

4 **Gli erogatori privati accreditati: inquadramento ed evoluzione dei risultati economici nel post-pandemia¹**

di *Laura Giudice, Luigi M. Preti e Alberto Ricci*²

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)⁵; inoltre, sono aziende contraddistinte da rilevante complessità nella gestione dei professionisti sanitari (aziende *brain intensive*);
- ▶ in quanto aziende private, sono contraddistinte da maggiore spazio di autonomia nelle scelte strategiche ed operative (ad es. nell'organizzazione del proprio personale) rispetto alle aziende sanitarie pubbliche. Allo stesso tem-

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

⁵ 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.

po, 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, 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. Inoltre, l'Osservatorio approfondisce alcune dinamiche emergenti di particolare rilievo, selezionate di anno in anno dagli autori del capitolo.

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 2022) e Annuario Statistico (anno 2022)
§ 4.3 La spesa SSN per l'assistenza privata accreditata	• Analisi della rilevanza della spesa per prestazioni e dei servizi offerti da strutture accreditate rispetto alla spesa totale del SSN	• Ministero della Salute (anno 2023)
§ 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 2022) • Annuario Statistico del SSN, Ministero della Salute (anno 2022) • Ministero della Salute, Rapporto SDO (anno 2022)
§ 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 2022)
§ 4.6 I grandi gruppi privati accreditati: dinamiche economico-finanziarie e delle fonti di ricavo	• 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 2022)

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 2023 (Giudice, Preti e Ricci, 2023). I dati amministrativi a oggi disponibili fanno riferimento prevalentemente al 2022. Questi dati restituiscono dunque il quadro strutturale del sistema di erogatori privati accreditati (accreditamenti, capacità di offerta, distribuzione di servizi di pronto soccorso, ecc.) a due anni dall'inizio dell'emergenza da Covid-19. Il § 4.6 costituisce l'approfondimento tematico del 2024 che, a partire dalle analisi sui dati di bilancio realizzate dall'Area Studi di Mediobanca, approfondisce gli indicatori economico-patrimoniali dei principali operatori di settore.

Il § 4.7, infine, raccoglie le conclusioni del contributo.

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 2022) 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 privati⁶;
- ▶ 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 2022):

⁶ 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.

- ▶ 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.

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 SSN⁷. La Tabella 4.1 evidenzia la spesa regionale pro capite per le prestazioni a carico del SSN erogate da soggetti privati accreditati nel 2023, suddivisa per le varie tipologie di attività e/o setting (assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale, riabilitativa, altra assistenza), espressa al lordo della mobilità interregionale

Nel 2023, la spesa SSN per assistenza privata accreditata registra un valore medio di € 427 per abitante, pari al 17,5% della spesa complessiva del SSN (Tabella 4.1), stabile rispetto a quanto registrato sia nel 2022 (€ 414 e 17,5%) che nel 2021 (€ 400 e 17,4%). Rispetto al 2019 si registra una crescita della spesa nominale pro capite pari al 13%, leggermente inferiore alla crescita della spesa SSN pro capite complessiva (+15% rispetto al 2019). Di conseguenza, il peso relativo della componente privata accreditata sulla spesa SSN complessiva nel 2023 è ancora leggermente inferiore al dato 2019 (allora era pari a 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 (24,8%), Lombardia (24,7%), Puglia (20,2%), Molise (19,7%) e Campania (19,5%), ai minimi di Valle d'Aosta (5,8%), Provincia Autonoma di Bolzano (9,2%), Umbria (9,5%) e Friuli-Venezia Giulia (9,3%).

Con l'eccezione di Marche (-1,2%) e Molise (-0,3%), rispetto al 2022 si registra in tutte le regioni un aumento della spesa per assistenza sanitaria privata accreditata (in valori assoluti). In regioni come Lazio, Veneto e Sardegna si registrano incrementi minimi (rispettivamente +0,6%, +0,6% e +1,3%), mentre quelli più marcati si osservano in contesti come Umbria (+12,1%), P.A. di Bolzano (+9,4%) e P.A. di Trento (+9,3%), realtà di piccole dimensioni in cui l'incidenza della spesa privata accreditata è sempre inferiore o uguale all'11%.

⁷ 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.

Tabella 4.1 La spesa SSN per assistenza sanitaria privata accreditata, per regione e tipologia (valori € pro capite – 2023)

Regione	Spedialiera 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	€ pro capite	€ pro capite	€ pro capite	€ pro capite	€ pro capite	
Piemonte	120,49	70,27	42,13	152,78	385,67	2.458,16	15,7%
Valle d'Aosta	66,04	17,10	28,96	64,43	176,53	3.019,15	5,8%
Lombardia	226,87	111,50	7,52	254,42	600,31	2.431,26	24,7%
P.A. di Bolzano	72,68	31,57	8,34	170,83	283,41	3.073,03	9,2%
P.A. di Trento	130,87	59,80	0,46	131,29	322,41	2.894,99	11,1%
Veneto	115,61	78,69	6,16	146,68	347,15	2.497,90	13,9%
Friuli-Venezia Giulia	61,75	56,90	14,50	113,93	247,08	2.653,42	9,3%
Liguria	30,78	35,00	68,35	157,70	292,03	2.672,68	10,9%
Emilia-Romagna	133,25	55,73	0,29	186,37	375,64	2.608,86	14,4%
Toscana	64,61	43,06	20,39	139,62	267,69	2.511,97	10,7%
Umbria	49,18	37,20	12,52	141,08	239,97	2.534,85	9,5%
Marche	77,87	41,27	42,91	122,60	284,65	2.418,20	11,8%
Lazio	255,36	105,25	46,03	172,60	579,25	2.335,19	24,8%
Abruzzo	104,51	38,11	52,33	111,88	306,82	2.454,03	12,5%
Molise	227,60	142,94	61,02	120,91	552,48	2.806,72	19,7%
Campania	163,00	151,30	56,85	67,38	438,53	2.253,11	19,5%
Puglia	194,71	84,18	43,32	149,50	471,70	2.337,72	20,2%
Basilicata	4,85	92,11	61,83	100,43	259,22	2.519,26	10,3%
Calabria	100,11	76,59	44,61	95,83	317,13	2.380,81	13,3%
Sicilia	160,82	117,82	41,39	122,80	442,82	2.304,92	19,2%
Sardegna	79,94	86,43	37,49	107,18	311,03	2.559,41	12,2%
ITALIA 2023	152	89	30	156	427	2443	17,5%
ITALIA 2022	151	88	29	145	414	2362	17,5%
ITALIA 2021	149	85	28	138	400	2298	17,4%
ITALIA 2020	137	80	27	131	374	2199	17,0%
ITALIA 2019	143	80	28	127	378	2122	17,8%

* 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, 2024

In alcuni casi la crescita della spesa privata accreditata pro capite è in linea con quella della spesa SSN pro capite complessiva, come ad esempio in Campania (+3,9% la spesa privata accreditata, +4,1% la spesa pubblica) e Sicilia (+2,3% e +2,9%). In regioni come Lazio (+0,6% e 3,3%) e Calabria (+5,4% e 10,7%), la spesa privata accreditata pro capite è cresciuta molto meno della spesa SSN pro capite complessiva. Infine, in altri contesti regionali, la componente privata accreditata è aumentata di più della spesa SSN complessiva nominale, ad esempio, in Umbria (+12,1% e +1,9%), P.A. di Trento (+9,3% e +2,6%), P.A. di Bolzano (+9,4% e +3,4%), Puglia (+7,9% e +4,5%) ed Emilia-Romagna (+6,7% e +1,9%).

Ne risulta che, in questi SSR, il peso percentuale della componente di spesa per assistenza privata accreditata vada a crescere in maniera consistente tra 2022 e 2023: in Umbria +0,9 punti percentuali, in Emilia Romagna +0,7 p.p., nella P.A. di Trento +0,6 p.p., nella P.A. di Bolzano +0,5 p.p., in Puglia +0,7 p.p.

Per quel che riguarda la composizione percentuale della spesa SSN gestita da erogatori accreditati, rispetto all'anno precedente, nel 2023 si registra una variazione: la spesa per «Altra assistenza accreditata», legata prevalentemente all'assistenza territoriale socio-sanitaria presso strutture residenziali, rappresenta il 36,6% (era il 35% nel 2022) della spesa complessiva (€ 156,1 pro capite) superando la spesa per ricoveri ospedalieri in strutture private accreditate, pari a € 152,3, il 35,7% (era il 36,5% nel 2022).

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 (CV⁸) la variabilità è pari al 64%, dato significativo seppur in lieve diminuzione rispetto all'anno precedente (era il 68% nel 2022). La spesa media pro capite a livello nazionale è sostanzialmente stabile rispetto agli anni precedenti (€ 30 nel 2023, € 29 nel 2022, € 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 € 10) a fronte di altre che presentano un contributo più cospicuo da parte degli erogatori privati accreditati⁹.

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

⁸ 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.

⁹ Basilicata e Liguria presentano dati di spesa pro capite per assistenza riabilitativa privata accreditata pari rispettivamente a 61,8 € e 68,6 €, con altri tre contesti regionali che superano la quota dei 50 € (Abruzzo, Molise e Campania).

registrati in Lazio (€ 255,4), Molise e Lombardia (€ 227,6 e € 226,9) ai valori più contenuti registrati in Liguria (€ 30,8) e Basilicata (4,9 €). Il valore medio nazionale è pari a € 152,3 con un CV pari al 57%.

Minore variabilità (50%), in lieve diminuzione rispetto al 2022 (il CV era pari a 52%), si registra infine sulla specialistica ambulatoriale, con valori particolarmente elevati in Campania e Molise (€ 151,3 e € 142,9 pro capite, rispettivamente).

In sintesi, la spesa per assistenza privata accreditata anche nel 2023 conferma il trend di ripresa avviato nel 2021 rispetto al rallentamento dovuto all'emergenza da Covid-19. Rispetto al 2022, il maggiore contributo alla crescita (11 euro su 13, l'85%) deriva dalla spesa per «altra assistenza accreditata» pro capite (+7,7% vs 2022).

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 dimensionali 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 evoluzione¹⁰. Considerando la dotazione complessiva di PL disponibile nel SSN al 1° gennaio 2022¹¹, l'insieme degli erogatori privati accreditati detiene il 31,7% dei posti letto totali a livello nazionale. Tali PL sono concentrati presso le case di cura accreditate per il 64,4%. Le altre tipologie di strutture private accreditate hanno in dotazione il 35,6% dei posti letto accreditati: il 15,4% si trova presso gli IRCCS privati e gli IRCCS Fondazione privati, il 2,8% presso i due policlinici universitari privati¹² e lo 0,4% presso enti di ricerca; il restante 17% è suddiviso tra ospedali classificati (9,8%) e istituti qualificati (3%). Ragionando per tipologia di attività *inpatient*, il peso del privato accreditato in termini di posti letto sul totale dei posti letto SSN risulta minore nell'attività per acuti (24,9% dei PL per acuti totali del SSN), di poco

¹⁰ Per un approfondimento sul numero di strutture accreditate si rimanda al cap. 2 del Rapporto.

¹¹ L'ultimo aggiornamento sull'Open Data del Ministero della Salute è relativo al 1° gennaio 2022.

¹² 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 17,7%, i Policlinici scendono allo 0,5%.

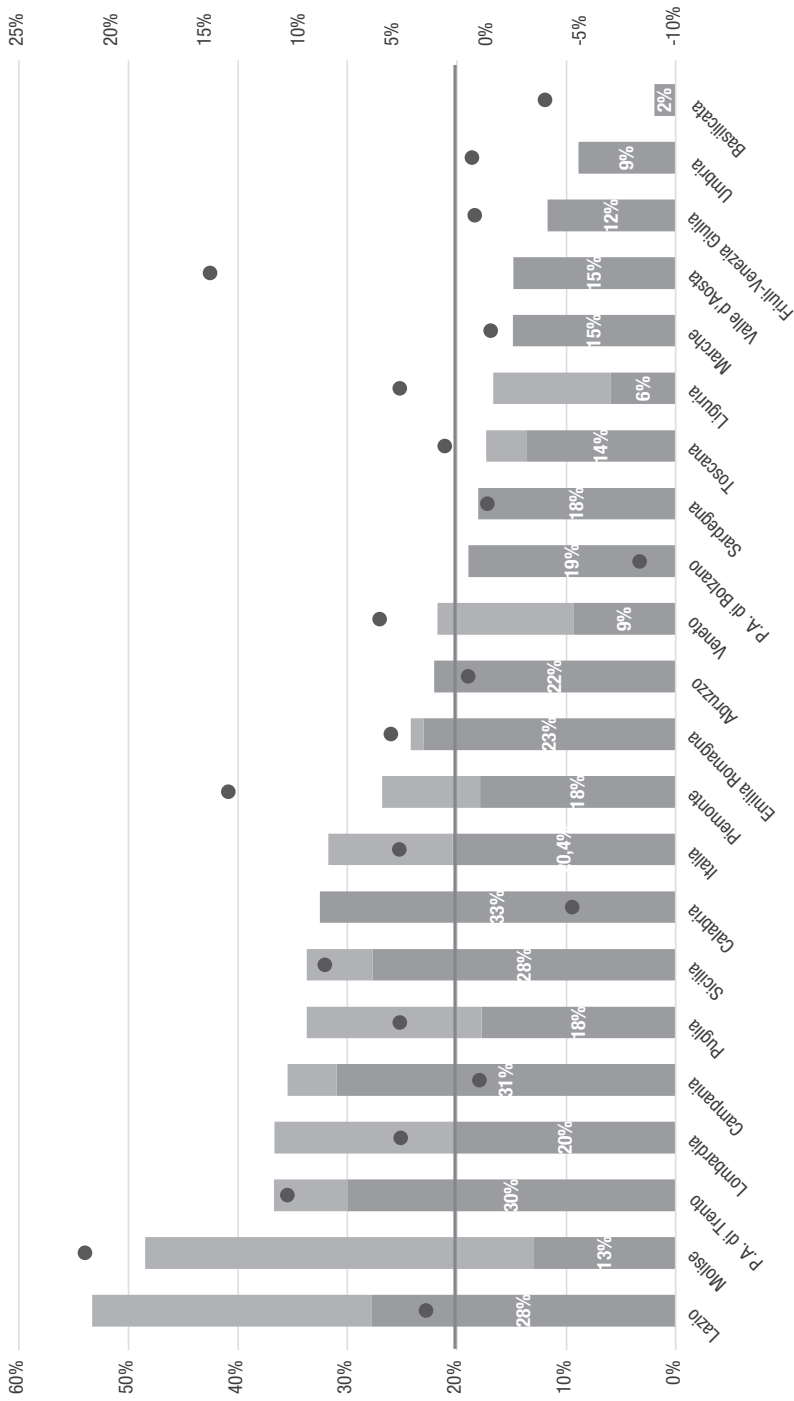
superiore a quello degli erogatori pubblici quando si considera l'attività di lungodegenza (56,3% dei PL) e largamente prevalente nel campo della riabilitazione (75,9% dei PL). Per quanto riguarda il contributo delle diverse tipologie di strutture accreditate nei differenti segmenti di attività, rispetto 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 (63,9%) a cui si contrappone un peso maggiore degli ospedali classificati (13,6%). Riguardo ai PL dedicati alla riabilitazione ospedaliera, invece, si distinguono sempre le case di cura (68,1% dei PL) ed insieme ad esse gli IRCCS e gli IRCCS Fondazione privati, i quali detengono il 22,2% 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 94%.

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 private accreditate (53%), a contesti come quelli delle regioni Umbria e Basilicata in cui meno di un posto letto su dieci (rispettivamente 8,9% e 2,0%) si trova presso erogatori privati accreditati (Figura 4.1). Adottando la medesima classificazione delle strutture private accreditate impiegata in buona parte del capitolo¹³, 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 quasi due terzi dei posti letto accreditati (64,4%) 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 (35,7% dei PL privati accreditati), dove è rilevante il peso degli ospedali classificati. In Lombardia, Puglia e Lazio, invece, si rileva una sostanziale equivalenza tra case di cura e altre strutture accreditate (le prime rappresentano rispettivamente il 54,9%, 52,7% e 52,1%). 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 2007 e 2022 si registra una variazione positiva dell'incidenza dei PL accreditati sul totale della dotazione (+ 4,7 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 meno netto e la quota relativa cresce di quasi 5 punti percentuali a livello nazionale. Vi sono tuttavia alcuni casi in controtenden-

¹³ 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, 2022 (asse sx) e variazione 2007-2022 (asse dx)



■ Case di cura private accreditate ■ IRCCS privati accreditati, Ospedali classificati, Istituti qualificati, Enti di ricerca ● Delta incidenza PL privati accreditati (%) 2007-2022

Fonte: Elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, Open data posti letto, 2024

denza: 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 4,5 punti percentuali nel periodo osservato, come effetto del piano di rientro regionale. Anche in Basilicata, sebbene in misura minore, si registra una riduzione del peso della sanità privata accreditata a livello ospedaliero (con una riduzione di 3 punti percentuali rispetto al 2007). La Provincia Autonoma di Bolzano evidenzia invece una significativa riduzione della quota di PL detenuti da strutture private accreditate (-8,1 punti percentuali tra 2007 e 2022).

Negli stessi anni si registrano aumenti significativi in Molise, in Piemonte e in Valle d'Aosta (+21,5%, +13,8% e +14,8% rispettivamente), in quest'ultimo caso dovuto all'accREDITAMENTO dell'Istituto Clinico Valle d'Aosta¹⁴, che risale al 2013.

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 2022 rispetto al 2021), emerge il seguente quadro: eccezione fatta Basilicata, Campania, Marche, Puglia e Umbria (stabili), la maggior parte degli SSR vede diminuire la propria dotazione di PL accreditati di una quota variabile tra il 1% e il 41%; tra gli SSR interessati dalle diminuzioni più significative troviamo Valle d'Aosta (-41%), Liguria (-24%), Friuli-Venezia Giulia e Abruzzo (-15%). Le uniche due regioni interessate, invece, da aumenti sono la Lombardia e la Sardegna (la cui dotazione di PL privati accreditati, tra 2021 e 2022 aumenta del 10% e del 13%, rispettivamente).

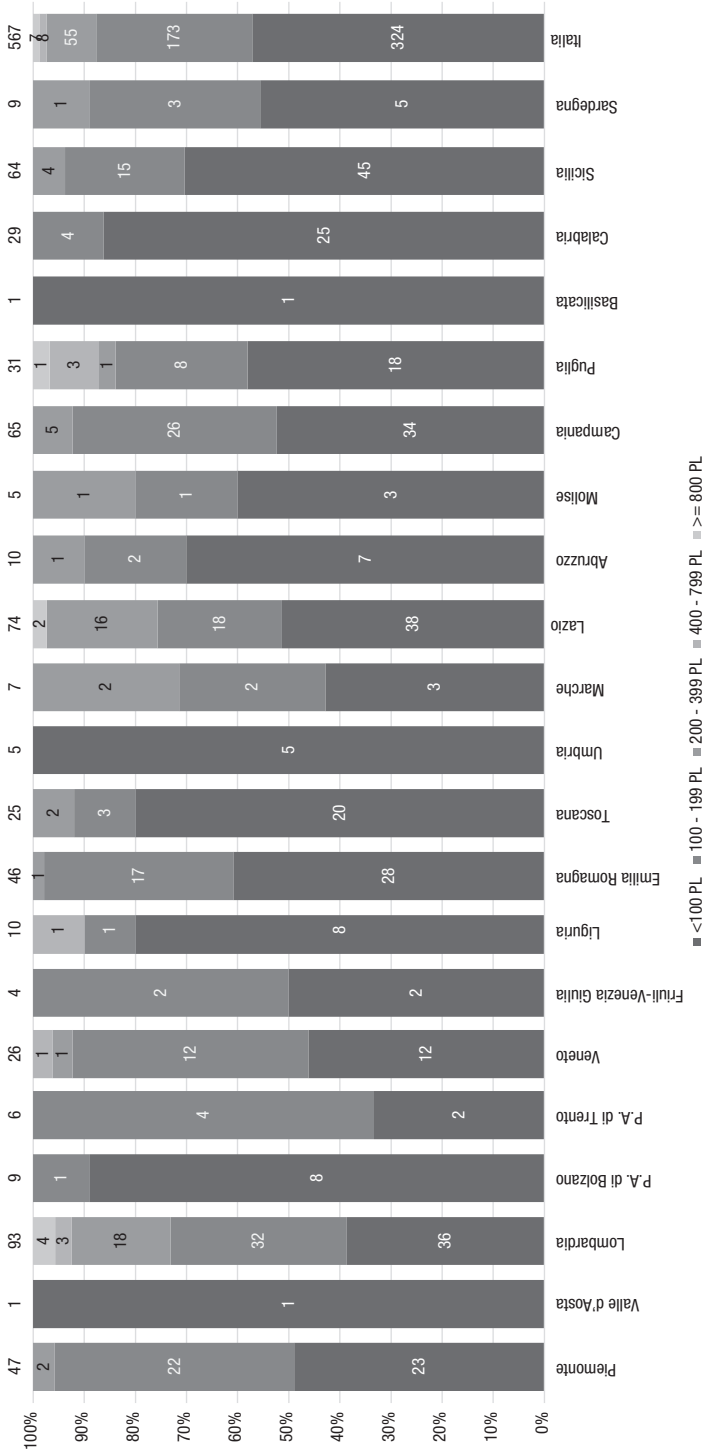
La forte prevalenza delle case di cura in quasi tutti i contesti regionali ha delle rilevanti implicazioni sulle dimensioni medie degli ospedali: le strutture private accreditate hanno in media 121 PL accreditati, il 57% delle stesse ha una dotazione di posti letto inferiore ai 100 PL accreditati e il 30,5% ne ha tra i 100 e i 200¹⁵. Soltanto il 12% 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 70 strutture con più di 200 posti letto (61,4%)¹⁶. Anche in queste regioni le strutture con dotazione superiore ai 200 PL non raggiungono il 30% del totale (in Lazio rappresentano il 24,3% e in Lombardia il 26,8% di tutte le strutture private accreditate).

¹⁴ Si tratta dell'unico ospedale privato accreditato presente nella regione, per un totale di 75 PL nel 2022.

¹⁵ In questa categoria figurano Lazio, Piemonte, Campania e Lombardia che sono rispettivamente dotate di 18, 22, 26, e 32 strutture di questa dimensione.

¹⁶ 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. 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, 2022



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 2024

4.4.2 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. Pertanto, approfondendo le principali specialità su cui si concentra maggiormente l'attività *in-patient* del privato accreditato nelle principali regioni italiane per dimensione geografica e popolazione¹⁷, emerge come recupero e riabilitazione (78%), ortopedia e traumatologia (38%) e 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 27%, 20% e 19% dei posti letto complessivamente disponibili.

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. 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 ha in dote il 27% dei PL complessivi, la quota privata è relativamente contenuta nelle discipline per acuti, mentre è largamente preponderante in ambito riabilitativo¹⁸: 88% dei PL, rispetto al già elevato dato nazionale del 78% (Tabella 4.2).

A riprova della marcata specializzazione del privato piemontese, la riabilitazione rappresenta il 52% dei posti letto privati accreditati (in diminuzione rispetto al 2019, in cui il dato era 57%), contro un valore nazionale del 27 (Tabella 4.3).

Ha subito, invece, un incremento di 3 punti percentuali la quota di PL dedicati alla medicina generale, che è passata dal 6% all'9% dei PL privati accreditati piemontesi in tre anni.

In Lombardia l'incidenza del privato accreditato è pari al 37% 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 (47%, +9 punti percentuali rispetto al dato nazionale) e della cardiologia (43%, +16 p.p.). Anche in Lombardia si coglie un grado di maggio-

¹⁷ Nello specifico, sono oggetto di approfondimento le regioni con una popolazione che supera i 3 milioni di abitanti.

¹⁸ 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 2022

	Piemonte		Lombardia		Veneto		Emilia Romagna		Toscana		Lazio		Campania		Puglia		Sicilia		Italia	
	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022
Medicina generale	12%	11%	26%	20%	15%	15%	16%	14%	7%	6%	45%	49%	33%	33%	27%	24%	24%	21%	20%	19%
Recupero e riabilitazione	86%	88%	75%	76%	56%	64%	66%	66%	76%	77%	92%	94%	82%	85%	82%	78%	72%	74%	75%	78%
Chirurgia generale	17%	19%	31%	32%	21%	21%	24%	24%	12%	13%	47%	48%	45%	48%	29%	29%	42%	46%	30%	32%
Ortopedia e traumatologia	20%	22%	44%	47%	24%	32%	32%	28%	29%	31%	54%	60%	34%	37%	36%	36%	47%	53%	35%	38%
Ostetricia e ginecologia	5%	5%	19%	19%	7%	9%	8%	13%	3%	3%	50%	50%	50%	48%	27%	25%	22%	23%	20%	20%
Cardiologia	12%	12%	43%	43%	8%	6%	14%	14%	16%	18%	38%	36%	37%	36%	40%	39%	31%	32%	27%	27%
Totale	29%	27%	38%	37%	20%	22%	24%	24%	17%	17%	52%	53%	36%	35%	36%	34%	34%	34%	30%	30%

Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, Open data posti letto, 2024

Tabella 4.3 Incidenza percentuale delle principali specialità sul totale dei PL privati accreditati, 2019 e 2022

	Piemonte		Lombardia		Veneto		Emilia Romagna		Toscana		Lazio		Campania		Puglia		Sicilia		Italia	
	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022
Medicina generale	6%	9%	10%	9%	12%	12%	12%	10%	9%	7%	12%	14%	11%	11%	8%	10%	8%	7%	27%	10%
Recupero e riabilitazione	57%	52%	32%	31%	27%	28%	19%	17%	29%	31%	22%	21%	20%	22%	21%	19%	17%	17%	10%	27%
Chirurgia generale	4%	4%	8%	8%	11%	10%	8%	8%	7%	8%	9%	8%	18%	17%	8%	7%	14%	13%	10%	9%
Ortopedia e traumatologia	5%	5%	10%	10%	10%	12%	13%	11%	18%	18%	8%	8%	7%	7%	9%	8%	12%	13%	10%	10%
Ostetricia e ginecologia	1%	1%	3%	3%	3%	3%	2%	2%	1%	1%	5%	5%	13%	11%	6%	5%	4%	4%	4%	4%
Cardiologia	1%	1%	6%	6%	1%	1%	2%	2%	3%	3%	3%	2%	5%	5%	6%	5%	5%	5%	4%	3%
Altro	26%	28%	31%	33%	36%	35%	44%	51%	33%	31%	41%	42%	26%	28%	42%	46%	40%	41%	35%	37%

Fonte: Elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, Open data posti letto, 2024

re focalizzazione produttiva del privato accreditato regionale sulla riabilitazione rispetto al panorama nazionale: la disciplina assorbe il 31% 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 10% e la quota di PL assorbiti dalla riabilitazione è pari al 31% (quando il dato nazionale è pari a 27%). In Veneto si segnala una focalizzazione sulla riabilitazione (28%) paragonabile alla media nazionale (27%). 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'ortopedia (60%, +22 punti percentuali rispetto al dato nazionale), alla medicina generale, (49%, +30 p.p.) e all'ostetricia e ginecologia (50%, +30 p.p.). La specializzazione del privato laziale rispetto al profilo erogativo nazionale si concentra sull'area della medicina generale (14% dei PL privati accreditati, + 4 punti percentuali rispetto al dato nazionale); tale quota è tuttavia in diminuzione rispetto al 2019(- 2 punti percentuali) (Tabella 4.3).

La Campania (regione in cui il privato accreditato fornisce il 35% 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 (33%, + 14 punti rispetto al dato nazionale), chirurgia generale (48%, + 17 punti) e soprattutto in ostetricia e ginecologia (48%, +28 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 17% dei PL accreditati contro un valore nazionale del 9%, l'ostetricia e ginecologia una quota pari all'11%, contro un valore nazionale del 4%. La riabilitazione evidenzia invece incidenze inferiori rispetto al dato nazionale (22% contro 27%).

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 (+9 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 27%).

In Sicilia, come nelle altre due grandi regioni del Mezzogiorno, la percen-

tuale 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 (46%, +14 punti rispetto al valore nazionale) e ortopedia (53%, +15). 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 (13% dei posti privati regionali a fronte di un'incidenza nazionale del 9%) mentre la riabilitazione, come nel resto del Mezzogiorno, incide meno (17% vs 27% nazionale) nel mix di offerta privata accreditata (Tabella 4.3).

4.4.3 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), 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 Emergenza, Urgenza e Accettazione (DEA), mostra che 66 di questi (10,8%)

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
Calabria	0	3	1	4	22	26	15,4%
Campania	5	0	0	5	49	54	9,3%
Lazio	5	7	2	14	37	51	27,5%
Liguria	1	1	0	2	13	15	13,3%
Lombardia	14	9	5	28	68	96	29,2%
Piemonte	1	0	0	1	43	44	2,3%
Puglia	0	4	0	4	30	34	11,8%
Sicilia	0	2	0	2	61	63	3,2%
Veneto	4	2	0	6	42	48	12,5%
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

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; fa eccezione una sola struttura sede di DEA di II livello, che 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.

4.4.4 L'attività ospedaliera degli erogatori privati accreditati

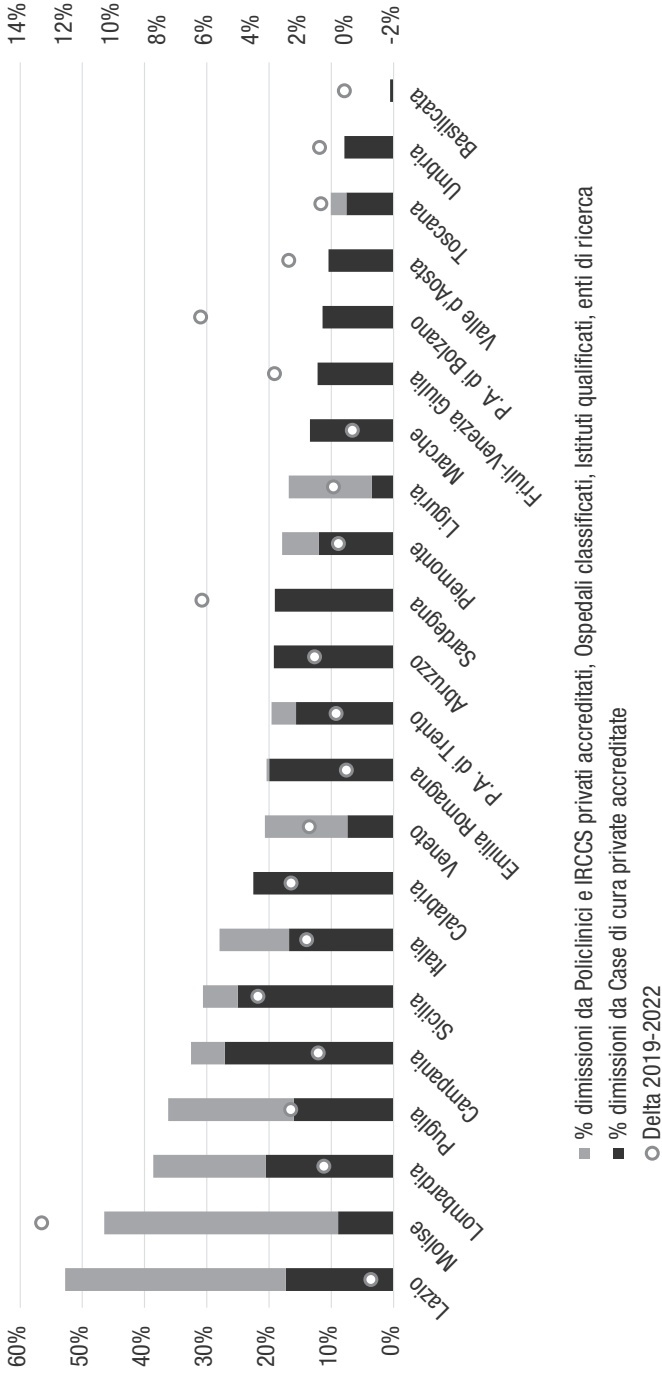
Nel 2022 le strutture private accreditate hanno erogato il 28% dei ricoveri del SSN, quasi 2 punti percentuali in più rispetto al dato pre-Covid (+ 1,74% rispetto al 2019).

L'incidenza dei ricoveri è di poco inferiore all'incidenza sui PL (31,7%). 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 10% delle dimissioni a fronte dell'1% 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, il 16,8% delle 7.358.727 dimissioni da strutture sia pubbliche che private accreditate per conto del SSN 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'11,2 % dei ricoveri.

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 (52,7% dei ricoveri erogati dal privato accreditato). Lombardia, Campania, Puglia, Molise e Sicilia presentano un dato superiore alla media nazionale: in quattro di questi SSR il peso degli erogatori accreditati, in termini di volumi di attività, è pari o superiore a un terzo del totale (fa eccezione la Sicilia, 30,7%). Come evidenziato dalla Figura 4.3, tutte le altre regioni si trovano al di sotto della media nazionale e

Figura 4.3 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 2022



Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, Rapporto SDO, 2024

sono 2 le realtà in cui la quota del privato accreditato è inferiore al 10% del totale regionale (Umbria e Basilicata). La Provincia Autonoma di Bolzano 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 2022 si attestano, rispettivamente, su valori sull'11,5% e 10,5%.

Relativamente al contributo di ciascuna categoria di erogatori privati accreditati, la Figura 4.3 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 (27,1% dei ricoveri regionali), mentre per Policlinici, IRCCS privati, ospedali classificati e istituti qualificati il valore più elevato è quello del Molise (37,6% dei ricoveri del SSR).

L'incidenza dei ricoveri accreditati sul totale del SSN varia notevolmente a seconda della tipologia di attività considerata (acuto, riabilitazione, lungodegenza). L'attività per acuti (95,1% dei ricoveri totali SSN) è principalmente presidiata dal pubblico che ne produce il 74,1%, mentre gli erogatori privati accreditati garantiscono il 25,8% dei ricoveri acuti, con un peso leggermente difforme tra regime ordinario e diurno (rispettivamente pari a 25% e 28,7%). Nelle restanti classi di attività di ricovero, invece, il privato assume un ruolo centrale: garantisce il 55% dei ricoveri per lungodegenza e il 79,3% dei ricoveri per riabilitazione.

Un tradizionale indicatore di analisi dell'attività ospedaliera è la degenza media, che consente di operare una valutazione sull'efficienza operativa¹⁹. 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 2022 su 7,3 (dato in linea con il 2019). 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 (5,9 rispetto a 8 giorni) e per la riabilitazione (25,4 rispetto a 29,7 giorni), mentre per la lungodegenza presentano una degenza media superiore (29,7 rispetto a 18,5), che correla con il modello di finanziamento a giornata di degenza.

¹⁹ 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).

Tabella 4.5 **Degenza media per tipo di attività e struttura erogatrice (2022)**

Tipo istituto	Acuti Degenza media	Riabilitazione Degenza media	Lungodegenza Degenza media
Aziende ospedaliere	8,3	27,7	18,9
Ospedali a gestione diretta	7,7	26,6	19,2
Policlinici universitari pubblici	8,2	37,5	20,1
I.R.C.C.S. pubblici e fondazioni pubbliche	7,8	27,2	15,6
ISTITUTI PUBBLICI	8,0	29,7	18,5
Policlinici universitari privati accreditati	6,6	23,1	NA
I.R.C.C.S. privati e fondazioni private	6,0	30,1	38,2
Ospedali classificati	6,1	29,6	18,6
Case di cura private accreditate	5,1	24,7	29,3
Istituti qualificati presidio USL	5,4	30,8	32,8
Enti di ricerca	6,1	13,8	NA
ISTITUTI PRIVATI ACCREDITATI	5,9	25,4	29,7
TOTALE	7,3	26,3	24,5

Fonte: Elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, Rapporto SDO, 2024

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 8,3 giornate²⁰; al contrario, gli istituti accreditati mostrano degenze medie inferiori alle 7 giornate, con un valore minimo presso le Case di Cura pari a 5,1 giornate. Nell'ambito di riabilitazione, i valori più alti si rilevano presso i policlinici universitari, tra le strutture pubbliche, e gli istituti qualificati presidio dell'USL (rispettivamente 37,5 e 30,8); 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 gli ospedali classificati.

Prendendo in considerazione la remunerazione teorica dei ricoveri effettuati nel 2022 nelle diverse tipologie di strutture di ricovero, rispetto al 2019, si osserva una flessione complessiva di quasi il 5%.

Tale calo nella remunerazione teorica dei ricoveri (in regime ordinario e diurno) per attività per acuti, di riabilitazione e lungodegenza, è in larga parte attribuibile alle strutture di ricovero pubbliche. Nello specifico, nei tre anni considerati il dato relativo ai ricoveri effettuati presso strutture pubbliche cala del 6,8%. Distinguendo ulteriormente il dato per tipologia di struttura pubblica, soffre meno il raggruppamento composto da Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, Policlinici pubblici, IRCCS pubblici e fondazioni

²⁰ 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 4.6 Distribuzione della remunerazione teorica (euro) per area geografica di ricovero e tipologia di struttura di ricovero – Attività per Acuti, Riabilitazione e Lungodegenza (regime ordinario e diurno), anno 2019 e 2022

Area	ISTITUTI PUBBLICI				ISTITUTI PRIVATI ACCREDITATI				TOTALE GENERALE					
	AO, AOU, Policlinici pubblici, IRCCS pubbliche	Ospedali a gestione diretta	TOTALE		Policlinici privati, IRCCS privati e fondazioni private, Ospedali classificati, Presidi USL, Enti di ricerca	Case di cura private accreditate	TOTALE							
	2022	Δ 2019-2022 (%)	2022	Δ 2019-2022 (%)	2022	Δ 2019-2022 (%)	2022	Δ 2019-2022 (%)	2022	Δ 2019-2022 (%)				
Nord	2.782.323.672	-1,8%	6.801.949.022	-8,9%	9.584.272.694	-7,0%	1.486.928.686	-2,5%	2.280.010.809	-1,7%	3.766.939.495	-2,0%	13.351.212.189	-5,6%
Centro	1.791.248.469	-2,9%	2.004.807.647	-5,9%	3.796.056.116	-4,5%	891.903.708	1,7%	877.682.160	2,6%	1.769.585.868	2,1%	5.565.641.984	-2,5%
Sud	2.696.377.878	-3,4%	2.748.270.396	-11,9%	5.444.648.274	-7,9%	690.915.710	-1,4%	1.951.978.874	3,0%	2.642.894.584	1,9%	8.087.542.858	-4,9%
ITALIA	7.269.950.019	-2,7%	11.555.027.060	-9,2%	18.824.977.079	-6,8%	3.069.748.104	-1,0%	5.109.671.842	0,8%	8.179.419.946	0,1%	27.004.397.025	-4,8%

Fonte: Elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, Rapporto SDO, 2021 e 2024

pubbliche (- 2,7%), rispetto agli ospedali a gestione diretta che perdono oltre 9 punti percentuali di remunerazione teorica, in particolare nelle regioni del Sud (-11,9%). Gli istituti privati accreditati, invece, conservano una remunerazione teorica dei ricoveri erogati nel 2022 sostanzialmente in linea con il dato 2019 (€ 8,179 miliardi nel 2022 contro € 8,171 miliardi nel 2019). Andando ad osservare cosa accade alle diverse tipologie di strutture, emerge un leggero calo (-1,0%) per quanto riguarda Policlinici privati, IRCCS privati e fondazioni private, Ospedali classificati, Presidi USL, Enti di ricerca, compensato da una leggera crescita della valorizzazione dell'attività *inpatient* (+ 0,8%) riscontrabile presso le Case di Cura private accreditate.

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, consultori familiari, centri distrettuali)²¹.

La Tabella 4.7 presenta la distribuzione delle strutture territoriali nelle diverse regioni italiane riportando, per ciascuna categoria, il totale per l'anno 2022 e l'incidenza delle strutture private accreditate nel 1998 e nel 2022. 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 accreditati²², che hanno trovato spazi di sviluppo a fronte di una rete di offerta pubblica relativamente poco sviluppata, con l'eccezione di alcune regioni. Nei 24 anni considerati, il peso del privato in termini strutturali è cresciuto complessivamente dal 39% al 56,8%²³ (con uno scostamento negativo di po-

²¹ Per maggiori approfondimenti relativi ai distretti e alle strutture impegnate nell'erogazione di prestazioni territoriali si veda il capitolo 2 del presente Rapporto.

²² 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.

²³ 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 contrazio-

Tabella 4.7 Presenza di strutture territoriali e peso degli erogatori privati accreditati, per regione (1998-2022)

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	
	2022	1998	2022	1998	2022	1998	2022	1998	2022	1998	2022	1998	2022	1998	2022	1998	2022	1998	2022	1998
Piemonte	379	22%	21%	1.348	57%	94%	235	42%	82%	483	2%	19%	2.445	24%	67%					
Valle D'Aosta	9	21%	67%	21	2%	86%	4	-	100%	36	0%	8%	70	4%	44%					
Lombardia	649	41%	63%	1.503	68%	90%	730	41%	83%	668	2%	19%	3.550	34%	71%					
P.A. di Bolzano	56	17%	55%	103	52%	88%	10	-	50%	103	2%	23%	272	16%	56%					
P.A. di Trento	54	17%	59%	106	20%	82%	48	0%	85%	41	0%	20%	249	15%	67%					
Veneto	433	46%	47%	891	51%	88%	511	43%	76%	615	21%	22%	2.450	39%	62%					
Friuli-Venezia Giulia	122	24%	34%	196	45%	60%	79	8%	49%	129	4%	10%	526	24%	40%					
Liguria	314	31%	19%	329	57%	89%	62	7%	69%	246	0%	3%	951	25%	42%					
Emilia Romagna	551	31%	37%	888	47%	91%	516	32%	89%	946	6%	4%	2.901	31%	52%					
Toscana	632	36%	33%	602	50%	70%	208	12%	47%	438	7%	7%	1.880	30%	40%					
Umbria	159	15%	21%	192	37%	66%	99	0%	31%	157	3%	6%	607	15%	33%					
Marche	182	30%	66%	308	14%	72%	82	14%	63%	167	2%	4%	739	24%	54%					
Lazio	776	59%	72%	301	38%	79%	88	0%	23%	444	3%	7%	1.609	46%	53%					
Abruzzo	145	44%	43%	95	80%	75%	15	100%	13%	147	0%	3%	402	41%	35%					
Molise	43	49%	84%	24	0%	88%	16	0%	100%	27	0%	4%	110	40%	67%					
Campania	1.471	74%	83%	186	30%	66%	101	24%	35%	580	2%	29%	2.338	65%	66%					
Puglia	776	47%	55%	472	60%	95%	207	21%	92%	609	0%	23%	2.064	38%	58%					
Basilicata	126	21%	37%	48	23%	67%	9	100%	22%	70	4%	17%	253	20%	37%					
Calabria	413	49%	60%	140	46%	86%	17	13%	41%	165	14%	8%	735	45%	53%					
Sicilia	1.440	72%	78%	200	15%	63%	65	14%	20%	644	3%	12%	2.349	62%	57%					
Sardegna	355	46%	60%	94	18%	87%	24	8%	71%	207	1%	4%	680	36%	47%					
ITALIA	9.085	49%	59%	8.047	50%	85%	3.126	30%	72%	6.922	5%	14%	27.180	39%	57%					

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario statistico del SSN, 2024

co superiore a un punto percentuale rispetto al 2020, in cui il dato era pari a 58%, nonostante il numero complessivo di strutture, in due anni, sia cresciuto di 1773 unità, + 7%). Rispetto al 2021, invece, lo stock di strutture territoriali private accreditate è cresciuto di 349 unità, pari all'1,3%.

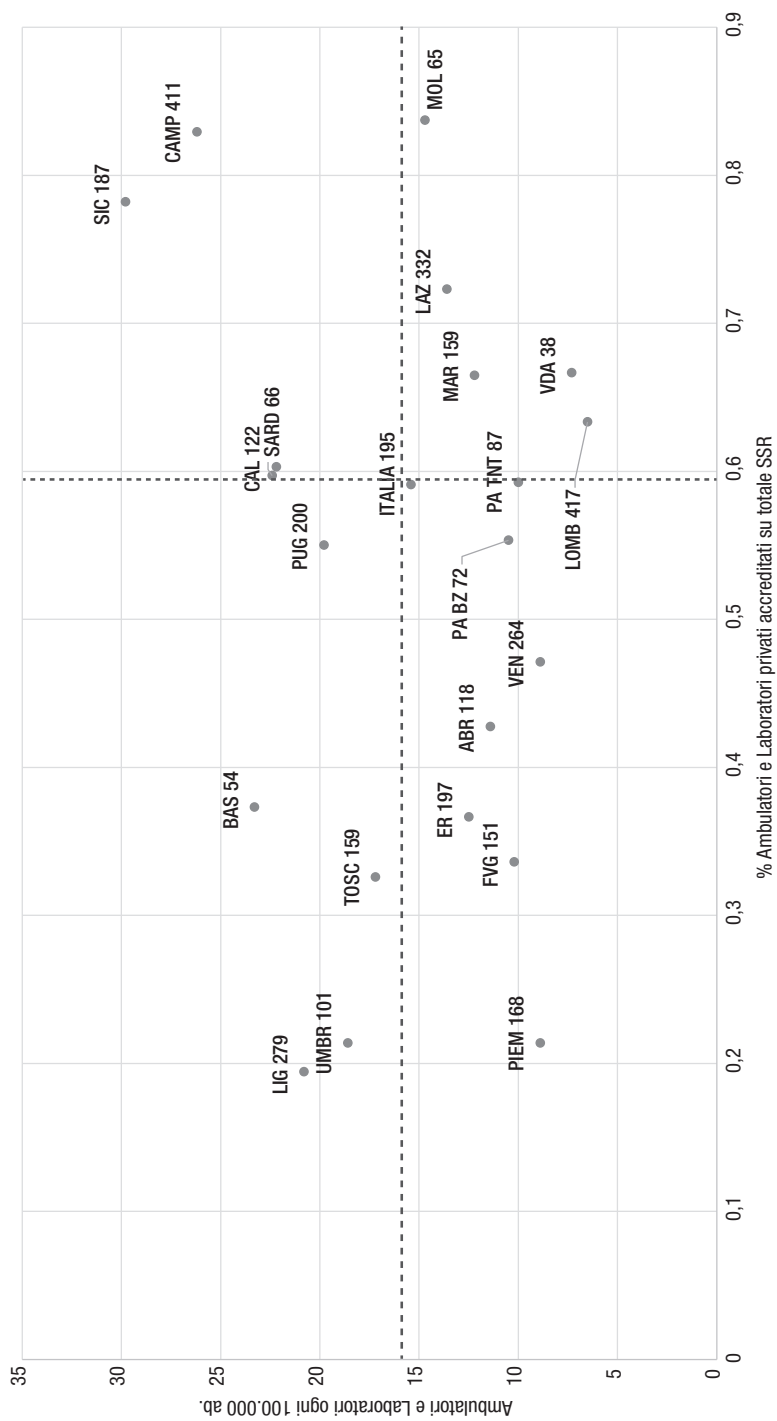
La crescita verificatasi nei 24 anni in questione ha interessato tutte le categorie e si riconferma la presenza di una consistente variabilità interregionale:

- ▶ nel caso degli «Ambulatori e Laboratori», le strutture private accreditate sono prevalenti rispetto a quelle pubbliche (59,1% vs 40,9%), con una tendenza in crescita negli ultimi 24 anni. 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 4.4). I valori massimi del contributo del privato accreditato sono raggiunti in: Molise (84% di 43 ambulatori e laboratori complessivamente presenti, 14,7 ogni 100.000 abitanti); Campania (83%), dove sono complessivamente presenti 1.471 tra laboratori e ambulatori sia pubblici che privati (26,2 strutture ogni 100.000 abitanti, come si può vedere nella Figura 4.4); Sicilia, regione in cui ne sono complessivamente ubicate 1.440 (29,8 strutture ogni 100.000 abitanti) e il 78% 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 19% di 314 ambulatori e laboratori totali (che si traducono in 20,8 ambulatori e laboratori ogni 100.000 abitanti); Piemonte, in cui il 21% dei 379 ambulatori e laboratori sono privati accreditati, per un totale di 9 strutture ogni 100.000 abitanti; e in Umbria, dove il 21% di 159 ambulatori e laboratori totali (18,6 strutture ogni 100.000 ab.) sono privati accreditati.
- ▶ 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'85% delle strutture residenziali e il 72,3% di quelle semiresidenziali²⁴. Nel confronto interregionale sono soprattutto le regioni del Nord Italia a presentare le percentuali più elevate di strutture private accreditate (85% delle strutture residenziali, 76% delle semiresidenziali), mentre le regioni del Centro e del Sud presentano valori sotto la media nazionale. Il gap è particolarmente pronunciato nel segmento

ne 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.

²⁴ 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).

Figura 4.4 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, 2022



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 2024 e ISTAT.

delle semiresidenziali, dove per Centro e Sud il peso degli accreditati scende rispettivamente al 41% e al 49%. 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. (rispettivamente 1,3 e 1,5) 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 2022 presenta una quota pari al 13,8% del totale delle strutture²⁵.

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 attività²⁶:

- ▶ 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 4.8 riporta il confronto tra strutture pubbliche e private accreditate in termini di specializzazione per tipo di assistenza. Emerge un posizionamento altamente differenziato.

²⁵ Il contributo risulta limitato ad eccezione di qualche contesto territoriale: la Campania presenta una percentuale pari al 29% mentre Puglia e P.A. di Bolzano si attestano nell'intorno del 23%.

²⁶ 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 4.8 **Confronto ambulatori e laboratori pubblici e privati accreditati per tipo di assistenza erogata e macro-area geografica (2022, %)**

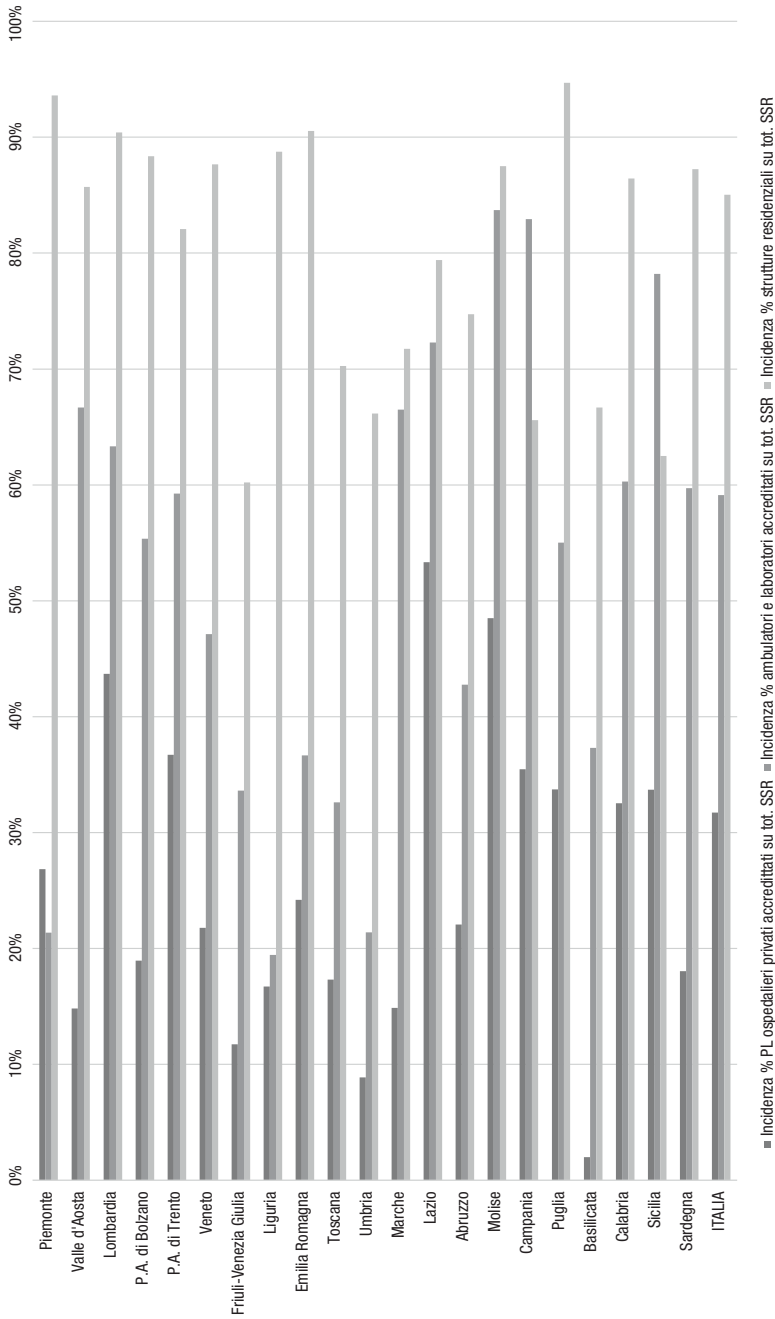
	Pubblico			Privato		
	Clinica	Diagnostica	Laboratorio	Clinica	Diagnostica	Laboratorio
Nord	90%	39%	39%	79%	53%	27%
Centro	87%	31%	24%	55%	43%	47%
Sud	87%	39%	31%	45%	23%	47%
ITALIA	88%	37%	33%	54%	32%	43%

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN, 2024

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 55% e 45%). Le strutture pubbliche offrono più frequentemente anche prestazioni di diagnostica strumentale rispetto a quelle accreditate (37% contro 32%), mentre l'erogazione di indagini di laboratorio è mediamente più frequente tra le strutture private accreditate (43% contro il 33% 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 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 l'87% delle strutture pubbliche per l'attività clinica; 23% vs 39% 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 31% delle strutture).

In conclusione, come è possibile osservare nella Figura 4.5, 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

Figura 4.5 **Inquadramento dei Servizi Sanitari Regionali analizzati: quota di offerta gestita dal privato accreditato, 2022**



Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario statistico del SSN 2024, Open data Posti letto 2024 e ISTAT

al 50%, passando per diversi SSR in cui i privati accreditati contribuiscono più di un terzo dei PL complessivi (Lombardia con il 43,7%, P.A. di Trento con il 36,7%, Campania con il 35,5%, Puglia con il 33,7%, Calabria con il 32,5% e Sicilia con il 33,7%), 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 (83%), Molise (84%) e Sicilia (78%).

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.²⁷, a riprova di un ruolo molto importante di questi erogatori nei sistemi di offerta sanitaria e socio-assistenziale delle varie regioni.

4.6 Le dinamiche economico-finanziarie dei grandi gruppi privati accreditati

Nel triennio 2020-2022 il settore sanitario ha registrato profonde discontinuità in termini, ad esempio, di case mix delle prestazioni²⁸, di entità e composizione dei costi legati alle attività²⁹, di oscillazioni nelle quote di regime privato sul totale della spesa sanitaria³⁰. È quindi rilevante recuperare i dati economici che permettano di inquadrare l'impatto di tali dinamiche di contesto e di settore sul segmento dei privati accreditati. A tale scopo, il paragrafo analizzerà i dati³¹ e alcuni indici di bilancio d'esercizio dei 31 gruppi sanitari privati accreditati operanti in Italia con ricavi superiori ai 100 milioni di euro. Si tratta

²⁷ 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.

²⁸ Cfr. cap. 2 del presente Rapporto.

²⁹ Cfr. cap. 3 del presente Rapporto.

³⁰ Cfr. cap. 6 del presente Rapporto.

³¹ La fonte dei dati è il report "La sanità e i suoi maggiori operatori privati in Italia", a cura dell'Area Studi Mediobanca, pubblicato a giugno 2024 con dati 2022.

di operatori i cui ricavi consolidati 2022 ammontano complessivamente a 10,6 miliardi di euro, valore rilevante se si considera che l'insieme dei servizi sanitari erogati da soggetti privati potrebbe essere stimato in 54 miliardi di euro sommando, da un lato, i 25 miliardi di valore delle prestazioni erogate in regime di accreditamento (cfr. par. 4.3) e dall'altro, i 29 miliardi di euro di spesa in regime privato per servizi sanitari ospedalieri e territoriali (che includono anche quelli dentistici, pari a 8,5 miliardi di euro). Il campione considerato rappresenta quindi un ammontare di ricavi pari a un quinto del valore totale stimato relativo ai servizi sanitari erogati dai privati, inclusi i singoli professionisti³². Dopo aver inquadrato l'andamento 2019-22 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 2022. Tale secondo approfondimento scenderà a livello di dettaglio di singolo gruppo, con riferimento alle 15 realtà che hanno reso disponibile la ripartizione dei ricavi per regime di finanziamento³³.

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 lordo (MOL), il margine operativo netto (MON)³⁴ e il reddito netto di pertinenza degli azionisti (RN), espressi in percentuale rispetto ai ricavi³⁵.

L'andamento dei ricavi (Figura 4.6), rispetto all'esercizio 2019, evidenzia una flessione nel 2020 (-5%), seguita da una ripresa nel 2021-22: nel quadriennio l'aumento del fatturato netto è pari a 1,4 miliardi di euro (+15%). Le dinamiche dei ricavi non sono sovrapponibili a quelle delle misure di redditività. Anche MOL, MON e RN registrano un calo nel 2020 e una ripresa nel 2021, ma nel 2022 si osserva una nuova flessione. Il MOL, con un aggregato di 793 milioni, è pari al 7,5% del fatturato netto; rispetto al 2021 registra una diminuzione di 144 milioni, corrispondente a quasi due punti percentuali, pur mantenendosi a livelli superiori al 2020. Il MON, con un aggregato di 193 milioni pari all'1,8% del fatturato, risulta più che dimezzato rispetto al 2019. Il RN registra, infine, un valore negativo, seppur ridotto: -38 mln €, pari a un -0,4% (Figura 4.7). Quella appena presentata è una delle metriche possibili per misurare l'andamento

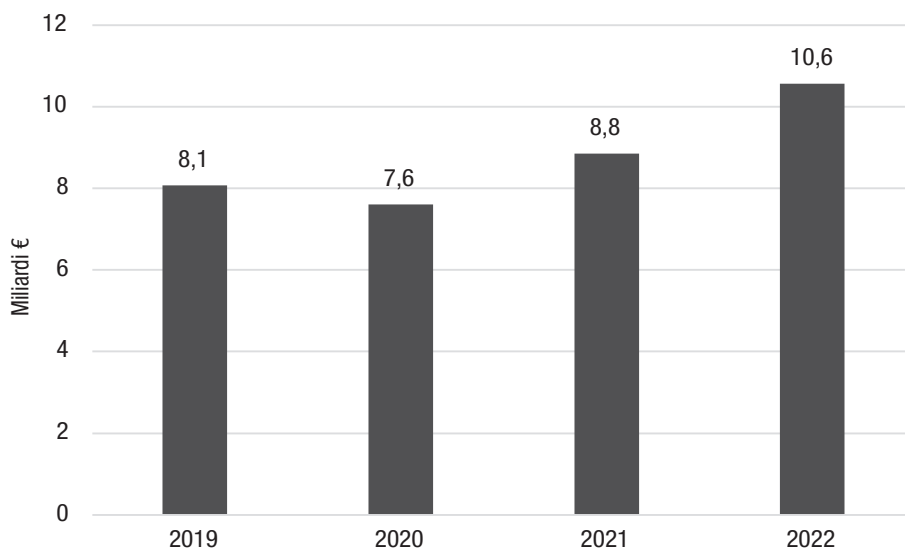
³² Includendo i servizi dentistici l'incidenza del campione è pari al 19%, escludendoli al 22%.

³³ In relazione a tale seconda analisi il campione sarà composto da 15 gruppi.

³⁴ Il MON è ottenibile sottraendo ai ricavi operativi sia i costi operativi, sia gli ammortamenti. Non sono invece prese in considerazione le componenti di reddito finanziarie, straordinarie o tributarie.

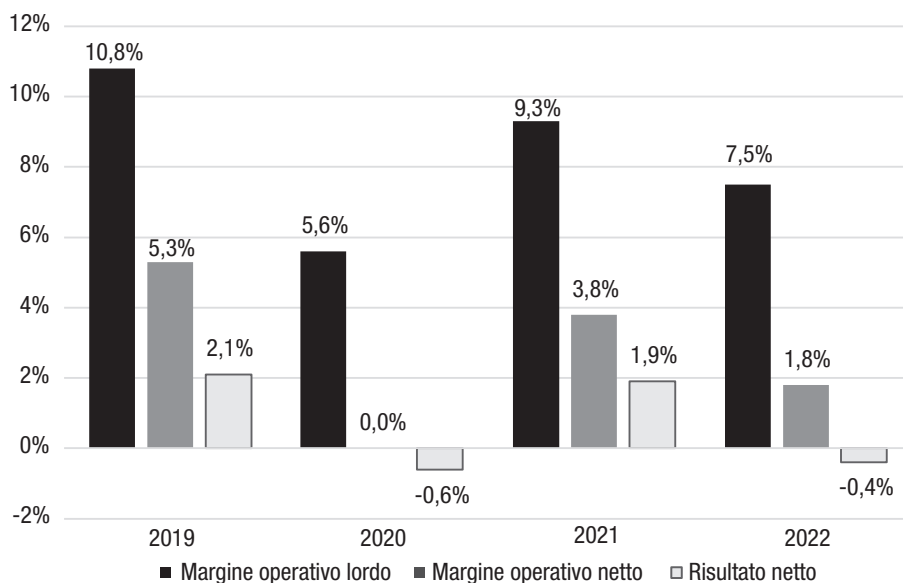
³⁵ Indice assimilabile alla redditività delle vendite.

Figura 4.6 **Andamento dei ricavi, aggregato dei principali gruppi sanitari (>100 mln €), 2019-2022 (mld €)**



Fonte: elaborazione OASI su dati Area Studi Mediobanca.

Figura 4.7 **Andamento di MOL, MON e RN in percentuale sui ricavi, aggregato dei principali gruppi sanitari (>100 mln €), 2019-2022**



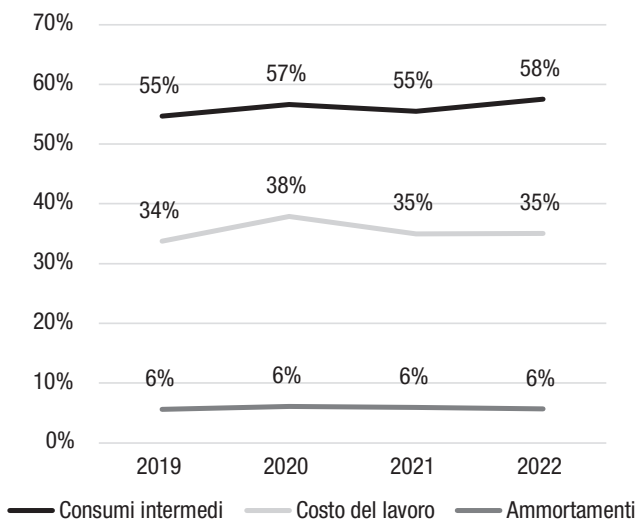
Fonte: elaborazione OASI su dati Area Studi Mediobanca (2024).

della redditività: si tratta di una logica che, aggregando operatori con volumi d'affari molto diversi, presenta risultati che risentono molto dell'andamento degli operatori di maggiori dimensioni. Si può notare, ad ogni modo, come anche la semplice media aritmetica dei risultati netti degli operatori del campione evidenzia un peggioramento tra il valore 2021 (7 mln €) e 2022 (-1,2 mln €).

Per approfondire le potenziali cause di tale peggioramento, è necessario analizzare l'andamento delle principali macro-classi di costo della gestione caratteristica, riportate dalla figura seguente.

La Figura 4.8 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 che ha portato tale aggregato ad aumentare più velocemente dei ricavi, rappresentando nell'ultimo anno disponibile il 58% del fatturato netto. Il personale, che al 2019 rappresentava il 34% dei ricavi, ha registrato una crescita nel 2020 fino al 38%, per poi stabilizzarsi al 35%. Infine, gli ammortamenti risultano costanti al 6%. Nel complesso, al 2022, le principali classi di costo della gestione caratteristica complessivamente considerate equivalgono al 98% dei ricavi. Ad essa vanno aggiunti i contributi negativi sia della gestione finanziaria (poco al di sotto del -2%) che della gestione straordinaria (-1%), i quali conducono l'aggregato del risultato netto in territorio leggermente negativo. Nel complesso, dunque, il peggioramento del

Figura 4.8 **Andamento delle principali macro-classi di costo della gestione caratteristica in percentuale sui ricavi, aggregato dei principali gruppi sanitari (>100 mln €), 2019-2022**



Fonte: elaborazione OASI su dati Area Studi Mediobanca (2024).

risultato economico rilevabile nel 2022 appare principalmente collegato all'aumento dei costi per consumi, a sua volta riconducibile alle dinamiche inflattive. Ciò risulta coerente con quanto osservato anche nelle aziende sanitarie pubbliche e nei sistemi regionali³⁶.

4.6.2 Entità e composizione dei ricavi in termini di regime di attività: un focus sui gruppi

La successiva Figura 4.9 riporta l'entità dei ricavi sanitari³⁷ dei singoli gruppi privati³⁸ nel 2022, 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 San Donato (1,7 mld €, di cui il 19% da regime privato) seguito da Humanitas (1 mld €, di cui il 32% da privato). Tra i primi 5 si registrano anche il Gruppo Villa Maria (725 mln €, 7% da privato), la Fondazione Policlinico Gemelli IRCCS (756 mln €, 19%), il gruppo KOS (683 mln €, 35%). A seguire altri dieci gruppi con ricavi sanitari compresi tra i 307 e i 105 milioni di euro.

La percentuale di ricavi riconducibile al regime privato può rappresentare il parametro per definire dei cluster di erogatori e analizzarne le caratteristiche distintive. A parte due *outlier* come Lifenet e CDI, con ricavi da privato rispettivamente pari al 50% e al 73% del fatturato netto, i restanti gruppi si distribuiscono all'interno di due intervalli ben definiti: il primo con una quota di ricavi extra SSN compresa tra il 5% e il 21%, composto da 8 realtà; il secondo con percentuali tra il 32% e il 39%, comprensivo di 5 gruppi (Tabella 4.9).

Il cluster di erogatori con la quota più ridotta di ricavi da regime privato (tra 5% e 21%) evidenzia una notevole diffusione geografica (in media, 5 regioni), una prevalenza o comunque una rilevanza sull'attività ospedaliera, per acuti o per riabilitazione (in media, 13 strutture di ricovero), un livello medio di ricavo di 555 mln €, un MOL medio di 29 milioni (5% del fatturato netto) e un MON leggermente negativo, di -2 mln€. Due degli 8 operatori appartenenti a questo cluster sono enti *not for profit* (Fondazioni).

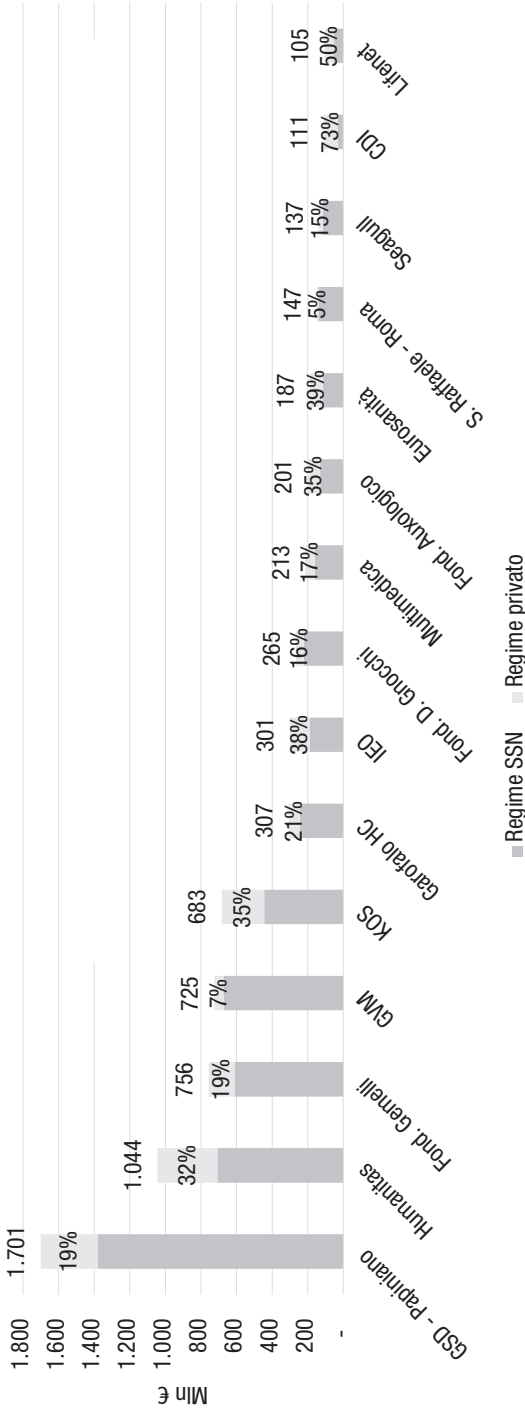
Il cluster con una quota di ricavi da regime privato tra 32% e 39% registra anch'esso una rilevante diffusione geografica (in media, 4 regioni), ma una maggiore presenza, o preponderanza, di strutture extraospedaliere (in media, 4 strutture ospedaliere, ma anche 17 ambulatoriali e 21 socio-assistenziali). Il livello medio di ricavo è pressoché pari a quello del precedente cluster (509 mln€). Tuttavia, il MOL è quasi doppio rispetto al cluster precedente (54 mln€,

³⁶ Cfr. cap. 3 del presente Rapporto.

³⁷ Sono esclusi ricavi da attività industriali o derivanti da servizi di tipo non sanitario (es. alberghieri).

³⁸ Il dato è reperibile per 15 gruppi, tra cui 7 dei primi 10 per fatturato in ordine decrescente di ricavi.

Figura 4.9 Principali gruppi sanitari privati: entità dei ricavi sanitari (mln €) e suddivisione percentuale per regime, 2022



Fonte: elaborazione OASisu dati Area Studi Mediobanca (2024). La quota di ricavi da privato di Multimedita è stata fornita dalla Direzione del Gruppo.

Tabella 4.9 **Caratteristiche dei grandi gruppi privati: cluster sulla base della quota di ricavi in regime privato (2022)**

Incidenza % del regime privato su totale ricavi sanitari	Gruppi	Media regioni di presenza	Media nr. strutture ospedaliere	Media nr. strutture ambulatoriali	Media nr. strutture socio-assistenziali	Ricavi medi (mln €), 2022	MOL medio (mln €), 2022	MON medio (mln€), 2022
Tra 5% e 21%	GSD-Papiniano, GVM, Fond. Gemelli, Fond. Don Gnocchi, S. Raffaele Roma, Multimedita, Seagull, Garofalo	5	13	9	7	555	29	-2
Tra 32% e 39%	Humanitas, KOS, Fondazione Autologica, IEO, Eurosanità	4	4	17	21	509	54	20

Fonte: elaborazione OASI su dati Area Studi Mediobanca (2024).

10% del fatturato netto) e il MON resta positivo (20 mln€, 4%). Anche in questo raggruppamento è presente un ente *not for profit* (Fondazione).

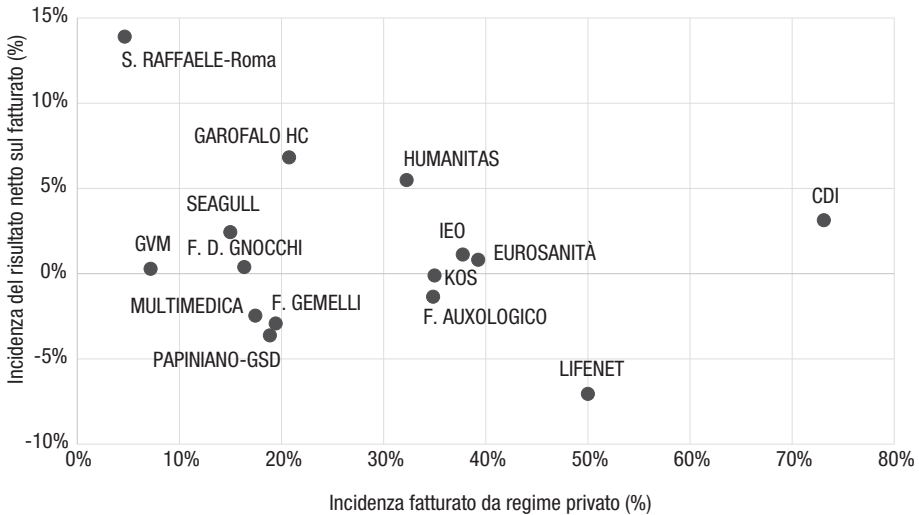
L'analisi per cluster e il profilo (inevitabilmente "medio") che ne scaturisce possono essere considerati come una conferma della solidità dei dati sull'incidenza del regime privato sul totale delle prestazioni erogate³⁹: molti privati accreditati di maggiori dimensioni, focalizzati sull'attività ospedaliera, *for profit* o *not for profit*, sono caratterizzati da volumi d'affari da ricondurre in larga parte (80% e più) al regime SSN. All'opposto, realtà diversificate, caratterizzate da una quota rilevante di attività territoriale (ambulatoriale e socio-assistenziale), registrano livelli di ricavo da regime privato mediamente più elevati. Un aspetto senz'altro rilevante è che nel 2022 il secondo gruppo riesce a conseguire maggiori marginalità, mantenendo il MON in territorio positivo.

La disponibilità dei dati di ricavo suddivisi per regime può suggerire di indagare se, almeno per l'esercizio 2022 caratterizzato dall'incremento marcato dei costi dei consumi, sia riscontrabile un'associazione tra percentuale di attività svolta in regime privato e risultato d'esercizio. La Figura 4.10 suggerisce come non emerga una chiara associazione⁴⁰ tra quota di attività in regime privato e livelli di risultato netto. Tra i primi operatori di settore in termini di fatturato si possono evidenziare i risultati negativi di due operatori come GSD (-4% del fatturato) e Gemelli (-3%) che riportano quote di ricavi in regime privato relativamente ridotte; il sostanziale pareggio di GVM e KOS, contraddistinte da

³⁹ Cfr. cap. 6 del presente Rapporto, a cura di OCPS SDA Bocconi.

⁴⁰ Il coefficiente di determinazione R^2 è inferiore a 0,1.

Figura 4.10 **Principali gruppi sanitari privati: incidenza percentuale del fatturato da regime privato e incidenza del risultato netto sul fatturato**



Fonte: elaborazione OASI su dati Area Studi Mediobanca (2024).

quote di privato notevolmente differenti; il risultato positivo (+5%) di Humanitas. Ovviamente si tratta di analisi del tutto preliminari, che potranno essere sviluppate e verificate più solidamente avendo a disposizione i dati di più esercizi. Bisogna ricordare, infatti, che il risultato netto risente significativamente delle componenti straordinarie della gestione, per loro natura variabili di anno in anno.

Ad ogni modo, è probabile che, più della semplice quota di regime privato, sia l'area di attività presidiata a costituire un driver rilevante per marginalità e redditività. Lo stesso documento dell'Area Studi Mediobanca (p. 45) raggruppa in tal senso gli erogatori, evidenziando come il risultato netto aggregato degli operatori della diagnostica sia pari al 9,5% dei ricavi, pur raggiungendo il valore più basso dal 2019, e in rilevante diminuzione rispetto al 14,1% del 2021; i gruppi dell'area socio-sanitaria registrano un'incidenza del RN su fatturato del +1,4%, in lieve aumento dal 2021 (+1%); gli erogatori focalizzati sull'area ospedaliera fanno osservare un -0,3%, rispetto al +2,1% del 2021; gli operatori della riabilitazione registrano un -6% rispetto al +0,5% del 2021.

4.7 Conclusioni

Le analisi condotte in questo capitolo consentono alcune riflessioni sul ruolo del privato accreditato nel SSN italiano, che affronta i cambiamenti e le sfide

di una stagione complessa sia sul versante della sanità pubblica che del quadro macroeconomico.

Analizzando i dati di spesa e offerta di servizi, emerge come il privato accreditato costituisca una componente rilevante del SSN. Nel 2023 la spesa del SSN per assistenza erogata da soggetti privati accreditati è stata pari a 427 euro pro capite, il 17,5% del totale della spesa sanitaria pubblica, un aumento modesto in valori nominali rispetto al 2022 (414 €, 17,5%). Dopo il calo osservato nel 2020, la spesa per assistenza erogata da privati accreditati era già cresciuta in modo rilevante nel 2021-22 e ha continuato a crescere nel 2023, confermando il trend di ripresa rispetto al periodo pre-pandemico (+13%). Rispetto al pre-pandemia, il dato è pressoché allineato 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 quadriennio la spesa totale SSN cresce, in termini nominali pro capite, del 15%: da € 2.122 a € 2.443. Per interpretare questo valore è però necessario aggiungere tre ulteriori dati relativi ai due anni 2019 e 2023. Il primo è l'incremento della domanda potenziale di servizi, con l'aumento di quasi mezzo milione di residenti over 65 (Istat, 2024). Il secondo è l'inflazione cumulata, pari al 16%, in grado quindi di azzerare la crescita reale della spesa sanitaria. Il terzo elemento è la composizione interna della crescita della spesa per servizi privati accreditati. La quota che cresce maggiormente (+23%) 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 2023 la componente socio-assistenziale (156 euro pro-capite, pari al 36,5% della spesa per servizi privati accreditati) ha superato per la prima volta quella ospedaliera (152), che nel periodo 2019-23 è cresciuta in maniera molto più ridotta (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 gradualisti⁴¹ previsti dall'anno 2024.

Il ruolo del privato si conferma rilevante in tutti i setting di offerta e tendenzialmente in crescita, pur 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 2022, il privato accreditato rappresenta il 32% dei posti letto ospedalieri, +5 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

⁴¹ La legge di Bilancio per il 2024 ha previsto una crescita del valore dei contratti pari a +1% nel 2024, +3% nel 2025, +4% nel 2026.

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 ASL⁴², le 567 strutture private accreditate del Paese hanno in media dimensioni ridotte: 121 PL. Il 57% 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 12% supera i 200 PL accreditati. Le grandi strutture sono concentrate principalmente in Lazio e Lombardia, regioni nelle quali sono localizzate oltre la metà (62%) delle 70 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 11%. 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.

I dati di dotazione possono essere letti assieme a quelli di attività: le strutture private accreditate hanno erogato il 29% dei 7,6 milioni di 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 (32%) 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 10% delle dimissioni del privato accreditato, e caratterizzate da degenza media fisiologicamente elevata. Se invece consideriamo la valorizzazione a tariffa dei volumi di attività ospedaliera, il privato rappresenta il 30% del valore complessivo dei ricoveri, quantificato in circa 27 miliardi. È interessante notare come, rispetto al 2019, il privato accreditato evidenzia cali ridotti di volumi delle dimissioni (-4%) e una sostanziale stabilità della remunerazione teorica, mentre le strutture pubbliche diminuiscono nettamente su entrambi i parametri (-12%, -7%). Su questi dati, anche alla luce delle differenze di posizionamento erogativo, si possono formulare solo ipotesi; sul versante del privato, un'interpretazione possibile riguarda lo sforzo dei privati per conservare i livelli erogativi e mantenere la complessità della casistica, saturando i budget assegnati dal SSN.

Passando al tema dell'assistenza territoriale, a livello nazionale, nel 2022 il privato accreditato gestisce il 59% degli ambulatori e laboratori, con quote minime, attorno al 20%, in Liguria e Piemonte, fino a oltrepassare l'80% in Campania e Sicilia. Inoltre, è privato accreditato l'85% delle strutture residenziali e il 72% di quelle semiresidenziali.

⁴² Cfr. cap. 2 del presente Rapporto.

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, una ogni due (54%) garantisce visite specialistiche e altre attività terapeutiche. Le strutture pubbliche offrono più frequentemente anche prestazioni di diagnostica strumentale rispetto a quelle private accreditate (37% contro 32%), mentre l'erogazione di indagini di laboratorio è mediamente più frequente tra le strutture private accreditate (43% contro il 33% del pubblico). Nel complesso, emerge la numerosità delle strutture private accreditato del Mezzogiorno, che erogano un *range* di servizi meno ampio rispetto al Nord, contribuendo alla notevole parcellizzazione di tali reti di offerta.

Il difficile contesto sanitario ed economico del periodo 2020-2022 ha influito in maniera molto rilevante sul settore dei privati accreditati, introducendo profonde discontinuità rispetto al passato. Si pensi, a titolo esemplificativo, al cambiamento di case mix intercorso nei mesi più acuti della pandemia, ma protrattosi a lungo, almeno fino al 2022 se consideriamo lo sforzo del SSN per il recupero delle liste di attesa. L'attività in regime privato può essere inquadrata attraverso i dati ISTAT dei conti della sanità riportati dal capitolo 6 del Rapporto: essa è stata interrotta per diversi mesi nel 2020, è stata poi caratterizzata da un robusto recupero nel 2021, per registrare, infine, una crescita più moderata nel 2022. In tale anno i servizi sanitari, sia in regime privato che in regime SSN, sono stati erogati in un contesto di elevata inflazione: +8,1% annuo a livello di indice generale, aspetto che ha comportato un'alterazione significativa dei costi, in termini di entità e composizione. L'intero periodo è stato infine contraddistinto da alcuni elementi di fondo in termini di regolazione ed esercizio della funzione di committenza. Alcuni provvedimenti nazionali⁴³ hanno previsto stanziamenti ad hoc, aggiuntivi rispetto ai contratti in essere, per vaccinazioni e recupero di liste d'attesa. Tuttavia, fino al 2023 è rimasto sostanzialmente vigente il limite di sistema sul valore dei contratti regionali con gli erogatori privati accreditati istituito ormai più di dieci anni fa nel contesto della *Spending Review*⁴⁴. I livelli tariffari sono rimasti sostanzialmente invariati, nelle more della validità del nuovo nomenclatore tariffario. Nel complesso, la crescita dei ricavi in regime SSN è stata fortemente contingentata, almeno nei comparti ospedaliero e ambulatoriale.

In tale contesto, i dati forniti dall'Area Studi Mediobanca (2024), presentati e rielaborati nel presente capitolo, testimoniano il peggioramento dei risultati economici dei principali erogatori del settore (fatturato netto superiore ai 100 milioni di euro). Mentre i ricavi aggregati dei principali erogatori di settore

⁴³ In primo luogo il DL Cura Italia.

⁴⁴ DL 95/12.

registrano una crescita lineare dal 2020, oltrepassando nel 2022 anche i valori del 2019 (+15%), gli indici di redditività registrano un calo rilevante. Il margine operativo netto aggregato è pari all'1,8% del fatturato e risulta più che dimezzato rispetto al 2019. Il risultato netto aggregato registra un pur ridotto valore negativo: -0,4% del fatturato, rispetto al 2% di 2019 e 2021.

L'analisi delle principali voci di costo della gestione caratteristica chiarisce che l'erosione di margini e utili è imputabile, almeno nel 2022, 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, crescono del 38%, salendo dal 55% al 58% del fatturato netto. Se a questi sommiamo i costi del personale (35% del fatturato, ridiscesi e stabili dopo un'impennata nel 2020) e gli ammortamenti (6%), i costi della gestione caratteristica raggiungono il 98% dei ricavi netti.

Tra quota di ricavi in regime privato e risultato netto non sembra esserci una correlazione netta ed evidente. A titolo esemplificativo, tra i primi operatori di settore in termini di fatturato, si possono evidenziare i risultati negativi di due realtà principalmente ospedaliere come GSD (-4% del fatturato) e Gemelli (-3%), che riportano quote di ricavi in regime privato relativamente ridotte, al di sotto del 20%; il sostanziale pareggio di GVM e KOS, contraddistinte da attività e quote di privato notevolmente differenti (7% e 35%); il risultato positivo (+5% del fatturato) di un operatore come Humanitas, che evidenzia una quota di privato del 32%.

Le analisi sopra presentate scontano il limite metodologico di basarsi su una sola annualità, e potranno essere sviluppate e verificate più solidamente avendo a disposizione i dati di più esercizi. Alcuni elementi fondamentali, dall'aumento dei prezzi alla scarsità di risorse disponibili da parte del SSN, difficilmente registreranno un'inversione di rotta. 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 di marginalità operativa 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 bi-

sogni 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 mercato 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 essere opposto:

- ▶ 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 dal momento che raggiungono maggiori volumi;
- ▶ 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;
- ▶ evoluzione verso logiche di *bundled payment* o 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 e sitografia

Area Studi Mediobanca (2024). La sanità e i suoi maggiori operatori privati in Italia (Ed. 2024)

Carbone C. (2013), *Le aziende sanitarie private accreditate: regole e posizionamento strategico*, Milano, Egea.

Giudice L., Preti L., Ricci A. (2023), «Gli erogatori privati accreditati: inquadramento, esiti di salute e posizionamento nell'offerta di specialistica ambulatoriale», in CER GAS Bocconi (a cura di), *Rapporto Oasi 2023*, Milano, Egea, pp. 145-194.

Ministero della Salute (2024), *Annuario Statistico del SSN – anno 2022*, disponibile online https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_2.jsp?lingua=italiano

Ministero della Salute (2024), Database Posti letto per struttura ospedaliera 2022, 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>

Ministero della Salute (2024), Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero 2022, disponibile online https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3441

