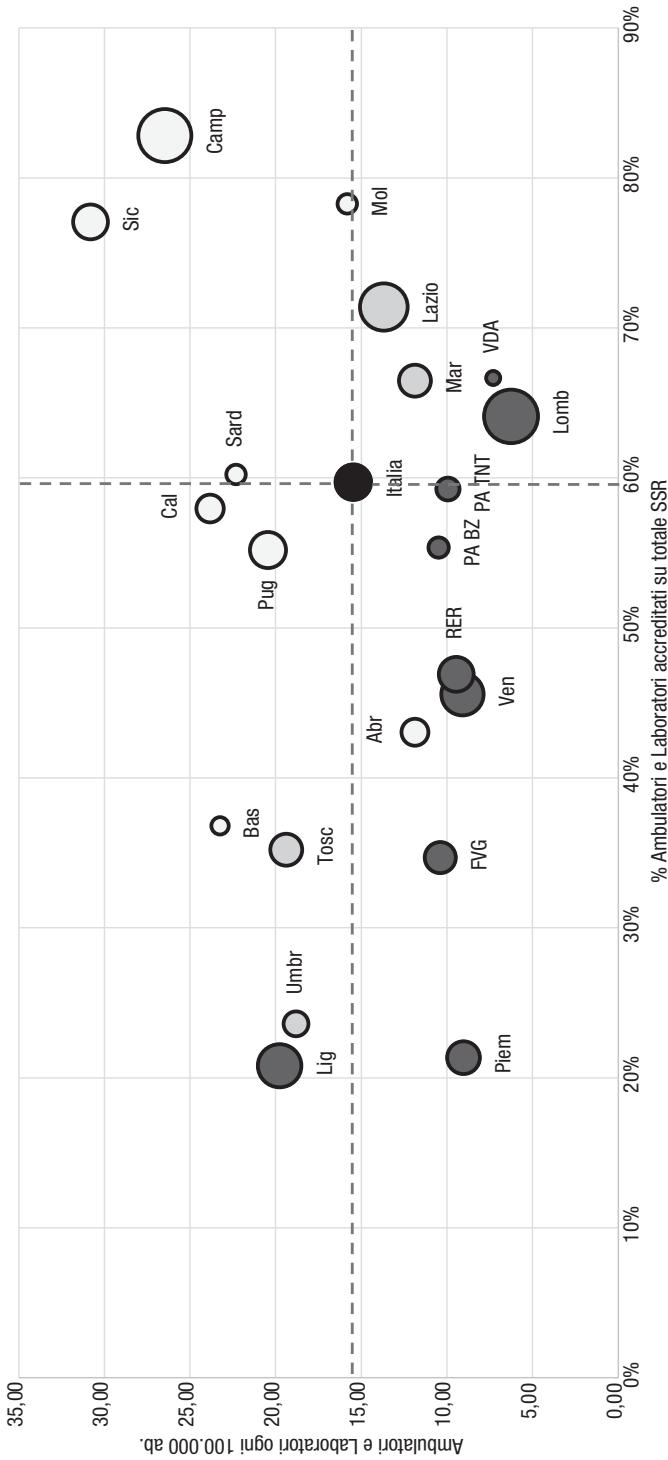
- ▶ con riferimento alle strutture «Residenziali» e «Semiresidenziali», il privato accreditato, nel periodo di tempo osservato (2019-2023), registra una cresciuta di 1,8 punti percentuali in entrambi i segmenti, a riconferma del suo ruolo predominante a livello strutturale: rappresenta rispettivamente l'85,1% delle strutture residenziali e il 72,8% di quelle semiresidenziali. Nel confronto interregionale sono soprattutto le regioni del Nord Italia a presentare le percentuali più elevate di strutture private accreditate (81,3% delle strutture semiresidenziali, 89,4% delle residenziali), 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 44,3% e al 63,8%. Fanno eccezione Molise, Puglia che, per entrambe le tipologie, presentano dati superiori o in linea con la 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 ci sono 7 strutture semiresidenziali ogni 100.000 abitanti in Lombardia e quasi 11 in Veneto, in Sicilia e Sardegna il valore scende a circa 1 struttura semiresidenziale ogni 100.000 ab. (rispettivamente 1,4 e 1,6), mentre in Calabria il dato è di 0,9 strutture ogni 100.000 ab.
- ▶ per quanto riguarda le «Altre strutture territoriali», 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 2023 presenta una quota pari al 13,9% del totale delle strutture²² (nel 2019 il dato era pari al 13%).

Prendendo in esame non solo la natura istituzionale (pubblica o privata accreditata) di ambulatori e laboratori, ma anche la loro collocazione fisica (presso strutture territoriali o ospedaliere), nel complesso sono le strutture territoriali a rappresentare la quota preponderante in ambito di assistenza distrettuale, ma con una netta prevalenza del privato accreditato rispetto al pubblico. Gli ambulatori e laboratori territoriali privati accreditati sono, in quasi tutte le regioni, la componente più estesa (in media, sul territorio italiano, sono 8,4 ogni 100.000 abitanti sul territorio italiano).

La componente territoriale pubblica, invece, seppur presente in tutte le regioni, risulta generalmente più contenuta (in media, a livello nazionale, sono

²² Il contributo risulta limitato ad eccezione di qualche contesto territoriale: la Campania presenta una percentuale pari al 31%, mentre in Puglia e Veneto tali strutture si attestano sul 24%.

Figura 4.5 Incidenza percentuale degli ambulatori e laboratori privati accreditati sul totale dei SSR e numerosità degli ambulatori e laboratori totali (pubblici e privati accreditati) per 100.000 abitanti, 2023



Nota: la grandezza e il colore dei pallini indicano rispettivamente la densità abitativa in abitanti per km² della regione e la macro-area geografica di riferimento.

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario statistico del SSN, 2025 e ISTAT.

4,4 strutture ogni 100.000 abitanti). Il suo peso relativo è maggiore in alcune regioni del Nord, come Veneto, Emilia-Romagna, e Friuli-Venezia Giulia, dove la rete di strutture ambulatoriali e laboratoriali pubbliche territoriali mantiene una funzione significativa e integrata dal privato accreditato in modo complementare²³. Al contrario, nel Sud e, in particolare in Sicilia, Campania, Calabria e Puglia, la presenza di ambulatori e laboratori pubblici territoriali è ben più limitata e il sistema si affida in larga misura a una rete privata estesa e capillare, prevalentemente territoriale²⁴.

Con riferimento alla componente di ambulatori e laboratori ospedalieri, la situazione appare più bilanciata, ma si esprime su volumi complessivamente inferiori (a livello nazionale, ci sono 1,9 ambulatori e laboratori ospedalieri ogni 100.000 abitanti se si considerano quelli pubblici, e 0,8 se si considerano quelli privati accreditati). Gli ambulatori e laboratori ospedalieri pubblici rappresentano una quota stabile e omogenea tra le regioni, indice di una dotazione minima di servizi specialistici interni agli ospedali pubblici, mentre gli ambulatori ospedalieri privati accreditati costituiscono una componente residuale, che si mantiene su livelli modesti in tutti i contesti. Ciò suggerisce che la funzione ambulatoriale in ambito ospedaliero rimane presidiata prevalentemente dal pubblico e che il contributo del privato accreditato si concentra invece maggiormente sulle strutture di erogazione territoriale, al di fuori delle strutture ospedaliere.

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 attività²⁵:

- ▶ 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 appropriate tecniche strumentali;
- ▶ le analisi di laboratorio.

²³ In Veneto, Emilia-Romagna e Friuli-Venezia Giulia la componente territoriale privata accreditata conta, rispettivamente, 3,7, 3,5, e 3,1 ambulatori e laboratori privati territoriali ogni 100.000 abitanti.

²⁴ In Sicilia, Campania, Calabria e Puglia la presenza di ambulatori e laboratori privati territoriali raggiunge, rispettivamente, la quota di 23, 21, 13 e 11 strutture ogni 100.000 ab.

²⁵ 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 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.

Tabella 4.7 Confronto ambulatori e laboratori pubblici e privati accreditati per tipo di assistenza erogata e macro-area geografica (2023, %)

	Pubblico			Privato		
	Clinica	Diagnostica	Laboratorio	Clinica	Diagnostica	Laboratorio
Nord	91%	40%	40%	79%	54%	27%
Centro	87%	30%	23%	56%	41%	44%
Sud	87%	37%	29%	45%	23%	47%
ITALIA	88%	36%	32%	54%	32%	42%

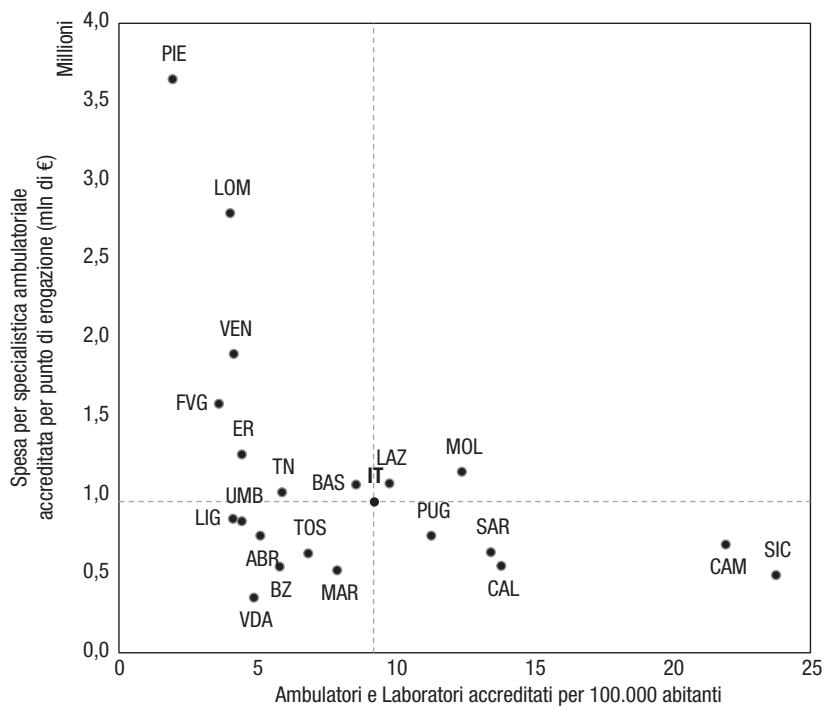
Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN, 2025

La Tabella 4.7 riporta il confronto tra strutture pubbliche e private accreditate in termini di specializzazione per tipo di assistenza. Emerge un posizionamento altamente differenziato.

L'88% 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 (54%) 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 56% e 45%). Le strutture pubbliche offrono più frequentemente anche prestazioni di diagnostica strumentale rispetto a quelle accreditate (36% contro 32%), mentre l'erogazione di indagini di laboratorio è mediamente più frequente tra le strutture private accreditate (42% contro il 32% 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 accreditati si concentrano esclusivamente su un solo tipo di assistenza (poco meno del 25% 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 54% delle strutture accreditate se ne occupa, a fronte del 40% di quelle pubbliche). Al Sud, invece, la quota 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 l'87% delle strutture pubbliche per l'attività clinica; 23% vs 37% per la diagnostica strumentale); emerge, invece, una maggiore focalizzazione sull'attività di laboratorio (il 47% delle strutture private se ne occupa, mentre sul fronte pubblico solo il 29% delle strutture).

Infine, la Figura 4.6 propone un'ulteriore fotografia analitica, che mette a confronto il numero di ambulatori e laboratori accreditati ogni 100.000 abitan-

Figura 4.6 Spesa per specialistica ambulatoriale accreditata per punto di erogazione (ambulatorio o laboratorio) privato accreditato, 2023



Fonte: elaborazione OASI su dati Annuario Statistico Ministero della Salute (Ambulatori e Laboratori) 2025, Ministero della Salute (Spesa accreditata) 2024.

ti (sull'asse orizzontale) e la spesa per la specialistica ambulatoriale accreditata media per punto di erogazione, espressa in milioni di euro (sull'asse verticale).

Da questa fotografia emerge un chiaro divario territoriale: le regioni del Nord, come Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna e P.A. di Trento, si collocano nel quadrante superiore di sinistra. Presentano infatti una spesa media per punto erogativo (ambulatorio o laboratorio) più elevata della media nazionale (poco meno di € 1 milione) e, al contempo, una rete di strutture meno densa rispetto al dato medio nazionale (88,8 strutture ogni 100.000 abitanti). Ciò suggerisce un modello di offerta più concentrato, probabilmente caratterizzato da strutture di maggiori dimensioni o dotate di una maggiore capacità produttiva. Al contrario, quasi tutte le regioni del Sud presentano spese medie per struttura più basse del dato nazionale e alcune, in particolare Sicilia, Campania, Calabria e Sardegna, sono caratterizzate anche da una densità di ambulatori e laboratori accreditati molto elevata, ben al di sopra della media nazionale (rispettivamente, 23,7, 21,9, 13,8 e 13,4 ambulatori e laboratori privati accreditati ogni 100.000 abitanti).

Si tratta di una rete di ambulatori e laboratori privati accreditati con un assetto più frammentato, dove le strutture sono numerose ma spesso di piccola scala. Le regioni del Centro (Toscana, Marche, Umbria e Lazio) tendono a collocarsi in una posizione intermedia, con valori complessivamente vicini ai livelli nazionali.

4.6 Le dinamiche economico-finanziarie e delle fonti di ricavo dei grandi gruppi privati-accreditati

Nel periodo 2019-2023 il settore sanitario ha registrato profonde discontinuità in termini, ad esempio, di case mix delle prestazioni²⁶, di entità e composizione delle risorse necessarie per le attività²⁷, di oscillazioni nelle quote di regime privato sul totale della spesa sanitaria²⁸. È quindi rilevante prendere in esame i dati economici che permettono di inquadrare l'impatto di tali dinamiche di contesto e di settore sul gruppo degli operatori privati accreditati. A tale scopo, il paragrafo analizzerà i dati economico-finanziari²⁹ e alcuni indici di bilancio d'esercizio dei 34 gruppi sanitari privati accreditati operanti in Italia con ricavi superiori ai 100 milioni di euro. Si tratta di operatori i cui ricavi aggregati nell'anno 2023 ammontano complessivamente a 12 – miliardi di euro. Il valore rappresenta un quinto della dimensione economica complessiva del settore «privato», se si considera che l'insieme dei servizi sanitari erogati da soggetti privati potrebbe essere stimato in 58 miliardi di euro sommando, da un lato, i 26 miliardi di valore delle prestazioni erogate in regime di accreditamento (cfr. par. 4.3) e, dall'altro, i 32 miliardi di euro di spesa in regime di finanziamento privato per servizi sanitari ospedalieri e territoriali (che includono anche quelli dentistici, pari a 9,5 miliardi di euro). Il campione considerato rappresenta quindi un ammontare significativo del valore totale stimato dei ricavi relativi ai servizi sanitari erogati dai privati, inclusi i singoli professionisti³⁰.

Dopo aver inquadrato l'andamento 2019-23 dei principali parametri reddituali relativamente all'aggregato dell'intero campione di grandi operatori di settore, verrà approfondito il tema della ripartizione dei ricavi tra regime SSN e regime privato con riferimento all'anno 2023. Tale secondo approfondimento scenderà a livello di dettaglio di singolo gruppo, con riferimento alle 16 realtà che hanno reso disponibile la ripartizione dei ricavi per regime di finanziamento.

²⁶ Cfr. cap. 2 del presente Rapporto.

²⁷ Cfr. cap. 3 del presente Rapporto.

²⁸ Cfr. cap. 6 del presente Rapporto.

²⁹ La fonte dei dati è il report “I maggiori operatori privati della sanità in Italia”, a cura dell'Area Studi Mediobanca, pubblicato a luglio 2025 con dati 2023.

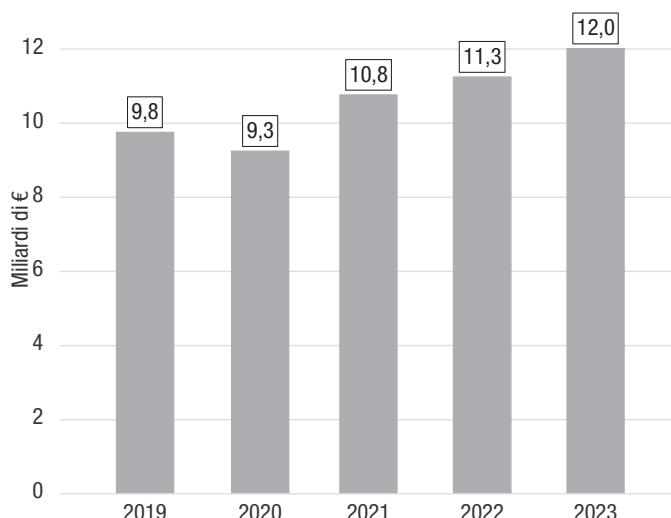
³⁰ Includendo i servizi dentistici l'incidenza del campione è pari al 19%, escludendoli al 22%.

4.6.1 Le dinamiche aggregate delle componenti economiche e degli indici di redditività

I grafici seguenti riportano, relativamente all'aggregato del campione, l'andamento dei ricavi (o fatturato netto) e tre fra le principali misure di redditività: il margine operativo netto (MON)³¹, il margine operativo lordo (MOL)³² e il reddito netto di pertinenza degli azionisti (RN)³³, tutti espressi in percentuale rispetto ai ricavi.

L'andamento dei ricavi (Figura 4.7), rispetto all'esercizio 2019, evidenzia una flessione nel 2020 (-5%), seguita da una ripresa nel 2021-23: nel quinquennio l'aumento del fatturato netto è pari a 2,3 miliardi di euro (+23%). Le dinamiche dei ricavi non sono sovrapponibili a quelle delle misure di redditività. Anche MON, MOL e RN registrano un calo nel 2020 e una ripresa nel 2021, ma nel 2022 si osserva una nuova flessione, per poi recuperare nel 2023, con valori vicini ai livelli 2021 per quanto riguarda MOL e MON, mentre il RN torna in territorio positivo, seppur molto contenuto (0,3%) (Figura 4.8). È importante

Figura 4.7 **Andamento dei ricavi, aggregato dei principali gruppi sanitari (>100 mln €), 2019-2023 (mld €)**



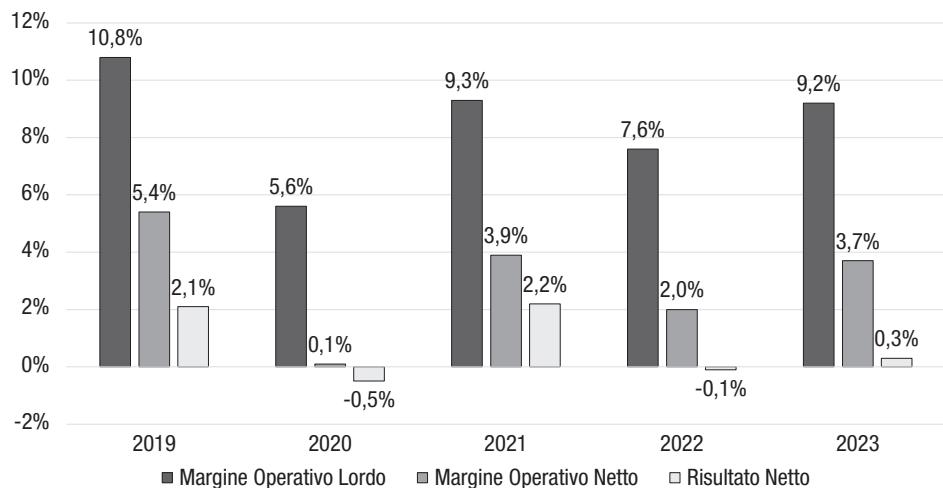
Fonte: elaborazione OASI su dati Area Studi Mediobanca (2025)

³¹ Il MON è ottenibile sottraendo ai ricavi operativi sia i costi operativi, inclusi gli ammortamenti. Non sono invece prese in considerazione le componenti di reddito finanziarie, straordinarie o tributarie.

³² Il MOL è ottenibile sottraendo ai ricavi operativi i costi operativi, senza includere interessi, imposte, svalutazioni e ammortamenti.

³³Indice assimilabile alla redditività delle vendite.

Figura 4.8 Andamento di MON e RN in percentuale sui ricavi, aggregato dei principali gruppi sanitari (>100 mln €), 2019-2023



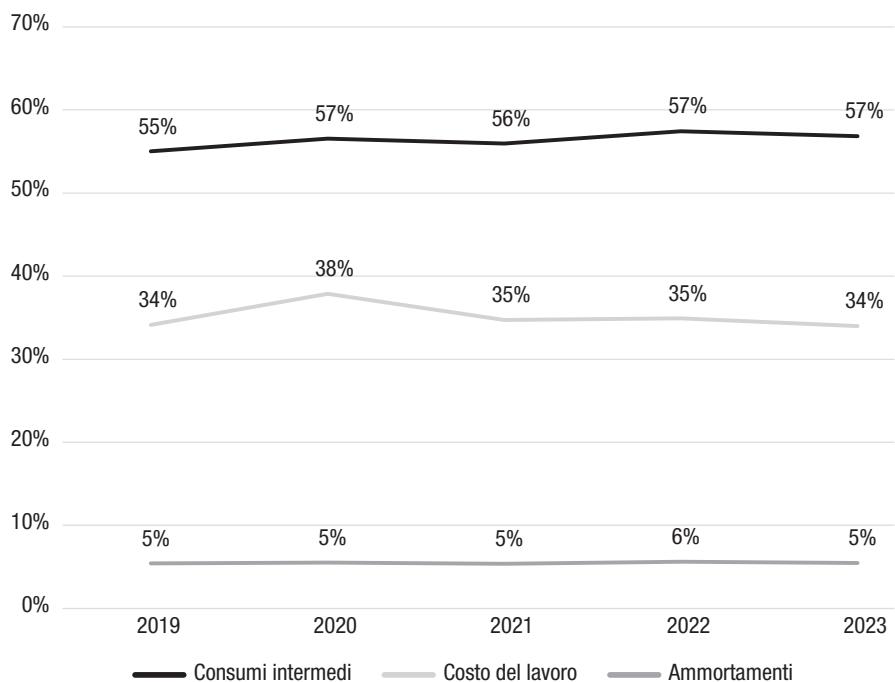
Fonte: elaborazione OASI su dati Area Studi Mediobanca (2025).

sottolineare come l'andamento in termini di redditività sia significativamente influenzato dall'andamento degli operatori di maggiori dimensioni. Basti pensare i due principali operatori censiti (i gruppi Humanitas e Papiniano – Gruppo San Donato) rappresentano da soli oltre il 25% del volume d'affari complessivamente censito.

Per approfondire le potenziali cause di tali andamenti, è utile analizzare l'andamento delle principali macro-classi di costo della gestione caratteristica, riportate dalla Figura seguente (4.9).

La Figura 4.9 rivela un andamento differente delle diverse macro-classi di costi operativi della gestione caratteristica: i consumi intermedi, che includono le utenze e che già nel 2019 assorbivano il 55% dei ricavi, hanno sperimentato una crescita sia nel 2020 che nel 2022, per poi restare stabili nel 2023. Tale aggregato anche nell'ultimo anno disponibile rappresenta il 57% del fatturato netto. Il personale, che al 2019 rappresentava il 34% dei ricavi, ha registrato una crescita nel 2020 fino al 38%, per poi scendere fino al 34% nel 2023. Infine, gli ammortamenti risultano abbastanza costanti, sul 5%. Nel complesso, al 2023, le principali classi di costo della gestione caratteristica complessivamente considerate equivalgono al 96% dei ricavi. Ad essa vanno aggiunti i contributi fisiologicamente negativi sia della gestione finanziaria che della gestione straordinaria, i quali conducono l'aggregato del risultato netto in territorio solo leggermente positivo. Nel complesso, dunque, anche il risultato economico rilevabile nel 2023 appare principalmente collegato all'aumento e stabilizzazione dei costi per consumi, a sua volta riconducibile alle dinamiche inflattive. Ciò risulta coerente con quanto

Figura 4.9 Andamento delle principali macro-classi di costo della gestione caratteristica in percentuale sui ricavi, aggregato dei principali gruppi sanitari (>100 mln €), 2019-2023



Fonte: elaborazione OASI su dati Area Studi Mediobanca (2025).

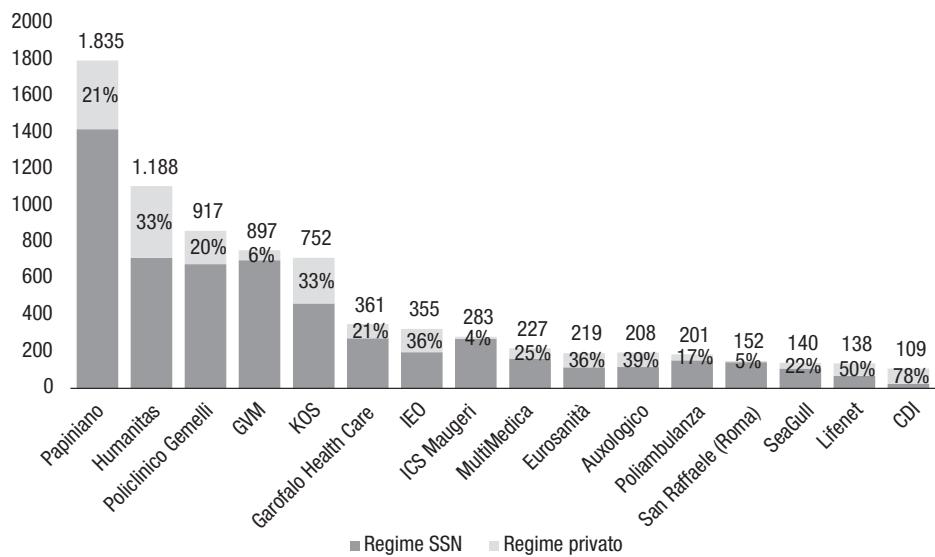
osservato anche nelle aziende sanitarie pubbliche e nei sistemi regionali³⁴. Un elemento interpretativo importante offerto dal report che fotografa questi andamenti (Mediobanca, 2025) è la diversificazione delle marginalità e dei risultati economici aggregati a seconda dell'attività prevalente svolta. I gruppi che prevalentemente offrono diagnostica medica registrano un MON dell'11% rispetto al fatturato netto e un RN dell'8,6%; seguono l'ambito socio-assistenziale (MON 6,4%, RN 3%) e quello ospedaliero (MON 2,6%, RN 1,1%); infine, i gruppi focalizzati sulla riabilitazione appaiono come maggiormente in difficoltà (MON 1,3%, RN -1,3%). Da segnalare una lieve convergenza tra i quattro cluster: gli attori focalizzati sulla diagnostica vedono ridursi leggermente marginalità e redditività rispetto al 2022, mentre gli altri tre ambiti registrano dei lievi aumenti.

La successiva Figura 4.10 riporta l'entità dei ricavi sanitari³⁵ dei singoli grup-

³⁴ Cfr. cap. 3 del presente Rapporto.

³⁵ Sono esclusi ricavi da attività industriali o derivanti da servizi di tipo non sanitario (es. alberghi).

Figura 4.10 Principali gruppi sanitari privati: entità dei ricavi sanitari (mln €) e suddivisione percentuale per regime, 2023



Fonte: elaborazione OASI su dati Area Studi Mediobanca (2025).

pi privati³⁶ nel 2023, insieme alla relativa suddivisione percentuale per regime di attività, vale a dire per fonte di ricavo (pubblica-SSN o privata). In termini di entità dei ricavi, primeggia il Gruppo Papiniano (1,8 mld €, di cui il 21% da regime privato) seguito da Humanitas (1,2 mld €, di cui il 33% da privato). Tra i primi 5 si registrano anche la Fondazione Policlinico Gemelli IRCCS (917 mln €, 20%), il Gruppo Villa Maria (897 mln €, 6% da privato) e il gruppo KOS (752 mln €, 33%). A seguire altri undici gruppi con ricavi sanitari compresi tra i 109 e i 361 milioni di euro.

4.7 Conclusioni

Le analisi condotte in questo capitolo consentono alcune riflessioni sul ruolo del privato accreditato nel SSN italiano.

Analizzando i dati di spesa e offerta di servizi, emerge come il privato accreditato costituisca una componente rilevante del SSN. Nel 2024 la spesa del SSN per assistenza erogata da soggetti privati accreditati è stata pari a 440 euro pro capite, il 17,1% del totale della spesa sanitaria pubblica, in leggero aumen-

³⁶ Il dato è reperibile per 16 gruppi, tra cui 7 dei primi 10 per fatturato in ordine decrescente di ricavi.

to rispetto all'anno precedente in termini assoluti (427 € nel 2023) ma in calo se osserviamo l'incidenza sulla spesa SSN (17,5%). Dopo il calo osservato nel 2020, la spesa per assistenza erogata da privati accreditati era già cresciuta in modo rilevante nel 2021-23 e ha continuato a crescere nel 2024, confermando il trend di ripresa rispetto al periodo pre-pandemico (+16,4%) ma a tassi inferiori rispetto alla spesa SSN complessiva (21%). Per interpretare questi valori è però necessario aggiungere tre ulteriori dati relativi al confronto tra 2019 e 2024. Il primo è l'incremento della domanda potenziale di servizi, con l'aumento di circa 700 mila residenti over 65 (Istat, 2024) pur in un contesto di popolazione in calo (-800 mila). Il secondo è l'inflazione cumulata, pari al 17% se consideriamo i prezzi al consumo, in grado quindi di erodere significativamente la cresciuta reale della spesa sanitaria. Il terzo elemento è la composizione interna della crescita della spesa per servizi privati accreditati. La quota che cresce maggiormente (+28,3%) è quella dell'assistenza socio-sanitaria accreditata, comprensiva delle quote sanitarie delle strutture residenziali e delle tariffe per le attività semi-residenziali e domiciliari. Nel 2024 la componente socio-assistenziale (163 euro pro-capite, pari al 37,1% della spesa per servizi privati accreditati) si conferma di entità superiore a quella ospedaliera (€154, 35%), che nel periodo 2019-23 è cresciuta in maniera molto più ridotta (+7,6%). Questo sorpasso, e in generale la diversità nel tasso di crescita dei due segmenti, è paradigmatico: riflette, da un lato, l'aumento marcato dei bisogni, sicuramente molto intenso nell'area socio-sanitaria, e dall'altro, la permanenza di forti vincoli alla crescita dell'offerta accreditata, tuttora vigenti nell'area ospedaliera e della specialistica ambulatoriale, al netto delle politiche per il recupero delle liste d'attesa e degli allentamenti molto graduali previsti dall'anno 2024.

Il ruolo del privato si conferma rilevante in tutti i setting di offerta e tendenzialmente stabile o in moderata crescita, con velocità che variano molto a seconda del segmento di servizio. Il capitolo riporta i principali dati di dotazione strutturale e attività del privato nel contesto del SSN.

Al 2023, il privato accreditato rappresenta il 30,6% dei posti letto ospedalieri, evidenziando un'incidenza sostanzialmente invariata rispetto al 2015. In alcune specialità, il privato accreditato offre la maggior parte dei PL. È il caso dei setting non acuti, sempre più rilevanti alla luce dei cambiamenti epidemiologici in corso, e in particolar della riabilitazione funzionale, dove la quota è del 77,6% dei PL. Con riferimento all'acuzie, il ruolo del privato è rilevante soprattutto in area chirurgica: tra le principali specialità, si segnalano ortopedia (38,0% dei PL) e chirurgia generale (31,1%); in area medica, è rilevante l'appporto in cardiologia (26,5%). Come molti presidi ospedalieri a gestione diretta delle ASL, le 565 strutture private accreditate del Paese hanno in media dimensioni ridotte: 115 PL. Il 60,9% delle strutture ha una dotazione di posti letto inferiore ai 100 PL accreditati, il 27,4% ne ha tra i 100 e i 200, soltanto l' 11,7% supera i 200 PL accreditati. Le grandi strutture sono concentrate principalmente in

Lazio e Lombardia, regioni nelle quali sono localizzate oltre la metà (54,5%) delle 66 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 aggiornato al 2023 disponibile sul sito del Ministero dell'Università e della Ricerca, 20 dei 30 IRCCS privati hanno sede tra Lombardia e Lazio. In Lombardia, Lazio, Veneto e Puglia la spesa SSN media per stabilimento, che potrebbe rappresentare una proxy del budget medio del singolo stabilimento, è superiore a 25 milioni, a fronte di valori altoatesini e lucani che non raggiungono i 5 milioni. 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.

I dati di dotazione possono essere letti assieme a quelli di attività: le strutture private accreditate hanno erogato il 28% dei ricoveri del SSN, quasi 2 punti percentuali in più rispetto al 2019. L'incidenza dei ricoveri inferiore di alcuni punti rispetto all'incidenza sui PL (30,6%) può essere ricondotta sia ai budget massimi di attività che riducono il tasso di saturazione della capacità erogativa installata, sia alla focalizzazione sulle attività riabilitative, corrispondenti a quasi il 12% delle dimissioni del privato accreditato, e caratterizzate da degenza media fisiologicamente elevata.

Passando al tema dell'assistenza territoriale, a livello nazionale, il privato accreditato gestisce il 57,9% degli ambulatori e laboratori, con quote minime, attorno al 20%, in Liguria e Piemonte, fino a oltrepassare l'80% in Campania e Sicilia (dati 2023). Inoltre, è privato accreditato l'85,1% delle strutture residenziali e il 72,8% di quelle semiresidenziali.

Con riferimento alla specialistica ambulatoriale, è interessante confrontare il posizionamento di strutture pubbliche e private accreditate. L'88% delle strutture pubbliche eroga attività clinica, con sostanziale omogeneità su tutto il territorio nazionale, mentre, tra gli erogatori privati accreditati, uno ogni due (54%) garantisce visite specialistiche e altre attività terapeutiche. Si rileva però una differenza marcata tra strutture private accreditate del Nord, dove l'erogazione di visite e prestazioni terapeutiche è diffusa ovunque (79%), e quelle del Centro e Sud (56% e 45%). Le strutture pubbliche offrono più frequentemente anche prestazioni di diagnostica strumentale rispetto a quelle accreditate (36% contro 32%), mentre l'erogazione di indagini di laboratorio è mediamente più frequente tra le strutture private accreditate (42% contro il 33% del pubblico). Nel complesso, emerge la numerosità delle strutture private accreditate nelle grandi regioni del Mezzogiorno, in primis Campania, Sicilia e Puglia. Tali strutture, in media, dispongono di un budget ridotto, inferiore alla media nazionale di un milione di euro; in parallelo, erogano un range di servizi meno ampio rispetto al Nord, contribuendo alla notevole parcellizzazione di tali reti di offerta. All'opposto, si trovano le strutture ambulatoriali private accreditate di Lombardia e Piemonte, che si collocano oltre i 2,5 milioni di euro.

In tale contesto di risorse a disposizione e di configurazione della rete, i dati forniti dall'Area Studi Mediobanca (2025) presentati e rielaborati nel presente capitolo testimoniano, nell'ultimo anno disponibile (2023), un lieve miglioramento dei risultati economici dei principali erogatori del settore (fatturato netto superiore ai 100 milioni di euro). I ricavi aggregati dei principali erogatori di settore proseguono la crescita lineare iniziata nel 2021, registrando nel 2023 un aumento del 23% rispetto al 2019. Gli indici di redditività sono invece caratterizzati da un andamento altalenante negli anni, che non riesce a recuperare i livelli 2019. Il margine operativo netto aggregato è pari al 3,7% del fatturato e risulta in ripresa rispetto al 2022 (2,0%) ma ancora largamente inferiore al 2019 (5,4%). Il risultato netto aggregato torna in sostanziale equilibrio: 0,3%, con un lieve recupero rispetto al 2022 (-0,1%), ma lontano dal 2,1% del 2019. Da segnalare che gli andamenti economico reddituali variano molto a seconda dell'ambito considerato: ad esempio, il sotto-gruppo degli erogatori focalizzati prevalentemente sulla diagnostica registra margini operativi netti dell'11%, ben superiori a quelli dell'area socio-assistenziale (6%), di quella ospedaliera (3%) o riabilitativa (1%).

L'analisi delle principali voci di costo della gestione caratteristica chiarisce che l'erosione di margini e utili è imputabile, almeno nel 2022 e 2023, alla crescita dei costi per acquisti di beni e servizi, sospinta dall'inflazione a livelli superiori rispetto alla crescita dei ricavi. I consumi intermedi aggregati, tra 2019 e 2022-23, crescono dal 55% al 57% del fatturato netto. Se a questi sommiamo i costi del personale (34% del fatturato, ridiscesi e poi tendenzialmente stabili dopo un'impennata nel 2020) e gli ammortamenti (5%), i costi della gestione caratteristica raggiungono il 96% dei ricavi netti.

Ciò che si può ragionevolmente ipotizzare è che la possibilità di mantenere il risultato in utile dipenda da una molteplicità di fattori fra loro spesso legati, come i segmenti di servizio presidiati e la relativa struttura dei costi e dei ricavi, con la possibilità di offrire anche una quota di servizi in regime privato; a questi elementi si possono aggiungere fattori interni come la solidità del posizionamento strategico, le competenze cliniche e manageriali, le capacità di investimento, eccetera. Ad esempio, i dati sembrano suggerire che operatori molto focalizzati sull'area ospedaliera (acuta e non), con quote preponderanti di attività SSN, siano, da un lato, più esposti all'inflazione e alla crescita dei costi per acquisire beni e servizi; dall'altro, manchino di una leva di flessibilità sul versante dei ricavi, leva più azionabile per chi è presente nel mercato a pagamento, e in particolare nell'area della diagnostica e della specialistica ambulatoriale.

La funzione di committenza da parte di regioni e aziende pubbliche non può prescindere da questo panorama, che, se fosse confermato, renderebbe più urgente un marcato cambiamento di logica di fondo. Un quasi mercato con bisogni e domanda crescenti, risorse pubbliche limitate sostanzialmente ex lege,

budget storicizzati, tariffe invariate da anni, costi crescenti e dunque margini in riduzione, può intuitivamente generare tre fenomeni:

- ▶ la pressione verso l'abbassamento dei costi interni, che può spingere all'efficienza, ma, sotto determinati livelli, anche alla riduzione della qualità;
- ▶ il riposizionamento del case mix verso le prestazioni che possono contribuire al mantenimento della sostenibilità;
- ▶ la diminuzione dell'attività in regime SSN, se il circuito dei consumi in regime privato è sufficientemente sviluppato.

Per evitare queste probabili evoluzioni, pur in presenza di risorse pubbliche limitate e in crescita ridotta, l'approccio alla funzione di committenza dovrebbe cambiare alcuni dei suoi paradigmi di funzionamento. Se ne indicano alcuni, già riportati nella precedente edizione del Rapporto ma ancora pienamente validi:

- ▶ eliminazione dei tetti lineari “di sistema” sui contratti;
- ▶ progressiva riallocazione e concentrazione delle risorse verso gli erogatori che garantiscono i migliori standard di qualità, con benefici sia sul lato dei pazienti che degli erogatori, in grado di realizzare una maggiore leva operativa;
- ▶ adeguamento sostanziale delle tariffe di quelle prestazioni che oggi garantiscono un margine di contribuzione ampiamente negativo (ad esempio, visite specialistiche), nel caso in cui il SSN intenda realisticamente offrire ai pazienti tali servizi attraverso operatori accreditati; questo aspetto assume ancora più rilevanza a seguito della prossima necessità di rivedere i valori tariffari del c.d. “Nuovo Nomenclatore” contenuti nel DM 272/24 e annullati dal TAR a settembre 2025;
- ▶ evoluzione verso logiche di *bundle payment* e di *pay for performance* di processo/percorso per quanto riguarda i pacchetti di prestazioni che rientrano nei percorsi dei pazienti cronici o acuti di lunga durata.

4.8 Bibliografia

- Area Studi Mediobanca (2025), *I maggiori operatori privati della sanità in Italia*, disponibile online: <https://www.areastudimediobanca.com/it/product/i-maggiori-operatori-privati-della-sanita-italia-ed-2025>
- Carbone C. (2013), *Le aziende sanitarie private accreditate: regole e posizionamento strategico*, Milano, Egea.
- Giudice L., Preti L., Ricci A. (2024), «Gli erogatori privati accreditati: inquadramento ed evoluzione dei risultati economici nel post-pandemia», in



- CERGAS Bocconi (a cura di), *Rapporto Oasi 2024*, Milano, Egea, pp. 157-197.
- Ministero della Salute (2025), Annuario Statistico del SSN – anno 2023, disponibile online <https://www.salute.gov.it/new/it/news-e-media/notizie/i-dati-2023-su-attivita-servizi-e-strutture-del-servizio-sanitario-nazionale/?tema=Assistenza+ospedaliera+%28SDO%29>
- Ministero della Salute (2025), Database Posti letto per struttura ospedaliera 2023, disponibile online <https://www.dati.salute.gov.it/>
- Ministero della Salute (2025), Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero 2023, disponibile online <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/assistenza-ospedaliera/rapporti-annuali-sui-ricoveri-ospedalieri/>



