

Rapporto OASI 2022

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di
CERGAS - Bocconi



Università
Bocconi

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

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT



4 **Gli erogatori privati accreditati: inquadramento e ruolo potenziale nell'implementazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza¹**

di Laura Giudice, Luigi M. Preti e Alberto Ricci²

4.1 **Introduzione, obiettivi e metodi**

Gli erogatori privati accreditati³ combinano la natura istituzionale privata con la provenienza pubblica di una quota, spesso rilevante, delle risorse destinate a finanziare le prestazioni fornite ai pazienti⁴. Gli attori che popolano questo particolare circuito, dunque, sono caratterizzati da peculiarità di fondo che ne influenzano il posizionamento strategico e le scelte operative (Carbone, 2013).

In particolare, si osserva che:

- ▶ in quanto aziende di servizi appartenenti al settore sanitario, i processi produttivi degli erogatori privati accreditati implicano la co-produzione dell'utente (paziente) e dell'erogatore (medico)⁵; inoltre, sono aziende con-

¹ La ricerca è stata realizzata con il contributo incondizionato di Assolombarda, AIOP Lombardia, Fondazione Sanità Futura e Società Scientifica della Riabilitazione.

² Il capitolo aggiorna e amplia i contenuti del capitolo 4 del Rapporto OASI 2021 (Marotta e Ricci, 2021). Nonostante il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca congiunto degli autori, i §§ 4.1, 4.2, e 4.7 sono attribuibili ad Alberto Ricci, il §§ 4.3 a Luigi Preti, i §§ 4.4 e il 4.5 a Laura Giudice, il § 4.6 a tutti gli autori congiuntamente. Si ringraziano Francesco Longo e i due anonimi reviewer del capitolo per i suggerimenti forniti. Per i contributi raccolti in sede di intervista si ringraziano Elena Bottinelli e Massimiliano Di Mambro (Gruppo S. Donato), Elisa Palermo (Gruppo Humanitas), Roberto De Cani (Vivisol), Lorenzo Brambilla (Fondazione Don Gnocchi).

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.

- traddistinte da rilevante complessità nella gestione dei professionisti sanitari (aziende *brain intensive*);
- ▶ in quanto aziende private, sono contraddistinte da una fondamentale autonomia nelle scelte strategiche ed operative (ad es. nell'organizzazione del proprio personale) rispetto alle aziende sanitarie pubbliche. Allo stesso tempo, gli erogatori privati accreditati sono caratterizzati dall'esposizione a forti 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 imprese);
 - ▶ in quanto aziende accreditate, dipendono strettamente dalle dinamiche e dalle regole proprie dei sistemi pubblici, come, per esempio, i prezzi politici (tariffe) per tutti quei casi in cui i pazienti ricevono servizi sanitari in regime SSN. Inoltre, per la pianificazione di medio-lungo periodo e la programmazione dei flussi di cassa, queste aziende dipendono fortemente dalle scelte di pianificazione del sistema operate dal pubblico a livello nazionale e regionale⁶. Le interrelazioni con il sistema pubblico risultano particolarmente forti nel caso di emergenze sistemiche, come quella affrontata dal nostro Paese durante l'epidemia Covid-19 (cfr. capitolo 4 Rapporto OASI 2020).

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

In particolare, come riportato dal Box 4.1, il capitolo analizza l'insieme degli erogatori privati accreditati (§ 4.2) evidenziandone la rilevanza dal punto di vista economico (§ 4.3), oltre ai profili di offerta ospedaliera (§ 4.4) e distrettuale (§ 4.5). Queste sezioni aggiornano e integrano i dati del capitolo 4 del Rapporto OASI 2021 (Marotta e Ricci, 2021). I dati amministrativi a oggi disponibili fanno riferimento al primo anno interessato dalla pandemia, il 2020. Dunque, i dati presentati in tali paragrafi restituiscono il quadro strutturale (accreditamenti, capacità di offerta, distribuzione di servizi di pronto soccorso, ecc.) su cui si è abbattuta l'emergenza Covid-19 e sul quale si sono inseriti gli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resistenza (PNRR). Il § 4.6 rap-

⁶ A riprova della prevalente dipendenza degli erogatori privati accreditati dalle scelte di pianificazione pubblica, nel 2012 l'incidenza dei ricoveri a onere privato sui volumi totali di erogazione risultava pari al 2% dei ricoveri del privato no profit e al 6,5% per il privato profit (Carbone *et al.*, 2014)

presenta l'approfondimento tematico di quest'anno. Attraverso la metodologia dei mini-casi (*incident*), il paragrafo analizza alcune interessanti e promettenti esperienze attivate da erogatori privati accreditati, che possono fornire utili spunti per l'impostazione di sistema di risposta sanitaria territoriale introdotta dal PNRR e poi maggiormente definita dal DM 77. Il § 4.7, infine, raccoglie le conclusioni del contributo.

Sul piano metodologico (Box 4.1), i paragrafi di inquadramento del sistema (§ 4.2, 4.3, 4.4, 4.5) sono stati sviluppati raccogliendo e rielaborando i dati forniti da report e database amministrativi nazionali, mentre l'approfondimento tematico (§ 4.6) è stato alimentato da quattro interviste semi-strutturate a cinque referenti aziendali in grado di descrivere dettagliatamente le esperienze di innovazione di servizio. Il contenuto delle interviste, che sono state registrate, è stato poi integrato con studi e reportistiche aziendali suggerite dagli intervistati o reperiti in autonomia dai ricercatori, per i quali si rimanda ai singoli paragrafi.

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

Paragrafo	Obiettivo	Fonti e anno di riferimento
§ 4.2 Attori della sanità privata accreditata	<ul style="list-style-type: none"> Analisi delle strutture ospedaliere e territoriali private accreditate del SSN 	<ul style="list-style-type: none"> Classificazioni tratte da Ministero della Salute, Rapporto SDO (anno 2019) e Annuario Statistico (anno 2020).
§ 4.3 La spesa SSN per l'assistenza privata accreditata	<ul style="list-style-type: none"> Analisi della rilevanza economica delle prestazioni e dei servizi offerti da strutture accreditate rispetto alla spesa totale del SSN 	<ul style="list-style-type: none"> Ministero della Salute (anno 2021).
§ 4.4 L'offerta ospedaliera degli erogatori privati accreditati	<ul style="list-style-type: none"> Analisi della rilevanza degli erogatori privati accreditati sul totale dell'offerta SSN e del loro posizionamento erogativo. Analisi del contributo di erogatori accreditati, in termini di PL e reparti attivati, al contrasto di Covid-19 nel 2020. 	<ul style="list-style-type: none"> Data base Open Data posti letto SSN (anno 2020), Ministero della Salute; Annuario Statistico del SSN, Ministero della Salute (anno 2020).
§ 4.5 L'offerta distrettuale degli erogatori privati accreditati	<ul style="list-style-type: none"> Analisi della rilevanza degli erogatori privati accreditati sul totale dell'offerta SSN; analisi del posizionamento erogativo. 	<ul style="list-style-type: none"> Annuario Statistico del SSN (anno 2020), Ministero della Salute.
§ 4.6 Privati accreditati e PNRR: innovazioni di servizio	<ul style="list-style-type: none"> Analisi di 4 incident: esperienze di innovazione di servizio avviate da erogatori privati accreditati in relazione con gli indirizzi del PNRR e del DM77. 	<ul style="list-style-type: none"> Interviste semistrutturate svolte ad hoc Analisi documentale

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 geogra-

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

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, il Ministero della Salute (Rapporto SDO 2019) 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 Fondazioni privati⁷;
- ▶ 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 2019):

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

4.3 La spesa SSN per l'assistenza sanitaria privata accreditata

Un primo indicatore della rilevanza del settore privato accreditato in sanità è dato dal suo peso all'interno della spesa complessiva del SSN⁸. La Tabella 4.1 evidenzia la spesa pro capite per le prestazioni a carico del SSN erogate da soggetti privati accreditati nel 2021, suddivisa per le varie tipologie di attività (ospedaliera, specialistica, riabilitativa, altra assistenza), espressa al lordo della mobilità interregionale.

Nel 2021, la spesa SSN per assistenza privata accreditata ha registrato un va-

⁷ 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.

⁸ Per un quadro completo della spesa sanitaria si rimanda al cap. 3 del presente Rapporto. A partire dalla scorsa edizione 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 (valori € pro capite – 2021)**

Regione	Ospedaliera accreditata, € pro capite	Specialistica accreditata, € pro capite	Riabilitativa accreditata, € pro capite	Altra assistenza accreditata, € pro capite	Totale spesa SSN per assistenza privata accreditata, € pro capite	Totale spesa SSN per gestione corrente, € pro capite	% spesa SSN per assistenza privata accreditata su totale
Piemonte	115	67	38	137	356	2.320	15,4%
Valle d'Aosta	56	17	37	52	162	2.752	5,9%
Lombardia	210	109	8	223	550	2.247	24,5%
P.A. di Bolzano	69	27	4	139	237	2.955	8,0%
P.A. di Trento	106	57	1	124	288	2.647	10,9%
Veneto	118	78	6	132	334	2.328	14,3%
Friuli-Venezia Giulia	60	53	12	96	221	2.494	8,9%
Liguria	30	32	63	138	261	2.488	10,5%
Emilia-Romagna	128	52	0	166	347	2.503	13,9%
Toscana	62	41	20	127	250	2.391	10,5%
Umbria	45	34	11	122	212	2.382	8,9%
Marche	78	42	55	121	296	2.275	13,0%
Lazio	273	99	40	154	566	2.207	25,7%
Abruzzo	102	37	52	98	289	2.278	12,7%
Molise	235	138	54	107	534	2.668	20,0%
Campania	161	155	57	59	431	2.153	20,0%
Puglia	186	79	40	114	419	2.211	18,9%
Basilicata	19	80	64	77	241	2.288	10,5%
Calabria	86	64	38	82	270	2.126	12,7%
Sicilia	160	111	39	114	423	2.215	19,1%
Sardegna	73	84	30	104	292	2.404	12,1%
ITALIA	149	85	28	138	400	2.298	17,4%

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

Fonte: Elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, 2022.

lore medio di € 400 per abitante, pari al 17,4% della spesa complessiva del SSN (Tabella 4.1), in aumento rispetto a quanto registrato nel 2020 (€ 374 e 17%). Il dato è inferiore in termini relativi a quanto registrato nel 2019 (17,8%), ma decisamente superiore in valore assoluto: nel 2019 la spesa pro capite era pari a € 378 e nel 2021 a € 400 (+5,8%). Del resto, nello stesso biennio la spesa totale SSN cresce, in termini pro capite, dell'8,2%: da € 2.122 a € 2.298.

In linea con quanto registrato negli anni precedenti, l'incidenza della spesa SSN per assistenza privata accreditata varia sensibilmente a livello regionale,

passando dai massimi registrati in Lazio (25,7%), Lombardia (24,5%), Molise e Campania (20,0%), al minimo della Valle d'Aosta (5,9%), della Provincia Autonoma di Bolzano (8,0%) e del Friuli-Venezia Giulia (8,9%). Rispetto al 2020, al netto delle posizioni che rimangono invariate, si registra una significativa riduzione per Lazio (-0,8 punti percentuali), Calabria (-1,8 punti percentuali), Basilicata (-0,9 punti percentuali) e Molise (-1,9 punti percentuali) e un rilevante aumento in Lombardia (+1,2 punti percentuali).

Per quel che riguarda la composizione percentuale della spesa SSN gestita da erogatori accreditati, nel 2021 non si registra una variazione significativa rispetto a quanto osservato negli anni precedenti; infatti il 37,1% (36,6% nel 2020) della spesa complessiva (€ 149 pro capite) è costituito da spesa per ricoveri ospedalieri in strutture accreditate, mentre un altro 34,4% (34,9% nel 2020), pari a € 138 pro capite, è da imputare alla «Altra assistenza accreditata», legata prevalentemente all'assistenza territoriale socio-sanitaria presso strutture residenziali.

Il setting riabilitativo si conferma essere quello che presenta la maggiore variabilità interregionale in termini di spesa per assistenza accreditata: considerando il coefficiente di variazione (CV⁹) la variabilità è pari al 76%, in linea con quanto osservato negli anni precedenti. La spesa media pro capite a livello nazionale non ha subito variazioni rilevanti (€ 28 nel 2021 vs € 27 nel 2020 e € 28 nel 2019), e si continuano ad osservare regioni in cui l'attività riabilitativa è quasi integralmente erogata da strutture pubbliche (PA Bolzano, PA Trento, Emilia-Romagna, Veneto e Lombardia, tutte con una spesa accreditata pro capite inferiore a 10 euro), a fronte di altre che presentano un contributo più cospicuo da parte di erogatori privati¹⁰.

Anche per le restanti voci il range tra valore massimo e minimo resta notevole, ma con variabilità interregionale complessivamente più contenuta. Nella voce «Ospedaliera accreditata» si passa da una spesa pro capite massima registrata in Lazio (€ 273), Molise (€ 235) e Lombardia (€ 210) a quella minima registrata in Basilicata (19 €). Il valore medio nazionale è pari a € 149, con un CV pari al 46%. La minore variabilità (43%) si registra infine sulla specialistica ambulatoriale, con valori particolarmente elevati in Campania e Molise (€ 155 e € 138 pro capite, rispettivamente).

In sintesi, dopo un lieve calo osservato nel primo anno di pandemia, la spesa per assistenza privata accreditata è cresciuta in modo rilevante nel 2021, supe-

⁹ Il coefficiente di variazione è una misura relativa di dispersione che permette di valutare la variabilità dei valori registrati attorno alla media: si calcola rapportando la deviazione standard alla media ed è particolarmente utile per confrontare gruppi con medie significativamente diverse.

¹⁰ Basilicata e Liguria presentano dati di spesa pro capite per assistenza riabilitativa privata accreditata pari rispettivamente a 64 € e 63 €, con altri quattro contesti regionali che superano la quota dei 50 euro (Marche, Abruzzo, Molise e Campania).

rando il valore del 2019. Il maggiore contributo alla crescita deriva dalla spesa per «altra assistenza accreditata» pro capite (+8,3%) e dalla spesa ospedaliera pro capite (+3,8% dal 2019), che recupera ampiamente il significativo calo (-16%) osservato nel 2020 e dovuto alla riduzione dell'attività chirurgica e della consistente flessione della mobilità interregionale, sebbene in modo difforme tra le regioni. In Lazio, ad esempio, la spesa ospedaliera accreditata cresce addirittura del 14% rispetto al 2019, mentre in Lombardia si colloca ancora a valori pro capite inferiori a quelli osservati pre crisi (-6,7%).

4.4 L'offerta ospedaliera degli erogatori privati accreditati

Il presente paragrafo, adottando la logica di approfondimento relativo a un singolo livello di assistenza, analizza l'assistenza ospedaliera distinguendo due differenti ambiti: la dotazione strutturale (con due digressioni sui dati dimensionali e servizi di emergenza-urgenza) e l'adattamento della stessa, in risposta all'emergenza Covid-19.

4.4.1 Dotazione strutturale

In termini strutturali, l'analisi a livello ospedaliero si focalizza sui posti letto (PL) e sulla loro recente evoluzione¹¹. Considerando la dotazione complessiva di PL disponibile nel SSN al 1° gennaio 2020¹², dunque all'immediata vigilia della pandemia, l'insieme degli erogatori privati accreditati detiene il 31% dei posti letto totali a livello nazionale. Tali PL sono concentrati presso le case di cura accreditate per il 68%. Altre tipologie di strutture private accreditate hanno in dotazione il 32% dei posti letto accreditati: il 16% si trova presso gli IRCCS e gli IRCCS Fondazione privati, il 2,9% presso i due Policlinici universitari privati¹³ e lo 0,4% presso enti di ricerca; il restante 13% è suddiviso tra ospedali classificati (10,1%) e istituti qualificati (2,8%). Ragionando per tipologia di ricovero ospedaliero, il peso del privato accreditato in termini di posti letto risulta minore nell'attività per acuti (23% dei PL per acuti totali del SSN, -0,75% rispetto al 2019), di poco superiore a quello degli erogatori pubblici quando si considera l'attività di lungodegenza (54% dei PL per lungodegenza, + 3% rispetto al 2019) e largamente prevalente nel campo della riabilitazione (74,1% dei PL,

¹¹ Per un approfondimento sul numero di strutture accreditate si rimanda al § 2.3.

¹² L'ultimo aggiornamento sull'Open Data del Ministero della Salute è relativo al 1° gennaio 2020.

¹³ Il Policlinico Gemelli nei database ministeriali è ancora incluso come Policlinico universitario privato; dal 2018, ha ottenuto il riconoscimento di IRCCS. Riconducendo il Policlinico Gemelli alla categoria degli IRCCS quest'ultima raggiunge il 18,3%, i policlinici scendono allo 0,5%

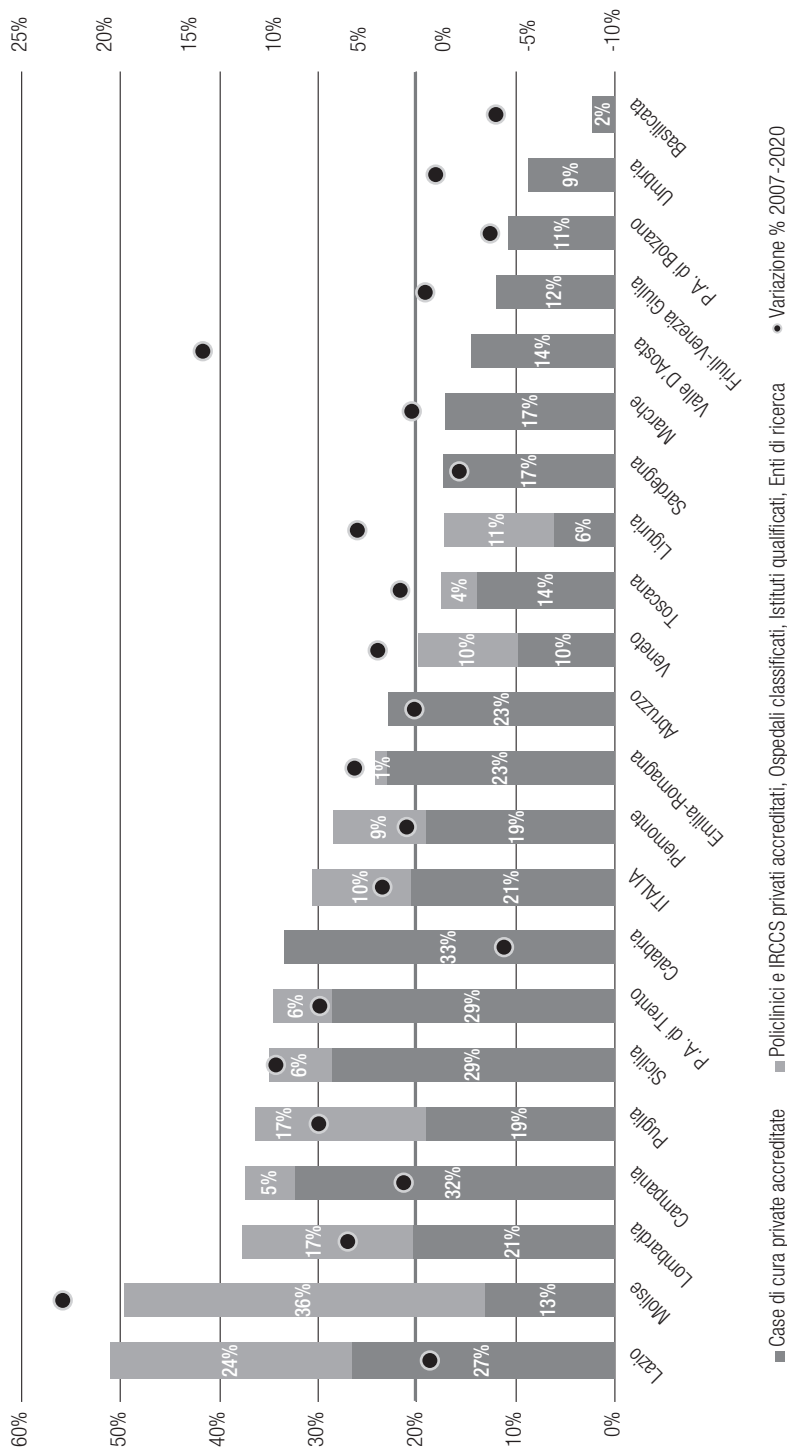
+1% rispetto al 2019). Per quanto riguarda il contributo delle diverse tipologie di strutture accreditate nei differenti segmenti di attività, rispetto all'assistenza per acuti la distribuzione percentuale dei PL accreditati è in massima parte allineata con quella generale, con un'incidenza leggermente inferiore delle case di cura (64%) a cui si contrappone un peso maggiore degli ospedali classificati (14,0%). Riguardo ai PL dedicati alla riabilitazione ospedaliera, invece, si distinguono sempre le case di cura (68% dei PL) ed insieme ad esse gli IRCCS e gli IRCCS Fondazione privati, i quali detengono il 22,3% dei posti letto. I PL accreditati per l'attività di lungodegenza, infine, sono quasi esclusivamente localizzati presso case di cura accreditate (cdc), che ne detengono il 96%.

Il ruolo delle strutture di ricovero private accreditate nei sistemi di offerta dei 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 (51%), a contesti, come quelli delle Regioni Umbria e Basilicata, in cui meno di un posto letto su dieci (rispettivamente 8,8% e 2,2%) si trova presso erogatori privati accreditati (Figura 4.1). Adottando la medesima classificazione delle strutture private accreditate presentata nella maggior parte del capitolo¹⁴, la Figura 4.1 mostra il contributo di ciascuna categoria in termini di posti letto a livello regionale. A livello nazionale, le case di cura detengono i due terzi dei posti letto accreditati e il 21% dei PL totali del SSN; coerentemente, risultano prevalenti nella maggior parte dei contesti regionali. Rivestono invece un ruolo minoritario in Molise (27% dei PL privati accreditati), per via della compresenza di un Ente di ricerca e un IRCCS privato, oltre che in Liguria (35% dei PL privati accreditati), dove è rilevante il peso degli ospedali classificati. In Lombardia, Puglia, Lazio e Veneto, invece, si rileva una sostanziale equivalenza tra case di cura e altre strutture accreditate. In Lazio ciò è dovuto alle rilevanti dotazioni strutturali di strutture universitarie e IRCCS, in Veneto è da ricondurre alla significativa presenza degli ospedali classificati; in Lombardia e Puglia, invece, si rileva un'elevata concentrazione di IRCCS privati e ospedali classificati.

Allargando l'ambito temporale dell'analisi, tra 2007 e 2020 si registra una variazione positiva dell'incidenza dei PL accreditati sul totale della dotazione. Nel contesto di una contrazione dell'offerta ospedaliera, sia nella componente pubblica che in quella privata, il calo di PL privati accreditati è meno netto e la quota relativa cresce di 3,6 punti percentuali a livello nazionale, equamente sul territorio del Paese. Vi sono tuttavia alcuni casi in controtendenza: spicca la Calabria che, pur restando tra le regioni in cui il peso strutturale degli erogatori privati accreditati risulta maggiore del dato nazionale, registra una riduzione

¹⁴ 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, 2020 (asse sx) e variazione 2007-2020 (asse dx)



Fonte: Elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, Open data posti letto, 2021

dell'incidenza dei PL accreditati pari a 3,5 punti percentuali nel periodo osservato, come effetto del piano di rientro regionale. Anche in Basilicata e nella Provincia Autonoma di Bolzano, sebbene in misura minore, si è ridotto il peso della sanità privata accreditata (con una riduzione di 2,8% e del 2,2%, rispettivamente). Tra gli anni 2007 e il 2020 si registrano aumenti significativi, invece, in Molise (+22%) e in Valle d'Aosta (+ 14,5%), qui dovuto all'accreditamento dell'Istituto Clinico Valle d'Aosta¹⁵, che risale al 2013.

Se limitiamo l'analisi dei trend all'ultimo anno solare (ovvero proponendo un confronto con lo stock di PL rilevato al 1° gennaio 2019), emergono limitate variazioni che, in entrambe le direzioni, non eccedono il 3%.

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 114 PL accreditati, oltre il 61% delle stesse ha una dotazione di posti letto inferiore ai 100 PL accreditati, il 27% ne ha tra i 100 e i 200 (qui spiccano Campania, Lazio e Lombardia con rispettivamente 22, 21 e 32 strutture di questa dimensione). Soltanto l'11% delle case di cura supera i 200 PL accreditati (Figura 4.2). Le grandi strutture sono concentrate principalmente in Lazio e Lombardia, regioni nelle quali sono localizzate 33 delle 61 strutture con più di 200 posti letto (54%)¹⁶. Anche in queste regioni le strutture con dotazione superiore ai 200 PL non superano il 25% del totale delle strutture.

Per un approfondimento relativo alle principali discipline su cui si concentrano i PL privati accreditati, si rimanda al capitolo 4 del Rapporto OASI 2021 e, in particolare, alle Tabelle 4.9 e 4.10, che si basano sui dati più aggiornati al momento disponibili¹⁷. Tra le specialità in cui, a livello nazionale, gli erogatori privati accreditati rivestono complessivamente un ruolo più significativo troviamo sicuramente la riabilitazione, area nella quale il privato accreditato controlla il 75% dei PL totali, seguita da ortopedia e traumatologia (35%) e da chirurgia generale (30%).

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

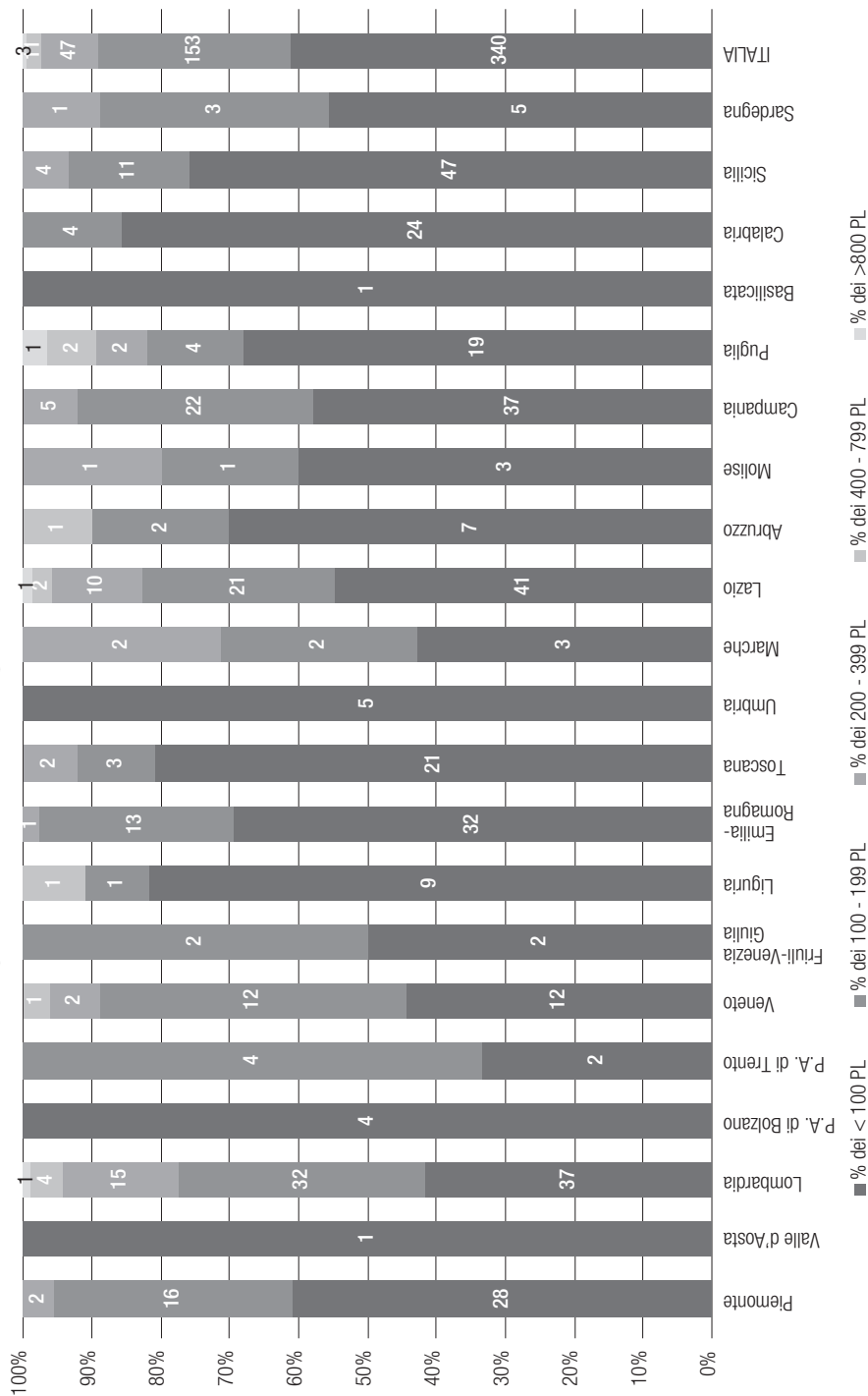
La Tabella 4.2, che riporta la distribuzione geografica dei 637 ospedali pub-

¹⁵ Si tratta dell'unico ospedale privato accreditato presente nella regione.

¹⁶ In queste due regioni si concentrano circa 2/3 degli IRCCS e dei Policlinici Universitari privati in termini sia di sedi, sia di posti letto. Consultando l'elenco pubblicato sul sito del Ministero della Salute al 2020, 20 dei 30 IRCCS privati hanno sede tra Lombardia e Lazio. A questi si aggiungono i Policlinici Universitari Privati.

¹⁷ La fonte dei dati contenuti nelle Tabelle 4.9 e 4.10 del capitolo 4 del Rapporto OASI 2021 è il Database Open Data posti letto SSN (anno 2019) del Ministero della Salute.

Figura 4.2 Suddivisione percentuale degli ospedali privati accreditati per classe dimensionale, 2020. Le etichette delle serie riportano i valori assoluti degli ospedali rientranti in ogni classe



Fonte: Elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, Open data posti letto, 2021

blici e privati accreditati dotati di Pronto Soccorso (PS) o Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Accettazione (DEA) nelle regioni italiane, mostra che 62 di questi (9,7%) sono privati accreditati. Quasi la metà degli ospedali privati accreditati con servizi di emergenza è situata in Lombardia (27 strutture, pari al 28% degli ospedali dotati di servizi di emergenza a livello regionale); segue il Lazio (con 13 strutture; 28%). Complessivamente, l'11% delle strutture private accreditate è sede di PS o DEA.

Tabella 4.2 **La suddivisione per livello dei Servizi di Emergenza-Urgenza privati accreditati e incidenza sul totale dei servizi di Emergenza regionali, 2020**

Regione	PS in ospedali privati accreditati	DEA I livello in ospedali privati accreditati	DEA II livello in ospedali privati accreditati	Totale Servizi Emergenza in ospedali privati accreditati	Totale Servizi Emergenza in ospedali pubblici	Totale complessivo Servizi Emergenza	% Servizi Emergenza in ospedali privati su totale SSN
Piemonte	1	0	0	1	46	47	2,1%
Lombardia	15	9	3	27	70	97	27,8%
Veneto	4	1	0	5	44	49	10,2%
Liguria	1	1	0	2	18	20	10,0%
Emilia-Romagna	1	0	0	1	49	50	2,0%
Lazio	6	5	2	13	34	47	27,7%
Campania	5	0	0	5	54	59	8,5%
Puglia	0	4	0	4	29	33	12,1%
Calabria	0	2	0	2	26	28	7,1%
Sicilia	0	2	0	2	60	62	3,2%
ITALIA	33	24	5	62	575	637	9,7%

Fonte: elaborazione OASI su dati AGENAS – Elenco strutture della rete dell'emergenza ospedaliera 2020

Per una rassegna dell'attività di ricovero ospedaliero erogata dai privati accreditati si rimanda al capitolo 4 del Rapporto OASI 2021. I dati riportati nella scorsa edizione sono basati sul Rapporto SDO riferito all'anno 2019 che al momento della stesura del presente capitolo rappresentano ancora la fonte più aggiornata disponibile¹⁸, sebbene riflettano inevitabilmente volumi di prestazioni precedenti al contesto epidemico.

¹⁸ L'Annuario Statistico del SSN, disponibile con riferimento all'anno 2020, non permette di ricostruire il ruolo del privato accreditato in quanto la relativa reportistica aggrega l'attività di IRCCS e ospedali classificati a quella degli istituti di cura pubblici. Alcuni dati di attività sono comunque ripresi e commentati nel paragrafo successivo.

4.4.2 L'offerta ospedaliera degli erogatori privati accreditati per il contrasto al Covid-19

L'Annuario Statistico del SSN relativo al 2020 contiene un interessante approfondimento finalizzato a evidenziare lo sforzo attuato dal sistema in ambito ospedaliero, in termini di PL e reparti attivati per far fronte alle prime «ondate» dell'emergenza Covid-19. Innanzitutto, vale la pena di sottolineare come il numero complessivo dei PL a disposizione delle strutture SSN (pubbliche e private accreditate) sia sensibilmente aumentato nel corso del 2020 rispetto a quanto programmato all'inizio dell'anno. I PL complessivi in degenza ordinaria sono aumentati del 25% circa (47 mila unità aggiuntive), raggiungendo quota 235.371 (Tabella 4.3). Tale netta crescita va interpretata però come una dotazione temporanea, attivata a «fisarmonica» in momenti diversi nelle diverse regioni: al momento del picco di ospedalizzazioni (novembre 2020), i PL Covid-19 effettivamente utilizzati raggiungevano quota 27.151.

Un secondo elemento da segnalare per la lettura dei dati è che la sezione Covid-19 include tra le strutture private accreditate le sole case di cura che, tuttavia, come riportato nel paragrafo 4.4.1, rappresentano poco meno del 70% dei PL privati accreditati del SSN. Al contrario, IRCCS, ospedali classificati e altri istituti c.d. privati «equiparati» sono inclusi nei conteggi delle strutture pubbliche. Questa scelta, metodologicamente difforme rispetto ad altre reportistiche ministeriali come il Rapporto SDO e al criterio di classificazione adottato nel resto del capitolo, non permette di inquadrare in maniera esaustiva e sufficientemente articolata il ruolo svolto dal privato accreditato nelle regioni dove gli istituti equiparati costituiscono una componente rilevante nel sistema di offerta ospedaliera. Anzi, è ragionevole attendersi che la componente di privato accreditato maggiormente integrata con la rete di offerta (in primis con quella dell'emergenza urgenza) abbia svolto un ruolo predominante.

La Tabella 4.3 mostra come l'83% dei PL Covid-19 siano stati resi disponibili dalle strutture pubbliche o equiparate, le quali hanno visto aumentare la disponibilità di PL di circa il 26% e raggiungere i 3,2 PL per 1.000 abitanti (dai 2,5 del periodo pre-emergenziale). Le case di cura hanno messo a disposizione il 17% dei PL Covid-19 a fronte di una dotazione pre-pandemica pari al 21% dei PL SSN. Anche i PL delle case di cura sono cresciuti sensibilmente (+18%)¹⁹.

Dai dati emerge come il contributo fornito dalle case di cura nella risposta ospedaliera alla pandemia sia stato molto eterogeneo e piuttosto indipendente dalla dotazione no-Covid. Tra le regioni medio-grandi con dotazioni significa-

¹⁹ In termini di reparti (dato non riportato in tabella), la stessa sezione dell'Annuario riporta che quelli attivati presso strutture private accreditate (177) sono mediamente più grandi (45 PL) di quelli attivati presso le strutture pubbliche (23 PL); questo spiega il perché le case di cura accreditate rappresentano solo il 9% dei reparti Covid-19 attivati, a fronte del 17% dei PL.

tive di PL in case di cura spiccano Emilia-Romagna e Campania, che di fatto contribuiscono oltre il 90% dei PL privati accreditati e almeno il 20% dell'offerta SSN. In queste due regioni la quota di PL Covid-19 messa a disposizione è stata pari, rispettivamente, al 35% e al 24% del totale regionale a fronte di una dotazione pre-Covid-19 pari a 21% e 35% dei PL del sistema. All'opposto, in Calabria le case di cura rappresentano il 35% dei PL no-Covid ma nessun posto letto è stato messo a disposizione per il contrasto specifico dell'epidemia.

In termini assoluti, invece, spicca la Lombardia, le cui case di cura hanno messo a disposizione oltre 3.400 PL, corrispondenti al 43% dei PL attivati a livello nazionale e al 21% dei PL Covid-19 regionali, percentuale in linea con la dotazione no-Covid.

Tabella 4.3 **PL per assistenza a pazienti Covid-19 pubblici e privati accreditati, % di PL privati sul totale dei PL Covid-19 regionali e sul totale dei PL Covid-19 privati, 2020**

Regione	PL Covid-19 pubblici ed equiparati	PL Covid-19 cdc private accreditate	PL Covid-19 totali	% PL Covid-19 cdc private su totale PL Covid-19 regionali	% PL no-Covid cdc private su totale PL no-Covid regionali
Piemonte	6.786	821	7.607	11%	20%
Valle d'Aosta	60	70	130	54%	19%
Lombardia	12.912	3.462	16.374	21%	21%
P.A. di Bolzano	145	93	238	39%	13%
P. A. di Trento	ND	ND	ND	ND	32%
Veneto	1.446	50	1.496	3%	10%
Friuli-Venezia Giulia	665	103	768	13%	11%
Liguria	1.687	–	1.687	0%	8%
Emilia-Romagna	1.963	1.052	3.015	35%	21%
Toscana	197	–	197	0%	14%
Umbria	642	–	642	0%	9%
Marche	1.782	70	1.852	4%	15%
Lazio	3.552	714	4.266	17%	28%
Abruzzo	645	133	778	17%	25%
Molise	62	–	62	0%	16%
Campania	2.665	851	3.516	24%	35%
Puglia	1.758	208	1.966	11%	20%
Basilicata	160	–	160	0%	2%
Calabria	269	–	269	0%	35%
Sicilia	2.334	207	2.541	8%	28%
Sardegna	461	143	604	24%	17%
ITALIA	40.191	7.977	48.168	17%	21%

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario statistico del SSN 2020

A completamento dei dati amministrativi sulle sole case di cura rappresentati in maniera sistematica dall'Annuario, è utile riportare alcune informazioni tratte da documenti ufficiali che possono delineare meglio il ruolo dei privati accreditati nelle grandi regioni²⁰ dove le case di cura rappresentano meno di due terzi dei PL privati accreditati (cfr. Figura 4.1)²¹.

- ▶ In Lombardia, a inizio aprile 2020, i privati accreditati avevano destinato a pazienti Covid-19 4.975 PL, pari al 40% della capacità ospedaliera regionale totale approntata per i malati al culmine della prima ondata²². Per avere un termine di confronto, la percentuale di PL in degenza ordinaria del privato accreditato sul totale regionale a gennaio 2020 era del 37% e del 28% considerando i soli acuti²³.
- ▶ In Piemonte, durante la prima ondata, stati attivati presso le strutture private 1.305 posti letto, durante la seconda ondata 723 mentre nel corso della terza 957²⁴. Durante la prima ondata l'incidenza del privato è stata pari al 22% del totale dei PL Covid-19²⁵. Per avere un termine di confronto, la percentuale di PL in degenza ordinaria del privato accreditato sul totale regionale a gennaio 2020 era del 29%, ma dell'11% considerando i soli acuti, in ragione della marcata focalizzazione produttiva del privato piemontese sulla riabilitazione.
- ▶ In Lazio, colpito maggiormente dalla seconda ondata dell'autunno 2020, la rete ospedaliera per malati Covid-19 programmata a fine ottobre²⁶ prevedeva 1.219 PL messi a disposizione dai privati accreditati, corrispondenti al 42% dei posti letto emergenziali. In Lazio la quota di PL in degenza ordinaria del privato accreditato sul totale regionale a gennaio 2020 era del 51% e del 41% se si considerano i soli acuti.
- ▶ In Puglia, regione interessata maggiormente dalla seconda ondata dell'autunno 2020, la rete ospedaliera per malati Covid-19 programmata a novem-

²⁰ Oltre 2 milioni di abitanti.

²¹ A differenza del dato dell'Annuario, le informazioni di seguito sono riferibili a specifiche ondate epidemiche. Osservando la reportistica (ad es. il giudizio di parificazione della corte dei Conti, cfr. infra) si rileva che spesso i posti letto per pazienti Covid-19 sono stati attivati in strutture differenti a seconda dei periodi emergenziali. Di conseguenza, i PL totali regionali attivati durante le singole ondate e sono fisiologicamente inferiori al dato totale dei PL Covid-19 conteggiati sull'intero 2020.

²² Fonte: comunicazione congiunta Regione Lombardia AIOP-ARIS-CLSS, 11/04/2020.

²³ I dati di dotazione sono ricavati a partire dal già citato database open source del Ministero della Salute.

²⁴ Fonte: Corte dei conti, Giudizio di parificazione 2020 Regione Piemonte - Volume III, p. 53.

²⁵ Fonte: Corte dei conti, Giudizio di parificazione 2020 Regione Piemonte - Volume III, p. 43.

²⁶ Fonte: ordinanza del Ministro della Salute d'intesa con il Presidente della Regione Lazio del 21/10/20, "Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19".

bre²⁷ prevedeva 724 PL messi a disposizione dai privati accreditati, corrispondenti al 24% dei posti letto emergenziali. In Puglia la quota di PL in degenza ordinaria del privato accreditato sul totale regionale a gennaio 2020 era del 38%, del 33% considerando i soli acuti.

- In Veneto, durante la prima ondata, l'aumento programmato di posti letto in strutture private è stato pari a 381 unità, corrispondente al 15% dei posti aggiuntivi regionali per prendere in carico i pazienti affetti da Covid-19²⁸. In Veneto la quota di PL in degenza ordinaria del privato accreditato sul totale regionale a gennaio 2020 era del 20%, del 15% considerando i soli acuti.

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 (Governo italiano, 2021). Per quanto riguarda l'attività territoriale, le strutture che presidiano tale *setting*, 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)²⁹.

La Tabella 4.4 presenta la distribuzione delle strutture territoriali nelle diverse regioni italiane riportando, per ciascuna categoria, il totale per l'anno 2020 e l'incidenza delle strutture private accreditate nel 1998 e nel 2020. Questa fotografia, di prima approssimazione, offerta dagli unici dati messi a disposizione dal SSN presenta sfortunatamente alcuni caveat interpretativi: si basa infatti sul numero di *facility*, senza considerarne né la casistica né la complessità dei casi trattati. L'attività territoriale risulta gestita prevalentemente da erogatori privati accreditati³⁰, che hanno trovato spazi di sviluppo a fronte di una rete di offerta pubblica relativamente poco sviluppata, con l'eccezione di alcune regioni. Nei 22 anni considerati il peso del privato in termini strutturali

²⁷ Fonte: DPGR Puglia n. 1748 del 9 novembre 2020, "Piano ospedaliero SARS- CoV-2 – potenziamento rete", pp. 7595-7596.

²⁸ Fonte: Piano di Emergenza COVID-19 del Veneto, 15/03/2020.

²⁹ Per maggiori approfondimenti relativi ai distretti e alle strutture impegnate nell'erogazione di prestazioni territoriali si veda il §2.3.2 del presente Rapporto.

³⁰ 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.

Tabella 4.4 Presenza di strutture territoriali e peso degli erogatori privati accreditati, per regione (1998-2020)

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	
		2020	1998		2020	1998		2020	1998		2020	1998		2020	1998
Piemonte	380	22,1%	22%	1.298	57,3%	90%	234	42,1%	80%	358	2,1%	5%	2.270	23,9%	64%
Valle d'Aosta	8	21,4%	75%	21	1,9%	90%	2	—	100%	26	0,0%	4%	57	4,2%	49%
Lombardia	640	40,9%	62%	1.483	68,1%	90%	733	40,8%	83%	687	1,6%	18%	3.543	34,0%	70%
P.A. di Bolzano	57	16,8%	47%	101	52,2%	89%	9	—	33%	82	1,6%	27%	249	16,4%	57%
P.A. di Trento	51	17,5%	57%	100	20,0%	81%	48	0,0%	85%	40	0,0%	18%	239	15,1%	66%
Veneto	436	46,4%	49%	877	51,2%	87%	536	43,3%	75%	530	20,9%	25%	2.379	38,9%	64%
Friuli-Venezia Giulia	96	23,8%	39%	194	45,3%	59%	88	7,7%	58%	104	4,3%	7%	482	24,4%	43%
Liguria	334	30,9%	19%	315	57,1%	89%	65	7,1%	69%	125	0,0%	5%	839	25,5%	47%
Emilia-Romagna	525	31,2%	37%	901	46,6%	87%	546	31,6%	89%	658	5,6%	5%	2.630	31,2%	57%
Toscana	578	35,9%	35%	581	49,8%	70%	248	12,4%	50%	430	6,9%	6%	1.837	30,3%	41%
Umbria	157	14,6%	22%	192	37,2%	65%	101	0,0%	30%	123	3,0%	4%	573	14,8%	34%
Marche	182	29,6%	66%	287	14,0%	69%	80	13,8%	60%	138	2,0%	5%	687	23,8%	55%
Lazio	766	58,6%	71%	299	37,6%	79%	82	0,0%	17%	429	3,2%	8%	1.576	45,9%	53%
Abruzzo	127	44,4%	49%	90	80,0%	71%	15	100,0%	20%	130	0,0%	2%	362	40,9%	36%
Molise	52	48,8%	75%	24	0,0%	88%	14	0,0%	100%	20	0,0%	5%	110	40,4%	68%
Campania	1.427	73,6%	84%	175	29,9%	62%	94	23,5%	29%	462	2,1%	36%	2.158	65,2%	69%
Puglia	680	47,2%	61%	448	60,0%	94%	184	21,4%	92%	322	0,5%	7%	1.634	38,1%	63%
Basilicata	125	21,5%	37%	48	23,1%	67%	11	100,0%	27%	48	4,2%	15%	232	20,4%	38%
Calabria	404	49,4%	57%	132	45,7%	82%	15	12,5%	40%	161	14,3%	10%	712	45,1%	50%
Sicilia	1.424	72,2%	79%	197	14,6%	61%	66	14,3%	17%	504	2,7%	15%	2.191	61,6%	61%
Sardegna	354	45,7%	57%	95	18,2%	86%	18	7,7%	67%	180	1,0%	6%	647	36,3%	47%
ITALIA	8.803	49,3%	60%	7.858	50,4%	83%	3.189	29,6%	72%	5.557	5,1%	13%	25.407	38,9%	58%

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario statistico del SSN, 2020

è cresciuto complessivamente dal 38,9% al 58,4%³¹ (con uno scostamento dello 0,2% pari a 112 strutture private accreditate in più rispetto al 2019), con una crescita comune a tutte le categorie e una consistente variabilità interregionale:

- ▶ nel caso degli «Ambulatori e Laboratori», pubblico e privato accreditato presentano uno sbilanciamento a favore del privato accreditato (60% vs 40%) che mostra una tendenza in crescita negli ultimi 21 anni³². 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 4.3). I valori massimi del contributo del privato accreditato sono raggiunti in Campania (84%), dove sono complessivamente presenti 1.427 tra laboratori e ambulatori sia pubblici che privati (25 strutture ogni 100.000 abitanti, come si può vedere nella Figura 4.4); in Sicilia, regione in cui ne sono complessivamente ubicate 1.424 (29,5 strutture ogni 100.000 abitanti), il 79% 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 334 ambulatori e laboratori totali (che si traducono in 27,8 ambulatori e laboratori ogni 100.000 abitanti); in Piemonte, in cui 82 (il 22%) dei 380 ambulatori e laboratori sono privati accreditati (8,89 strutture totali ogni 100.000 ab); e in Umbria dove 34 ambulatori e laboratori su 157 totali (18,4 strutture ogni 100.000 ab.) sono privati accreditati (circa il 22%).
- ▶ 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'83,2% delle strutture residenziali e il 71,7% di quelle semiresidenziali³³. Nel confronto interregionale sono soprattutto le regioni del Nord Italia a presentare le percentuali più elevate di strutture private accreditate (85% delle strutture residenziali, 75% delle semiresidenziali), mentre le regioni del Centro e del Sud presentano valori sotto la media nazionale. Il gap è particolarmente pronunciato nel segmento delle semiresidenziali, dove per Centro e Sud il peso degli accreditati scende rispettivamente al 39% e al 49%. Fanno eccezione Molise

³¹ Tale crescita in termini strutturali è determinata da due differenti trend: per ambulatori e laboratori che erogano attività specialistica si registra, lungo i 21 anni considerati, una contrazione nel numero di strutture private accreditate meno marcata rispetto a quella del pubblico; per le altre categorie di strutture, invece, nel privato accreditato si registra un importante aumento nel conteggio delle strutture (tutte le categorie hanno almeno triplicato il proprio numero), mentre nel pubblico il numero è rimasto stabile o ha visto una riduzione.

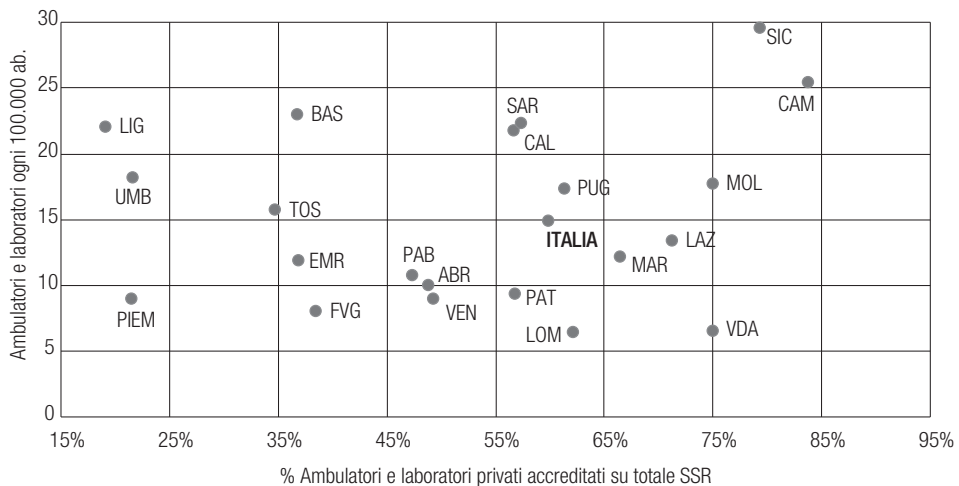
³² La categoria «Ambulatori e Laboratori» ha fatto registrare una lieve decrescita nel 2020 (pari allo 0,4%) rispetto al 2019.

³³ Le strutture Residenziali e Semiresidenziali confermano il trend positivo di crescita, facendo registrare uno scostamento positivo del 1,8% (233 strutture in più) rispetto al 2018.

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 rispettivamente 48 strutture semiresidenziali ogni 100.000 abitanti, e ben 98,8 in Veneto, in Sicilia e Sardegna il valore scende a 1 (rispettivamente a 1,4 e 1,1 strutture semiresidenziali ogni 100,000 ab.); in Calabria non si arriva ad avere 1 struttura ogni 100.000 abitanti (per la precisione, il dato è di 0,8 strutture ogni 100.000 ab.).

- ▶ per quanto riguarda le «Altre strutture territoriali»³⁴, 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 2020 presentava una quota pari al 13,1% del totale delle strutture³⁵.

Figura 4.3 **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, 2020**



Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario statistico del SSN 2020 e ISTAT.

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

³⁵ Il contributo risulta limitato ad eccezione di qualche contesto territoriale: la Campania presenta una percentuale pari al 36% mentre Veneto e P.A. di Bolzano superano la soglia del 25% (rispettivamente, 25% e 27%).

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, pubblici e privati accreditati, che erogano tradizionalmente tre principali categorie di attività³⁶:

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

Tabella 4.5 **Confronto ambulatori e laboratori pubblici e privati accreditati per tipo di assistenza erogata e macroarea geografica (2020, %)**

	Pubblico			Privato		
	Clinica	Diagnostica	Laboratorio	Clinica	Diagnostica	Laboratorio
Nord	96%	41%	38%	79%	52%	28%
Centro	96%	33%	24%	54%	42%	47%
Sud	95%	41%	33%	44%	23%	48%
ITALIA	96%	39%	33%	53%	32%	44%

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN, 2020

Il 96% delle strutture pubbliche eroga attività clinica, con sostanziale omogeneità su tutto il territorio nazionale, mentre, tra gli erogatori privati accreditati, solo poco più di uno ogni due (53%) garantisce visite specialistiche e altre attività terapeutiche. Si rileva però una differenza marcata al Nord, dove si osservano dati intermedi (79%) tra quelli delle strutture accreditate del Centro e Sud e quelli pubblici. Le strutture pubbliche offrono più frequentemente anche prestazioni di diagnostica strumentale rispetto a quelle accreditate (39%

³⁶ 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.

contro 32%), mentre l'erogazione di indagini di laboratorio è mediamente più frequente tra le strutture private accreditate (44% 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 (meno di un quarto 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 simile a quello pubblico, mentre al Sud, tra i privati accreditati prevale una specializzazione quasi esclusiva su una sola tipologia di assistenza, con una forte focalizzazione sul laboratorio.

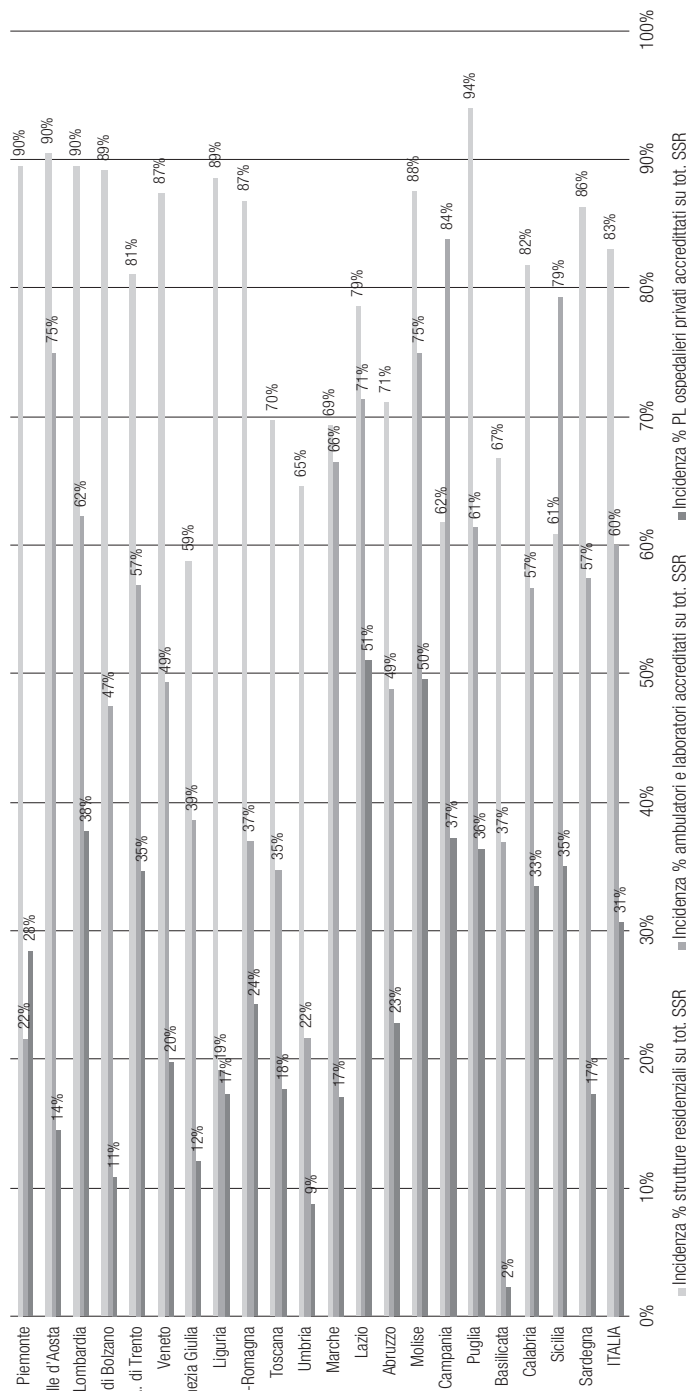
In conclusione, come è possibile osservare nella Figura 4.4, gli erogatori privati accreditati costituiscono una componente molto significativa dell'ecosistema salute in tutti gli SSR. Sul fronte dell'assistenza ospedaliera, il contributo del privato accreditato è caratterizzato da una significativa variabilità regionale: si passa da regioni, come Lazio e Molise, dove il suo peso si attesta intorno al 50% dei PL complessivi 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 (fa eccezione solo il Piemonte) 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 si esprime su quote significative, toccando addirittura picchi del 75-80% in Campania (84%), Molise (75%), Sicilia (79%) e Valle d'Aosta (75%).

Decisamente dominante, infine, 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 di questo tipo private accreditate sono più dell'80% delle strutture residenziali complessive presenti presso la Regione o P.A.³⁷, a riprova di un ruolo molto importante di questi erogatori nei sistemi di offerta sanitaria delle varie regioni.

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

Figura 4.4 **Inquadramento dei Servizi Sanitari Regionali analizzati: quota di offerta gestita dal privato accreditato, 2020**



Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario statistico del SSN, Open data Posti letto e ISTAT, 2020

4.6 I privati accreditati e le innovazioni di servizio del PNRR: alcune esperienze in corso

I dati di settore aggiornati al primo anno di pandemia ci confermano dunque la rilevanza del privato accreditato nel contesto dell'offerta territoriale. A livello nazionale, oltre il 60% di ambulatori e laboratori sono privati accreditati, con punte del 70% in Lazio e di oltre l'80% in Campania e Sicilia. È dunque irrealistico ridisegnare l'assistenza territoriale, come previsto dal PNRR, senza il coinvolgimento del privato accreditato. Pur con queste premesse, il PNRR e gli importanti documenti programmatori in via di pubblicazione in questi mesi sembrano tralasciare il privato. L'esempio più chiaro è rappresentato dal DM 77, orientato a fissare gli standard dell'assistenza territoriale: il documento approvato ad aprile 2022 non definisce le modalità di integrazione tra, da un lato, il «nuovo» distretto, imperniato su CdC, OSCO, COT, e domiciliarità, e dall'altro, l'offerta privata accreditata. Questo non esclude che in futuro si possa avere un coinvolgimento del privato accreditato nei nuovi modelli di servizio soprattutto in aree in cui il privato è maggioritario anche all'interno dell'offerta SSN, come la riabilitazione, la neuropsichiatria, l'assistenza domiciliare integrata. Inoltre, a livello micro-organizzativo, per fronteggiare la pandemia molti privati accreditati hanno introdotto molteplici innovazioni di processo, soprattutto nell'ambito della telemedicina, ma anche della riorganizzazione dei ruoli professionali, della comunicazione, dei meccanismi di coordinamento interno riguardanti le operations, la ricerca e l'assistenza.

Questi spunti scaturiscono quasi naturalmente dall'analisi dell'offerta sanitaria, ma anche da alcune esperienze seminali avviate negli ultimi anni. Nell'attuale fase di incertezza programmatica, appare molto importante approfondire tali esperienze, in modo da favorirne l'analisi, e, nel caso, la diffusione su maggiore scala. I paragrafi successivi prenderanno in esame i seguenti operatori, ciascuno associato a una innovazione di servizio:

- ▶ Il Gruppo Humanitas e l'introduzione di servizi di telemedicina.
- ▶ Il Gruppo San Donato e l'introduzione di servizi di telemedicina.
- ▶ Il Gruppo Vivisol e l'Assistenza Domiciliare Integrata ad alta complessità e con supporti tecnologici avanzati.
- ▶ La Fondazione Don Gnocchi e l'erogazione di servizi di prevenzione cardiovascolare all'interno della Casa della Salute

4.6.1 La telemedicina: Humanitas

Obiettivi, attori e fasi di sviluppo

Humanitas rappresenta il secondo gruppo sanitario privato italiano, con oltre un milione di pazienti curati ogni anno. È presente in tre regioni (Piemon-

te, Lombardia e Sicilia) con 27 strutture. Spiccano i nove ospedali, tra cui un IRCCS, per un totale di circa 2.000 posti letto³⁸.

Humanitas ha avviato un sostanziale sviluppo di servizi di telemedicina³⁹ in concomitanza con la crisi sanitaria del 2020. Nei mesi di massima allerta epidemiologica, l'azienda ha proposto un'alternativa all'accesso in ospedale, specialmente per le visite di controllo, alcune terapie e i *follow up*, in coerenza con le indicazioni regionali (DRG XI/3115/2020)⁴⁰. Dopo i primi mesi, l'obiettivo si è ampliato, diventando quello di offrire un servizio differenziato e migliorativo per tutti i pazienti, specialmente quelli più fragili e più geograficamente lontani. Un ulteriore obiettivo è stato ed è tuttora la riduzione della permanenza in struttura e la digitalizzazione di alcune attività amministrative, come le accettazioni.

L'attore che ha coordinato internamente il percorso di implementazione dell'innovazione è la Gestione Operativa. Lo sviluppo di questa modalità di servizio ha richiesto, come fisiologico, una fase di valutazione di sostenibilità a cui è seguita quella di investimento. Essa è stata contraddistinta, tra le altre, dalle seguenti azioni: l'acquisizione della piattaforma per svolgere le televisite; la sua integrazione con altre rilevanti componenti dei sistemi informatici del Gruppo, come le prenotazioni; l'installazione di PC e webcam in gran parte degli studi medici; l'individuazione e la formazione di personale da dedicare agli utenti di questo nuovo segmento; lo svolgimento dei passaggi amministrativi necessari per garantire la conformità normativa; programmi di marketing e comunicazione interna. Questa fase ha dunque previsto il coinvolgimento di numerosi attori interni amministrativi: i sistemi informativi, il personale dedicato all'accoglienza dei pazienti, l'ufficio flussi. Il ridisegno dei processi di cura è stato invece condotto in stretta collaborazione con i medici delle Unità Operative coinvolte, ripercorrendo passo dopo passo i vari passaggi di *front* e *back office* della visita da remoto.

A inizio estate 2022, il servizio può essere definito «a regime», anche se un obiettivo a breve termine è quello di aumentare progressivamente i volumi coinvolgendo maggiormente le Unità Operative dell'area medica. Le televisite sono entrate a tutti gli effetti nell'offerta standard di Humanitas: se ne svol-

³⁸ I dati sono tratti dal corporate profile: https://www.hunimed.eu/content/uploads/2021/07/hum-corporate-profile2021-L_rev.pdf.

³⁹ Secondo le Indicazioni nazionali del Ministero della Salute (2020), la telemedicina rappresenta «un approccio innovativo alla pratica sanitaria consentendo l'erogazione di servizi a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione (p. 3)». Per ulteriori approfondimenti sul tema si rimanda al cap. 11 del Rapporto OASI 2021 (Bobini *et al.*, 2021).

⁴⁰ «Per la programmazione dell'attività ambulatoriale andranno privilegiate le modalità di erogazione di prestazioni di telemedicina, specialmente per quanto attiene le visite di controllo, l'aggiornamento dei piani terapeutici, il follow-up» (p. 13).

gono circa un centinaio a settimana; nel 2021 il totale ha oltrepassato le 5.000 prestazioni. Sul versante economico, il servizio ha raggiunto il *break even* a fine 2021.

Linee di servizio principali

A oggi, il target dei servizi in telemedicina è sostanzialmente costituito da quattro tipologie di utenti:

- ▶ pazienti che accedono a un pre-ricovero chirurgico, in regime SSN o privato. In questo caso a essere proposta in remoto è la visita anestesiologicala e la visita chirurgica;
- ▶ pazienti inseriti in un programma di visite di *follow up* con il monitoraggio del piano terapeutico. Si tratta di pazienti prevalentemente in regime SSN inseriti in percorsi che interessano soprattutto alcune specialità mediche, come endocrinologia, diabetologia, reumatologia, oncologia;
- ▶ pazienti che seguono un piano riabilitativo successivo al ricovero. In questo caso a essere proposto in remoto è il ciclo riabilitativo con il fisioterapista;
- ▶ pazienti in prima visita in regime privato.

Poco meno di un terzo di quanti complessivamente fruiscono dei servizi di telemedicina sono pazienti in regime di solvenza (29%), mentre il restante 71% è rappresentato da pazienti in regime SSN.

In tutti i casi, è il medico che definisce se ogni paziente sia arruolabile o meno per i servizi di telemedicina, poi la scelta relativa alla modalità fisica o virtuale è lasciata al paziente stesso.

Risultati, fattori facilitanti e ostativi, prospettive

A poco più di due anni dal lancio, è possibile inquadrare gli impatti generati dall'innovazione di servizio, anche alla luce dei suoi obiettivi specifici presentati a inizio paragrafo.

Un primo impatto è rappresentato dai volumi delle televisite e delle prestazioni di teleriabilitazione inserite in un percorso pre o post-ospedaliero: essi rappresentano di per sé indicatori di raggiungimento degli obiettivi di ottimizzazione degli accessi e riduzione delle permanenze senza penalizzare l'accessibilità. Non è banale, però, esprimersi sulla portata di questo risultato. Da un lato, a poco più di due anni dal lancio dell'iniziativa, tutta la fase di progettazione e sperimentazione è stata superata: almeno potenzialmente, ogni paziente di Humanitas può scegliere la modalità di servizio che preferisce, se possibile sul piano normativo e clinico. Dall'altro lato, è evidente che i servizi in remoto rappresentano ancora una piccola minoranza rispetto al totale di un Gruppo che annualmente conta quasi 200.000 ricoveri. A breve termine, le previsioni interne prevedono un aumento tra il 5% e il 10% dei volumi su base annuale.

Un secondo impatto è rappresentato dall'effettivo utilizzo del servizio e dal gradimento da parte dei pazienti più geograficamente lontani o con difficoltà nel recarsi in struttura. Anche in questo caso sono possibili alcune riflessioni di carattere solo preliminare. In termini di caratteristiche dell'utenza servita, è disponibile il dato di incidenza dei pazienti fragili ed extraregione, che testimonia l'attrattività nei confronti dei pazienti individuati come target naturale dell'innovazione di servizio. I pazienti in mobilità extra-regionale rappresentano infatti circa il 45% del numero complessivo di pazienti che fruiscono dei servizi di telemedicina; quasi la metà di questi pazienti (49%) hanno più di 60 anni di età.

La Gestione Operativa, nel prossimo futuro, prevede di condurre delle analisi atte a verificare il «tasso di ritorno» dei pazienti in televisita. Allo stesso modo, c'è l'intenzione di condurre rilevazioni di *customer satisfaction*.

Un terzo impatto è la digitalizzazione completa di segmenti rilevanti di attività amministrativa come l'accettazione e la refertazione. La dematerializzazione di queste fasi, ormai a regime, potrà essere estesa anche ai pazienti in presenza con ricadute di ampia portata in termini di funzionalità. Si tratta di un risultato rilevante per l'organizzazione, ma che dovrebbe tradursi in aumenti di soddisfazione anche per l'utenza, grazie alla maggiore semplicità e ai minori tempi di accesso.

Un quarto impatto organizzativo è l'aumento delle conoscenze informatiche dei medici, anche grazie a una maggiore collaborazione tra profili junior e senior. Soprattutto nella fase iniziale di lancio del servizio, in cui spesso un medico più esperto e uno più giovane svolgevano assieme la televisita, si osservavano «scambi alla pari» di conoscenze cliniche e digitali. I clinici, inoltre, si sono spesso dovuti confrontare con le *operations* ospedaliere e con l'architettura dei sistemi informativi di Humanitas: anche in questo caso sono spesso nate proficue collaborazioni e dinamiche di apprendimento. Molti professionisti che hanno sperimentato le potenzialità della modalità virtuale si sono poi trasformati in promotori del cambiamento con altri colleghi. In generale, per molti professionisti, il progetto ha innescato un cambiamento culturale importante per cui, a parità di contenuto clinico, le modalità di esecuzione della visita o del trattamento riabilitativo si sono arricchite dell'opzione virtuale.

Al di là della situazione contingente di necessità, come principale fattore che ha favorito il cambiamento è stata segnalata la governance di progetto, che ha previsto una stretta interazione tra la componente della Gestione Operativa, della clinica e dei sistemi informativi.

Tra i fattori di rallentamento vale il discorso per cui, come per tutti i cambiamenti culturali, sono necessari tempi lunghi, non solo per coinvolgere i professionisti con più anni di esperienza, ma anche per convincere i pazienti. Un altro fattore di rallentamento segnalatoci è invece rappresentato dall'indicazione normativa di erogare in modalità virtuale solo le visite di controllo o

comunque le prestazioni inserite in un piano terapeutico. Questa prescrizione è valida solo per il regime SSN. Al di là delle questioni di merito e opportunità, questa scelta ha frenato il ricorso alla telemedicina nel circuito pubblico.

Le prospettive di sviluppo del servizio prevedono un moderato ma rilevante incremento dei volumi, da realizzare soprattutto con il coinvolgimento delle Unità Operative finora rimaste ai margini del progetto, come l'area neurologica. Inoltre, si prevede:

- ▶ un potenziamento dell'offerta riabilitativa anche al di fuori dei percorsi post-dimissione;
- ▶ un rafforzamento delle attività di presa in carico della cronicità (es. aggiornamento del PAI) svolte in remoto, coinvolgendo in prospettiva anche i MMG dei pazienti in cura;
- ▶ un aumento del ricorso ai consulti multi-disciplinari da remoto, anche nei confronti di altre realtà ospedaliere;
- ▶ lo sviluppo di un servizio di visualizzazione degli esami radiologici per dare la possibilità al paziente di inviare eventuale documentazione e permettere la visione da parte del medico senza recarsi in struttura, sempre nel rispetto della Privacy e della più recente normativa europea.

4.6.2 La telemedicina: Gruppo San Donato

Obiettivi, attori e fasi di sviluppo

Il Gruppo San Donato (GSD) rappresenta il primo gruppo sanitario privato italiano, fatturato 2020 che si attesta su 1,6 miliardi di euro e 18.000 tra collaboratori e dipendenti⁴¹. Ogni anno prende in carico circa 5 milioni di pazienti in 56 strutture distribuite tra Lombardia ed Emilia-Romagna. Gli ospedali sono 19, di cui tre IRCCS, per un totale di oltre 5.000 posti letto.

Nel gennaio 2020, GSD ha avviato un sostanziale sviluppo di servizi in telemedicina come canale aggiuntivo per l'attività in solvenza. L'obiettivo primario nei mesi del lancio progettuale era quello di facilitare l'accesso alle competenze cliniche del Gruppo a prescindere dal fattore geografico, sia per i medici delle strutture, sia naturalmente per i pazienti. Oltre a una crescita dei primi accessi, l'innovazione ha avuto fin da subito l'obiettivo di rafforzare la continuità di cura, anche alla luce della rilevante quota di pazienti extraregione negli IRCCS e nelle altre strutture del Gruppo. Infine, il progetto aveva un'importante valenza nella promozione dell'immagine di GSD come realtà attenta alla dimensione di servizio e di innovazione tecnologica.

⁴¹ La fonte dei dati di inquadramento del Gruppo è il sito GSD visitato il 21/7/2022: <https://www.grupposandonato.it/news/2021/ottobre/nuovo-assetto-societario-gruppo-san-donato#:~:text=Gruppo%20San%20Donato%20in%20numeri,e%20600%20milioni%20di%20euro.>

Con lo scoppio della pandemia, similmente a quanto segnalato nel caso precedente, il servizio ha assunto l'ulteriore obiettivo di garantire le prestazioni e la prosecuzione delle cure ai pazienti senza esporli a eventuali rischi connessi all'accesso in struttura. Ciò ha comportato l'allargamento del servizio anche alla componente SSN. A oggi, con l'esaurirsi della fase acuta della pandemia, l'obiettivo primario è tornato a essere quello dell'accessibilità soprattutto per i pazienti fragili, geograficamente distanti o con difficoltà a dedicare tempo agli spostamenti necessari per recarsi in struttura.

L'attore interno che ha coordinato il cambiamento è stata in prima battuta l'Unità *Transformation Office* di Ospedale San Raffaele che, grazie ad una stretta collaborazione con il personale sanitario, ha avuto un ruolo centrale mettendo le basi dell'attività di change management. Il successivo passaggio della governance di progetto alla Direzione Solvenza di Gruppo è stata una scelta in parte dovuta alle necessità di introdurre l'innovazione in maniera coordinata e trasversale a tutte le strutture, in parte espressiva del regime largamente prevalente dell'attività svolta, in parte dovuta alle competenze organizzative e tecniche presenti.

La prima fase della sperimentazione è stata quella della revisione dei percorsi clinici delle specialità più idonee alla gestione da remoto. C'è stata una fase di investimento tecnologico sul lato hardware e software: postazioni, piattaforma, e cybersecurity.

Successivamente, è iniziata la fase della comunicazione interna. L'ingaggio dei medici è stato trainato da profili professionali di prestigio riconosciuto nelle rispettive specialità, i *Key Opinion Leader* (KOL). Questi ultimi, grazie all'esperienza maturata tramite l'utilizzo dei servizi digitali di Gruppo, sono stati in grado di trasmettere l'utilità del nuovo strumento ai restanti colleghi. Inoltre, sono stati organizzati alcuni incontri di sensibilizzazione con l'Amministratore Delegato e i responsabili dei reparti. A livello operativo, il progetto ha previsto alcune figure di profilo amministrativo, i *Digital Health Ambassador* (DHA), dedicate a sostenere i clinici nella familiarizzazione con le prestazioni in digitale, a rafforzare la comunicazione interna e in ultima analisi all'allargamento dei professionisti coinvolti. È stata individuata una persona per struttura distaccata da altre funzioni (tre persone per le strutture più grandi) per accompagnare la digitalizzazione; a tendere, i DHA rientreranno nel proprio ruolo originario.

Completata la fase di comunicazione interna, è iniziato il percorso di informazione dei pazienti, con campagne mirate. A valle del lancio, è stato importante il lavoro per migliorare l'esperienza dell'utente, soprattutto in relazione alla fase di prenotazione e all'integrazione di nuove funzionalità tecniche richieste da medici e dai pazienti.

All'inizio della stagione estiva 2022, il servizio può essere definito «a regime». Nel solo IRCCS Ospedale San Raffaele risultano attivi sulla piattaforma

di telemedicina oltre 600 medici di diverse specializzazioni. A livello di Gruppo, le prestazioni mensili (consulti e video-consulti) sono circa un migliaio, e dall'inizio del servizio sono stati ingaggiati circa 75.000 pazienti. I volumi sono cresciuti del +31% tra il 2020 e il 2021 e del +26% tra il 2021 e 2022.

Le attività in remoto risultano comunque nettamente concentrate nei tre IRCSS i quali generano circa l'80% dei volumi complessivi. Le prestazioni sono erogate principalmente in regime privato (95%). Questa quota preponderante di attività è indicata come fondamentale affinché l'iniziativa sia sostenibile; al tempo stesso è anche presidiato l'obiettivo di garantire l'accessibilità dei servizi di telemedicina anche ai pazienti del SSN.

Linee di servizio principali

A oggi, nei servizi in telemedicina sono sostanzialmente ricomprese le seguenti tipologie di attività:

- ▶ televisita (con il paziente presente) lungo tutto il percorso assistenziale: dalla prima visita, alla valutazione pre-operatoria, al follow-up post-ricovero;
- ▶ consulti asincroni (che non prevedono la presenza del paziente) durante tutto il percorso: dalla *second opinion*, all'organizzazione del PDTA, al pre-ricovero, alla valutazione pre-operatoria, al follow-up post-ricovero, fino al monitoraggio periodico. I consulti possono includere il controllo degli esami, delle immagini radiologiche e degli altri parametri clinici raccolti e supportare il confronto multi-disciplinare su pazienti complessi;
- ▶ cicli di teleriabilitazione, sincrona o asincrona.

Le specialità coinvolte sono numerose e trasversali sia in ambito medico che chirurgico. I volumi più elevati si registrano per la psicologia clinica e la psicoterapia; seguono la chirurgia generale (soprattutto per *second opinion* e follow up), la psichiatria, la diabetologia, l'endocrinologia, la neurologia, l'oncologia, la cardiologia, la pediatria e l'allergologia, la neuroriabilitazione e la riabilitazione motoria.

Risultati, fattori facilitanti e ostativi, e prospettive

Rispetto all'obiettivo di facilitazione per i pazienti con maggiore difficoltà di accesso alla struttura, bisogna considerare che i numeri di GSD segnalano, da un lato, buoni tassi di crescita (+26% e +31%) e dall'altro, che i pazienti extraregione rappresentano la quota preponderante e superano nettamente i numeri dei pazienti lombardi. I dati di provenienza segnalano flussi anche da aree mai raggiunte in precedenza.

Una seconda dimensione di impatto riguarda anche in questo caso la semplificazione degli accessi e la migliore gestione delle agende. La digitalizzazione dà la possibilità di eliminare i tempi di viaggio, pagamento e accettazione; so-

prattutto nelle strutture più grandi, come il San Raffaele, il risparmio dei tempi di percorrenza interni è un ulteriore vantaggio. Maggiore funzionalità e puntualità negli accessi si traducono in migliore gestibilità delle agende dei clinici.

Nel complesso, un primo indizio relativo alla soddisfazione degli utenti considerato incoraggiante è rappresentato dal fatto che chi fa uso di questo servizio, tende a fruirne almeno una seconda volta, se non di più.

Tra i fattori che hanno facilitato l'introduzione del servizio in *distance* sono stati segnalati la immediata percezione di un miglioramento in termini di gestione delle agende e rafforzamento della continuità assistenziale. Ad esempio, la possibilità di visionare e rispondere alle domande dei teleconsulti in modalità asincrona è stata vista come un fattore migliorativo per molti professionisti, che hanno potuto dedicare uno spazio specifico a questa attività salvaguardando i tempi di visita e reparto. Altri medici, invece, hanno chiesto di aprire le agende delle televisite anche il sabato.

Tra i fattori ostativi, invece, sono stati elencati: le difficoltà tecniche nell'approntare e interconnettere la piattaforma di telemedicina ai sistemi informativi delle numerose strutture del Gruppo; qualche difficoltà nell'ingaggio di alcuni clinici delle strutture più piccole, con un bacino di utenza locale; le difficoltà tecniche collegate al pagamento del ticket che hanno inibito l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale; il timore (espresso anche dalle associazioni di pazienti) per la cybersecurity.

Le prospettive future di sviluppo contemplanò un deciso aumento dei volumi di servizio: nel giro di due-tre anni si prevede di triplicarli. In termini di integrazione con altri soggetti, l'obiettivo è quello di creare un ecosistema omnicanale che permetta non solo ai pazienti ma anche i loro MMG di accedere facilmente ai referti, sia in regime SSN che in solvenza.

4.6.3 L'assistenza domiciliare del paziente complesso: SOL Group e VIVISOL

Obiettivi, linee di servizio, attori e fasi di sviluppo

Il Gruppo SOL, nato quasi cento anni fa in Italia e oggi attivo in 28 Paesi nel mondo, opera nella produzione, ricerca applicata e commercializzazione di gas tecnici e medicali, nell'assistenza domiciliare, nelle biotecnologie e nella produzione di energia da fonti rinnovabili.

Nell'ambito dell'assistenza domiciliare, il Gruppo eroga attraverso VIVISOL⁴² prestazioni e terapie rivolte agli oltre 500.000 pazienti cronici che, per conto dei Sistemi Sanitari dei diversi Paesi in cui opera, vengono assistiti in contesto extra-ospedaliero. In Italia, nel 2021, il fatturato di tale attività ha

⁴² La fonte delle informazioni di inquadramento del Gruppo è il Rapporto di Sostenibilità SOL 2021 (p. 6, pp. 39-41).

raggiunto i 200 milioni di euro, con 1.200 addetti complessivi, tra cui personale tecnico e sanitario, che assistono 100.000 pazienti, per i quali nel 2021 è stato effettuato oltre 1 milione di accessi domiciliari. Il profilo clinico degli assistiti è vario, ma prevalentemente caratterizzato da condizioni di elevata complessità assistenziale. Le principali prestazioni erogate a domicilio comprendono: l'ossigenoterapia e la ventilazione meccanica per persone affette da malattie croniche dell'apparato respiratorio come BPCO, apnee ostruttive del sonno, insufficienza respiratoria cronica, fibrosi cistica, comprese le diverse forme di patologie neuromuscolari negli stadi più avanzati che comportano un impatto sulla respirazione; le terapie infusionali, tra cui la nutrizione artificiale enterale e parenterale, la dialisi domiciliare (emodialisi e dialisi peritoneale), l'insulinoterapia con pompa, l'immunoterapia, il trattamento del dolore e per la malattia del Parkinson⁴³; le prestazioni sanitarie erogate tramite lo strumento dell'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata di I, II e III livello) e le Cure Palliative domiciliari.

Si tratta di un'esperienza di interesse per i *policymaker*: secondo le schede tecniche del PNRR, i pazienti complessi⁴⁴ dovrebbero rappresentare il 20% delle persone prese in carico entro il 2026 grazie ai fondi europei e corrispondere al 2% della popolazione over 65 che impatta sui costi del SSN per il 40% della spesa per i cronici. È un target sfidante per qualsiasi operatore in quanto, oltre alle logiche di programmazione delle cure e monitoraggio dell'aderenza terapeutica proprie di tutte le condizioni croniche, richiede:

- ▶ un elevato impiego di tecnologia;
- ▶ l'integrazione tra molteplici profili professionali (clinici, infermieristici, riabilitativi, tecnici) altamente specializzati;
- ▶ una specifica attenzione alla condizione di non-autosufficienza, soprattutto per quanto riguarda le ricadute sociali e gli impatti psicologici.

In Italia, l'area dell'assistenza domiciliare di Vivisol ha preso avvio circa 30 anni fa, quando pionieristicamente l'innovazione tecnologica ha consentito di proseguire la terapia respiratoria con ossigeno anche a casa e non solo in ospedale. Da quel momento la mission di Vivisol è stata quella di assistere al domicilio i pazienti con specifiche esigenze facendo leva sull'innovazione tecnologica, che ha consentito di de-ospedalizzare molti percorsi terapeutici. Dall'ossigenoterapia il ventaglio dei servizi offerti si è ampliato in maniera progressiva, seguendo la stessa logica emergente nel rispondere ai bisogni epidemiologici e dei singoli pazienti. Le innovazioni di servizio derivavano dall'incrocio tra

⁴³ *Ibidem*.

⁴⁴ P. 666. Per pazienti complessi si intendono quelli rientranti nei secondi e terzi livelli ADI (rispettivamente, 7 e 12 accessi/mese) e nell'assistenza palliativa domiciliare (15 accessi/mese).

tali esigenze e le soluzioni tecnologiche via via disponibili per affrontarli. Progressivamente, il consolidamento di tali servizi ha portato Vivisol a diversificare il profilo dei pazienti serviti, coprendo aree patologiche non riconducibili esclusivamente all'ambito respiratorio. In tempi più recenti, quindi, la scelta di offrire terapie infusionali domiciliari è stata infatti guidata da un processo di valutazione e pianificazione aziendale più strutturato, supportato da un'analisi di mercato, dalle tecnologie disponibili, dall'integrazione con la componente sanitaria e dalle innovazioni che l'azienda può immettere sul mercato.

Un ruolo chiave del cambiamento è stato svolto dalla collaborazione con i clinici. Con il tempo il servizio di Vivisol ha rafforzato l'integrazione con lo specialista, andando a configurarsi come un braccio operativo dello specialista ospedaliero che ha in carico la complessa gestione di questi pazienti: il clinico, infatti, ha la necessità di monitorare il paziente che si trova al di fuori del contesto ospedaliero e lontano dal suo raggio d'azione, soprattutto per quei casi di patologie croniche con frequenti riacutizzazioni. Questo bisogno sempre più cogente ha rappresentato un forte incentivo a introdurre nelle prestazioni erogate da Vivisol la raccolta dei dati clinici, sia dei parametri vitali del paziente, sia dei dati generati dai dispositivi medici in uso a domicilio, e in generale alla digitalizzazione dei percorsi terapeutici e dell'assistenza a domicilio.

Il servizio, che ormai può dirsi pienamente consolidato, viene erogato nella quasi totalità in regime SSN: trattandosi di pazienti complessi, la copertura da parte del sistema pubblico è elevata. Il modello di business risulta sostenibile grazie alle dimensioni rilevanti del Gruppo, che permettono, da un lato, economie di scala e capacità di investimento (circa il 18% del fatturato), dall'altro, la possibilità di assorbire gli eventuali mancati rinnovi delle gare di affidamento periodiche. Tra i principali elementi che hanno facilitato l'espansione del modello possiamo riportare: la rilevanza del bisogno di presa in carico integrata manifestato dai pazienti, dai *caregiver* e dai clinici; l'innovazione tecnologica; le competenze specifiche (cliniche, organizzative, gestionali, logistiche) acquisite e ormai consolidate.

Il modello di servizio

Il modello di erogazione delle Cure Domiciliari (comunemente note come ADI)⁴⁵ è stato recentemente oggetto di una radicale trasformazione, in quanto solo pochi mesi fa è stato riconosciuto come un vero e proprio setting sanitario al pari delle prestazioni erogate nelle strutture sanitarie e assoggettate alla disciplina dell'autorizzazione e dell'accreditamento⁴⁶.

L'Intesa raggiunta poi nella Conferenza tra lo Stato e le Regioni (CSR n. 151 del 4 agosto 2021) ha approvato una cornice regolatoria unitaria definendo

⁴⁵ Cfr. Art. 22, Dpcm 12 gennaio 2017 (cd. "Dpcm LEA")

⁴⁶ Cfr. D.l. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni.

i requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici minimi che le regioni devono adottare per autorizzare e accreditare enti pubblici e privati per le erogazioni di Cure Domiciliari.

In forza di questa disciplina, già presente in Lombardia dal 2010 e in Lazio dal 2020, Vivisol è oggi un ente accreditato con diversi sistemi sanitari regionali per l'erogazione di ADI di I, II e III livello e per l'erogazione di Cure Palliative domiciliari. Laddove questo modello è già stato adottato, è facoltà del paziente scegliere liberamente l'ente accreditato dall'elenco presente nella ASL o ATS di riferimento.

In Lazio è stato codificato in aggiunta un livello assistenziale definito di "Alta Intensità" destinato a pazienti con patologie fortemente invalidanti quali le neuromuscolari e alcune malattie rare, con profili di cura personalizzati che prevedono diverse ore di assistenza medica e infermieristica.

Le attività di Vivisol sono prevalentemente rivolte proprio a questo target di pazienti che a causa della loro complessità clinica e sociale (situazioni di multimorbilità, fragilità, invalidità) necessitano di esperienza e know-how integrate e trasversali che comprendono anche l'erogazione di terapie domiciliari ad alta intensità tecnologica.

Per questa tipologia di servizi, invece, i pazienti che Vivisol assiste vengono dimessi dal reparto con una prescrizione di terapia domiciliare (come per esempio quella ventilatoria). L'attivazione vera e propria del servizio è preceduta da un sopralluogo ambientale per verificare la presenza di potenziali criticità legate al trasferimento a domicilio ed è seguita da una formazione specifica del paziente, del caregiver e del personale sanitario che avrà in carico il paziente a domicilio.

Il servizio, che è stato costruito e progressivamente configurato in decenni di attività, prevede la consegna e la manutenzione dei *Medical Device*, la fornitura periodica dei materiali di consumo, delle confezioni del farmaco ossigeno liquido (contenitori criogenici) per l'ossigenoterapia, delle diete, anche personalizzate, per la nutrizione artificiale. Le consegne sono cadenzate in modo da limitare la conservazione a domicilio di prodotti farmaceutici e *device* che potrebbero subire danneggiamenti o trovarsi in un contesto inadatto alla buona conservazione. Uno dei valori aggiunti che permettono una migliore qualità di vita dei pazienti, è il servizio "ViviTravel", grazie al quale è possibile modificare temporaneamente l'indirizzo di riferimento per gli accessi domiciliari durante le ferie o per altri trasferimenti in Italia e in diversi Paesi europei.

In parallelo alle forniture di servizi, coerentemente con la tipologia di paziente e con il tipo di servizio previsto dalle ASL, vengono programmati gli accessi domiciliari di tipo infermieristico, medico e riabilitativo. Gli accessi sanitari hanno la finalità di monitorare le condizioni cliniche del paziente fornendo elementi per confermare o meno le terapie in corso, scelta che spetterà

in ogni caso al medico di riferimento. Quest'ultimo (di norma lo specialista) è poi informato in caso di anomalie di qualsiasi tipo.

L'integrazione tra paziente, *Homecare Provider* e clinici di riferimento si è recentemente evoluta grazie all' avvio di servizi di telemedicina (o più propriamente di e-Health), che oggi rappresentano un vero e proprio asset abilitante e imprescindibile delle Cure domiciliari. Vivisol, già da anni, ma la recente pandemia ha contribuito ad accelerarne il processo, ha costruito una piattaforma avanzata di telemedicina in grado di raccogliere e analizzare sia i parametri vitali tramite *device* multiparametrici, sia i dati di erogazione delle terapie generati dai *device* in uso nel piano terapeutico. Ad esempio, i ventilatori raccolgono in automatico diversi parametri sulla funzione respiratoria dei pazienti, mentre le pompe infusionali usate per la nutrizione artificiale sono in grado di rilevare la quantità di nutrimento erogato. Tutti i dati sono resi disponibili ai referenti clinici dei pazienti attraverso una piattaforma web aggiornata in tempo reale. Vivisol ha integrato questa infrastruttura con una Centrale sanitaria (il "Centro Clinico Remoto Vivisol") composta da personale sanitario, che accede non solo ai dati rilevati a domicilio e visibili nella piattaforma, ma anche a quelli della app personale del paziente ed a informazioni raccolte tramite questionari ad hoc e contatti telefonici. Il servizio di telemonitoraggio è ulteriormente amplificato nella sua potenzialità anche grazie a indicatori di stabilità clinica elaborati da motori di Intelligenza Artificiale, per segnalare eventuali scostamenti dai parametri standard ai clinici di riferimento; non si tratta di un monitoraggio continuativo, ma di uno strumento che permette di orientare il paziente negli snodi del percorso, individuando tempestivamente, ad esempio, la necessità di una ospedalizzazione (come è accaduto per gli oltre 450 pazienti Covid-19 seguiti durante la fase acuta della pandemia) o di un cambio della terapia. Inoltre, la Centrale ogni mese elabora un report paziente inviato al medico specialista di riferimento e/o al MMG, fornendo uno strumento fondamentale al clinico per una gestione dei pazienti che deve passare da un approccio "one to one" a uno "one to many".

Risultati, fattori facilitanti e ostativi, e prospettive

Gli impatti di un modello di servizio ormai consolidato e molto diffuso come quello di Vivisol stanno innanzitutto nella copertura di un bisogno complesso: recenti stime riportano che i pazienti con necessità di ventilazione assistita sarebbero in Italia almeno 859.000, con una copertura del bisogno da parte di *Homecare Provider* strutturati attorno ai 400.000 assistiti (ALTEMS, 2021, p. 54-63). Il Programma Nazionale Esiti (PNE) riporta per il 2017 un tasso grezzo di ospedalizzazione per BPCO dell'1,94 per mille, per un totale di 109.674 ricoveri ordinari e 3.394 in day hospital che, in base ai dati sulla degenza media, corrispondono ad oltre un milione di giornate di degenza ospedaliera. Il

tasso di riammissioni ospedaliere⁴⁷ è particolarmente elevato e rappresenta un chiaro indicatore dell'inefficienza della gestione e della presa in carico del paziente cronico respiratorio. Il ricovero per la BPCO rientra tra i cosiddetti ricoveri potenzialmente evitabili in presenza di un modello adeguato e tempestivo di presa in carico del paziente a livello territoriale e domiciliare.

In questo contesto, l'offerta di Vivisol rappresenta un tassello importante del sistema che rende possibile, oltre al comprensibile aumento di qualità della vita grazie all'assistenza domiciliare rispetto all'ospedalizzazione, un risparmio di risorse per il SSN che viene stimato in almeno il 30% (*ibidem*, p. 5).

L'impianto regolatorio ha invece rappresentato, almeno nella maggior parte dei contesti, un freno allo sviluppo di modello con un potenziale di impatto che potrebbe essere ancora più significativo. Come in molti ambiti, si rileva una notevole diversità di approcci tra territori, a partire dalla presenza o meno di leggi e/o linee guida regionali: è quindi normale che da regione a regione cambino i criteri di eleggibilità, la classificazione dei livelli di intensità del servizio, le modalità di accesso ai servizi domiciliari per il paziente (ALTEMS, 2021, p. 15). Ci sono poi alcune criticità legate ai meccanismi di *procurement*. Gran parte dei servizi domiciliari (ossigenoterapia, ventiloterapia, nutrizione artificiale, ...) vengono acquisiti dalle centrali regionali attraverso le norme del codice degli appalti con procedure di acquisto che tendono a considerare servizi complessi e necessari per la gestione delle cronicità a domicilio come semplici forniture, senza valorizzare per esempio la possibilità che sia il clinico a poter scegliere il percorso terapeutico migliore garantito da una certa tecnologia piuttosto che un'altra; o ancora, che a conclusione dell'appalto, il nuovo fornitore nel subentrare al precedente debba sostituire i *medical device*. Questi ultimi sono spesso indispensabili per il supporto vitale, come può essere un ventilatore polmonare per pazienti tracheostomizzati, aumentando i costi, i disagi e i rischi per il paziente stesso e per il sistema. Questo aspetto, in alcuni casi, rappresenta una criticità in termini di continuità delle cure. Un'ulteriore criticità è rappresentata dal rischio di frammentazione legato all'individuazione di un fornitore diverso per i singoli servizi di ossigenoterapia, ventilazione, nutrizione artificiale, ecc. per prestazioni destinate al singolo paziente. Alcune regioni, come la Toscana, hanno costruito procedure di acquisto per orientare i servizi verso l'innovazione gestionale, prevedendo un fornitore unico dei diversi servizi qualificandolo come vero e proprio gestore della presa in carico dei servizi domiciliari, comprensivi anche di alcuni esami diagnostici e attività sanitarie⁴⁸. In linea generale, per poter erogare ai pazienti un servizio efficien-

⁴⁷ I pazienti con BPCO riacutizzata hanno un tasso di mortalità a 30 giorni del 9,8% e del 13,45% di riammissioni ospedaliere a 30 giorni, per un totale di 73.222 ricoveri (Piano Nazionale Esiti, Ministero della Salute).

⁴⁸ Per approfondimenti si rimanda alla gara d'appalto di ESTAR (Regione Toscana) per l'affidamento in quattro lotti del Servizio domiciliare relativo alla gestione del paziente con patolo-

te ma adeguato alle esigenze loro e dei medici specialisti curanti, appare ragionevole individuare soggetti in grado di erogare un ventaglio sempre più ampio di prestazioni e terapie, integrate e complementari alle prestazioni sanitarie. In questo senso, l'accreditamento istituzionale potrebbe essere concepito come uno strumento per valorizzare quei soggetti erogatori in grado di gestire a 360 gradi i bisogni sempre più complessi.

In prospettiva, le Cure Domiciliari, sia per l'andamento della curva demografica e per l'evoluzione delle patologie croniche, sia per i conseguenti obiettivi di sanità pubblica, saranno un ambito in forte crescita e sviluppo.

È in questa traiettoria che Vivisol intende promuovere e sviluppare sempre più nuovi servizi domiciliari che vanno dalla diagnostica domiciliare (RX, Emogas analisi, Spirometria, ECG, Polisonnografia, Ecografia...) alla protesica su misura (ausili personalizzati) fino alla gestione domiciliare di terapie infusionali complesse come possono essere quelle oncologiche.

La prospettiva di sviluppo è poi sempre più strettamente legata alla capacità degli enti erogatori di Cure Domiciliari di gestire i dati clinici (e non solo trasferire) che rappresentano un vero e proprio patrimonio informativo, per contribuire in maniera significativa alla personalizzazione delle cure e a migliorare l'aderenza e appropriatezza terapeutica.

Tale mole informativa, grazie all'intelligenza artificiale, può già generare veri e propri sistemi di prevenzione e supporto per la decisione clinica e dare un contributo significativo sia alla ricerca clinica sia alla programmazione sanitaria, purché queste attività non vengano concepite come slegate dagli stessi attori che erogano le prestazioni domiciliari.

4.6.4 Servizi di prevenzione cardiovascolare all'interno della Casa della Salute: Fondazione Don Gnocchi

Obiettivi, attori e fasi di sviluppo

La Fondazione Pro Juventute, oggi Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus, nasce dopo la Seconda Guerra Mondiale su volontà di Don Carlo Gnocchi con l'intento di assistere e curare fragili e sofferenti. Ad oggi, la Fondazione Don Gnocchi (FDG) opera in 9 regioni italiane in regime di accreditamento con oltre 3.700 posti letto accreditati e si avvale di più di 5.700 operatori che lavorano presso 28 centri (di cui due IRCCS) e una trentina di ambulatori territoriali.

La Fondazione Don Gnocchi è presente all'interno della Casa della Salute (CdS) «Parma Centro» (presto Casa della Comunità) con un ambulatorio di prevenzione cardiovascolare, un'estensione territoriale del Centro Santa Ma-

gie respiratorie e/o nutrizionali, Codice CPV principale 85111700, contratto d'appalto concluso l'11/5/22: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/05/20/TX22BGA10230/s5>.

ria dei Servi (situato nel centro della città); questo ambulatorio è pensato per prendere in carico cittadini affetti o a rischio di sviluppare patologie cardiovascolari, con percorsi integrati di prevenzione primaria (alto rischio), secondaria o terziaria.

L'origine di questa iniziativa (che ha superato ormai i 6 anni, essendo nata con la CdS nel 2016) e, più in generale, della partecipazione di FDG al progetto della Casa della Salute va ricondotta alla storia recente dell'ecosistema sanitario di questo territorio e, in particolare, all'inizio del nuovo millennio. Nel 2001 infatti l'Azienda Sanitaria Locale, l'Ospedale Maggiore di Parma, l'Università di Parma e la Fondazione Don Gnocchi hanno unito intenti e forze con l'obiettivo di fornire una risposta congiunta nell'ambito della riabilitazione cardiovascolare. All'epoca, infatti, i pazienti dimessi dalla cardiocirurgia dell'ospedale di Parma si recavano in Lombardia (e, in particolare, a Bozzolo in provincia di Mantova) per fruire della fase riabilitativa post-acuzie, in quanto questo tipo di offerta era carente sul territorio parmigiano. Pertanto, tale partnership pubblico-privata ha dato vita nel 2001 ad un'unità di riabilitazione cardiologica degenziale, con il duplice obiettivo di rispondere a un bisogno sanitario crescente dei cittadini e di contrastare la mobilità passiva verso la Lombardia.

La sperimentazione, inizialmente avviata con 7 PL (collocati presso il Centro Santa Maria dei Servi di FDG) si è ben presto dimostrata valida ed è cresciuta nel corso degli anni. La crescita ha riguardato sia il numero di posti letto attivati, che le competenze specialistiche e di eccellenza che il team dedicato ha sviluppato nel tempo (corroborandole con le attività di didattica e di ricerca tipiche della componente universitaria), che le sinergie che si sono formate e rafforzate tra questo nucleo e altre componenti dell'ecosistema sanitario del territorio, in primo luogo specialisti ospedalieri e territoriali e MMG.

L'iniziativa si è consolidata e ha significativamente contribuito a qualificare la Fondazione Don Gnocchi come un prezioso partner all'interno dell'ecosistema sanitario parmigiano, al punto che, individuato un nuovo vulnus nell'area della prevenzione cardiologica, è stata la stessa AUSL di Parma a voler coinvolgere questo erogatore privato accreditato no-profit nel progetto dell'allora nascente Casa della Salute.

Forte, infatti, delle relazioni sinergiche intessute nel corso degli ultimi dieci e più anni con i medici di medicina generale, il team della riabilitazione cardiologica di FDG ha dunque avviato con loro un'interlocuzione finalizzata a ricostruire quale fosse il fabbisogno legato al tema della prevenzione cardiovascolare e a co-progettare una risposta adeguata che potesse trovare una sede presso la nuova Casa della Salute che stava per sorgere a Parma.

Da questo confronto è emersa la necessità di un sistema che potesse integrarsi con la medicina generale e il territorio nel seguire quei pazienti complessi, affetti o a rischio di sviluppare patologie cardiovascolari, che avrebbero beneficiato di un percorso di prevenzione primaria o secondaria in un con-

testo extra-ospedaliero. Su questo stimolo, è stato dunque realizzato l'attuale ambulatorio di prevenzione cardiovascolare.

Gli obiettivi strategici connessi alla progettualità sono i seguenti: (i) intercettare i bisogni espressi dal territorio di riferimento; (ii) rafforzare la prevenzione sul territorio, integrandone i percorsi con quelli di cura e riabilitazione; (iii) stimolare una crescita delle cure primarie e della sanità territoriale; (iv) colmare le distanze tra MMG, specialisti ospedalieri e l'Università; (v) promuovere l'esercizio fisico ed i corretti stili di vita come indicato dalle linee guida nazionali ed internazionali.

Per l'avvio dell'iniziativa è stato predisposto un contratto di comodato d'uso degli spazi della CdS tra FDG e AUSL di Parma ed è stato stanziato un budget di poliambulatorio di circa € 300.000; il team che vi lavora è composto da cardiologi (1,4 FTE al momento), tecnici di cardiologia e due infermieri (che si occupa in parte anche di gestione amministrativa). Il poliambulatorio si avvale di alcuni servizi di supporto (come il servizio qualità, di manutenzione ecc.) del Centro Santa Maria dei Servi.

Nel tempo, questo centro si è trovato ad occuparsi delle esigenze di prevenzione primaria espresse da pazienti ad alto rischio inviati dal medico di medicina generale sta rimodulando sempre di più le proprie attività verso la presa in carico di pazienti complessi con malattia cardiovascolare in prevenzione secondaria e terziaria (cardiopatia ischemica postinfartuale, scompenso cardiaco).

Linee di servizio principali

Nell'ambito dell'ambulatorio di prevenzione cardiovascolare sono stati predisposti quattro macro-percorsi, destinati a diverse tipologie di pazienti target:

- ▶ il percorso ambulatoriale complesso del paziente con scompenso cardiaco;
- ▶ il percorso ambulatoriale complesso del paziente con cardiopatia ischemica (post infarto miocardico acuto);
- ▶ il percorso di valutazione di rischio cardiovascolare per paziente affetto da arteriosclerosi a vari livelli (periferica e carotidea);
- ▶ il percorso di prevenzione primaria del paziente ad alto rischio di insorgenza di patologie cardiovascolari.

Si tratta prevalentemente di percorsi di prevenzione secondaria e terziaria, eccetto l'ultimo, che rappresenta un tema che l'AUSL ha chiesto a FDG di presidiare in particolar modo nell'ambito di questa iniziativa.

Le attività di questo ambulatorio sono erogate in regime di accreditamento con il SSN.

Risultati, fattori facilitanti e ostativi, e prospettive

L'esperienza dell'ambulatorio di prevenzione cardiovascolare della Fondazione Don Gnocchi presso la Casa della Salute di Parma si è rivelata in questi anni molto positiva. Il centro infatti ha accolto negli anni moltissimi pazienti, che sono stati lì indirizzati sia da medici di medicina generale che da specialisti ospedalieri. L'ambulatorio è infatti diventato un centro di eccellenza e di riferimento sul territorio parmigiano per problematiche ed esigenze sia di natura riabilitativa, ma soprattutto di prevenzione in area cardiovascolare.

Ad oggi i cardiologi che vi lavorano, insieme ai tecnici di cardiologia ed agli infermieri dedicati, sono in grado di seguire tra i 20 e i 25 percorsi-paziente a settimana. Questi pazienti sono a loro volta inseriti nei percorsi di prevenzione primaria, secondaria, terziaria, che si compongono di diverse prestazioni (tra cui visita cardiologica, ECG, holter cardiaco ecc.) la cui opportunità viene valutata dagli specialisti caso per caso, e che si sviluppano su un arco temporale di circa 15 giorni.

Tra i risultati dell'operato dell'ambulatorio di prevenzione cardiovascolare c'è anche una conoscenza più approfondita del rischio cardiovascolare dei cittadini del territorio di riferimento e di come esso evolva nel tempo. In questi anni l'ambulatorio ha infatti raccolto e valutato molti dati sulla casistica che ha preso in carico, grazie ai quali è riuscito ad effettuare una valutazione del rischio maggiormente accurata. Queste ulteriori informazioni sono poi restituite agli altri interlocutori che lavorano nel sistema di risposta sanitaria sul territorio proprio al fine di migliorare i processi di presa in carico complessivi e anche di invio dei pazienti ai setting assistenziali più idonei. Inoltre, gli specialisti dell'ambulatorio di prevenzione cardiovascolare hanno effettivamente osservato come la casistica sia in parte cambiata dopo le fasi più acute della pandemia: ne è emerso un territorio con esigenze sempre più complesse, che ora impongono all'ambulatorio e alla CdS in cui è inserito un ripensamento dei percorsi e dei target, verso una maggiore attenzione alla prevenzione secondaria, che necessiterà peraltro di un rapporto più stretto con gli specialisti del territorio.

Tra i fattori che hanno permesso la buona riuscita di questa iniziativa sicuramente è da annoverare un atteggiamento molto flessibile e collaborativa di Fondazione Don Gnocchi, che ha permesso la realizzazione di una collaborazione duratura e di mutuo beneficio in cui le istituzioni del territorio pubbliche, l'Università e la Fondazione Don Gnocchi condividono non solo le risorse ma anche obiettivi e valori strategici. Ovviamente, anche la storia, la cultura distintiva e il capitale sociale di questo territorio hanno contribuito in maniera significativa, così come la qualità della rete della sanità territoriale. Gli attori della sanità territoriale, infatti, si sono dimostrati affidabili e ben disposti a queste iniziative caratterizzate da un alto contenuto di collaborazione, integrazione e scambio. In particolare, è importante menzionare il ruolo giocato dai medici di medicina generale che, in questo territorio, erano tra l'altro già molto abituati a

lavorare in aggregazione e che sono stati estremamente disponibili a costruire una sinergia duratura, sia con la CdS che con gli specialisti dell'ambulatorio di prevenzione cardiovascolare della Fondazione Don Gnocchi. Per la buona riuscita dell'iniziativa si è inoltre rivelato di grande valore anche l'intenso lavoro fatto con loro e con gli specialisti ospedalieri e territoriali sul fronte della prescrizione, per dividerne criteri e buone prassi che potessero garantire di inviare in modo adeguato ma anche tempestivo, i giusti pazienti ai corretti setting e, tra questi, all'ambulatorio di prevenzione cardiovascolare.

Non mancano infine alcuni punti di debolezza o di potenziale miglioramento di questa iniziativa. Anche in un territorio caratterizzato da un'offerta strutturata e matura come quello di Parma, la domanda epidemiologica è intercettata solo in parte; secondo i responsabili del servizio di FDG, i volumi di attività della prevenzione cardiovascolare potrebbero ragionevolmente raddoppiare. Tuttavia, non si tratta solo di reperire più risorse in termini di budget. La carenza di personale (sia di medici che di infermieri) rappresenta sicuramente uno dei colli di bottiglia più rilevanti che ostacolano la potenziale espansione di una iniziativa di questo tipo. In termini, invece, di operations interne e del coordinamento con i partner, emerge il tema dei sistemi informativi.

Specifici sforzi di progetto si sono resi necessari per raggiungere l'integrazione operativa attesa tra committenza ed operatore.

4.6.5 Sintesi degli incident: un quadro sinottico-interpretativo

La Tabella 4.5 riporta un quadro di confronto e interpretazione degli *incident* presentati nei paragrafi precedenti.

Le esperienze di innovazione di servizio riportate nel paragrafo sono evidentemente molto differenti fra loro per setting coinvolti e anno di avvio. Occorre notare, però, che sia le due esperienze di telemedicina presso GSD e Humanitas, sia l'implementazione della Centrale sanitaria di Vivisol hanno ricevuto un decisivo impulso dall'emergenza sanitaria da Covid-19.

In tutti i casi, l'obiettivo perseguito è stato quello dell'ampliamento del servizio offerto, ma in diverse direzioni.

Attraverso la telemedicina (GSD e Humanitas) l'obiettivo perseguito è di *migliorare l'accessibilità* per i pazienti geograficamente distanti, fragili, timorosi dei contagi o con poco tempo per recarsi fisicamente in struttura. Ciò, potenzialmente, allarga la quota di mercato raggiungibile (in regime SSN o privato). La digitalizzazione del servizio tende inoltre a semplificare e velocizzare le operations interne generando maggiore efficienza per il paziente, per il professionista e per la struttura. Nelle esperienze di Vivisol, unire la fornitura di beni di consumo sanitari con un servizio di assistenza domiciliare e con il telemonitoraggio (Vivisol), intende *arricchire e integrare il pacchetto di servizio per rispondere a un bisogno complesso*. Nel caso dell'ambulatorio di

Tabella 4.5 **Quadro sinottico-interpretativo delle esperienze di innovazione di servizio analizzate**

Esperienza	Servizi in Telemedicina – Gruppo S. Donato	Servizi in Telemedicina - Humanitas	Assistenza domiciliare per pazienti complessi - Vivisol	Ambulatorio di prevenzione cardiovascolare della CdS di Parma – Fond. Don Gnocchi
Anno di avvio	2020	2020	1986 (centrale sanitaria dal 2020)	2016
Setting di riferimento	Ospedaliero	Ospedaliero	Domiciliare	Territoriale
Obiettivi di fondo	Accessibilità, efficienza, prevenzione (periodo Covid-19)		Integrazione e arricchimento del pacchetto di servizio, prevenzione (centrale operativa)	Continuità assistenziale
Regia dell'innovazione	Centralizzata (Direzione solventi)	Centralizzata (Gestione operativa)	Decentralizzata, con crescente centralizzazione	Decentralizzata
Ruolo clinici in fase di avvio	Facilitatori (<i>key opinion leader</i>)	Consultant/client interni	Consultant/client interni	Promotori
Regime di erogazione	Prevalentemente privato	Privato e SSN	Prevalentemente SSN	Esclusivamente SSN
Tipo di relazione con il pubblico	Cooperazione: scambio informativo occasionale, informale, ottica breve termine BT		Coordinamento: scambio informativo strutturato, pianificazione e co-decisione attività, ottica MT	Collaborazione: scambi informativi strutturati, abbondanti e spesso impliciti, ridisegno risposta al bisogno, ottica MT
Fattori abilitanti di contesto	Linee guida; per attività accreditata, tariffe e contratti		Requisiti di accreditamento, tariffe e contratti; integrabilità sistemi informativi	Cornici contrattuali adeguate, rapporto consolidato e competenze complementari tra attori, natura no profit
Fattori abilitanti interni	Tecnologia, revisione meccanismi operativi di back office e front office, marketing interno ed esterno pazienti		Tecnologia, revisione meccanismi operativi di back office e front office, relazione con pazienti e clinici	Competenze specifiche, elevata fiducia e integrazione con il sistema di offerta locale

Fonte: rielaborazione degli autori sulla base delle interviste

prevenzione cardiovascolare della CdS di Parma (FDG), l'obiettivo è quello di *offrire una risposta continuativa*, presidiando anche le fasi extraospedaliere del percorso del paziente con problematiche cardiovascolari, in stretta relazione con gli altri erogatori del territorio (ASL, AO, MMG).

Le regie delle diverse esperienze sono state anch'esse molto differenti. Per l'introduzione e la messa a regime del servizio di telemedicina presso GSD è stato centrale il ruolo della Direzione Solventi del Gruppo, mentre in Humani-

tas quello della Gestione Operativa. Queste due innovazioni hanno avuto una genesi e una fase di impostazione piuttosto centralizzata a opera di due funzioni strategiche per le rispettive realtà aziendali. Del resto, in entrambi i casi si è trattato di diffondere un'innovazione caratterizzata da un unico vettore tecnologico: la piattaforma di telemedicina. In tale contesto, il ruolo dei clinici è stato comunque rilevante. In GSD alcuni specialisti hanno svolto il ruolo di facilitatori (i *key opinion leader*), mentre in Humanitas sono stati interpellati in maniera particolare durante la fase precedente di configurazione del nuovo servizio, come «consulenti interni» o co-progettisti. Il processo di innovazione di servizio di Vivisol è stato distribuito su un periodo di tempo molto maggiore e non è stato guidato, almeno nella fase iniziale, da un unico soggetto e ha assunto un maggiore grado di decentralizzazione. Del resto, il vettore di innovazione è stata la ri-configurazione del servizio secondo i desiderata di utenti diretti (pazienti, famiglie) o indiretti (clinici), che anche in questo caso hanno avuto il ruolo di co-progettisti. L'ambulatorio per la prevenzione cardiovascolare è un altro caso di regia decentralizzata: sono stati i cardiologi della struttura locale di Fondazione Don Gnocchi a svolgere la funzione di promotori. Rilevante anche il ruolo della AUSL di Parma, che, dopo anni di partnership in ambito ospedaliero a livello locale, ha chiesto alla Fondazione di co-progettare il nuovo servizio sul territorio.

L'analisi dei soggetti propulsori interni ed esterni introduce il tema del grado di integrazione con il SSN. I servizi di telemedicina presentano componenti molto rilevanti di attività in regime privato, anche se in maniera più marcata presso GSD. Il servizio domiciliare offerto da Vivisol è quasi completamente erogato in regime SSN, mentre all'interno della CdS di Parma lo svolgimento di attività privata è stato esplicitamente escluso per sottolineare l'identità di servizio pubblico dell'ambulatorio.

Del resto, anche prendendo in considerazione la sola attività svolta in regime di accreditamento, la tipologia di relazione con il lato pubblico dell'offerta è differente, e potrebbe essere ricondotta alla tassonomia riportata da Brown e Keast (2003). Questa prevede tre livelli crescenti di interazione. Con la *cooperazione*, due entità distinte accettando di condividere in maniera non strutturata e informale alcune informazioni, mantenendo un'ottica di breve termine. I teleconsulti occasionali con specialisti di strutture pubbliche e con i MMG possono rientrare in questo tipo di relazionalità, almeno allo stato attuale, benché entrambe le esperienze auspichino una maggiore integrazione. L'esperienza di Vivisol può invece essere classificata come una relazione di *coordinamento* tra l'impresa e il SSN, in cui l'interscambio informativo si formalizza e il relativo contenuto è utilizzato dagli attori per la pianificazione e le decisioni di medio termine. I dati sanitari raccolti dalle apparecchiature forniscono elementi importanti per le decisioni dei clinici all'interno degli ospedali; allo stesso tempo, gli specialisti danno un contributo importante nella strutturazione del servizio.

L'esperienza dell'ambulatorio di prevenzione cardiovascolare di FdG, infine, si pone al livello di *collaborazione*. I due soggetti, che riconoscono una forte interdipendenza per raggiungere i rispettivi fini, lavorano assieme per innovare in profondità il sistema di risposta al bisogno⁴⁹, in un'ottica di lungo periodo. Gli interscambi informativi sono frequenti, strutturati e abbondanti, anche perché spesso impliciti. La natura di organizzazione no-profit facilita lo scambio collaborativo (Keast e Mandell, 2012). È evidentemente l'approccio scelto a Parma, dove la collaborazione si pone all'interno di un'innovazione di servizio più ampia, quale la Casa della Salute.

Sia le teorie sulla collaborazione, sia la rassegna empirica delle esperienze del capitolo ci indicano che i fattori abilitanti per l'innovazione di servizio cambiano in maniera significativa all'aumentare del livello di integrazione. Dove l'integrazione con i servizi sanitari pubblici di uno specifico territorio è elevata e l'obiettivo trainante è quello di riconfigurare l'offerta secondo i bisogni locali, come nel caso della CdS di Parma, gli aspetti fiduciari risultano essenziali, assieme alla disponibilità di competenze clinico-specialistiche complementari. Se invece il livello di integrazione è minore e l'innovazione di servizio è legata all'introduzione di una specifica tecnologia, oltre alla qualità della tecnologia stessa, risultano più rilevanti le capacità organizzative interne per la revisione dei processi di back office e front office, assieme a competenze di marketing interno ed esterno per veicolare efficacemente il contenuto e le modalità dell'innovazione in questione. Questi aspetti valgono soprattutto per le esperienze di GSD e Humanitas; si ritrovano anche nel percorso di Vivisol, che si pone però in una posizione intermedia vista l'importanza dell'interscambio informativo con clinici e pazienti esterni all'organizzazione.

4.7 Conclusioni

Le analisi condotte in questo capitolo consentono alcune riflessioni sul ruolo del privato accreditato nel SSN italiano. La sanità pubblica del Paese sta affrontando i cambiamenti e le sfide del PNRR e di una stagione di finanza pubblica nuovamente contraddistinta da una scarsità di risorse correnti.

Analizzando i dati di spesa e offerta di servizi, emerge come il privato accreditato costituisca una componente rilevante del SSN, prima della pandemia come durante l'emergenza Covid-19. Nel 2020, l'incidenza sulla spesa per prestazioni acquisite da privati accreditati era pari al 17% del totale della spesa sa-

⁴⁹ “This means that the members can no longer only make changes at the margins in how they operate. Instead, they will be involved in actions requiring major changes in their operations. The risks in collaborative networks are very high. Participants must be willing to develop new ways of thinking and behaving, form new types of relationships and be willing to make changes in existing systems of operation and service delivery”, Keast & Mandell (2012), p. 5.

nitaria pubblica. Il dato preliminare 2021 prefigura una lieve crescita al 17,4% e un aumento pro capite in termini assoluti del 7%, trainato dalla crescita della spesa SSN complessiva e dal recupero delle prestazioni perse nel 2020. Rispetto al pre-pandemia il dato è leggermente inferiore in termini relativi, ma superiore in valore assoluto: nel 2019 la spesa pro capite era pari a € 378, al 2021 ha raggiunto i 400 euro (+6%). Del resto, nello stesso biennio la spesa totale SSN è cresciuta, in termini pro capite, da € 2.122 a € 2.298 (+8%).

Il ruolo del privato è rilevante in tutti i setting di offerta e tendenzialmente in crescita. Rappresenta il 31% dei posti letto ospedalieri (+3,6 punti percentuali rispetto al 2007) con alcune specialità in cui offre la maggior parte dei PL. Rispetto a quest'ultimo punto, si pensi ai setting riabilitativi e di lungodegenza ospedaliera, sempre più rilevanti alla luce dei cambiamenti epidemiologici in corso: in quest'ambito il privato offre il 54% dei posti per lungodegenza e il 74% di quelli per riabilitazione. Con riferimento all'acuzie, il ruolo del privato è rilevante soprattutto in area chirurgica (Marotta e Ricci, 2021): chirurgia generale (30% dei posti letto), ortopedia (35%), cardiocirurgia (42%). Come molti presidi ospedalieri a gestione diretta delle ASL⁵⁰, le strutture private accreditate hanno in media dimensioni ridotte: 114 PL a livello nazionale. Il 61% delle strutture ha una dotazione di posti letto inferiore ai 100 PL accreditati, il 27% ne ha tra i 100 e i 200, soltanto l'11% delle case di cura supera i 200 PL accreditati (Figura 4.2). Le grandi strutture sono concentrate principalmente in Lazio e Lombardia, regioni nelle quali sono localizzate poco più della metà (54%) delle 61 strutture con più di 200 posti letto⁵¹. Non stupisce che in tali regioni i privati gestiscano oltre un quarto dei servizi di emergenza-urgenza del SSR, a fronte di un dato nazionale del 10%. Infine, consultando l'elenco pubblicato sul sito del Ministero della Salute al 2020, 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.

L'Annuario Statistico del SSN aggiornato al 2020 dà evidenza dello sforzo del sistema ospedaliero in termini di PL e reparti attivati per far fronte alle prime ondate dell'emergenza Covid-19. Purtroppo, la sezione identifica le strutture private accreditate con le sole case di cura che, come riportato nel paragrafo 4.4.1, rappresentano poco meno del 70% dei PL privati accreditati del SSN. Tuttavia, si tratta di un primo dato amministrativo sistematico, disponibile a livello nazionale e su un arco temporale omogeneo, che risulta utile per ricostruire il contributo del privato accreditato durante l'emergenza sanitaria.

⁵⁰ Cfr. cap. 2 del presente Rapporto.

⁵¹ In queste due regioni si concentrano circa 2/3 degli IRCCS e dei Policlinici Universitari privati in termini sia di sedi, sia di posti letto. A questi si aggiungono i Policlinici Universitari Privati.

A livello nazionale, le sole case di cura hanno messo a disposizione il 17% dei PL Covid-19 a fronte di una dotazione pre-pandemica pari al 21% dei PL SSN. Considerando le grandi regioni, con una popolazione al di sopra dei 3 milioni di abitanti, dalla combinazione dei dati dell'Annuario con i documenti di riorganizzazione ospedaliera approvati nei momenti di picco pandemico, si ricava come il contributo del privato in termini di PL Covid-19 sia stato allineato o superiore alla dotazione pre-pandemica di PL acuti nelle regioni del Nord e in Lazio, ma inferiore (pur con diverse gradazioni) al Sud. Questo elemento è ancora una volta rivelatore della differente capacità delle realtà regionali di mobilitare tutti gli attori di sistema di fronte a una situazione di drammatica eccezionalità.

Passando al tema della cronicità e dell'assistenza socio-sanitaria, il privato accreditato nel 2020 gestiva il 60% degli ambulatori (con punte del 70% in Lazio e di oltre l'80% in Campania e Sicilia), l'83% delle strutture residenziali e il 72% di quelle semiresidenziali. Queste percentuali, evidentemente più elevate rispetto al segmento ospedaliero per acuti, registrano crescite molto significative negli ultimi due decenni. L'analisi «storica» ormai consolidata è che il privato accreditato si sia sviluppato velocemente nei setting più sfidati dalla crescita dei bisogni legati all'invecchiamento, alla cronicità e alla LTC. È dunque irrealistico ridisegnare l'assistenza territoriale come previsto dal PNRR, senza il coinvolgimento del privato accreditato. Pur con queste premesse, il PNRR e gli importanti documenti programmatori in via di pubblicazione in questi mesi sembrano tralasciare il privato. L'esempio più chiaro è rappresentato dal DM 77, orientato a fissare gli standard dell'assistenza territoriale: il documento approvato ad aprile 2022 non definisce le modalità di integrazione tra, da un lato, il «nuovo» distretto, imperniato su CdC, OSCO, COT, e domiciliarità, e dall'altro, l'offerta privata accreditata. Questo non esclude che in futuro si possa avere un coinvolgimento del privato accreditato nei nuovi modelli di servizio.

Nell'attuale fase di incertezza programmatoria, appare molto importante approfondire tali esperienze, in modo da favorirne l'analisi, e, nel caso, la diffusione su maggiore scala. L'approfondimento tematico di quest'anno ha preso in esame le seguenti innovazioni: l'introduzione di servizi in telemedicina presso il Gruppo San Donato (GSD) e il Gruppo Humanitas; l'Assistenza Domiciliare Integrata ad alta complessità e con supporti tecnologici avanzati implementata dal Gruppo Vivisol; l'erogazione di servizi di prevenzione cardiovascolare e riabilitazione all'interno della Casa della Salute di Parma, avviata dalla Fondazione Don Gnocchi (FDG).

Le esperienze, come naturale, si differenziano per anno di avvio, setting interessato, attività svolte, grado di sviluppo e obiettivi di fondo. Volendo sintetizzare, attraverso la telemedicina (GSD e Humanitas) l'obiettivo è quello di mi-

gliorare l'accessibilità, semplificare le *operations* interne e, soprattutto durante il periodo Covid-19, prevenire l'affollamento dell'ospedale e i contagi. L'unione della fornitura di beni di consumo sanitari con un servizio di assistenza domiciliare e di telemonitoraggio (Vivisol) intende arricchire e integrare il pacchetto dei servizi disponibili, per rispondere a un bisogno complesso. Nel caso dell'ambulatorio di prevenzione cardiovascolare della CdS di Parma (FDG), l'obiettivo è quello di offrire una risposta di cura continuativa, presidiando anche le fasi extraospedaliere del percorso del paziente con problematiche cardiovascolari, in stretta relazione con gli altri erogatori del territorio (ASL, AO, MMG).

Pur nella loro diversità, le esperienze analizzate evidenziano alcune considerazioni più generali sulle dinamiche di innovazione attualmente in corso nel SSN. Si tratta di elementi riscontrati in contesti privati accreditati ad alto tasso di innovazione, ma che possono fornire spunti di cambiamento e riflessione anche nel resto del settore privato accreditato, come alle aziende pubbliche.

La prima considerazione riguarda l'ampiezza e la profondità del potenziale di innovazione dei processi di cura, sia in back office che in front office. Si elencano i principali temi che sono stati trattati nell'ambito dei casi.

- ▶ I potenziali risparmi di tempo e risorse conseguibili svolgendo in remoto le attività che non necessitano della presenza sincrona del professionista e del paziente, come molti follow up, la visione di esami, le raccolte di anamnesi, i trattamenti riabilitativi tecnologicamente assistiti.
- ▶ La semplificazione introdotta dalla digitalizzazione delle prenotazioni, dell'accettazione e del pagamento;
- ▶ La possibilità di monitorare da remoto, sulle 24 ore, i parametri vitali del paziente complesso e di fornire indicazioni di tipo clinico (ad es. suggerire o sconsigliare l'accesso all'ospedale) sulla base di tali parametri.
- ▶ Le opportunità di ricerca e di elaborazione di algoritmi a supporto delle decisioni derivanti dal monitoraggio costante di migliaia di pazienti.
- ▶ Le potenzialità date dall'integrazione funzionale ma anche strutturale tra erogatori pubblici e privati nell'area della specialistica ambulatoriale, combinando due aspetti: da un lato, la numerosità e spesso l'ampiezza dimensionale delle strutture territoriali pubbliche (in buona parte ricavate da ex ospedali); dall'altro, la diffusa presenza del privato in numerosi setting e ambiti disciplinari, dall'ADI, alla neuropsichiatria, alla riabilitazione.

Una seconda considerazione riguarda i meccanismi di generazione e diffusione del cambiamento organizzativo. Le esperienze esaminate delineano due idealtipi, che ovviamente non hanno la pretesa di essere esaustivi del possibile. Un primo idealtipo prende le mosse dai servizi di telemedicina osservati; anche l'esperienza di Vivisol, in particolare con la realizzazione della centrale

di monitoraggio, presenta tratti simili. L'idealtipo prevede che l'innovazione si sviluppi identificando un bisogno sanitario diffuso su larga scala (la necessità di accedere da remoto alla prestazione sanitaria, la necessità di assistenza domiciliare ad alta complessità) e che la risposta sia concretizzabile attraverso da un ben determinato strumento tecnologico (la piattaforma di telemedicina o telemonitoraggio). In questo caso il servizio viene rimodellato a partire dal bisogno e dalle caratteristiche dello strumento tecnologico selezionato. La fase di configurazione, implementazione del pilota e diffusione è gestita centralmente, da una funzione incaricata di promuovere l'adattamento strategico. Allo stesso tempo, resta essenziale il confronto con i clinici nel ruolo di consultant o promotori. Il fattore critico di successo, oltre alla tecnologia, risiede nei meccanismi interni di *service design e marketing* interno ed esterno (nei confronti degli utilizzatori). Esistono, e sono potenzialmente fruttuose, relazioni di cooperazione e coordinamento (Brown & Keast, 2003) con il sistema pubblico di offerta, ma per l'avvio del servizio sono essenziali «solo» i classici strumenti della regolazione: standard, linee guida, tariffe se l'attività è accreditata. Questo modello di servizio può essere infatti sviluppato anche fuori dal regime SSN. Il secondo idealtipo può essere delineato a partire dall'esperienza parmense di Fondazione Don Gnocchi. Il bisogno è intercettato su scala locale ed è specifico: la necessità di prevenzione cardiovascolare in un determinato territorio. Tale bisogno richiede una risposta altrettanto specifica e poco standardizzabile, perché deve tenere conto della concreta configurazione corrente e prospettica del resto del sistema di offerta. La fase di configurazione, implementazione ed eventuale replicazione è decentralizzata e fa leva sul capitale relazionale accumulato negli anni; prevede un intenso scambio informativo, anche implicito, con gli altri attori coinvolti. Tra i fattori critici di successo appaiono la complementarità delle competenze e la costruzione, spesso progressiva, di rapporti di fiducia reciproca. L'esperienza, intuitivamente, si colloca molto più facilmente in ambito SSN. È replicabile, ma solo in presenza degli stessi fattori di contesto.

La terza considerazione riguarda la possibilità di far germogliare l'innovazione a opera di più attori, in modo che le potenzialità innovative vengano colte. La constatazione è che i due idealtipi, nella loro diversità, hanno un punto in comune: l'entità degli investimenti, che si tratti di tecnologie strumentali, sistemi informativi, competenze, meccanismi organizzativi interni, o relazioni esterne. Tranne i primi due, tutti questi elementi presentano una difficile misurabilità e definibilità in termini di fabbisogno e di relativo costo. Non stupisce, quindi, che siano state realtà di dimensioni nazionali e ben consolidate a intraprendere queste strade. In parallelo, nonostante le potenzialità elencate anche in questo paragrafo, una misurazione precisa dell'impatto di queste esperienze è ancora ai primi passi, anche per la sua intrinseca difficoltà, al di là dei parametri più semplici (volumi, profilo pazienti, *break even* finanziario, *patient satisfaction*).

La scarsa misurabilità degli impatti interni ed esterni inibisce sia l'iniziativa di innovazione, a opera degli erogatori, sia la decisa riallocazione delle risorse pubbliche dalla committenza pubblica verso questi nuovi modelli di servizio. Dimostrare impatti positivi in termini di qualità dei processi e degli esiti appare un passaggio fondamentale per diffondere tali modelli, nel contesto degli investimenti PNRR o anche a prescindere, nell'ambito delle ordinarie attività di committenza del SSN.

4.8 Bibliografia

- ALTEMS (2021), «Analisi del paziente fragile nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale», novembre 2021.
- Bobini M., Longo F., Ricci A. (2020), «Gli erogatori privati accreditati: inquadramento e ruolo nella risposta del SSN al Covid-19», in CERGAS Bocconi (a cura di) *Rapporto Oasi 2020*, Milano, Egea, pp. 163-202.
- Bobini M., Boscolo P.R., Tarricone R., Tozzi V.D. (2021), «La telemedicina e i processi di gestione del cambiamento nelle aziende sanitarie», in CERGAS Bocconi (a cura di) *Rapporto Oasi 2021*, Milano, Egea, pp. 461-485.
- Brown K., Keast R. (2003), «Community-government engagement: Community connections through networked arrangements», *Asian Journal of Public Administration*, 25(1), pp. 107-132.
- Carbone C. (2013), *Le aziende sanitarie private accreditate: regole e posizionamento strategico*, Milano, Egea.
- Carbone C., Longo F., Ricci A. (2014), «Il posizionamento strategico degli ospedali privati accreditati: analisi delle leve competitive», in CERGAS Bocconi (a cura di) *Rapporto Oasi 2014*, Milano, Egea, pp. 437-462.
- Governo italiano (2021), Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – versione aprile 2021. Disponibile online <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>
- Keast R., Mandell M. (2012), «The collaborative push: moving beyond rhetoric and gaining evidence», *Journal of Management and Governance*, 18, pp. 9-28.
- Marotta A., Ricci A. (2021), «Gli erogatori privati accreditati: inquadramento e ruolo potenziale nell'implementazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza», in CERGAS Bocconi (a cura di) *Rapporto Oasi 2021*, Milano, Egea, pp. 175-217.
- Ministero della Salute (2022), «Annuario Statistico del SSN – anno 2020». Disponibile online https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3245.
- Ministero della Salute (2022), «Database Posti letto per struttura ospedaliera 2020». Disponibile on line <https://www.dati.salute.gov.it/>