

## 4 **Gli erogatori privati accreditati: inquadramento e ruolo potenziale nell’implementazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza<sup>1</sup>**

di Antonio Marotta e Alberto Ricci<sup>2</sup>

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

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

In particolare, si osserva che:

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

<sup>1</sup> La ricerca è stata realizzata con il contributo incondizionato di Assolombarda, AIOP Lombardia, Confindustria Lombardia Sanità Servizi e Fondazione Sanità Futura.

<sup>2</sup> Il capitolo aggiorna e amplia i contenuti del capitolo 4 del Rapporto OASI 2020 (Bobini, Longo e Ricci, 2019). Nonostante il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca congiunto degli autori, i §§ 4.1, 4.2, 4.6 e 4.7 sono attribuibili ad Alberto Ricci, i §§ 4.3, 4.4 e 4.5 ad Antonio Marotta. Si ringraziano Francesco Longo, Michela Bobini e i due anonimi *reviewer* per il contributo fornito.

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

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

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

- ▶ in quanto aziende private, sono contraddistinte da una fondamentale autonomia nelle scelte strategiche ed operative (ad es. nell'organizzazione del proprio personale) nel confronto con le 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 e/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 regionale<sup>6</sup>. 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 un'importante 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 interregionale. Inoltre, l'Osservatorio approfondisce alcune dinamiche emergenti del settore, di particolare rilievo, selezionate di anno in anno dai ricercatori 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 alle caratteristiche dimensionali e ai livelli di attività dell'assistenza ospedaliera (§ 4.4) e distrettuale (§ 4.5). Queste sezioni aggiornano i dati del capitolo 4 del Rapporto OASI 2020 (Bobini, Longo e Ricci, 2020). I dati amministrativi a oggi disponibili, purtroppo, risultano ancora riferiti all'ultimo anno pre-pandemia: descrivono un quadro completo, ma inevitabilmente molto modificatosi nel biennio emergenziale 2020-21. Dunque, i dati presentati in tali paragrafi restituiscono il quadro strutturale (accreditamenti, capacità di offerta, ecc.) nel quale si inseriranno, dai prossimi mesi, gli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resistenza (PNRR). Per un appro-

<sup>6</sup> 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)

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

Paragrafo	Obiettivo	Fonti e anno di riferimento
§ 4.2 Attori della sanità privata accreditata	Analisi delle strutture ospedaliere e territoriali private accreditate del SSN	• Classificazioni tratte da Ministero della Salute, Rapporto SDO (anno 2019) e Annuario Statistico (anno 2017).
§ 4.3 Spesa privata accreditata	Analisi della rilevanza economica delle prestazioni e dei servizi offerti da strutture accreditate rispetto alla spesa totale del SSN	• Ministero della Salute (anno 2019).
§ 4.4 Assistenza ospedaliera	Analisi della rilevanza degli erogatori privati accreditati sul totale dell'offerta SSN; analisi del posizionamento erogativo.	• Ministero della Salute, Open Data, posti letto pubblici e privati accreditati (anno 2019). • Ministero della Salute, Rapporto SDO (anno 2019).
§ 4.5 Assistenza distrettuale	Analisi della rilevanza degli erogatori privati accreditati sul totale dell'offerta SSN; analisi del posizionamento erogativo.	• Ministero della Salute, Annuario Statistico del SSN (anno 2019).
§ 4.6 Il posizionamento erogativo dei privati accreditati: un confronto interregionale	Analisi del ruolo del privato accreditato nelle principali regioni: sintesi delle analisi e spunti per la collaborazione pubblico-privato in ottica di PNRR	• Ministero della Salute, Open Data, posti letto pubblici e privati accreditati (anno 2019). • Ministero della Salute, Annuario Statistico del SSN (anno 2019).

fondimento quantitativo e qualitativo del contributo del privato accreditato nel contrasto al Covid-19, si rimanda invece al capitolo 4 del precedente Rapporto. Il § 4.6, che rappresenta l'approfondimento tematico di quest'anno, analizza il grado di concentrazione e il posizionamento erogativo del privato accreditato nelle nove più rilevanti regioni del Paese, delineando alcune riflessioni sul suo ruolo nell'implementazione del PNRR. Il § 4.7, infine, raccoglie le conclusioni del contributo.

Sul piano metodologico (Box 4.1), sia i paragrafi di inquadramento del sistema (§ 4.2, 4.3, 4.4, 4.5), sia l'approfondimento tematico (§ 4.6) sono stati sviluppati raccogliendo e rielaborando i dati forniti da report e database amministrativi nazionali.

**4.2 Gli attori della sanità privata accreditata**

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 private accreditate 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 privati;
- ▶ 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 del privato accreditato in sanità è dato dal suo peso all'interno della spesa complessiva del SSN<sup>7</sup>. La Tabella 4.1 evidenzia, per regione e con riferimento all'ultimo anno precedente alla pandemia<sup>8</sup>, la spesa pro-capite per le prestazioni a carico del SSN erogate da soggetti privati accreditati, suddivisa per le varie tipologie di attività (ospedaliera, specialistica, riabilitativa, altra assistenza). I valori sono espressi al lordo della mobilità interregionale. Nel 2019, la spesa SSN per assistenza privata accreditata ha registrato un valore medio di € 378 per abitante, pari al 17,8% della spesa complessiva del SSN. Tale incidenza varia sensibilmente a livello regionale, con massimi registrati in Lombardia (26,2%), Lazio (25,8%), Campania e Puglia (20,8%), al minimo del 6,8% in Valle d'Aosta, della Provincia Autonoma di Bolzano (7,5%) e del Friuli-Venezia Giulia (8,6%).

<sup>7</sup> Per un quadro completo della spesa sanitaria si rimanda al cap. 3 del presente Rapporto. Rispetto alla precedente 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.

<sup>8</sup> I dati 2019 pubblicati nella precedente versione del Rapporto hanno subito una revisione ed è stata affinata la modalità di calcolo della spesa per servizi privati accreditati. In conseguenza di ciò, si riporta il dettaglio del dato 2019.

Tabella 4.1 **La spesa SSN per assistenza sanitaria privata accreditata (valori pro capite – 2019)**

	Assistenza ospedaliera accreditata	Assistenza specialistica accreditata	Assistenza riabilitativa accreditata	Altra assistenza accreditata, € procapite	Totale spesa SSN per assistenza privata accreditata, € procapite	Totale spesa SSN per la gestione corrente, € procapite	% Spesa SSN per assistenza privata accreditata su totale
Piemonte	111	62	37	132	341	2.073	16,5%
Valle d'Aosta	56	14	34	47	151	2.211	6,8%
Lombardia	225	112	7	205	549	2.095	26,2%
PA Bolzano	46	20	0	124	191	2.532	7,5%
PA Trento	111	46	0	114	272	2.388	11,4%
Veneto	109	69	6	122	307	2.042	15,0%
Friuli VG	50	43	13	87	194	2.241	8,6%
Liguria	32	30	62	128	252	2.230	11,3%
Emilia Romagna	124	49	0	156	329	2.205	14,9%
Toscana	64	38	22	118	242	2.149	11,2%
Umbria	46	31	11	117	205	2.105	9,7%
Marche	77	37	50	92	257	2.010	12,8%
Lazio	239	93	39	138	508	1.969	25,8%
Abruzzo	99	35	53	91	278	2.004	13,9%
Molise	220	131	54	109	514	2.507	20,5%
Campania	150	133	53	53	390	1.871	20,8%
Puglia	182	74	39	110	406	1.951	20,8%
Basilicata	23	66	64	78	231	1.984	11,6%
Calabria	97	62	37	82	277	1.939	14,3%
Sicilia	143	107	38	107	394	1.941	20,3%
Sardegna	49	76	30	98	253	2.117	12,0%
<b>ITALIA</b>	<b>143</b>	<b>80</b>	<b>28</b>	<b>127</b>	<b>378</b>	<b>2.122</b>	<b>17,8%</b>

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

Fonte: Elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, 2019

Nel 2020, la spesa SSN per assistenza privata accreditata ha registrato un valore medio di € 374 per abitante, pari al 17,0% della spesa complessiva del SSN (Tabella 4.2), in leggera diminuzione sia assoluta sia percentuale rispetto al 2018 (€ 374; 17,8%). In linea con quanto registrato nel 2019, l'incidenza della spesa SSN per assistenza privata accreditata varia sensibilmente a livello regionale, passando dai massimi registrati in Lazio (26,5%), Lombardia (23,3%) e Molise (21,9%), al minimo della Valle d'Aosta (5,8%), della Provincia Autonoma di Bolzano (7,5%) e del Friuli-Venezia Giulia (9,1%).

A livello regionale, rispetto al 2019, si rileva un unico scostamento positivo di una certa rilevanza in Molise (+1,4%), che torna ad essere la terza regione per incidenza della spesa per assistenza privata accreditata (scalzando Campania e Puglia); l'incidenza della spesa si contrae invece maggiormente in Lombardia (-3,0%), in Puglia (-1,4%) ed in Liguria (-1,2%).

Per quel che riguarda la composizione percentuale della spesa SSN gestita da erogatori accreditati, nel 2020 non si registra una variazione significativa rispetto a quanto osservato nel 2019; infatti il 36,6% (-1,3% vs 2019) della spesa complessiva (137 € pro capite) è costituito da spesa per ricoveri ospedalieri in strutture accreditate, mentre un altro 34,9% (+1,3% vs 2019) è da imputare alla "Altra assistenza accreditata", legata prevalentemente all'assistenza territoriale socio-sanitaria presso strutture residenziali.

Considerando il coefficiente di variazione – CV<sup>9</sup>, il setting che presenta la maggiore variabilità interregionale in termini di spesa per assistenza accreditata è quello riabilitativo (CV: 77,3%), esattamente come osservato nel 2019. La spesa media pro capite a livello nazionale non ha subito variazioni rilevanti (27 € nel 2020 vs 28 € nel 2019), ma si osservano ancora alcune 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) mentre in altre si registra una presenza più cospicua di erogatori privati<sup>10</sup>.

Anche per le restanti voci il range tra valore massimo e minimo resta considerevole, ma con variabilità interregionale complessivamente più contenuta. Nella voce "Ospedaliera accreditata" si passa da una spesa pro capite massima registrata in Lazio (255 €), Molise (222 €) e Lombardia (190 €) a quella minima registrata in Basilicata (19 €). Il valore medio nazionale è pari a 137 €, con un coefficiente di variazione pari al 45,6%. L'attività specialistica, infine, presen-

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

<sup>10</sup> Basilicata e Liguria presentano dati di spesa pro capite per assistenza riabilitativa privata accreditata pari rispettivamente a 64 € e 63 €, con altri 3 contesti regionali che superano la quota dei 50 euro

Tabella 4.2 **La spesa SSN per assistenza sanitaria privata accreditata (valori € pro capite – 2020)**

	Assistenza ospedaliera accreditata	Assistenza specialistica accreditata	Assistenza riabilitativa accreditata	Altra assistenza accreditata, € procapite	Totale spesa SSN per assistenza privata accreditata, € procapite	Totale spesa SSN per la gestione corrente, € procapite	% Spesa SSN per assistenza privata accreditata su totale
Piemonte	107	63	37	130	337	2.154	15,6%
Valle d'Aosta	44	15	34	45	139	2.389	5,8%
Lombardia	190	98	7	209	504	2.166	23,3%
PA Bolzano	52	22	0	133	207	2.777	7,5%
PA Trento	106	50	1	112	268	2.528	10,6%
Veneto	108	71	5	125	308	2.157	14,3%
Friuli VG	55	44	11	95	206	2.267	9,1%
Liguria	28	30	63	135	258	2.297	11,2%
Emilia Romagna	116	47	0	161	324	2.353	13,8%
Toscana	62	38	19	123	243	2.284	10,6%
Umbria	51	32	10	118	211	2.164	9,7%
Marche	74	39	49	114	276	2.070	13,3%
Lazio	255	108	38	146	547	2.066	26,5%
Abruzzo	85	33	47	95	261	2.025	12,9%
Molise	222	130	51	102	505	2.309	21,9%
Campania	150	139	53	53	396	1.944	20,4%
Puglia	171	74	37	110	392	2.015	19,4%
Basilicata	19	70	64	75	229	2.011	11,4%
Calabria	98	62	37	84	282	1.942	14,5%
Sicilia	144	108	36	109	397	2.035	19,5%
Sardegna	59	74	26	97	256	2.230	11,5%
<b>ITALIA</b>	<b>137</b>	<b>80</b>	<b>27</b>	<b>131</b>	<b>374</b>	<b>2.199</b>	<b>17,0%</b>

Fonte: Elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, 2020

ta una variabilità interregionale in termini di coefficiente di variazione pari a 42,9%, con valori particolarmente elevati in Campania e Molise (139 € e 130 € pro capite, rispettivamente).

In definitiva, dal confronto dei dati per il biennio considerato (2019-2020), nel primo anno di pandemia si osserva un calo lieve della spesa complessiva SSN per assistenza privata accreditata. Si nota un leggero calo della spesa ospedaliera procapite, compensato da un altrettanto leggero aumento della spesa per “altra assistenza accreditata”. Tra le regioni, spicca la diminuzione significativa della spesa ospedaliera in Lombardia (da 225 € a 190 € procapite, -16%), che ha probabilmente risentito del calo dell’attività chirurgica programmata. Anche la spesa per specialistica ambulatoriale lombarda diminuisce di un rilevante 13% (da 112 a 98 € procapite). Considerando tutte le voci la spesa privata accreditata lombarda cala di 45 euro (-8%). All’opposto, il Lazio registra un aumento della spesa ospedaliera (+17 €, +7%) e specialistica (+15, +16%), che trainano l’aumento della spesa accreditata totale (+40 €, +5%).

## 4.4 L’assistenza ospedaliera

Il presente paragrafo, adottando la logica del focus sul singolo livello di assistenza, analizza l’assistenza ospedaliera distinguendo due differenti ambiti: la dotazione strutturale e le attività di ricovero.

### 4.4.1 Dotazione strutturale

In termini strutturali, l’analisi a livello ospedaliero si focalizza sui posti letto (PL) e sulla loro recente evoluzione<sup>11</sup>. Considerando la dotazione complessiva di PL disponibile nel SSN al 2019<sup>12</sup>, l’insieme degli erogatori privati accreditati detiene il 30,4% dei posti letto totali a livello nazionale. Tali PL sono concentrati presso le case di cura accreditate per il 67,0% dei PL accreditati. IRCCS, Policlinici privati ed enti di ricerca hanno in dotazione il 19,2% dei posti letto accreditati: il 15,9% si trova presso gli IRCCS e gli IRCCS Fondazione privati, il 2,9% presso i due Policlinici universitari privati<sup>13</sup> e lo 0,4% presso enti di ricerca. Il restante 13,8% dei PL privati accreditati è suddiviso tra ospedali classificati (10,4%) e istituti qualificati (3,5%). Ragionando per tipologia di ricovero ospedaliero, il peso del privato accreditato in termini di

<sup>11</sup> Per un approfondimento sul numero di strutture accreditate si rimanda al § 2.3.

<sup>12</sup> L’ultimo aggiornamento sull’Open Data del Ministero della Salute è relativo al 2017.

<sup>13</sup> Il Policlinico Gemelli nei datanbase 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%



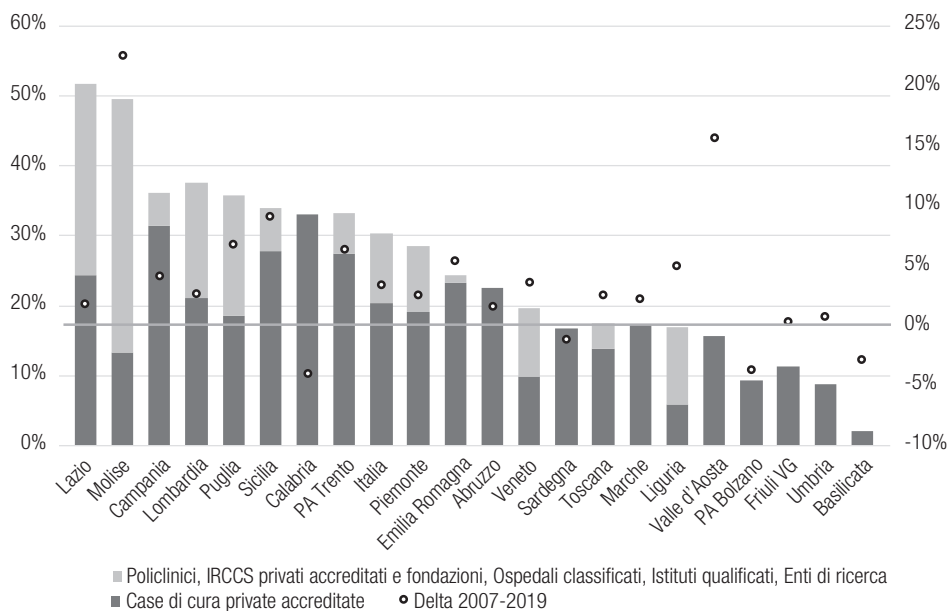
posti letto risulta minore nell'attività per acuti (23,6% dei PL per acuti totali del SSN, +0,5% rispetto al 2018), sostanzialmente equivalente a quello degli erogatori pubblici quando si considera la lungodegenza (51,9% dei posti letto per lungodegenza, -1,1% rispetto al 2018) e largamente prevalente nell'attività di riabilitazione (73,1%, -0,9%). Per quanto riguarda il contributo delle diverse tipologie di strutture accreditate nei differenti segmenti di attività, per gli acuti la distribuzione percentuale dei PL accreditati è in massima parte allineata con quella generale, con un'incidenza leggermente inferiore delle case di cura (61,3%) a cui si contrappone un peso maggiore degli ospedali classificati (13,0%). Riguardo ai PL per la riabilitazione ospedaliera, invece, gli IRCCS e gli IRCCS Fondazione privati detengono il 22,6% dei posti letto. I PL accreditati per lungodegenza, infine, sono quasi esclusivamente localizzati presso case di cura accreditate (CdC), che ne detengono il 95,7%.

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 totali è situata presso strutture private accreditate (51,7%), a contesti, come quelli delle regioni Umbria e Basilicata, in cui meno di un posto letto su dieci (rispettivamente 8,7% e 2,2%) si trova presso strutture accreditate (Figura 4.1). Adottando la medesima classificazione delle strutture private accreditate presentata nel resto del capitolo<sup>14</sup>, la Figura 4.1 mostra il contributo di ciascuna categoria in termini di posti letto a livello regionale. A livello nazionale, le case di cura detengono quasi i due terzi dei posti letto accreditati e il 20,4% dei PL totali del SSN; coerentemente, risultano prevalenti nella maggior parte dei contesti regionali. Rivestono invece un ruolo minoritario in Molise, per via della compresenza di un Ente di ricerca e un IRCCS privato, oltre che in Veneto e in Liguria, dove è rilevante il peso degli ospedali classificati. In Lombardia, Puglia e Lazio, invece, si rileva una sostanziale equivalenza tra case di cura e altre strutture accreditate. Ciò è dovuto, nel Lazio, alle rilevanti dotazioni strutturali delle strutture universitarie e di diversi IRCCS; in Lombardia e Puglia, invece, si rileva un'elevata concentrazione di IRCCS privati e ospedali classificati.

Allargando l'ambito temporale dell'analisi, tra 2007 e 2019 si registra un delta positivo nell'incidenza dei PL accreditati sul totale della dotazione SSN. In un quadro che, in assoluto, vede la contrazione dell'offerta ospedaliera del SSN e di entrambe le componenti pubblica e privata, il calo di PL privati è meno netto e la relativa quota cresce di 3,4 punti percentuali a livello nazionale; l'aumento è distribuito piuttosto equamente su tutto il territorio del Paese. L'unico caso vistosamente in controtendenza è quello della Calabria che, pur restando

<sup>14</sup> Gli erogatori accreditati sono stati raggruppati in due categorie: 1) IRCCS e Policlinici Universitari privati, Ospedali classificati, Istituti qualificati, Enti di ricerca; 2) Case di cura private accreditate.

Figura 4.1 **Incidenza PL privati accreditati per regione e tipo erogatore privato accreditato 2019 (asse sx) e variazione 2007-2019 (asse dx)**



Fonte: Elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, Open data posti letto, 2019

tra le regioni in cui il peso strutturale degli erogatori privati accreditati risulta maggiore del dato nazionale, registra una riduzione dell'incidenza dei PL accreditati pari a 4,0 punti percentuali nel periodo osservato, come effetto del piano di rientro regionale. Il forte aumento della quota privata in Valle d'Aosta è dovuto all'accreditamento dell'Istituto Clinico Valle d'Aosta<sup>15</sup>, avvenuto nel 2013.

Se limitiamo l'analisi dei trend all'ultimo anno solare (ovvero lo stock di PL rispetto al Rapporto OASI 2020), le variazioni più significative nel peso dei privati accreditati si registrano in Molise (+2,7%) e in Calabria (+1,1%)<sup>16</sup>.

La forte prevalenza delle case di cura in quasi tutti i contesti regionali ha delle rilevanti implicazioni sulle dimensioni medie degli ospedali: le strutture private accreditate hanno in media 120 PL accreditati, oltre il 59% delle stesse ha una dotazione di posti letto inferiore ai 100 PL accreditati, mentre soltanto il 12% supera i 200 PL accreditati. Le grandi strutture sono concentrate princi-

<sup>15</sup> Si tratta dell'unico ospedale privato accreditato presente nella regione.

<sup>16</sup> In termini assoluti, in Calabria si ha un aumento dei PL privati (+92) e una lieve diminuzione di quelli pubblici (-11), mentre in Molise si assiste ad una diminuzione dei PL pubblici (-122) a fronte di un numero di PL privati che è rimasto pressoché invariato.

palmente in Lazio e Lombardia<sup>17</sup>. Anche in queste regioni le strutture con dotazione superiore ai 200 PL non raggiungono il 25% del totale delle strutture.

#### 4.4.2 L'attività ospedaliera degli erogatori privati accreditati

Nel 2019 le strutture private accreditate hanno erogato il 26,3% dei ricoveri del SSN. L'incidenza dei ricoveri è significativamente inferiore all'incidenza sui PL (30,4%, cfr. paragrafo precedente) perchè i budget massimi di attività riducono il tasso di saturazione della capacità produttiva installata del privato accreditato, che risulta, in media nazionale, significativamente inferiore a quella pubblica, proprio perchè non vi sono risorse del SSN disponibili per aumentarla. Inoltre, la focalizzazione del privato sulle attività riabilitative e lungodegenziali, caratterizzate da degenza media elevata, contribuisce fisiologicamente al disallineamento. Per un approfondimento sui tassi di saturazione, si rimanda al paragrafo 4.6.5 del presente capitolo.

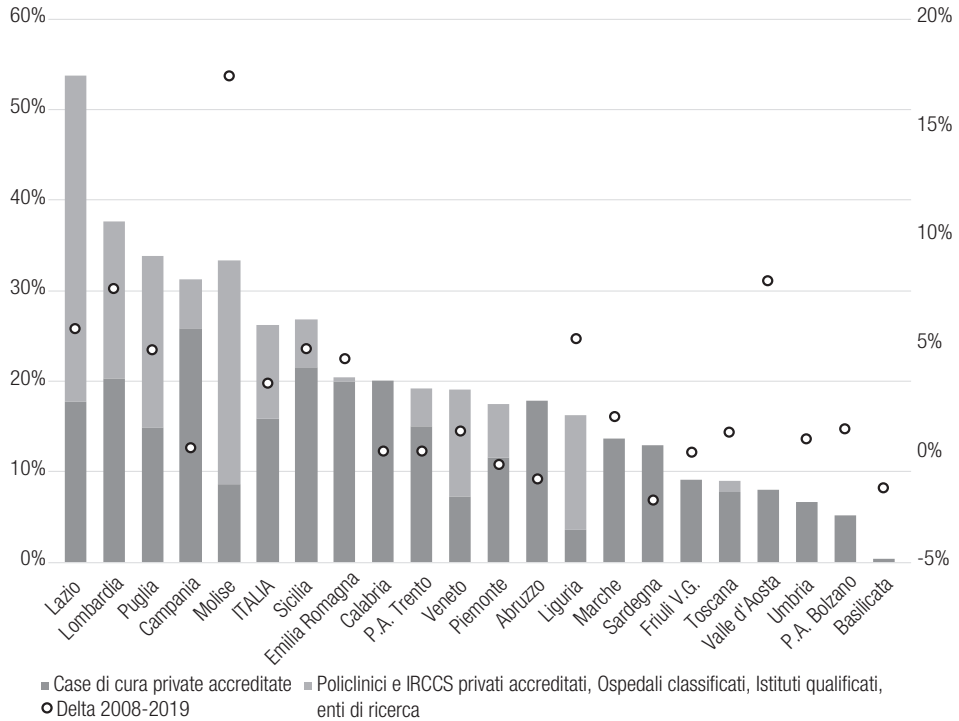
Più nel dettaglio, il 16,1% dei 8.052.691 ricoveri presso strutture pubbliche o accreditate per conto del SSN è stato effettuato da case di cura accreditate, mentre gli IRCCS, Policlinici privati, ospedali classificati e gli istituti qualificati hanno erogato il 9,7% dei ricoveri.

Anche per quanto riguarda i ricoveri si rilevano forti differenze a livello regionale<sup>18</sup>. Il Lazio è l'unica regione in cui il peso del privato accreditato è equivalente a quello pubblico (53,8% dei ricoveri). Lombardia, Campania, Puglia e Molise presentano un dato superiore alla media nazionale: in esse il peso degli erogatori accreditati, in termini di volumi di attività, è superiore a un terzo del totale. Come evidenziato dalla Figura 4.2, tutte le altre regioni si trovano al di sotto della media nazionale e sono 4 le realtà in cui la quota del privato accreditato è inferiore al 10% del totale regionale (Basilicata, PA di Bolzano, Umbria e Valle d'Aosta). Relativamente al contributo di ciascuna categoria di erogatori privati accreditati, la Figura 4.2 conferma quanto evidenziato in termini di posti letto (Figura 4.1), con le case di cura a erogare la maggior parte dei ricoveri privati accreditati in diversi SSR e la presenza di alcune eccezioni di rilievo (Lazio, Puglia, Veneto, Liguria e Molise). Le case di cura registrano il peso percentuale massimo in Campania (25,9% dei ricoveri regionali), mentre per Policlinici, IRCCS privati, ospedali classificati e istituti qualificati il valore più elevato è quello del Lazio (36,0% dei ricoveri del SSR). Il peso percentuale dei ricoveri in strutture accreditate è cresciuto di 3,3 punti

<sup>17</sup> 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 Universitario Privati.

<sup>18</sup> I dati sono calcolati sui ricoveri complessivi erogati dalle strutture localizzate nella regione, a prescindere dalla regione di residenza dei pazienti. Includono quindi la mobilità.

Figura 4.2 **Incidenza dei ricoveri da strutture private accreditate 2019 per regione e tipo di erogatore privato accreditato (asse sx) e variazione 2008-2019 (asse dx)**



Fonte: Elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, Rapporto SDO, 2019.

a livello nazionale negli ultimi 10 anni, con un delta positivo in quasi tutte le regioni italiane<sup>19</sup>. Le regioni a mostrare i differenziali negativi più importanti sono Sardegna e Basilicata che registrano rispettivamente delta di 2,1 e 1,5 punti percentuali.

L'incidenza dei ricoveri accreditati sul totale del SSN varia notevolmente a seconda della tipologia di attività considerata (acuto, riabilitazione, lungo-degenza). L'attività per acuti (94,7% dei ricoveri totali SSN) è principalmente presidiata dal pubblico che ne produce il 76,1%, mentre gli erogatori privati accreditati garantiscono il 23,9% dei ricoveri acuti, con un peso leggermente difforme tra regime ordinario e diurno (rispettivamente pari a 22,9% e 27,6%).

<sup>19</sup> Il volume dei ricoveri privati accreditati si è ridotto tra il 2008 e il 2017 del 14,9%, principalmente per effetto della riduzione dei budget ospedalieri. Tuttavia, questa riduzione è più contenuta rispetto a quanto occorso tra gli erogatori pubblici (-31,3%), il che spiega l'aumento percentuale che ha interessato le strutture accreditate.

Per converso, nelle restanti classi di attività di ricovero il privato assume un ruolo centrale: garantisce il 43,7% dei ricoveri per lungodegenza e il 74,4% dei ricoveri per riabilitazione.

Nella comparazione interregionale, il Lazio si riconferma il SSR dove il privato accreditato riveste un ruolo focale nel rispondere anche ai bisogni di salute acuti (51,5% dell'attività per acuti), mentre in 4 SSR il peso degli erogatori accreditati è al di sotto del 10%.

Un tradizionale indicatore di analisi dell'attività ospedaliera è la degenza media, che consente di operare una valutazione sull'efficienza operativa<sup>20</sup>. Gli standard ospedalieri del D.M. 70/2015 indicano una soglia di riferimento per la degenza media dei ricoveri ordinari per acuti pari a 7 giorni, anche se, per considerare compiutamente l'efficienza operativa di una struttura o di un insieme di strutture, è necessario valutare la complessità della sua casistica. La degenza media dell'attività per acuti in regime ordinario, a livello nazionale, si è attestata nel 2019 a 7 giorni. La Tabella 4.3 mostra il confronto della degenza media per tipo di attività in regime ordinario e tipo di struttura. Mediamente, le strutture private si caratterizzano per una degenza media inferiore a quelle pubbliche nel segmento degli acuti (5,6 rispetto a 7,5 giorni) e per la riabilitazione (26,1 rispetto a 26,4 giorni), mentre per la lungodegenza presentano una degenza media superiore (27,0 rispetto a 21,8), che correla con il modello di finanziamento a giornata di degenza.

Tabella 4.3 **Degenza media per tipo di attività e struttura erogatrice (2019)**

TIPOLOGIA ISTITUTO	ACUTI	RIABILITAZIONE	LUNGODEGENZA
Aziende ospedaliere	8,1	27,4	17,5
Ospedali a gestione diretta	7,4	25,7	22,4
Policlinici universitari pubblici	7,6	29,3	19,1
I.R.C.C.S. pubblici	7,3	32,7	22,8
<b>ISTITUTI PUBBLICI</b>	<b>7,5</b>	<b>26,4</b>	<b>21,8</b>
Case di cura private accreditate	5,0	24,9	27,5
I.R.C.C.S. privati	6,1	28,8	40,1
Ospedali classificati	6,5	29,3	15,8
Istituti qualificati	5,6	32,4	46,0
Policlinici universitari privati	6,7	19,7	19,1
Enti di ricerca	6,6	11,3	-
<b>ISTITUTI PRIVATI ACCREDITATI</b>	<b>5,6</b>	<b>26,1</b>	<b>27,0</b>

Fonte: Elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, Rapporto SDO, 2019.

<sup>20</sup> Una maggiore appropriatezza degli ambiti di cura e della durata della degenza ospedaliera, oltre che strumento per recuperare efficienza operativa, può tradursi in un beneficio per il paziente, aumentando la coerenza e la rispondenza dell'offerta ai bisogni del malato e incrementando quindi anche l'efficacia della prestazione. D'altra parte, degenze medie troppo ridotte potrebbero segnalare trattamenti clinici non adeguati (per esempio, dimissioni precoci).

Negli acuti, tutte le tipologie di strutture pubbliche presentano una degenza media superiore alle 7 giornate, con valore massimo registrato nelle Aziende Ospedaliere pari a 8,1 giornate<sup>21</sup>; al contrario, gli istituti accreditati mostrano degenze medie inferiori alle 7 giornate, con un valore minimo presso le Case di Cura pari a 5,2 giornate. Nell'ambito di riabilitazione e lungodegenza si rileva una maggiore omogeneità al variare della natura istituzionale delle strutture, con valori significativamente superiori per IRCCS privati e istituti qualificati per la lungodegenza.

#### 4.5 L'assistenza distrettuale privata accreditata

L'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale rappresenta uno dei principali obiettivi di politica sanitaria che i sistemi sanitari più avanzati stanno facendo proprio per far fronte alle sfide demografiche ed epidemiologiche. Anche negli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza di aprile 2021 la revisione dell'offerta territoriale riveste una particolare importanza, raccogliendo 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: ambulatori e laboratori; strutture residenziali; strutture semiresidenziali; altre strutture territoriali (centri di dialisi, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori familiari, centri distrettuali)<sup>22</sup>.

La Tabella 4.4 presenta la distribuzione delle strutture territoriali nelle diverse regioni italiane riportando, per ciascuna categoria, il totale per l'anno 2019 e l'incidenza delle strutture private accreditate nel 1998 e nel 2019. Questa fotografia, di prima approssimazione, offerta dagli unici dati messi a disposizione dal SSN purtroppo si basa sul numero di facility, senza considerare la loro casistica e complessità dei casi trattati, presentando evidenti caveat interpretativi. L'attività territoriale risulta gestita prevalentemente da erogatori privati accreditati<sup>23</sup>, che hanno trovato spazi di sviluppo imprenditoriale sempre più ampi a fronte di una rete di offerta pubblica poco sviluppata. Nei 21 anni considerati il peso del privato in termini strutturali è cresciuto complessiva-

<sup>21</sup> A partire dal 2016, il Rapporto SDO del Ministero della Salute ha rivisto la classificazione delle strutture: a seguito del riordino del SSR lombardo (LR 23/2015), le Aziende Ospedaliere sono state sostituite dalle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), la cui attività viene adesso ricompresa tra gli ospedali a gestione diretta. Per ulteriori approfondimenti si rimanda al Cap. 2 del Rapporto OASI 2018.

<sup>22</sup> Per maggiori approfondimenti relativi ai distretti e alle strutture impegnate nell'erogazione di prestazioni territoriali si veda il §2.3.2 del presente Rapporto.

<sup>23</sup> Tale analisi confronta erogatori pubblici e privati accreditati in meri termini strutturali, non essendo possibile valutare anche l'aspetto dimensionale servendosi dei dati di attività.

Tabella 4.4 Presenza di strutture territoriali e peso degli erogatori privati accreditati, per regione (1998-2019)

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 territoriali private accreditate		Totale strutture		% Totale strutture territoriali private accreditate	
	2019	1998	2019	1998	2019	1998	2019	1998	2019	1998	2019	1998	2019	1998	2019	1998	2019	1998	2019	1998
Piemonte	390	22,1%	21,79%	1.286	57,3%	88,9%	235	42,1%	80,0%	369	2,1%	5,69%	2.280	23,9%	63,0%					
Valle D'Aosta	8	21,4%	75,00%	20	1,9%	95,0%	2	-	100,0%	26	0,0%	3,85%	56	4,2%	50,0%					
Lombardia	652	40,9%	61,20%	1.504	68,1%	88,3%	741	40,8%	82,6%	715	1,6%	17,76%	3.612	34,0%	68,3%					
Prov. Auton. Bolzano	51	16,8%	43,14%	94	52,2%	89,4%	10	-	40,0%	83	1,6%	26,51%	238	16,4%	55,5%					
Prov. Auton. Trento	51	17,5%	56,86%	100	20,0%	81,0%	47	0,0%	85,1%	40	0,0%	17,50%	238	15,1%	66,0%					
Veneto	442	46,4%	49,55%	860	51,2%	87,9%	540	43,3%	74,3%	530	20,9%	25,28%	2.372	38,9%	63,7%					
Friuli Venezia Giulia	99	23,8%	40,40%	182	45,3%	62,6%	89	7,7%	56,4%	102	4,3%	4,90%	472	24,4%	44,7%					
Liguria	333	30,9%	19,22%	297	57,1%	86,2%	67	7,1%	68,7%	122	0,0%	4,92%	819	25,5%	46,2%					
Emilia Romagna	516	31,2%	37,02%	892	46,6%	86,5%	556	31,6%	88,7%	632	5,6%	6,01%	2.596	31,2%	57,6%					
Toscana	550	35,9%	35,27%	558	49,8%	70,6%	250	12,4%	46,8%	452	6,9%	5,53%	1.810	30,3%	40,3%					
Umbria	170	14,6%	26,47%	187	37,2%	65,8%	98	0,0%	29,6%	123	3,0%	4,07%	578	14,8%	34,9%					
Marche	182	29,6%	66,48%	280	14,0%	68,6%	78	13,8%	59,0%	141	2,0%	6,38%	681	23,8%	54,0%					
Lazio	781	58,6%	71,19%	293	37,6%	78,8%	82	0,0%	17,1%	439	3,2%	7,29%	1.595	45,9%	52,2%					
Abruzzo	129	44,4%	48,84%	85	80,0%	71,8%	16	100,0%	18,8%	131	0,0%	2,29%	361	40,9%	36,0%					
Molise	51	48,8%	74,51%	23	0,0%	91,3%	14	0,0%	100,0%	20	0,0%	5,00%	108	40,4%	68,5%					
Campania	1.418	73,6%	83,99%	166	29,9%	58,4%	88	23,5%	22,7%	460	2,1%	36,09%	2.132	65,2%	69,1%					
Puglia	683	47,2%	63,25%	403	60,0%	94,3%	173	21,4%	92,5%	322	0,5%	6,52%	1.581	38,1%	62,8%					
Basilicata	126	21,5%	37,30%	47	23,1%	68,1%	11	100,0%	27,3%	47	4,2%	14,89%	231	20,4%	38,5%					
Calabria	379	49,4%	58,58%	125	45,7%	85,6%	18	12,5%	44,4%	157	14,3%	8,92%	679	45,1%	51,7%					
Sicilia	1.442	72,2%	79,75%	182	14,6%	62,1%	68	14,3%	16,2%	505	2,7%	14,46%	2.197	61,6%	61,3%					
Sardegna	345	45,7%	56,52%	99	18,2%	85,9%	24	7,7%	66,7%	188	1,0%	6,91%	656	36,3%	47,1%					
<b>Italia</b>	<b>8.798</b>	<b>49,3%</b>	<b>60,3%</b>	<b>7.683</b>	<b>50,4%</b>	<b>83,2%</b>	<b>3.207</b>	<b>29,6%</b>	<b>71,1%</b>	<b>5.604</b>	<b>5,1%</b>	<b>13,0%</b>	<b>25.292</b>	<b>38,9%</b>	<b>58,2%</b>					

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario statistico del SSN, 2019

mente dal 38,9% al 58,2%<sup>24</sup>, con una crescita comune a tutte le categorie e una consistente variabilità interregionale. Rispetto al 2018, si registrano 221 strutture private accreditate in più (+1%). Con riferimento alle diverse categorie di strutture, si può osservare che:

- ▶ nel caso degli “Ambulatori e Laboratori”, pubblico e privato accreditato presentano uno sbilanciamento a favore del privato accreditato (60,3% vs 39,6%) che mostra una tendenza in crescita negli ultimi 21 anni<sup>25</sup>. La variabilità interregionale risulta sostenuta, con una forte dispersione intorno al dato medio. I valori massimi del contributo del privato accreditato sono raggiunti in Campania (83,9%) e Sicilia (79,8%), mentre i valori più bassi si registrano al Nord, in Piemonte (21,8%) e Liguria (19,2%);
- ▶ 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 (83,2% delle strutture residenziali e 71,1% di quelle semiresidenziali)<sup>26</sup>. Nel confronto interregionale sono soprattutto le regioni del Nord Italia a presentare le percentuali più elevate di strutture private accreditate (87,1% delle strutture residenziali, 80,4% 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 40,6% e al 57,0%. Fanno eccezione Molise e Puglia, che per entrambe le tipologie presentano dati superiori alla media nazionale;
- ▶ per quanto riguarda le «Altre strutture territoriali», che raggruppano in logica residuale le strutture che svolgono attività di tipo territoriale e non ricadono nelle precedenti classi, il privato accreditato ha conservato un ruolo residuale e nel 2019 presentava una quota pari al 13,0% del totale delle strutture<sup>27</sup>. Il contributo risulta limitato ad eccezione di qualche contesto territoriale: la Campania presenta una percentuale pari al 36,1% mentre Veneto e PA di Bolzano superano la soglia del 20% (rispettivamente, 25,3% e 26,5%).

<sup>24</sup> 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.

<sup>25</sup> La categoria “Ambulatori e Laboratori” ha fatto registrare una lieve decrescita nel 2019 (pari allo 0,02%) rispetto al 2018.

<sup>26</sup> 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.

<sup>27</sup> La categoria “Altre strutture territoriali” rimane pressoché stabile con uno scostamento negativo dello 0,02% (9 strutture in meno) rispetto al 2018.



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 attività<sup>28</sup>:

- ▶ 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.

Il 95,9% delle strutture pubbliche eroga attività clinica, con sostanziale omogeneità su tutto il territorio nazionale, mentre, tra gli erogatori privati accreditati, solo uno ogni due (51,8%) garantisce visite specialistiche e altre attività terapeutiche, con una differenza marcata al Nord, dove si rilevano dati intermedi (78,8%) tra quelli delle strutture accreditate del Centro e Sud Italia e quelli pubblici. Le strutture pubbliche offrono più frequentemente anche prestazioni di diagnostica strumentale rispetto a quelle accreditate (38,6% contro 31,4%), mentre l'erogazione di indagini di laboratorio è mediamente più frequente tra le strutture private accreditate (44,8% contro il 32,9% del pubblico).

Tabella 4.5 **Confronto ambulatori e laboratori pubblici e privati accreditati per tipo di assistenza erogata e macroarea geografica (2019, %)**

Area	Strutture territoriali pubbliche			Strutture territoriali private accreditate		
	Clinica	Diagnostica	Laboratorio	Clinica	Diagnostica	Laboratorio
Nord	95,6%	40,0%	37,3%	78,8%	52,1%	28,2%
Centro	96,9%	33,6%	24,5%	52,6%	40,3%	48,5%
Sud	95,8%	40,0%	32,9%	43,1%	22,3%	49,1%
<b>Italia</b>	<b>95,9%</b>	<b>38,6%</b>	<b>32,9%</b>	<b>51,8%</b>	<b>31,4%</b>	<b>44,8%</b>

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN, 2019

<sup>28</sup> A queste prestazioni tradizionali, sotto la spinta volta a trasferire in regime ambulatoriale una quota crescente delle prestazioni erogate in day hospital, si sono progressivamente aggiunti 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.

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.

#### **4.6 Il ruolo dei privati accreditati nei principali Servizi Sanitari Regionali e le opportunità nell'ottica del programma Next Generation EU**

Il presente paragrafo intende attenuare la vista per LEA che contraddistingue i precedenti e adottare un approccio più trasversale. Nello specifico, vuole identificare gruppi di regioni in cui, sulla base del ruolo attuale del privato accreditato, si identificano simili priorità di programmazione sanitaria e di committenza nell'ottica di implementare il programma Next Generation EU<sup>29</sup>. Sulla base di tale programma, entro 3-6 mesi dalla chiusura di questo capitolo (ottobre 2021) le reti dei servizi territoriali e ospedalieri saranno infatti interessate da significativi ridisegni a livello regionale<sup>30</sup>. Da allora in poi, le regioni avvieranno interventi implementativi di riorganizzazione dei servizi e investimento infrastrutturale e tecnologico, che potranno registrare aggiustamenti al margine, ma in un quadro già complessivamente definito. È quindi particolarmente attuale l'obiettivo di inquadrare qual è, e quale può essere nel futuro prossimo, il ruolo del privato nelle diverse realtà, basandosi sull'analisi e sul confronto dei seguenti parametri:

- ▶ la quota di offerta SSN gestita da erogatori privati accreditati
- ▶ i profili di concentrazione dell'offerta ambulatoriale privata accreditata nel contesto dell'offerta complessiva SSR;
- ▶ i profili dimensionali della rete ospedaliera privata accreditata e di presenza dei privati accreditati nei servizi di emergenza;
- ▶ la specializzazione erogativa delle strutture private, per disciplina ospedaliera;
- ▶ i profili di saturazione della capacità di offerta ospedaliera.

<sup>29</sup> Il programma Next Generation EU è stato declinato in Italia dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: nel prosieguo del paragrafo i due termini sono da intendere come sinonimi.

<sup>30</sup> A titolo esemplificativo, in Regione Lombardia l'individuazione dei siti per le Case della Comunità, Centrali Operative e Ospedali di Comunità è prevista entro dicembre 2021, con l'avvio dei contratti istituzionali di sviluppo entro marzo 2022.

Tabella 4.6 **Inquadramento dei Servizi Sanitari Regionali analizzati: profilo demografico, 2019**

REGIONE	Popolazione	Incidenza su popolazione nazionale	% popolazione over 65	Densità abitativa (ab/kmq)
PIEMONTE	4.311.217	7%	26%	170
LOMBARDIA	10.027.602	17%	23%	420
VENETO	4.879.133	8%	23%	266
EMILIA ROMAGNA	4.464.119	7%	24%	199
<b>TOSCANA</b>	<b>3.692.555</b>	<b>6%</b>	<b>26%</b>	<b>161</b>
LAZIO	5.755.700	10%	22%	334
CAMPANIA	5.712.143	10%	19%	418
PUGLIA	3.953.305	7%	23%	202
SICILIA	4.875.290	8%	22%	189
<b>ITALIA</b>	<b>59.641.488</b>	<b>100%</b>	<b>23%</b>	<b>197</b>

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario statistico del SSN e ISTAT, 2019

Per esigenze di sintesi e immediatezza vengono confrontate le nove grandi regioni con una popolazione superiore ai 3,5 milioni di abitanti, che raccolgono l'80% dei residenti in Italia.

Il profilo di popolazione di tali regioni, importante per la strutturazione della rete di offerta, è riportato in Tabella 4.6. La percentuale di popolazione over 65, che a livello nazionale è pari al 23%, è più ridotta in Campania (19%) mentre presenta i valori più elevati in Piemonte e Toscana (26%). Le altre regioni presentano, invece, scostamenti di uno o due punti percentuali rispetto al dato italiano. Inoltre, bisogna considerare che in termini di invecchiamento della popolazione le previsioni demografiche delineano uno scenario di convergenza, con le regioni del Mezzogiorno (Campania inclusa) che raggiungeranno i valori del Nord in circa vent'anni (ISTAT, 2018). Il parametro della densità abitativa mostra una maggiore dispersione<sup>31</sup>. Esso raggiunge i valori massimi (attorno i 420 abitanti/kmq) in Lombardia e Campania, che rappresentano le regioni più urbanizzate del Paese; si colloca a livelli medio-alti in Lazio (334 ab/kmq) e Veneto (266); tutte le altre regioni registrano livelli comparabili o leggermente inferiori rispetto al dato nazionale (197 ab/kmq), con i valori minimi in Piemonte (170) e Toscana (161).

<sup>31</sup> Il coefficiente di variazione (rapporto tra deviazione standard e media), indicatore utilizzato per confrontare la variabilità tra grandezze con unità di misura differenti, è pari all'8% per la quota di over 65 e al 37% per la densità abitativa.

#### 4.6.1 Inquadramento del ruolo del privato nelle principali regioni: una sintesi comparativa

La Tabella 4.7 riporta la quota di offerta gestita dal privato accreditato nel 2019<sup>32</sup> con riferimento ai tre principali setting di offerta (ospedaliero, ambulatoriale, socio-sanitario).

Tabella 4.7 **Inquadramento dei Servizi Sanitari Regionali analizzati: quota di offerta gestita dal privato accreditato, 2019**

REGIONE	Incidenza %PL ospedalieri privati accreditati su totale SSN	Incidenza % ambulatori e laboratori accreditati su totale SSN	Incidenza % strutture residenziali su totale SSN	Densità abitativa (ab/kmq)
PIEMONTE	29%	22%	89%	170
LOMBARDIA	38%	61%	88%	420
VENETO	20%	50%	88%	266
EMILIA ROMAGNA	24%	37%	87%	199
<b>TOSCANA</b>	<b>17%</b>	<b>35%</b>	<b>71%</b>	<b>161</b>
LAZIO	52%	71%	79%	334
CAMPANIA	36%	84%	58%	418
PUGLIA	36%	63%	94%	202
SICILIA	34%	80%	62%	189
<b>ITALIA</b>	<b>30%</b>	<b>60%</b>	<b>83%</b>	<b>197</b>

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario statistico del SSN, Open data Posti letto e ISTAT, 2019

Con riferimento alla quota di posti letto, l'incidenza del privato accreditato spicca nel Lazio (52%); seguono la Lombardia (38%) e le regioni del Mezzogiorno (36-34%); il Piemonte (29%) si colloca appena al di sotto della media nazionale (30%) mentre Emilia Romagna, Veneto e Toscana tra 24% e 17%. Passando al comparto territoriale, si ripropone con ancora maggiore nettezza la polarizzazione<sup>33</sup> che vede, da una parte, Lombardia, Lazio e Mezzogiorno, dove la quota privata accreditata è sempre superiore al 60% con un massimo dell'84% in Campania. Agli estremi opposti della distribuzione, si osservano Piemonte, Toscana ed Emilia, dove la percentuale è compresa tra il 22% e il 37%. In posizione intermedia questa volta è il Veneto dove i punti di erogazione pubblici e privati accreditati si equivalgono. Con riferimento alle strutture residenziali socio-sanitarie, il privato prevale in tutte le regioni considerate.

<sup>32</sup> È ragionevole ipotizzare che questi ultimi dati, che rappresentano i punti di erogazione e la capacità produttiva accreditata, non abbiano subito significative variazioni nel biennio 2020-21.

<sup>33</sup> Il coefficiente di variazione è del 31% in ambito ospedaliero e del 36% in ambito ambulatoriale.

Tutto il Nord registra quote superiori al dato nazionale (83%), come anche la Puglia (94%), che registra il valore massimo del campione. La minore incidenza del privato si registra in Campania (58%), che, peraltro, evidenzia poche strutture rispetto al Nord e alla Puglia (cfr. Tabella 4.4<sup>34</sup>).

#### **4.6.2 Livelli di concentrazione delle reti ambulatoriali e presenza del privato accreditato: panoramica delle principali regioni**

La rete della specialistica ambulatoriale sarà interessata direttamente dalla prima componente di spesa della Missione 6, pari a circa 7 miliardi destinati alla realizzazione di Case della comunità (CdC), Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali (COT) e al rafforzamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Il primo passo per qualsiasi programmazione è l'inquadramento dell'attuale configurazione delle attuali reti di ambulatori, poliambulatori e laboratori. Tali reti dovranno essere razionalizzate e semplificate con l'incorporazione di molti servizi nel perimetro delle CdC; potenziate, con l'apertura di posti letto territoriali negli OSCO, diretti alla presa in carico dei pazienti fragili con significativi bisogni socio-sanitari; rafforzate nei processi di presa in carico, con l'avvio di servizi di continuità assistenziale forniti attraverso le COT.

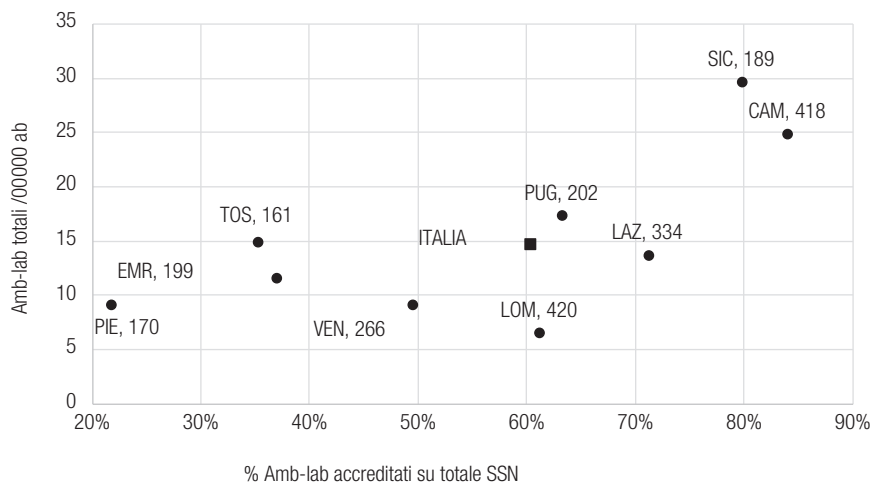
La Figura 4.3 rappresenta, attraverso dati 2019, l'incidenza percentuale degli ambulatori e laboratori privati accreditati sul totale del SSR, assieme alla numerosità degli ambulatori e laboratori totali (pubblici e privati accreditati) per 100.000 abitanti<sup>35</sup>, aspetto che esprime la frammentazione complessiva della rete. Nelle etichette, oltre alla denominazione regionale, è riportata la densità della popolazione (ab/kmq, cfr. Tabella 4.6).

La Figura mostra un primo gruppo di regioni, tutte del Nord, con una densità abitativa variabile, che abbinano a un numero di ambulatori e laboratori più ridotto o sostanzialmente in linea con la media nazionale una percentuale di incidenza del privato accreditato al di sotto dato italiano: Piemonte, Emilia Romagna, Veneto, Toscana. Sempre in relazione al dato nazionale, elevate percentuali di strutture ambulatoriali private e ridotta o contenuta frammentazione della rete contraddistinguono Lombardia e Lazio, due regioni ad alta urbanizzazione. Infine, le regioni del Mezzogiorno, in particolare Campania e Sicilia, presentano un'elevata frammentazione della rete e una quota del privato largamente prevalente. La numerosità degli ambulatori e dei laboratori è particolarmente evidente in Campania, considerata, peraltro, l'alta densità di

<sup>34</sup> Per maggiori approfondimenti sulla rete di offerta socio-sanitaria, si rimanda al capitolo 5 del presente Rapporto.

<sup>35</sup> Il dato include ambulatori e laboratori sia extraospedalieri sia collocati all'interno delle strutture ospedaliere (Cfr. Ministero della Salute, Annuari statistico del SSN, 2019).

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, 2019.** *Le etichette delle serie riportano la densità abitativa delle regioni*



Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario statistico del SSN 2019 e ISTAT.

popolazione. Il dato è confermato dall'analisi dei volumi di erogazione giornalieri per macro-branca di attività: Campania e Sicilia si posizionano al di sotto del dato nazionale sia per quanto riguarda l'area clinica, sia per quella diagnostica, ma soprattutto con riferimento all'ambito laboratoriale<sup>36</sup>.

Il confronto interregionale segnala dunque un quadro profondamente diversificato di reti ambulatoriali regionali, sia in termini di frammentazione che di ricorso al privato accreditato. Considerando le regioni analizzate, le variabili della quota di privato accreditato e della frammentazione della rete appaiono moderatamente correlate<sup>37</sup>, come del resto la densità abitativa e la presenza del privato<sup>38</sup>, mentre in maniera apparentemente paradossale non emerge alcuna associazione tra densità e frammentazione<sup>39</sup>. L'esiguità del campione ne inficia la significatività e non consente di approfondire l'esistenza e la portata di eventuali nessi causali, comunque difficili da concettualizzare, vista la difficoltà di ritrovare punti di riferimento nella programmazione di molte regioni. La dina-

<sup>36</sup> Prestazioni medie giornaliere, macro-branca clinica: Italia, 88; Campania, 59; Sicilia, 44. Prestazioni medie giornaliere, macro-branca diagnostica: Italia, 53; Campania, 49; Sicilia, 41. Prestazioni medie giornaliere, laboratorio: Italia, 740; Campania, 264; Sicilia, 562. I dati, riferiti all'anno 2019, sono elaborati a partire dall'Annuario Statistico del Ministero della Salute.

<sup>37</sup> Indice di correlazione di Pearson=0,67.

<sup>38</sup> Indice di correlazione di Pearson=0,59.

<sup>39</sup> Indice di correlazione di Pearson=-0,06

mica più macroscopica è comunque il divario Nord- Sud, con l'aumento netto della frammentazione man mano che si scende lungo la penisola<sup>40</sup>. La media dei punti di erogazione ambulatoriali nelle regioni del campione situate al Nord è infatti pari a 9 ogni 100.000 abitanti, sale a 14, 2 al Centro, raggiunge il 23,9 al Mezzogiorno. Al Nord e in Toscana il quadro appare complessivamente fisiologico, con regioni che al crescere della densità abitativa tendono a evidenziare una maggiore concentrazione della rete ambulatoriale e una la maggiore presenza del privato<sup>41</sup>. Nelle regioni del Centro-Sud, invece, la configurazione della rete risulta meno razionale ed evidentemente, frutto di dinamiche meno governate. Possiamo ipotizzare che il capitale istituzionale, più ricco e diffuso al nord rispetto al sud, sia una variabile esplicativa della maggiore concentrazione delle strutture, grazie a maggiore forza istituzionale nel governare le fisiologiche spinte imprenditoriali centrifughe. L'associazione tra densità abitativa e concentrazione della rete diventa molto debole<sup>42</sup> (condizionando il dato nazionale) e quella tra densità e presenza del privato moderata<sup>43</sup>. In questo quadro contraddittorio di struttura d'offerta spiccano le due *outlier*: Campania e Sicilia, le due regioni con la maggiore quota di privato, evidenziano anche la maggiore frammentazione<sup>44</sup>, con valori praticamente doppi rispetto alla media nazionale. È evidente che in tali regioni lo sforzo di razionalizzazione delle reti di offerta dovrà essere particolarmente intenso e coinvolgere il composito settore dei privati accreditati.

A questo proposito, un ulteriore dato da considerare è la titolarità del rapporto di accreditamento. La Figura 4.4 rappresenta in valore assoluto e in percentuale gli ambulatori e laboratori privati accreditati suddivisi per titolarità del rapporto di accreditamento. A livello nazionale, l'81% delle strutture ambulatoriali è riferibile a società, il 7% a singoli medici, il 7% a case di cura e il restante 5% ad altre entità come istituzioni non for profit. La percentuale di società rimane superiore all'80% nelle tre grandi regioni con il più elevato numero assoluto di ambulatori, mentre raggiunge il valore minimo in Lombardia (64%) dove è considerevole anche il numero di case di cura (64, 16% dell'of-

<sup>40</sup> La media dei punti di erogazione territoriali nelle regioni del campione situate al Nord è pari a 9 ogni 100.000 abitanti, sale a 14, 2 al Centro, raggiunge il 23,9 al Mezzogiorno.

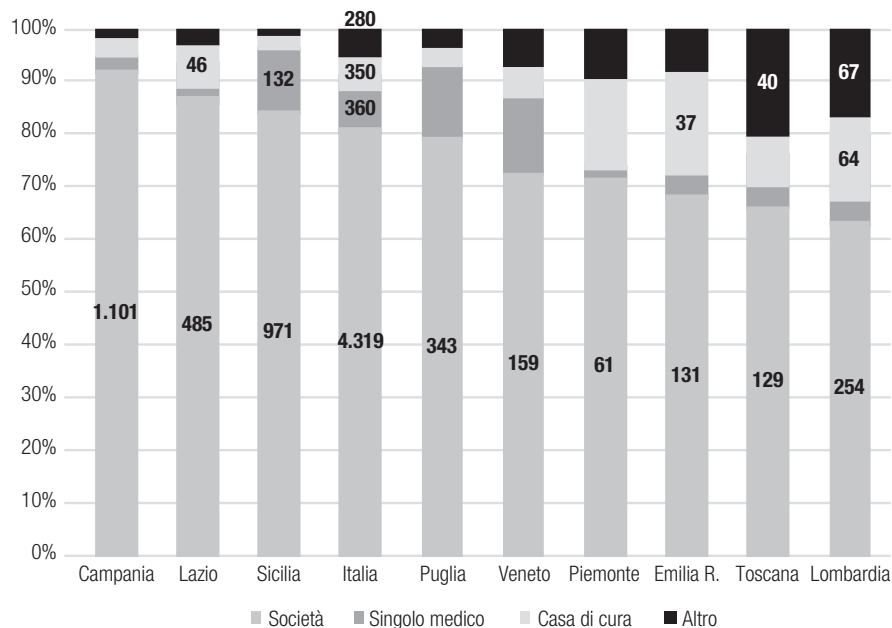
<sup>41</sup> Il Piemonte costituisce una parziale eccezione: presenta un numero relativamente ridotto di ambulatori rispetto alla popolazione, in un territorio a bassa urbanizzazione. L'incidenza del privato risulta comunque molto limitata. In ogni caso, prendendo le regioni del Nord, l'indice di correlazione di Pearson tra densità di popolazione e concentrazione evidenzia un'associazione forte (0,9); la correlazione resta forte, anche se di segno inverso (-0,77) tra frammentazione e densità abitativa; correlazione moderata, e negativa (-0,49) tra frammentazione e presenza del privato.

<sup>42</sup> Indice di correlazione di Pearson=-0,15

<sup>43</sup> Indice di correlazione di Pearson=0,49

<sup>44</sup> Nelle quattro regioni considerate, l'indice di correlazione di Pearson tra frammentazione rete e presenza del privato è pari a 0,74.

Figura 4.4 **Ambulatori e laboratori privati accreditati: suddivisione per titolarità del rapporto di accreditamento, 2019.** Le etichette riportano il conteggio degli ambulatori mentre l'istogramma rappresenta la suddivisione %



Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario statistico del SSN 2019.

ferta) e delle altre tipologie di gestore (67, 17%). Tra le regioni con minore incidenza di società, spiccano la Toscana, che registra un 21% di altre entità, e l'Emilia Romagna, dove il 19% degli ambulatori accreditati è localizzato in case di cura. Infine, in Sicilia appare numericamente significativo (132) il numero di ambulatori il cui accreditamento è associato a un singolo medico. I dati, che riguardano esclusivamente il profilo dei punti fisici di erogazione, non permettono di valutare un aspetto rilevante: l'eventuale appartenenza degli ambulatori a gruppi sanitari con le conseguenti economie di scopo e di specializzazione. A prescindere da ciò, il quadro di rilevante frammentazione dei punti erogativi suggerisce potenziali criticità nella copertura dei costi fissi incompressibili, nel rinnovamento tecnologico, nel raggiungimento di volumi che garantiscano la clinical competence almeno per le prestazioni a più elevata complessità e urgenza; inoltre, anche l'integrazione con il resto dell'offerta territoriale pubblica è resa più difficile dalla parcellizzazione dei servizi<sup>45</sup>.

<sup>45</sup> Si veda a questo proposito il recente documento di Regione Toscana "Linee di indirizzo per l'organizzazione omogenea su tutto il territorio regionale dei servizi di medicina di laboratorio", e in particolare le pp. 6-7 in cui si sottolinea l'esigenza di una riorganizzazione Hub & Spoke



### 4.6.3 Profilo dimensionale del privato accreditato ospedaliero e ruolo nella rete di offerta regionale: panoramica delle principali regioni

La Missione 6 del PNRR interessa anche il versante ospedaliero. Innanzitutto, le strutture ospedaliere del SSN saranno destinatarie dirette di rilevanti investimenti: 4,5 miliardi per l'acquisto di nuove apparecchiature, la digitalizzazione dei DEA, il rafforzamento di aree intensive e semi-intensive; 1,6 miliardi verranno invece dedicati alla realizzazione di misure anti-sismiche negli stabilimenti ospedalieri. Inoltre, la configurazione della rete ospedaliera è parzialmente sovrapposta a quella ambulatoriale (il 15% delle strutture ambulatoriali del SSN si trova in ambiente ospedaliero) e comunque si condizionano reciprocamente. Ad esempio, il personale medico specialistico ospedaliero è frequentemente chiamato a integrarsi e a collaborare con i principali professionisti del territorio (specialisti ambulatoriali convenzionati, MMG, infermieri) nell'ottica di rafforzare la presa in carico del paziente lungo il percorso di cura. In questo quadro, è ragionevole approfondire il profilo del privato accreditato ospedaliero delle principali regioni.

La Figura 4.5 riporta la suddivisione degli ospedali privati accreditati per classe dimensionale, riportando il numero di strutture per ogni classe e l'incidenza percentuale sul totale degli ospedali privati accreditati.

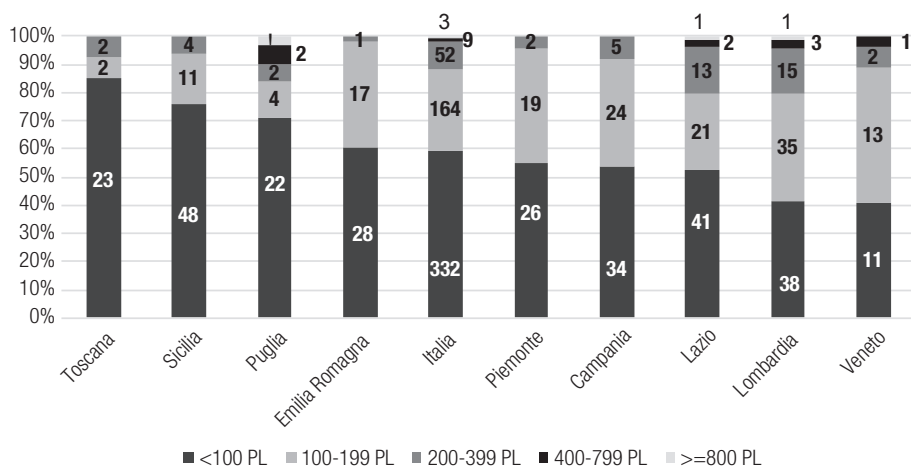
A livello nazionale, 332 ospedali privati, pari al 59% del totale, ha meno di 100 PL. Seguono 164 ospedali tra i 100 e i 199 PL (29%), 52 tra i 200 e i 399 PL (9%), 9 tra i 400 e 799 PL (2%) e appena tre a partire dagli 800 PL (1%). Emerge quindi un quadro contraddistinto da una marcata prevalenza delle strutture di ridotte dimensioni. Emergono, in ogni caso, alcune significative differenze tra le principali regioni (Figura 4.5). La percentuale delle strutture sotto i 100 PL varia sensibilmente tra le varie regioni. Il valore oscilla tra l'85% della Toscana e il 41% del Veneto; quest'ultima è l'unica regione in cui la classe prevalente è quella tra i 100 e i 199 PL. All'opposto, Lazio e Lombardia sono le regioni con più strutture sopra i 200 PL, che in entrambi i territori rappresentano il 21% del totale.

La Tabella 4.8 riporta la distribuzione degli ospedali dotati di Pronto Soccorso (PS) o Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Accettazione (DEA). A livello nazionale, 64 ospedali con servizi di emergenza urgenza sono pri-

---

della rete dei laboratori, con la concentrazione delle attrezzature più costose e avanzate in centri di secondo livello. In un'Azienda Sanitaria deve esistere non più di un laboratorio per ciascuna specialità (vedi premessa e DGRT 313/2007) mentre più specialità possono essere associate nello stesso laboratorio purché rappresentate all'interno da relativi specialisti (es. microbiologo, genetista, etc.). Inoltre si sottolinea l'importanza dell'integrazione nei sistemi informativi e dell'inclusione dei medici di laboratorio nei team multiprofessionali,

Figura 4.5 **Suddivisione percentuale degli ospedali privati accreditati per classe dimensionale, 2019.** 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 2019

vati accreditati, pari al 10% del totale SSN. La quota del privato è piuttosto diversificata e segnala il livello di attenzione alle attività non elettive e, in generale, una maggiore integrazione nell'offerta SSR. Quasi la metà degli ospedali privati accreditati con servizi di emergenza è situata in Lombardia: si tratta di 28 strutture, pari al 28% degli ospedali dotati di servizi di emergenza a livello regionale, tra le quali 9 DEA di I livello e 4 DEA di II livello. In termini di numerosità, segue il Lazio, dove gli ospedali privati con servizi di emergenza sono sempre corrispondenti al 28% del totale regionale; oltre la metà è costituita da DEA di I (5) o II livello (3). A seguire Campania (5; 9%) e Puglia (4; 11%).

È evidente l'associazione tra il dimensionamento delle strutture e la presenza di pronto soccorso. Tutti i 12 ospedali privati oltre i 400 PL presentano un pronto soccorso.

La Figura 4.6 restituisce un quadro complessivo del ruolo del privato accreditato nelle diverse regioni distribuendo queste ultime a seconda di due parametri: l'incidenza percentuale dei PL privati accreditati sul totale SSN e l'incidenza percentuale degli ospedali privati accreditati al di sotto dei 100 PL sul numero totale degli ospedali privati accreditati.

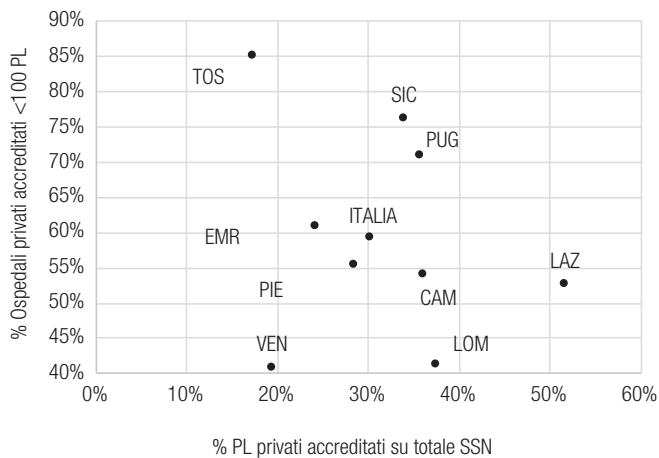
Rispetto al dato nazionale, per cui il privato ospedaliero vale il 30% dei posti letto e le piccole strutture corrispondono al 59% del totale degli ospedali, si distinguono quattro posizionamenti. In Emilia Romagna, ma soprattutto in Toscana, la quota di privato è minore del valore nazionale e la percentuale di

Tabella 4.8 **Suddivisione per livello dei Servizi di Emergenza-Urgenza privati accreditati e incidenza sul totale dei servizi di Emergenza regionali, 2019**

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	/	/	1	45	46	2%
LOMBARDIA	15	9	4	28	72	100	28%
VENETO	2	1	/	3	43	46	7%
EMILIA ROMAGNA	1	/	/	1	46	47	2%
TOSCANA	/	/	/	/	37	37	0%
LAZIO	6	5	3	14	36	50	28%
CAMPANIA	5	/	/	5	52	57	9%
PUGLIA	1	3	/	4	32	36	11%
SICILIA	/	2	/	2	61	63	3%
<b>ITALIA</b>	<b>33</b>	<b>23</b>	<b>8</b>	<b>64</b>	<b>576</b>	<b>640</b>	<b>10%</b>

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Elenco strutture della rete dell'emergenza ospedaliera 2019

Figura 4.6 **Incidenza percentuale dei PL accreditati sul totale SSN e degli ospedali privati accreditati <100 PL sul numero totale degli ospedali privati accreditati, 2019. Le etichette delle serie riportano la percentuale di servizi di emergenza privati accreditati sul totale regionale**



Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Open data Posti letto 2019.

piccole case di cura al di sotto dei 100 PL è elevata. Piemonte e soprattutto Veneto sono caratterizzate da una quota di privato ridotta, ma la percentuale di strutture molto piccole è al di sotto del dato nazionale. Sicilia e Puglia presentano una quota di privato superiore al dato nazionale, costituito per una percentuale elevata (70-75%) di strutture molto piccole. Infine, Campania, Lombardia e Lazio evidenziano una quota di privato superiore al dato nazionale (con il Lazio ai massimi, 52%) con una componente di strutture sotto i 100 posti relativamente contenuta (soprattutto in Lombardia).

#### 4.6.4 Profilo di specializzazione del privato accreditato ospedaliero: panoramica delle principali regioni

Il privato accreditato evidenzia percentuali di incidenza molto eterogenee sui posti letto delle diverse specialità. Tuttavia, anche con riferimento a una stessa disciplina, tra regione e regione la quota del privato accreditato varia sensibilmente. La Tabella 4.9 riporta l'incidenza percentuale dei posti letto del privato accreditato rispetto al totale delle prime sei discipline per capacità erogativa<sup>46</sup>, per ciascuna delle regioni analizzate e a livello nazionale. Il ragionamento può essere completato notando che la stessa componente privata accreditata presenta un mix erogativo specifico in ogni regione (Tabella 4.10).

Tabella 4.9 **Incidenza percentuale del privato accreditato su PL SSN, principali specialità, 2019**

Disciplina	Piemonte	Lombardia	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Lazio	Campania	Puglia	Sicilia	ITALIA
Medicina generale	12%	26%	15%	16%	7%	45%	33%	27%	24%	20%
Rec. e riabilitazione	86%	75%	56%	66%	76%	92%	82%	82%	72%	75%
Chirurgia generale	17%	31%	21%	24%	12%	47%	45%	29%	42%	30%
Ortopedia e traum.	20%	44%	24%	32%	29%	54%	34%	36%	47%	35%
Ostetricia e ginec.	5%	19%	7%	8%	3%	50%	50%	27%	22%	20%
Cardiologia	12%	43%	8%	14%	16%	38%	37%	40%	31%	27%
<b>Totale discipline</b>	<b>29%</b>	<b>38%</b>	<b>20%</b>	<b>24%</b>	<b>17%</b>	<b>52%</b>	<b>36%</b>	<b>36%</b>	<b>34%</b>	<b>30%</b>

<sup>46</sup> Assieme considerate rappresentano il 56% dei PL totali del SSN e il 66% dei PL privati accreditati.

Tabella 4.10 **Incidenza percentuale delle principali specialità sul totale dei PL privati accreditati, 2019**

Disciplina	Piemonte	Lombardia	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Lazio	Campania	Puglia	Sicilia	ITALIA
Medicina generale	6%	10%	12%	12%	9%	12%	11%	8%	8%	10%
Rec. e riabilitazione	57%	32%	27%	19%	29%	22%	20%	21%	17%	27%
Chirurgia generale	4%	8%	11%	8%	7%	9%	18%	8%	14%	10%
Ortopedia e traum.	5%	10%	10%	13%	18%	8%	7%	9%	12%	10%
Ostetricia e ginec.	1%	3%	3%	2%	1%	5%	13%	6%	4%	4%
Cardiologia	1%	6%	1%	2%	3%	3%	5%	6%	5%	4%

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Open data Posti letto 2019

In Piemonte la quota privata è relativamente contenuta nelle discipline per acuti, mentre è largamente preponderante in ambito riabilitativo<sup>47</sup>: 86% dei PL, rispetto al già elevato dato nazionale del 75% (Tabella 4.9). A riprova della marcata specializzazione del privato piemontese, la più macroscopica tra le grandi regioni, la riabilitazione rappresenta il 57% dei posti letto privati accreditati subalpini, contro un valore nazionale del 27% (Tabella 4.10).

In Lombardia l'incidenza del privato accreditato (Tabella 4.9) è allineata o lievemente superiore a quella nazionale per la maggior parte delle discipline, con la rilevante eccezione dell'ortopedia (44%, +11 punti percentuali rispetto al dato nazionale) e della cardiologia (43% +16 punti). Anche in Lombardia si coglie un grado di focalizzazione produttiva del privato regionale sulla riabilitazione rispetto al panorama nazionale: la disciplina che rappresenta quasi un terzo (32%) dei PL privati accreditati regionali (Tabella 4.10).

Emilia Romagna, Veneto e Toscana presentano incidenze di norma ridotte, sempre al di sotto del dato nazionale o al massimo allineate (Tabella 4.9). Da segnalare che in Toscana l'ortopedia rappresenta il 18% dei posti privati contro un dato nazionale del 10%, mentre le altre regioni non evidenziano particolari specializzazioni erogative (Tabella 4.10).

Il Lazio evidenzia incidenze più elevate della media nazionale in tutte le discipline considerate (Tabella 4.9). Gli scostamenti più elevati si registrano con riferimento all'ortopedia (54%, +19 punti percentuali rispetto al dato nazionale), alla medicina generale (45%, +25), alla chirurgia generale (47%, +27 punti) e all'ostetricia e ginecologia (50%, +30 punti). Non emergono evidenti

<sup>47</sup> Il riferimento è alla disciplina “Recupero e riabilitazione funzionale” (cod. 56).

specializzazioni del privato laziale rispetto al profilo erogativo nazionale del privato accreditato (Tabella 4.10).

La Campania presenta incidenze sostanzialmente allineate o maggiori rispetto al dato nazionale in tutte le discipline analizzate (Tabella 4.9). Spiccano le quote del privato accreditato nella medicina generale (33%, + 13 punti rispetto al dato nazionale), chirurgia generale (45%, + 15 punti) e soprattutto in ostetricia e ginecologia (50%, +30 punti). La specializzazione del privato campano in queste ultime due specialità si coglie anche analizzandone l'incidenza sul totale di posti letto privati regionali (Tabella 4.10). La chirurgia generale rappresenta il 18% dei PL privati contro un valore nazionale del 10%, l'ostetrica e ginecologia il 13% contro un valore nazionale del 4%. La riabilitazione evidenzia invece incidenze inferiori rispetto al dato nazionale (20% contro 27%).

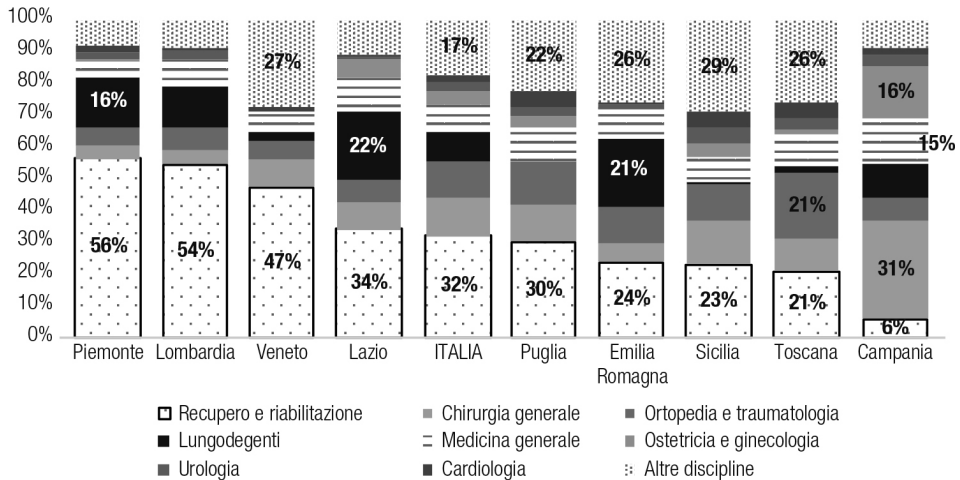
La Puglia presenta incidenze sostanzialmente allineate o maggiori rispetto al dato nazionale in tutte le discipline considerate (Tabella 4.9). Spicca la quota di privato accreditato in cardiologia, che raggiunge il 40% della dotazione regionale (+13 punti rispetto al valore nazionale). Non emergono macroscopiche specializzazioni erogative del privato, ma si nota la minore rilevanza della riabilitazione, che rappresenta il 21% dei posti privati contro il 27% del dato nazionale (Tabella 4.10).

In Sicilia, come nelle altre due grandi regioni del Mezzogiorno, la percentuale del privato accreditato è sostanzialmente allineata o nettamente maggiore a quella nazionale in tutte le specialità analizzate (Tabella 4.9). A differenza della Puglia, il privato evidenzia quote particolarmente elevate in area chirurgica: chirurgia generale (42%, +12 punti rispetto al valore nazionale) e ortopedia (47%, +12). In termini di specializzazione riduttiva, la chirurgia generale rappresenta il 14% dei posti privati regionali a fronte di un'incidenza nazionale del 10%, mentre la riabilitazione, come del resto nel resto del Mezzogiorno, incide poco (17%) nel mix privato di offerta (Tabella 4.10).

Per completare l'analisi del profilo di specializzazione del privato, si può approfondire il mix di posti letto delle strutture di ridotte dimensioni (Figura 4.7). Esse rappresentano il 30% dei posti letto (19.269) ma quasi 6 strutture su 10 a livello nazionale (Figura 4.5): costituiscono l'ospedale privato più diffuso sul territorio e spesso sono oggetto di interventi pianificatori (cfr. DM 70/15). Rispetto alle tabelle precedenti, sono state incluse due specialità in più, lungodegenza e urologia, che costituiscono una quota di un certo rilievo (9% e 3%) dell'offerta di PL in questa fascia dimensionale.

L'analisi rivela una vocazione erogativa delle piccole strutture molto differenziata. Nel Nord e nel Lazio esse mostrano una decisa focalizzazione sulla riabilitazione e sulla lungodegenza, che costituiscono almeno il 45% dei posti letto, con valori sopra il 70% in Piemonte. In Toscana e nel Mezzogiorno, invece, la quota di non acuzie raggiunge al massimo il 30% (Puglia), con quote importanti

Figura 4.7 **Incidenza percentuale delle principali specialità nelle strutture private accreditate sotto i 100 PL, 2019.** *Le serie sono ordinate in maniera decrescente per incidenza dei PL di riabilitazione funzionale. Sono evidenziati i valori uguali o maggiori di 15%*



Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Open data posti letto 2019

di specialità chirurgiche. Il posizionamento più netto è quello della Campania, dove la chirurgia generale e la ginecologia e ostetricia rappresentano rispettivamente il 31% e il 16% dei posti letto rispetto al dato nazionale del 12% e del 4%. Anche tra le piccole strutture, si conferma la forte vocazione del privato toscano in Ortopedia, che rappresenta il 21% dei posti letto di questa fascia dimensionale contro una media nazionale dell'11%. Infine, alcune regioni evidenziano una quota non trascurabile (oltre un quarto dei posti letto) di "altre discipline": Sicilia (29%)<sup>48</sup>, Veneto (27%)<sup>49</sup>, Emilia Romagna<sup>50</sup> e Toscana<sup>51</sup> (entrambe 26%).

#### 4.6.5 Il tasso di saturazione del privato accreditato ospedaliero: panoramica delle principali regioni

La Figura 4.8 riporta il tasso di occupazione dei posti letto accreditati acuti, non acuti e totali delle sole case di cura private<sup>52</sup> alla vigilia della pandemia. Il

<sup>48</sup> Principali discipline: DH e DS (10%), oncologia (4%).

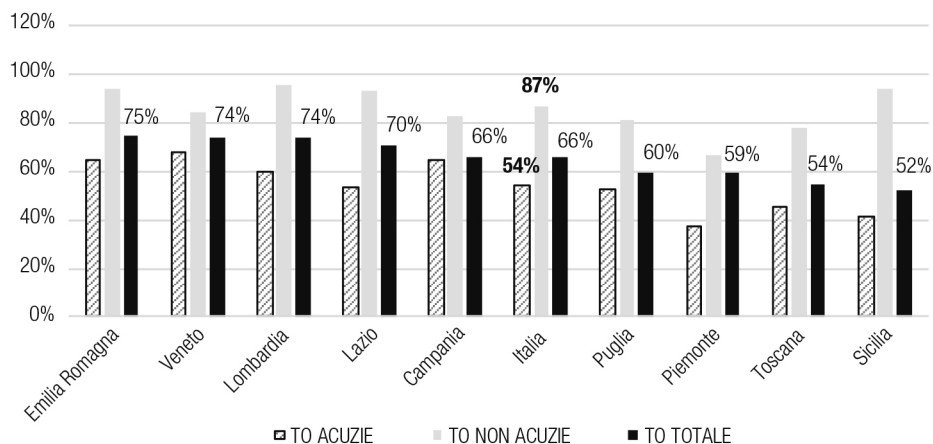
<sup>49</sup> Principali discipline: psichiatria (11%), neuroriabilitazione (11%).

<sup>50</sup> Principali discipline: psichiatria (8%), neuroriabilitazione (4%), cardiocirurgia (4%).

<sup>51</sup> Principali discipline: psichiatria (7%), neuroriabilitazione (4%).

<sup>52</sup> Ai fini del calcolo dell'occupazione dei posti letto il Ministero della Salute aggrega alle strutture pubbliche anche alcune strutture private tradizionalmente integrate nella rete di offerta pubblica: IRCCS, ospedali classificati ed equiparati, enti di ricerca e policlinici privati.

Figura 4.8 **Tassi di occupazione (TO) dei posti letto acuti, non acuti e totali del privato accreditato (2019)**



Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario statistico del SSN 2019

primo fenomeno, che emerge chiaramente dal dato nazionale, è la differenza di saturazione tra le discipline acute (54%) e quelle non acute (87%), con un dato complessivo di occupazione che si assesta al 66%. In termini di variabilità interregionale, il dato mostra un notevole scostamento tra le quattro regioni con un dato pari o superiore al 70% (Emilia Romagna, Veneto, Lombardia e Lazio) e le realtà pari o al di sotto del 60% (Puglia, Piemonte, Toscana e Sicilia). Con l'eccezione del Piemonte, le regioni con i tassi di occupazione inferiori sono anche quelle con la rete maggiormente frammentata (cfr. Figura 4.6).

#### 4.6.6 Il ruolo del privato accreditato nelle principali regioni: sintesi delle analisi e spunti per l'innovazione della committenza

La Tabella 4.11 rappresenta la sintesi delle analisi condotte nel paragrafo, integrate dal conteggio degli IRCCS e dei policlinici universitari privati tratta dal sito del Ministero della Salute<sup>53</sup>. Il confronto permette di identificare tre gruppi di regioni accomunate da alcuni elementi strutturali. Per ogni gruppo è quindi possibile proporre specifiche suggestioni per la declinazione del programma Next generation EU, qualora si decidesse di utilizzarlo anche per riprogrammare le geografie delle collaborazioni pubblico-privato, ma anche come strumento di politica industriale sanitaria per lo sviluppo imprenditoriale del privato accreditato nella direzione di una sua maggiore concentrazione e qualificazione, in coerenza ai fabbisogni del SSN.

<sup>53</sup> Gli IRCCS sono conteggiati una sola volta, sulla base della localizzazione della sede centrale.



Tabella 4.11 Sintesi del ruolo del privato accreditato nelle regioni (2019)

Regione	Presenza privata nella rete ambulatoriale	Concentrazione rete ambulatoriale privata	Presenza privata nella rete ospedaliera	Dimensione mediana ospedali privati	Tasso saturazione PL case di cura private	Ruolo del privato nella rete dell'emergenza urgenza	Principali specialità con quote PL privati >40%	IRCCS e ospedali universitari privati
Piemonte	Minoritaria (<30%)	Elevata (<6 amb /00000 ab.)	Minoritaria (<30%)	Molto ridotta (<100 PL)	Molto limitata (<=60%)	Minimale (<5%)	RIA	1
Lombardia	Maggioritaria (50%<X<=80%)	Elevata	Minoritaria ma rilevante (>=30%)	Ridotta (100=<PL<150); 4 strutture >400 PL	Soddisfacente (>=70%)	Minoritario ma rilevante (>25%)	RIA, ORT, CARD	14
Veneto	Equivalente al pubblico	Elevata	Minoritaria	Ridotta; 1 struttura >400 PL	Soddisfacente	Minoritario	RIA	2
Emilia Romagna	Minoritaria ma rilevante (>=30%)	Elevata	Minoritaria	Molto ridotta	Soddisfacente	Minimale	RIA	1
Toscana	Minoritaria ma rilevante	Elevata	Minoritaria	Molto ridotta	Molto limitata	Nulla	RIA	1
Lazio	Maggioritaria	Intermedia	Maggioritaria	Molto ridotta; 3 strutture >400 PL	Soddisfacente	Minoritario ma rilevante	RIA, CHG, MG, ORT, GN&OST	7
Campania	Largamente Maggioritaria (>80%)	Ridotta (>12 /00000 ab.)	Minoritaria ma rilevante	Molto ridotta	Intermedio (60%<X<70%)	Minoritario	RIA, CHG, GN&OST	1
Puglia	Maggioritaria	Intermedia	Minoritaria ma rilevante	Molto ridotta; 3 strutture >400 PL	Molto limitata	Minoritario	RIA, CARD	1
Sicilia	Largamente Maggioritaria	Ridotta	Minoritaria ma rilevante	Molto ridotta	Molto limitata	Minimale	RIA, CHG, ORT	2
<b>ITALIA</b>	<b>Maggioritaria (59%)</b>	<b>Intermedia (9 amb/00000 ab.)</b>	<b>Minoritaria ma rilevante (30%)</b>	<b>Molto ridotta (88 PL); 11 strutture &gt;400 PL</b>	<b>Intermedio (66%)</b>	<b>Minoritario (10%)</b>	<b>RIA</b>	<b>31</b>

Il primo gruppo di regioni è situato al Centro Nord ed è composto da Piemonte, Veneto, Emilia Romagna e Toscana. In tali regioni il privato è tendenzialmente minoritario sia nella rete ospedaliera che ambulatoriale. La numerosità di ambulatori e laboratori privati è ridotta in rapporto alla popolazione e si inserisce in una rete di offerta territoriale che appare complessivamente equilibrata rispetto alla densità abitativa (cfr. Figura 4.3). La rete ospedaliera privata è composta prevalentemente da strutture di dimensioni ridotte (Veneto) o molto ridotte (Piemonte, Toscana, Emilia Romagna) senza servizi di emergenza. Le grandi strutture ospedaliere private al di sopra dei 400 PL sono pressoché assenti. La diffusione degli IRCCS privati è relativamente limitata (5)<sup>54</sup>. Con riferimento alle specialità a maggiore diffusione, la quota privata supera il 40% solo con riferimento alla riabilitazione. Emerge una specializzazione produttiva marcata: in Piemonte, l'area riabilitativa e lungodegenziale<sup>55</sup> rappresenta il 71% dei posti letto privati, in Emilia Romagna e Toscana è pari al 43%, in Veneto al 35%. In quest'ultima regione una seconda chiara vocazione produttiva del privato è quella della psichiatria, specialità che rappresenta il 14% dei posti letto privati, mentre in Toscana ed Emilia è l'ortopedia a raggiungere rispettivamente il 13% e il 18% dei PL. Le piccole strutture sotto i 100 PL hanno una prevalente focalizzazione riabilitativa e lungodegenziale, ma in Toscana è rilevante anche l'attività ortopedica (Figura 4.7).

In definitiva, il ruolo del privato può essere definito specializzato: minoritario sia nella rete ospedaliera che ambulatoriale, risulta concentrato in alcuni specifici ambiti di offerta, prevalentemente non acuti, nei quali appare un tassello rilevante del SSR. In termini di occupazione della capacità produttiva ospedaliera delle case di cura, Emilia Romagna e Veneto si collocavano a livelli soddisfacenti ( $\geq 70\%$ ) mentre Piemonte e Toscana su valori molto ridotti ( $\leq 60\%$ ).

In questo primo gruppo di regioni il ruolo del privato nell'implementazione del PNRR sarà più focalizzato. La rete dei punti di erogazione territoriali è già relativamente concentrata attorno a un buon numero di Case della Salute gestite dalle ASL o dalle aggregazioni di MMG, ed è composta da ambulatori e laboratori in prevalenza pubblici; tuttavia, la rete delle strutture riabilitative e socio-sanitarie è in buona parte privata. L'ambito di collaborazione prioritario è quello della maggiore integrazione di tutti gli erogatori che intervengono durante il percorso del paziente, così come auspicata dalla logica di transizionale care suggerita dal diffondersi delle COT. Le competenze specialistiche e le risorse di offerta del privato dovranno essere più frequentemente incluse nei setting pubblici o coordinate con l'offerta degli erogatori pubblici, sia all'inter-

<sup>54</sup> Alcuni di essi, come la Fondazione Piemonte per l'oncologia e l'IRST di Meldola, sono in realtà enti frutto di collaborazioni pubblico-privato.

<sup>55</sup> Nel conteggio sono inclusi i codici specialità: 28, 56, 60, 75.

no dei nuovi punti fisici di erogazione (CdC, OSCO), sia nei nuovi strumenti processuali (COT). La sfida e allo stesso tempo l'opportunità per la committenza pubblica sarà quella di allineare verso l'alto gli standard di erogazione formalizzando strumenti operativi: percorsi dei pazienti, protocolli di lavoro congiunto, meccanismi di valutazione e remunerazione. I classici strumenti della gerarchia, come regole e protocolli operativi (Rhodes, 2008), sono fisiologicamente già molto importanti all'interno delle aziende sanitarie pubbliche di queste regioni (Cinelli et al., 2020). Dopo la necessaria fase di negoziazione e adattamento, tali strumenti potrebbero guidare l'intergrazione del privato specializzato rispetto ad attività operative relativamente circoscritte, conosciute nei meccanismi erogativi e standardizzabili (cfr. Ouchi, 1979). In un certo senso, si tratta di estendere logiche già collaudate durante la pandemia. Nel 2020, attraverso accordi con le associazioni di categoria poi recepiti da delibere regionali, gli ospedali privati hanno ospitato le operazioni chirurgiche di pazienti Covid-free svolte dai professionisti delle Aziende pubbliche, oppure, hanno messo a disposizione interi presidi per i pazienti positivi in fase acuta (cfr. Bobini, Ricci e Longo, 2020).

Sul versante delle opportunità per il privato, i processi di integrazione con il pubblico potrebbero aprire spazi favorevoli per la focalizzazione e stabilizzazione produttiva, con maggiori garanzie sulla saturazione della capacità e un moderato aumento delle attività. Tale crescita dovrebbe essere favorita anche dalle potenziali risorse aggiuntive di parte corrente disponibili in alcuni setting ritenuti prioritari dal PNRR, come ADI<sup>56</sup>. Inoltre, la maggiore integrazione con i soggetti pubblici dovrebbe contribuire a rafforzare la legittimazione del privato come fornitore di servizi di pubblica utilità in contesti a volte poco favorevoli a un approccio sussidiario.

Il secondo gruppo di regioni è costituito da Lombardia e Lazio. In tali realtà il privato è prevalente nella rete ambulatoriale e presente con quote molto significative (38% Lombardia, 52% Lazio) nella rete ospedaliera. Il tasso di concentrazione degli ambulatori e laboratori privati è buono (Lombardia) o allineato al dato nazionale (Lazio) in rapporto alla popolazione e si inserisce in una rete di offerta territoriale che, specialmente in Lombardia, appare coerente con la densità abitativa (cfr. Figura 4.3). La rete ospedaliera privata è composta prevalentemente da strutture di dimensioni ridotte (Lombardia) o molto ridotte (Lazio). Tuttavia, in entrambe le regioni sono presenti alcuni grandi ospedali al di sopra dei 400 PL e oltre un quarto delle strutture è integrata nella rete dell'emergenza urgenza. Un altro elemento caratterizzante è il numero di IRCCS e ospedali universitari, che è elevato in entrambe le regioni: assieme considerate, rappresentano circa i 2/3 del totale nazionale. Con riferimento alle specialità

<sup>56</sup> Per un approfondimento sui servizi ADI si rimanda al cap. 5 del presente Rapporto.

a maggiore diffusione, la quota privata supera il 40% in tutte e sei le specialità considerate nel Lazio e per Ortopedia, Cardiologia e Riabilitazione in Lombardia. Le piccole strutture sotto i 100 PL hanno una prevalente focalizzazione riabilitativa o lungodegenziale (Figura 4.7). I tassi di occupazione sono soddisfacenti seppur non allineati alla piena capacità produttiva (<70%).

In definitiva, in tali regioni il ruolo del privato può essere definito come pivotale e generalista vista la corposa compresenza in tutte le principali aree di offerta dei SSR: nella rete ambulatoriale ed ospedaliera, nei circuiti dell'emergenza-urgenza, degli hub ospedalieri, fino all'ampio spettro di ospedali orientati su ricerca e formazione. Il livello di focalizzazione specialistica è invece meno visibile rispetto al precedente gruppo: la componente privata è superiore al 40% dei posti letto in molte tra le principali discipline, sia in ambiti riabilitativi, che acuti medici, che acuti chirurgici.

Nelle regioni con privato pivotale e generalista le possibilità di collaborazione con il pubblico sono molto ampie e diversificate. Come nel precedente gruppo di regioni, sono possibili collaborazioni e crescenti integrazioni pubblico-privato nei nuovi setting di cura multi-professionali e sui processi di presa in carico. In alcuni casi, però, potranno essere anche i privati a organizzare le progettualità di integrazione dei soggetti erogatori del territorio. Ad esempio, un grande poliambulatorio privato potrebbe evolversi in Casa della Comunità o in uno spoke rilevante di una CdC, mentre un ospedale per acuti di dimensioni rilevanti potrebbe gestire una Centrale Operativa per i propri pazienti fragili e cronici complessi. Queste progettualità potrebbero includere una componente di investimento infrastrutturale combinato tra risorse pubbliche del PNRR e investimento imprenditoriale a rischio, magari utilizzando i classici strumenti giuridici del PPP, come la concessione di costruzione e gestione; oppure, accedendo ai fondi europei da impiegare in conto capitale per apportare i necessari adeguamenti infrastrutturali su edifici di proprietà privata.

In queste regioni, il pubblico potrà fare leva sulle capacità di rapido riorientamento produttivo e organizzativo dell'offerta proprie del privato pivotale generalista. Fatta salva l'elaborazione degli obiettivi di massima, riservata al pubblico, il privato potrà partecipare attivamente alla co-progettazione di iniziative specifiche nella rete complessiva dei servizi del SSR. A differenza del precedente gruppo di regioni, in questo caso si tratta di coinvolgere il privato accreditato in iniziative di innovazione e sperimentazione e non in attività già conosciute e standardizzabili. L'innovazione richiede di definire anche nuove metriche di misurazione e di definizione degli obiettivi a cui legare il sistema retributivo e di incentivazione, come il pagamento per presa in carico ed esito intermedio, invece che per prestazioni. In tale ottica, i classici strumenti di gestione del mercato amministrato, già abbondantemente presenti in queste regioni (regole di accesso al mercato, tariffe e contratti) dovranno essere sempre più accompagnati dagli elementi dei network (Ouchi, 1979; Rhodes, 2008):

condivisione dei valori e degli obiettivi di fondo; orientamento al medio-lungo termine; dialogo frequente e trasparenza per rafforzare la fiducia reciproca. Anche in questo caso, l'approccio collaborativo nel ridisegno della rete dei servizi si è sicuramente consolidato nei mesi del Covid-19, quando molti privati hanno partecipato come Hub nelle reti tempo-dipendenti (Bobini, Ricci e Longo, 2020). L'attivazione di comitati e momenti strutturati di confronto tra pubblico e privato su temi di programmazione sanitaria potranno contribuire in questo senso.

Il pubblico, probabilmente, ricercherà collaborazioni con soggetti di medio-grandi dimensioni, con provata capacità di sviluppo strategico, in grado di offrire molteplici servizi e di coordinarne altri ancora. Nel privato si potrebbero dunque osservare significative opportunità di sviluppo e innovazione sempre più organiche alla mission pubblica: di integrazione orizzontale e concentrazione, ma anche di intergrazione verticale e diversificazione produttiva.

Il terzo gruppo di regioni è localizzato nel Mezzogiorno ed è formato da Campania, Sicilia e Puglia, benché quest'ultima abbia alcune caratteristiche che la inquadrano come regione "ponte" rispetto al precedente gruppo. In tali regioni il privato è prevalente o largamente prevalente nella rete ambulatoriale e presente con quote significative (circa 35%) nella rete ospedaliera. La frammentazione di ambulatori e laboratori privati in rapporto alla popolazione è poco superiore al dato nazionale (Puglia) o molto elevata (Sicilia, Campania). Si inserisce in una rete di offerta territoriale che, specialmente in Campania, appare incoerente con la densità abitativa (cfr. Figura 4.3). La rete ospedaliera privata è composta prevalentemente da strutture di dimensioni molto ridotte, sotto i 100 PL. Solo in Puglia si registrano tre strutture sopra i 400 PL. La partecipazione alla rete dell'emergenza urgenza, come anche la presenza di IRCCS e ospedali universitari, è limitata (4). Anche queste regioni presentano una quota privata di PL superiore al 40% in riabilitazione, ma rispetto al Nord la dotazione non acuta è molto più ridotta. In Campania il ruolo del privato appare molto rilevante in chirurgia generale e ginecologia, in Puglia spicca la cardiologia e in Sicilia nuovamente la chirurgia generale e l'ortopedia. Le piccole strutture sotto i 100 PL hanno una prevalente focalizzazione chirurgica (Figura 4.7) ed evidenziano tassi di saturazione pari o inferiori al già insufficiente dato nazionale (Figura 4.8).

In definitiva, nelle tre grandi regioni del Mezzogiorno il privato può essere definito frammentato e complementare: largamente maggioritario, almeno come punti di erogazione, nella rete di offerta ambulatoriale, è minoritario in quella ospedaliera; molto rilevante negli ambiti elettivi della riabilitazione e della chirurgia, è poco presente nella rete di emergenza-urgenza, negli ospedali di grandi dimensioni (con la parziale eccezione della Puglia) e nei centri orientati su ricerca e formazione. La caratteristica della frammentazione, non

riguarda solo la numerosità dei piccoli ambulatori, ma anche la loro separazione fisica dalle case di cura private (Figura 4.4), con potenziali effetti negativi sulla funzionalità della rete, tipiche del modello *stand alone*.

Le regioni del Sud, con privato complementare e frammentato, potranno beneficiare di azioni di maggiore coordinamento tra tutti gli attori pubblici e privati. L'eterogeneità di orientamento produttivo e la grande numerosità degli operatori rende più arduo l'esercizio della funzione di committenza sia con gli strumenti della gerarchia (procedure) che del network (interazione frequente e approccio cooperativo). Partendo da questi due dati, appare prioritaria una profonda azione di revisione delle reti, soprattutto di quella ambulatoriale, con gli strumenti del mercato amministrato: regole di accesso, tariffe e contratti. L'obiettivo deve riguardare sia la rete di offerta SSN, sia la geografia imprenditoriale meridionale. Per il SSN è prioritario concentrare le strutture erogative, arricchendole di contenuti assistenziali e cliniche, aumentando concentrazione delle casistiche e delle competenze, anche e soprattutto in ambito territoriale. Questo deve coinvolgere ampiamente il privato accreditato essendo il principale erogatore territoriale, insieme a MMG e specialisti convenzionati. La politica industriale deve favorire la nascita di soggetti industriali più ampi e ricomposti, a tutto vantaggio delle proprietà stesse, che grazie all'effetto di maggiore massa critica ed economie di specializzazione, possono aumentare la marginalità e la propria solidità economica. A questo proposito, la gestione o la partecipazione alle attività delle Case della Comunità, l'apertura di un OSCO, il coinvolgimento nei percorsi dei pazienti seguiti dalle COT potranno essere subordinati a requisiti dimensionali e di concentrazione minimi: infrastrutturali, di mix produttivo, di volumi di casistica, di qualità dei processi e degli esiti. La leva tariffaria potrà ribilanciare il mix produttivo dall'area chirurgica a quella medico-riabilitativa, laddove necessario. Infine, i contratti con gli erogatori potranno contenere premialità sulla base dei risultati di processo ed esito ritenuti più importanti per la programmazione regionale. Così facendo, è probabile che si aprano spazi di crescita per le realtà imprenditoriali più dinamiche, sia operanti singolarmente, sia a livello consorziato. Come nelle regioni del privato pivotale, potrà trattarsi di integrazione orizzontale, ad esempio, tra laboratori; ma anche verticale, come una casa di cura che si integra con attività ambulatoriali. Peraltro, le dinamiche di concentrazione e crescita dimensionale contribuirebbero a colmare i gap di saturazione di cui soffrono soprattutto le case di cura di queste regioni, migliorando ulteriormente le marginalità e le solidità imprenditoriali.

Per ciascuno dei tre gruppi di regioni, la Tabella 4.12 schematizza il profilo del privato e le risorse che può offrire al SSR; le principali innovazioni nell'esercizio della committenza; gli strumenti e gli approcci di massima coerenti con la natura delle attività oggetto di innovazione; le opportunità di sviluppo per il privato.

Tabella 4.12 **Il coinvolgimento del privato alla luce del PNRR: ambiti, logiche e opportunità per il privato**

Regioni	Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Toscana	Lombardia, Lazio	Campania, Puglia, Sicilia
Profilo del privato accreditato	“Specializzato”	“Pivotale e generalista”	“Complementare e frammentato”
Risorse principali potenzialmente offerte dal privato	Capacità di offerta focalizzata su specifiche discipline e fasi del processo di cura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Competenze altamente specialistiche (IRCCS)</li> <li>• Capacità di offerta ampia e trasversale alle discipline</li> <li>• Capacità di riorientamento produttivo e integrazione di servizi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacità di offerta ampia, complementare al pubblico e sotto-utilizzata</li> </ul>
Innovazioni principali nell'esercizio della committenza	Coinvolgimento strutturato del privato nei percorsi di cura organizzati dal pubblico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coinvolgimento strutturato del privato nella programmazione</li> <li>• Affidamento al privato dei processi di riorientamento e integrazione di servizi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rafforzamento degli standard minimi di accreditamento</li> <li>• Utilizzo della leva tariffaria e contrattuale per l'allineamento agli obiettivi regionali</li> </ul>
Strumenti e logiche di committenza principali	Procedure condivise formalizzate  ( <i>gerarchia</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cabine di regia e meccanismi di coordinamento</li> <li>• Public-private partnerships</li> </ul> ( <i>network</i> )	Regole di accesso, tariffe e contratti  ( <i>mercato amministrato</i> )
Opportunità per il privato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mutuo apprendimento con il pubblico e legittimazione nel sistema</li> <li>• Stabilizzazione e lieve crescita delle attività</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento di centralità nel sistema</li> <li>• Espansione delle attività: integrazione verticale e orizzontale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espansione delle attività: integrazione verticale e orizzontale</li> <li>• Aumento efficienza e saturazione</li> </ul>

## 4.7 Conclusioni

Le analisi condotte in questo capitolo consentono alcune riflessioni sul ruolo del privato accreditato nel SSN italiano che si appresta ad affrontare i cambiamenti e le sfide di Next Generation EU.

Già alla vigilia dell'epidemia, il privato accreditato costituiva una componente rilevante del SSN, e tendenzialmente in crescita. Ciò è riscontrabile in termini di incidenza sulla spesa sanitaria pubblica (18%), così come in termini di volumi erogati (26% dei ricoveri al 2018, +3,4 punti percentuali rispetto al 2008) e come mix di produzione. 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 erogava il 44% dei ricoveri per lungodegenza e il 74% dei ricoveri per riabilitazione. Con rife-

rimento all'acuzie, il ruolo del privato era rilevante soprattutto in area chirurgica: chirurgia generale (30% dei posti letto), ortopedia (35%), cardiocirurgia (42%). Passando al tema della cronicità e dell'assistenza socio-sanitaria, il privato accreditato nel 2019 gestiva il 60% degli ambulatori, l'83% delle strutture residenziali e il 71% di quelle semiresidenziali. Queste percentuali, evidentemente più elevate rispetto al segmento ospedaliero per acuti, registrano crescite molto significative negli ultimi due decenni (cfr. Tabella 4.5). 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.

La geografia dei punti di erogazione non ha subito radicali trasformazioni a causa della pandemia: il quadro sopra riportato può considerarsi sostanzialmente valido a tutt'oggi. I volumi e i mix di attività sono invece stati completamente trasformati dalla pandemia, come del resto tutto il SSN. La spesa sanitaria pubblica per l'acquisto di servizi da privati accreditati ha registrato una sostanziale stabilità, con alcuni cali significativi nella regione più colpita, la Lombardia. La precedente edizione del Rapporto OASI (Bobini, Longo e Ricci, 2020) ha analizzato il contributo del privato nelle quattro regioni più colpite: Lombardia, Emilia Romagna, Piemonte, e Veneto. Negli ospedali accreditati sia il numero dei posti letto destinati ai pazienti Covid sia l'incremento delle terapie intensive sono stati proporzionali e coerenti al ruolo svolto dalla sanità privata nei diversi SSR. Inoltre il privato accreditato ha offerto alcuni contributi specifici. La focalizzazione produttiva in ambito chirurgico ha permesso di mettere a disposizione sale e aree intensive, con il relativo personale. Le competenze specialistiche di alcune realtà si sono rivelate preziose per costruire e implementare i percorsi assistenziali per alcune fasi della cura o per pazienti complessi. Le modalità proprie del privato di gestire il procurement, le relazioni esterne e gli investimenti hanno ampliato le risorse finanziarie e materiali a disposizione del SSN in un momento di massima crisi di offerta.

Nei mesi in cui la campagna vaccinale mostra confortanti segnali di efficacia e normalizzazione, si pone il tema del coinvolgimento del privato accreditato nel corposo programma di rinnovamento dell'offerta sanitaria legato alla Missione 6 del PNRR. La Missione, nella sua prima componente di stanziamento corrispondente a 7 miliardi di investimenti, è diretta a rafforzare i setting di assistenza territoriale (Case della Comunità, Ospedali di Comunità, ADI), anche attraverso innovazioni organizzative e tecnologiche (Centrali operative e telemedicina). La seconda componente di stanziamento, di oltre 8 miliardi, è più frammentata e focalizzata sugli erogatori pubblici: è essenzialmente diretta a rafforzare il parco tecnologico e le apparecchiature di ASL e AO, a mettere



in sicurezza gli ospedali pubblici sul piano antisismico e a digitalizzare i DEA. Il presente capitolo ha voluto, nel paragrafo dedicato all'approfondimento tematico, comprendere rilevanza, ruolo e posizionamento produttivo del privato nelle nove grandi regioni italiane che rappresentano l'80% della popolazione. Il profilo e il ruolo assunto dal privato accreditato nelle diverse aree del Paese risultano molto differenti: differenti potranno essere, da un lato, le risorse potenzialmente offerte dal privato al SSN e i vantaggi che quest'ultimo può conseguire; dall'altro, le innovazioni, le logiche e gli strumenti di committenza impiegati dal pubblico nella fase che si sta aprendo. Si possono distinguere, con tutte le prudenze del caso, tre gruppi di regioni.

In Piemonte, Veneto, Emilia Romagna e Toscana il ruolo del privato può essere definito specializzato: minortario sia nella rete ospedaliera che ambulatoriale, risulta concentrato in alcuni specifici ambiti di offerta, prevalentemente non acuti, nei quali appare un tassello rilevante del SSR. Tipicamente, in queste regioni il PNRR e i suoi principali strumenti di revisione dell'offerta (CdC, COT, OSCO) apriranno la possibilità di integrare circoscritte ma importanti componenti offerta privata in percorsi di cura organizzati dalle aziende pubbliche. In queste regioni la committenza pubblica dovrà elaborare e negoziare i classici strumenti della gerarchia: regole e protocolli operativi. Per il privato, condividere e adottare questi di questi strumenti aprirà la possibilità di consolidare reputazione e quote di attività e, probabilmente, di avviare processi di mutuo apprendimento a livello operativo.

In Lombardia e Lazio il ruolo del privato può essere definito come pivotale e generalista vista la corposa copresenza in tutte le principali aree di offerta, con una specializzazione erogativa meno evidente. La presenza di gruppi e di ospedali di grandi dimensioni, spesso con qualifica di IRCCS, offre al sistema competenze altamente specialistiche, ampie e trasversale alle discipline, capacità collaudate di riorientamento produttivo e integrazione di servizi, almeno sul versante ospedaliero. Questo profilo pivotale apre al coinvolgimento strutturato del privato nella co-programmazione, affidando al privato processi strategici di riorientamento e integrazione di servizi (es. costruzione di OSCO, gestione di CdC e di COT per specifici cluster di utenti complessi). A differenza del precedente gruppo di regioni, il focus è sull'innovazione strategica, per cui sarà necessario sviluppare nuovi indicatori per misurare la qualità del contributo alle nuove modalità di erogazione dei servizi: sarà necessario rafforzare le logiche di presa in carico più che quelle solamente prestazionali. In tale ottica, i classici strumenti di gestione del mercato amministrato, già abbondantemente presenti in queste regioni (regole di accesso al mercato, tariffe e contratti) dovranno essere sempre più accompagnati dagli elementi dei network (Ouchi, 1979; Rhodes, 2008): condivisione dei valori e degli obiettivi di fondo; orientamento al medio-lungo termine; dialogo frequente e trasparenza per rafforzare l'apprendimento e la fiducia reciproci.

In Puglia e soprattutto Campania e Sicilia il privato può essere definito complementare e frammentato: largamente maggioritario nella rete di offerta ambulatoriale, è minoritario in quella ospedaliera; molto rilevante negli ambiti elettivi della riabilitazione e della chirurgia, è poco presente nella rete di emergenza-urgenza, negli ospedali di grandi dimensioni (con la parziale eccezione della Puglia) e nei centri orientati su ricerca e formazione. Una seconda caratteristica è quella della frammentazione, non solo in termini di numerosità dei piccoli ambulatori, ma anche di separazione fisica tra questi ultimi e l'ospedale, con potenziali effetti negativi sulla saturazione e sulla funzionalità della rete. In tali regioni l'eterogeneità di orientamento produttivo e la grande numerosità degli operatori rende arduo l'esercizio della funzione di committenza sia con gli strumenti della gerarchia (procedure) che del network (interazione frequente e approccio cooperativo). Appare dunque prioritaria una vasta azione di revisione dei punti fisici di offerta, ma anche delle reti imprenditoriali, soprattutto in ambito ambulatoriale. Ciò potrà avvenire sfruttando gli strumenti del mercato amministrato: requisiti di accesso, tariffe e contratti. La gestione o la partecipazione alle attività delle Case della Comunità, l'apertura di un OSCO, il coinvolgimento nei percorsi dei pazienti seguiti dalle COT o il semplice mantenimento dell'accreditamento potranno essere subordinati a requisiti dimensionali: infrastrutturali, di mix produttivo, di volumi di casistica, di qualità dei processi e degli esiti. La leva tariffaria potrà ribilanciare il mix produttivo dall'area chirurgica a quella medico-riabilitativa laddove necessario. Infine, i contratti con gli erogatori potranno contenere premialità sulla base dei risultati di processo ed esito ritenuti più importanti per la programmazione regionale. Così facendo, è probabile che si aprano spazi di crescita per le realtà più dinamiche e competitive con il miglioramento generale della funzionalità della rete di offerta e della solidità imprenditoriale dei privati accreditati.

#### 4.8 Bibliografia

- Bobini M., Cinelli G., Del Vecchio M., Longo F. (2020), «Regioni e Aziende: modelli di coordinamento a confronto», in CERGAS Bocconi (a cura di), Rapporto Oasi 2020, Milano, Egea, pp. 347-378.
- 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.
- 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>
- ISTAT (2018), Previsioni demografiche 2018-2065, disponibile online [http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS\\_PREVDEM1#](http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_PREVDEM1#)
- Organismo Toscano di Governo Tecnico (2021), “Linee di indirizzo per l’organizzazione omogenea su tutto il territorio regionale dei servizi di medicina di laboratorio”, disponibile online [https://www.regione.toscana.it/documents/10180/53637136/All+Decisione+7\\_2021.pdf/3a73dbba-e529-0f68-7c93-f75fdd0c5f0b?t=1617722404650](https://www.regione.toscana.it/documents/10180/53637136/All+Decisione+7_2021.pdf/3a73dbba-e529-0f68-7c93-f75fdd0c5f0b?t=1617722404650)
- Ministero della Salute (2021), Rapporto SDO 2019, disponibile on line [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2898\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2898_allegato.pdf)
- Ministero della Salute (2020), Database Posti letto per struttura ospedaliera 2010-19, disponibile on line <http://www.dati.salute.gov.it/dati/dettaglioDataset.jsp?menu=dati&idPag=96>
- Ouchi, W.G (1979), A Conceptual Framework for Design of Organisational Control Mechanism, *Management Science*, 25(9):833-848.
- Rhodes, R.A.W. (2007), Understanding Governance: Ten Years On, *Organization Studies*, 28(08): 1-22.