

**Collana CERGAS**

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

## Rapporto OASI 2017

### Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano, adottando un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo al quale mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2017:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, esiti, attività e spesa) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale;
- approfondisce questioni di *policy* rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende, quali i recenti riordini di molti SSR, le politiche farmaceutiche e il relativo impatto sulla spesa, i cambiamenti in atto che riguardano il mondo dell'HTA e degli acquisti; inoltre, presenta una mappatura nazionale delle Case della Salute, analizzandone le forme organizzative e i modelli di servizio;
- a livello aziendale, si focalizza sul rafforzamento del *middle management* e sui percorsi di carriera emergenti nella professione infermieristica; e approfondisce l'applicazione di strumenti di *transitional care* come le centrali operative per la continuità ospedale - territorio; analizza lo stato dell'arte della funzione di gestione operativa; inquadra i principali elementi definatori, attori e impatti percepiti della lotta alla corruzione nelle Aziende sanitarie pubbliche.

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

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



ISBN 978-88-238-5147-4



9 788823 851474

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

Rapporto OASI 2017

CERGAS-SDA Bocconi



a cura di  
CERGAS-SDA Bocconi

# Rapporto OASI 2017

## Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

**B** Università Bocconi  
CERGAS  
Centro di ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

**SDA Bocconi**  
School of Management

**Egea**



## 6 **Gli erogatori privati accreditati: attività ospedaliera, distrettuale e valutazione esplorativa degli esiti**

di Francesco Petracca e Alberto Ricci<sup>1</sup>

### 6.1 **Introduzione**

Gli erogatori privati accreditati combinano la natura istituzionale privata e la provenienza pubblica delle risorse destinate a finanziare le prestazioni fornite (per l'analisi dei «circuiti» del settore sanitario, si veda il capitolo 7 del presente Rapporto). In questo particolare circuito, dunque, si combinano diverse caratteristiche specifiche che determinano la natura e le relative scelte di posizionamento strategico degli erogatori (Carbone, 2013).

In particolare, si osserva che:

- ▶ in quanto aziende di servizi appartenenti al settore sanitario, i processi produttivi degli erogatori privati accreditati necessitano la compresenza dell'utente (paziente) e dell'erogatore (medico)<sup>2</sup>; inoltre, sono aziende contraddistinte da rilevante complessità nella gestione dei professionisti sanitari (aziende *brain intensive*);
- ▶ in quanto aziende private, sono contraddistinte da una fondamentale autonomia nelle scelte strategiche ed operative (ad es. nell'organizzazione del proprio personale), dall'esposizione a forti meccanismi di mercato sia nelle scelte di acquisizione degli input che di cessione degli output, e, almeno di norma, dall'imperativo della sostenibilità economica e/o della generazione di utili (rispettivamente nel caso delle aziende e delle imprese *not for profit*);

---

<sup>1</sup> Il capitolo aggiorna e amplia i contenuti del capitolo 5 del Rapporto OASI 2016 (Petracca e Ricci, 2016). Nonostante il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca congiunto degli autori, i §§ 6.2, 6.3, 6.4.1, 6.4.2 e 6.5 sono da attribuire a Francesco Petracca, i §§ 6.1, 6.4.3 e 6.6 ad Alberto Ricci. Si ringrazia Federica Ambrosio per il contributo nella fase di analisi. Si ringrazia Francesco Longo per i commenti e suggerimenti forniti.

La ricerca è stata realizzata grazie al supporto incondizionato di AIOP, ARSOP, Assolombarda e Confindustria Lombardia Sanità Servizi.

<sup>2</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.

Box 6.1 **Obiettivi e fonti dell'indagine**

Paragrafo	Obiettivo	Fonti
§ 6.2 Attori della sanità privata accreditata	Analisi delle strutture ospedaliere e territoriali oggetto di studio del capitolo	
§ 6.3 Spesa privata accreditata	Analisi della rilevanza economica delle prestazioni e dei servizi offerti da strutture accreditate rispetto alla spesa totale del SSN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministero della Salute (2016)</li> </ul>
§ 6.4 Assistenza ospedaliera	Analisi delle caratteristiche dimensionali, della produttività e di alcune misure di esito degli erogatori accreditati in ambito ospedaliero	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Annuario Statistico SSN (2013)</li> <li>• Ministero della Salute, Open Data, posti letto pubblici e privati accreditati (2014)</li> <li>• Ministero della Salute, Archivio delle Schede di Dimissione Ospedaliera SDO (2015)</li> <li>• Programma Nazionale Esiti (2015)</li> </ul>
§ 6.5 Assistenza distrettuale	Analisi dell'attività territoriale garantita dagli erogatori privati accreditati	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Annuario Statistico SSN (2013)</li> </ul>

► 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>3</sup>.

Questo capitolo presenta un aggiornamento delle analisi dell'Osservatorio Sanità Privata Accreditata del CERGAS-Bocconi. In particolare, come evidenziato dal Box 6.1, si analizza l'insieme degli erogatori privati accreditati (§ 6.2) evidenziandone la rilevanza dal punto di vista economico (§ 6.3), delle caratteristiche dimensionali e dei livelli di attività dei due principali livelli di assistenza: quello ospedaliero (§ 6.4) e quello territoriale (§ 6.5). Nel par. 6.4 si trovano anche due approfondimenti con un confronto tra ospedali pubblici e privati, rispettivamente sui trend di remunerazione teorica delle attività e su alcuni dati di esito. Il par. 6.6, infine, raccoglie le conclusioni.

<sup>3</sup> A riprova della prevalente dipendenza degli erogatori privati accreditati dalle scelte di pianificazione pubblica, nel 2012 l'incidenza dei ricoveri a onore 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)

## 6.2 Gli attori della sanità privata accreditata

Prima di analizzare il contributo degli erogatori privati accreditati al sistema salute del nostro Paese, risulta necessario individuare la complessa rete di strutture private accreditate oggetto di analisi del presente capitolo. Ai fini d'analisi, le strutture d'erogazione sono distinte per livello di assistenza: assistenza ospedaliera e assistenza distrettuale.

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, il Ministero della Salute (Rapporto SDO 2015) 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 Fondazione 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 2013):

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

## 6.3 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>4</sup>. La Tabella 6.1 evidenzia 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). Nel 2016, la spesa SSN per assistenza privata accreditata ha registrato un valore di € 357 per abitante, pari al 18,8% della spesa complessiva del SSN. Tale incidenza varia sensibilmente a livello regionale, passando dal massimo registrato in Lombardia (27,9%), seguito da

<sup>4</sup> Per un quadro completo della spesa sanitaria si rimanda al cap. 5 del presente Rapporto.

Tabella 6.1 La spesa SSN per l'assistenza sanitaria privata accreditata (euro pro capite – 2016)

	Ospedaliera accreditata, €	Specialistica accreditata, €	Riabilitativa accreditata, €	Altra assistenza accreditata*, €	Totale spesa SSN per assistenza privata accreditata pro capite, €	Totale spesa sanitaria nei SSR per la gestione corrente pro capite, €	% Spesa sanitaria SSN per assistenza privata accreditata
Piemonte	111	54	33	117	314	1.913	16,4%
Valle d'Aosta	51	11	34	50	145	2.107	6,9%
Lombardia	231	101	17	190	538	1.931	27,9%
PA Bolzano	53	16	0	113	183	2.348	7,8%
PA Trento	103	51	1	86	240	2.199	10,9%
Veneto	110	68	6	131	314	1.882	16,7%
Friuli VG	49	41	11	67	168	1.997	8,4%
Liguria	31	30	61	110	231	2.063	11,2%
Emilia Romagna	124	42	1	136	303	2.040	14,9%
Toscana	63	35	21	102	222	2.016	11,0%
Umbria	47	23	11	106	187	1.943	9,6%
Marche	66	33	43	77	218	1.852	11,8%
Lazio	215	82	36	132	466	1.890	24,6%
Abruzzo	99	35	53	75	262	1.845	14,2%
Molise	216	122	54	87	478	2.136	22,4%
Campania	140	128	51	41	360	1.743	20,6%
Puglia	184	69	38	94	385	1.799	21,4%
Basilicata	29	58	74	58	219	1.854	11,8%
Calabria	99	61	34	72	265	1.749	15,1%
Sicilia	136	101	37	92	366	1.768	20,7%
Sardegna	51	74	32	86	242	2.042	11,9%
<b>ITALIA</b>	<b>140</b>	<b>74</b>	<b>28</b>	<b>114</b>	<b>357</b>	<b>1.899</b>	<b>18,8%</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, 2016

Lazio (24,6%) e Molise (22,4%), al minimo del 6,9% in Valle d'Aosta. Tutti i valori riportati sono al lordo della mobilità interregionale<sup>5</sup>. A livello nazionale i dati di spesa pro capite risultano invariati rispetto all'anno precedente per tutti i setting considerati, a eccezione della macrovoce «Altra assistenza accreditata» che registra una crescita del 4,6% rispetto al 2015 (114 euro pro capite nel 2016). Rispetto ai dati comparabili<sup>6</sup> dell'anno 2012 riportati nel Rapporto OASI 2015, si nota una riduzione della spesa accreditata per abitante soprattutto in ambito riabilitativo (-12,4% nel periodo 2010-2016), ma anche a livello ospedaliero (-4,0%).

Per quel che riguarda la composizione della spesa SSN gestita da erogatori accreditati, circa il 40% della spesa complessiva (140 € pro capite) è costituito da spesa per ricoveri ospedalieri in strutture accreditate, mentre un altro 31% è da imputare alla «Altra assistenza accreditata», costituita prevalentemente dall'assistenza territoriale sociosanitaria presso strutture residenziali.

A livello regionale, si conferma la forte variabilità anche nella composizione della spesa SSN per l'assistenza privata accreditata. In termini di range osservati, la variabilità è massima nel caso della spesa ospedaliera privata accreditata: si passa da un valore pro capite massimo registrato in Lombardia pari a 231 €, con valori simili in Molise e Lazio (216 € e 215 €, rispettivamente), a un minimo di soli 29 € pro capite in Basilicata, seguita da Liguria, Umbria e Friuli Venezia Giulia, anch'esse con una spesa ospedaliera accreditata pro capite inferiore a 50 €. Se invece del delta tra valore massimo e minimo si considera il coefficiente di variazione<sup>7</sup>, il setting che presenta la maggiore variabilità interregionale in termini di spesa per assistenza accreditata è quello riabilitativo (CV: 72,3%). Rispetto a una spesa media pro capite pari a 28 euro a livello nazionale, infatti, si rilevano alcune regioni in cui l'attività riabilitativa è quasi integralmente erogata da strutture pubbliche (PA Bolzano, PA Trento, Emilia Romagna e Veneto, tutte con una spesa accreditata pro capite inferiore a 10 euro) mentre in altre si registra una presenza cospicua di erogatori privati (Basilicata e Liguria presentano dati di spesa pro capite superiori ai 60 euro).

<sup>5</sup> Si include quindi anche la spesa per prestazioni destinate a pazienti non residenti nel territorio regionale.

<sup>6</sup> A partire dai dati di spesa 2015 riportati nel Rapporto OASI 2016 è stato possibile scorporare la spesa privata accreditata da quella convenzionata (spesa per acquisto di servizi sanitari da altre aziende pubbliche della regione o extraregione non soggetto a compensazione) per tutte le tipologie di attività. Le voci «Specialistica accreditata» e «Altra assistenza accreditata» risultano immediatamente comparabili solo con quelle riportate a partire dal Rapporto 2016 e non con quelle delle edizioni precedenti.

<sup>7</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.

Anche per le restanti voci il range tra valore massimo e minimo resta considerevole, ma con variabilità interregionale complessivamente più contenuta. Nella «Altra assistenza accreditata» si passa da una spesa pro capite massima in Lombardia (190 €) a minima in Campania (41 €), con un valore medio nazionale che si posiziona nel mezzo tra i due valori e un coefficiente di variazione pari al 29%. L'attività specialistica, infine, presenta una variabilità interregionale intermedia (CV: 43,7%), con valori particolarmente elevati in Campania e Molise (128 € e 122 € pro capite, rispettivamente).

## 6.4 L'assistenza ospedaliera

Il presente paragrafo, adottando la logica del focus sul singolo livello di assistenza, analizza l'assistenza ospedaliera distinguendo tre differenti segmenti: la dotazione strutturale, l'attività ospedaliera e la valutazione degli esiti.

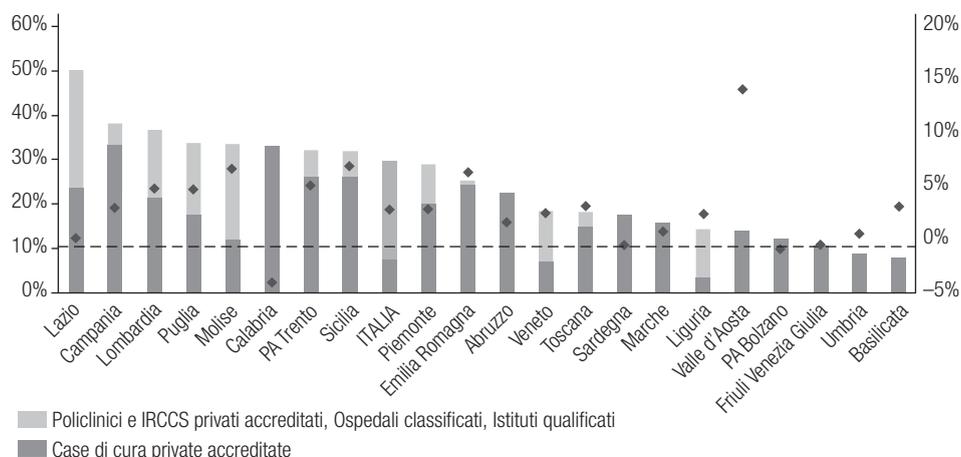
### 6.4.1 Strutture e dati dimensionali

In termini strutturali, l'analisi a livello ospedaliero si focalizza sui posti letto e sulla loro recente evoluzione<sup>8</sup>. Considerando la dotazione complessiva di PL disponibile nel SSN al 2014<sup>9</sup>, l'insieme degli erogatori privati accreditati detiene circa il 30% dei posti letto totali a livello nazionale, per oltre i due terzi concentrati presso le case di cura accreditate (CdC, 67,8% dei PL accreditati, in linea con il dato 2013). IRCCS, Policlinici privati ed Enti di ricerca hanno in dotazione il 17,7% dei posti letto accreditati (il 14,4% presso gli IRCCS e gli IRCCS Fondazione privati, il 2,8% presso i due Policlinici universitari privati e lo 0,5% presso Enti di ricerca), mentre il restante 14,5% è suddiviso tra ospedali classificati (10,0%) e istituti qualificati (4,5%). Ragionando per tipologia di ricovero ospedaliero, il peso del privato accreditato in termini di posti letto è minore nell'attività per acuti (22,6% dei PL per acuti totali del SSN), sostanzialmente equivalente a quello degli erogatori pubblici quando si considera la lungodegenza (52,3% dei posti letto per lungodegenza) e prevalente nell'attività di riabilitazione (73,2%). 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 (64,8%) a cui si contrappone un peso maggiore degli ospedali classifi-

<sup>8</sup> Per un approfondimento sul numero di strutture accreditate si rimanda al par. 4.2.

<sup>9</sup> L'ultimo aggiornamento sull'Open Data del Ministero della Salute è relativo al 2014: i dati qui presentati sono invariati rispetto a quanto pubblicato nel capitolo 5 del Rapporto OASI 2016. Se ne propone però un'elaborazione differente che distingue gli erogatori privati accreditati per macroclasse.

Figura 6.1 **Incidenza PL privati accreditati per regione e tipo erogatore privato accreditato 2014 (asse sx) e variazione 2007-2014 (asse dx)**



Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, 2014

cati (13,4%). Riguardo ai PL per la riabilitazione ospedaliera, invece, IRCCS e IRCCS Fondazione privati detengono il 21,5% dei posti letto; i PL accreditati per lungodegenza, infine, sono quasi esclusivamente localizzati presso case di cura accreditate, che ne detengono il 96,3%.

Il ruolo delle strutture di ricovero private accreditate nei sistemi di offerta dei SSR dipende dalle differenti scelte istituzionali da parte dei livelli regionali: si passa da una realtà come il Lazio, dove circa la metà dei PL totali è situata presso strutture private accreditate (50,1%), a situazioni, come quelle delle regioni Umbria e Basilicata, in cui meno di un posto letto su dieci (rispettivamente 8,6% e 8,0%) si trova presso strutture accreditate (Figura 6.1). Adottando la medesima classificazione delle strutture private accreditate presentata nel resto del capitolo<sup>10</sup>, la Figura 6.1 mostra inoltre il contributo di ciascuna categoria in termini di posti letto a livello regionale. A livello nazionale, le case di cura risultano la principale struttura tra gli erogatori accreditati (oltre due terzi dei posti letto accreditati, pari al 20,2% dei posti letto totali del SSN). In linea con il dato nazionale, le CdC 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 delle strutture classificate. In Lombardia, Puglia e Lazio, invece, si rileva una sostanziale equivalenza tra case di cura e altre

<sup>10</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.

strutture accreditate. Ciò è dovuto, nel Lazio, alle rilevanti dotazioni strutturali dei Policlinici Universitari e alla compresenza di diversi IRCCS; in Lombardia e Puglia, invece, si rileva un'elevata concentrazione di IRCCS privati e ospedali classificati.

Complessivamente, nel periodo considerato (2007-2014) si registra un delta positivo nell'incidenza dei PL accreditati pari a circa 3 punti percentuali a livello nazionale, con una crescita distribuita piuttosto equamente su tutto il territorio del Paese. L'unico caso vistosamente in controtendenza è quello della Calabria che, pur restando tra le regioni in cui il peso strutturale degli erogatori privati accreditati risulta maggiore del dato nazionale, registra una riduzione dell'incidenza dei PL accreditati pari a 4 punti percentuali nel periodo osservato, principalmente legata alla contrazione del numero di case di cura accreditate, passato da 38 a 29. Il forte aumento della quota privata in Valle d'Aosta è dovuto all'accreditamento dell'Istituto Clinico Valle d'Aosta<sup>11</sup>, avvenuto nel 2013.

La forte prevalenza delle case di cura in quasi tutti i contesti regionali ha delle naturali implicazioni in termini dimensionali: oltre il 60% delle strutture accreditate ha una dotazione di posti letto inferiore ai 100 PL accreditati, mentre soltanto l'11% supera i 200 PL accreditati. Le grandi strutture sono concentrate principalmente in Lazio e Lombardia, regioni nelle quali sono localizzate 35 delle 64 strutture con più di 200 posti letto (55%)<sup>12</sup>. Ad ogni modo, anche in queste regioni le strutture con dotazione superiore ai 200 PL non superano il 25% del totale delle strutture.

La dimensione degli ospedali privati accreditati è particolarmente rilevante anche perché è stata oggetto dell'intervento del regolatore tramite il «Regolamento per la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera» (D.M. 70 del 02.04.15). Il provvedimento normativo prevede una soglia di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali, per cui le regioni non potrebbero più accreditare, a partire dal 1° gennaio 2015, nuove strutture dotate di meno di 40 PL per acuti né sottoscrivere dal 1° luglio 2015 contratti con strutture già accreditate con meno di 40 PL per acuti<sup>13</sup>. A partire dal 1° gennaio 2017, invece, non è più possibile sottoscrivere contratti con le strutture con posti letto per acuti compresi tra 40 e 60, a meno che non siano state interessate dai processi di riconversione e aggregazione favoriti dal Decreto<sup>14</sup>.

<sup>11</sup> Si tratta dell'unico ospedale privato accreditato presente nella regione.

<sup>12</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 18/07/17, 19 dei 28 IRCCS privati hanno sede tra Lombardia e Lazio. A questi si aggiungono i due Policlinici Universitario Privati.

<sup>13</sup> Dal suddetto provvedimento sono escluse le strutture monospecialistiche, per le quali resta in vigore la valutazione regionale dei singoli contesti.

<sup>14</sup> Per il nuovo soggetto giuridico che viene a formarsi, la soglia prevista si alza fino agli 80 PL per acuti.

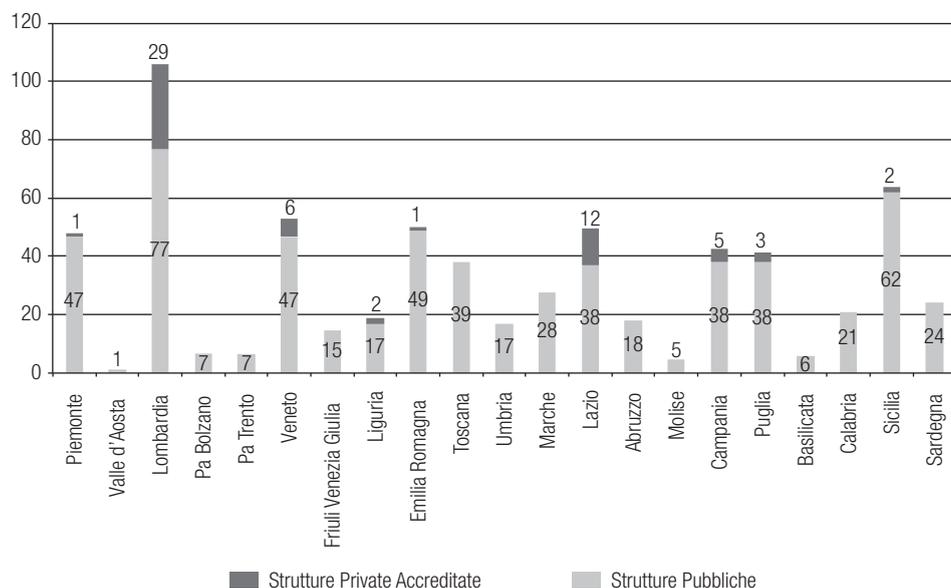
Il problema è senz'altro rilevante e potrebbe avere un impatto importante sul profilo del settore privato accreditato, specialmente nelle regioni meridionali: nel 2014, prima dell'introduzione del decreto, circa il 22% delle strutture accreditate risultava dotato di meno di 40 PL per acuti, mentre un altro 10% aveva una dotazione compresa tra 40 e 60 PL per acuti (Carbone e Petracca, 2015). Gli sviluppi futuri, insieme ai dati relativi agli anni successivi all'introduzione del decreto, permetteranno una migliore interpretazione dell'effettivo impatto del DM 70 sulla riorganizzazione della capacità produttiva degli erogatori privati accreditati<sup>15</sup>. Per ulteriori approfondimenti al riguardo si vedano il cap. 5 del Rapporto OASI 2015 e il cap. 9 del Rapporto OASI 2016.

L'erogazione di servizi di emergenza ospedaliera garantisce agli erogatori privati un'integrazione ancora più profonda nella rete d'offerta del SSN: questi servizi, infatti, devono essere accompagnati da specifiche discipline a complessità crescente, coerentemente con il bacino di utenti servito (cfr. capitolo 9 del Rapporto OASI 2016). La Figura 6.2, che riporta la distribuzione geografica dei 662 ospedali pubblici e privati accreditati dotati di Pronto Soccorso (PS) o Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Accettazione (DEA) nelle regioni italiane<sup>16</sup>, mostra che 61 di questi (9,2%) sono privati accreditati. Quasi la metà degli ospedali privati accreditati con servizi di emergenza è situata in Lombardia (29 strutture, pari al 25,9% degli ospedali dotati di servizi di emergenza a livello regionale); seguono Lazio (12; 24,5%) e Veneto (6; 11,1%). Complessivamente, il 10,5% delle strutture private accreditate è sede di PS o DEA. In termini di accessi, i privati accreditati hanno garantito nel 2015 l'8,5% del totale degli accessi in PS: il numero medio di accessi per struttura privata accreditata dotata di PS è dunque inferiore rispetto a quello delle strutture pubbliche (28.558 contro 31.098). A livello regionale, i territori in cui almeno il 10% degli accessi è coperto da privati accreditati sono Lazio, Lombardia e Liguria (25,8%, 19,3% e 11,1%, rispettivamente).

<sup>15</sup> Al momento, gli unici dati disponibili su cui poter basare alcune considerazioni sono quelli relativi all'indirizzario del Ministero della Salute che tiene traccia dell'elenco delle strutture di ricovero: tra il 2014 e la fine del 2016, il numero degli erogatori accreditati è diminuito di sole 11 unità, per la massima parte riconducibili a case di cura private accreditate (10). Si tratta di dati troppo limitati per trarre conclusioni affrettate: sulla base di questi dati, non è possibile valutare se il Decreto abbia già avuto, nel periodo immediatamente successivo alla sua entrata in vigore, parte degli effetti che si prospettano.

<sup>16</sup> Si considerano i PS con almeno 400 accessi annui; sono inclusi i PS nelle strutture monospécialistiche e questo spiega la differenza rispetto al numero riportato nel capitolo 9 del Rapporto OASI 2016 (622 strutture).

Figura 6.2 **Distribuzione dei servizi di emergenza-urgenza presso strutture pubbliche e private accreditate, per regione (2015)**



Fonte: Ministero della Salute e AGENAS, Programma Nazionale Esiti 2016

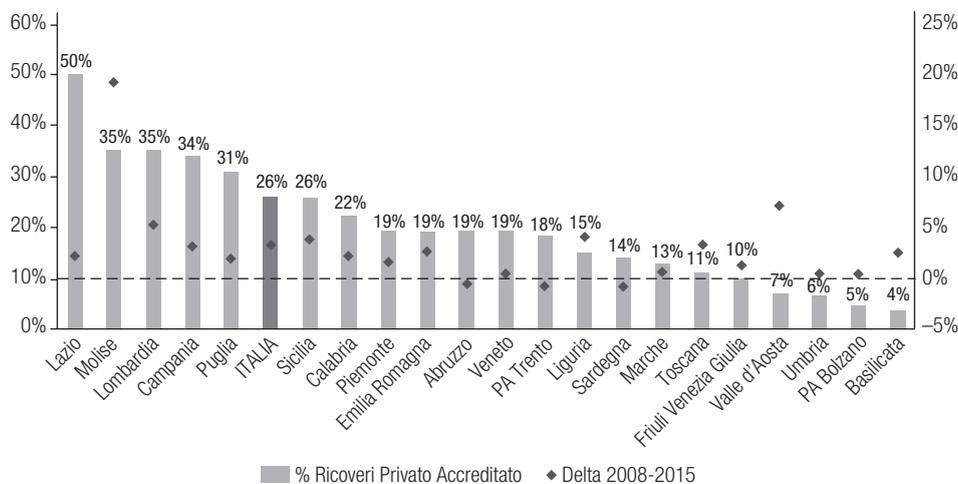
### 6.4.2 L'attività ospedaliera degli erogatori privati accreditati

Nel 2015, le strutture private accreditate hanno erogato il 26,2% dei ricoveri in regime SSN. Più nel dettaglio, il 16,0% delle 8.864.184 dimissioni presso strutture pubbliche o accreditate per conto del SSN è stato effettuato da case di cura accreditate, mentre gli IRCCS e i Policlinici privati hanno erogato il 5,8% dei ricoveri; gli ospedali classificati e gli istituti qualificati il rimanente 4,4%.

Anche per quanto riguarda i ricoveri si rilevano forti differenze a livello regionale<sup>17</sup>. Il Lazio è l'unica regione in cui il peso del privato accreditato è equivalente a quello pubblico (50,3% dei ricoveri), mentre il Molise e altre tre regioni di grandi dimensioni, Lombardia, Campania e Puglia, presentano un dato superiore alla media nazionale: in esse il peso degli erogatori accreditati, in termini di volumi di attività, equivale a circa un terzo del totale. Come evidenziato dalla Figura 6.3, 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

<sup>17</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 6.3 **Incidenza dei ricoveri da strutture private accreditate 2015 e variazione 2008-2015, per regione**



Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, SDO, 2015

e Valle d'Aosta). Il peso percentuale dei ricoveri da strutture accreditate è cresciuto di 3,2 punti a livello nazionale negli ultimi 7 anni, con un delta positivo in quasi tutte le regioni italiane<sup>18</sup>. Le uniche regioni a mostrare differenziali negativi sono l'Abruzzo (-2 punti percentuali), insieme alla Provincia Autonoma di Trento e alla Sardegna, che presentano delta negativi di un solo punto.

In linea con quanto espresso per l'aspetto dimensionale, anche per l'attività il peso dei ricoveri accreditati varia notevolmente a seconda della tipologia di attività considerata. L'attività per acuti (94,8% dei ricoveri totali SSN) è principalmente presidiata dal pubblico e gli erogatori privati accreditati garantiscono il 23,9% dei ricoveri, con un peso leggermente difforme tra regime ordinario e diurno (rispettivamente, 22,9% e 27,0%). Nella comparazione interregionale, il Lazio si riconferma SSR dove il privato accreditato riveste un ruolo focale nel rispondere ai bisogni di salute (48,2% dell'attività per acuti), mentre in 7 SSR il peso degli erogatori accreditati è al di sotto del 10%. Per converso, nelle restanti classi di attività il privato assume un ruolo centrale: garantisce il 48,7% dei ricoveri per lungodegenza e il 73,3% dei ricoveri totali per riabilitazione.

<sup>18</sup> Il volume dei ricoveri privati accreditati si è ridotto tra il 2008 e il 2015 del 11,8%, principalmente per effetto della riduzione dei budget ospedalieri. Tuttavia, questa riduzione è più contenuta rispetto a quanto occorso tra gli erogatori pubblici (-27,7%), il che spiega l'aumento percentuale della categoria delle strutture accreditate.

Un tradizionale indicatore di analisi dell'attività ospedaliera è la degenza media, che consente di operare una valutazione sull'efficienza operativa<sup>19</sup>. La degenza media dell'attività per acuti in regime ordinario, a livello nazionale, si è attestata nel 2015 a 6,85 giorni. Mediamente, le strutture private si caratterizzano per una degenza media inferiore a quelle pubbliche nel segmento degli acuti (5,5 rispetto a 7,3 giorni), mentre presentano degenze medie superiori per la riabilitazione (26,5 rispetto a 20 giorni) e per la lungodegenza (29,3 rispetto a 25,2). La Tabella 6.2 mostra il confronto della degenza media per tipo di attività in regime ordinario e tipo di struttura. Negli acuti, tutte le strutture pubbliche presentano una degenza media superiore alle 7 giornate (massimo registrato nelle Aziende Ospedaliere **-7,7**); al contrario, gli istituti accreditati mostrano degenze medie inferiori alle 7 giornate, con l'eccezione dei Policlinici Universitari privati, e un valore minimo presso le Case di cura, che erogano circa il 60% dei ricoveri privati accreditati per acuti e presentano una degenza media pari a 5,0 giornate. Nell'ambito di riabilitazione e lungodegenza si rileva una maggiore omogeneità tra i diversi tipi di struttura, con valori significativamente superiori per IRCCS privati e istituti qualificati per la lungodegenza.

Tabella 6.2 **Degenza media per tipo di attività in regime ordinario e struttura erogatrice**

	Acuti	Riabilitazione	Lungodegenza
Aziende ospedaliere	7,7	24,2	24,0
Ospedali a gestione diretta	7,0	26,3	25,2
Policlinici universitari pubblici	7,5	31,1	28,9
I.R.C.C.S. pubblici	7,3	16,1	17,9
<b>ISTITUTI PUBBLICI</b>	<b>7,3</b>	<b>25,0</b>	<b>25,2</b>
Case di cura private accreditate	5,0	25,6	29,4
I.R.C.C.S. privati	6,1	28,2	55,0
Ospedali classificati	6,5	29,2	21,3
Istituti qualificati	6,1	31,7	43,8
Policlinici universitari privati	7,1	22,3	28,9
Enti di ricerca	6,5	12,3	–
<b>ISTITUTI PRIVATI ACCREDITATI</b>	<b>5,5</b>	<b>26,5</b>	<b>29,3</b>

Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, SDO, 2015

<sup>19</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 media troppo ridotte potrebbero segnalare trattamenti clinici non adeguati (per esempio, dimissioni precoci). Gli standard ospedalieri approvati dalla Conferenza Stato-Regioni il 05/08/14 e recepiti dal D.M. 7072015 indicano una soglia di riferimento per la degenza media dei ricoveri ordinari per acuti pari a 7 giorni. Per valutare l'efficienza operativa di una struttura è comunque necessario valutare la complessità della sua casistica.

A completamento del quadro relativo alla assistenza ospedaliera, si analizza infine la distribuzione della remunerazione teorica destinata a finanziare le prestazioni erogate nelle strutture pubbliche e private accreditate. La valorizzazione (remunerazione teorica) dei ricoveri è stimata utilizzando i valori di riferimento nazionali ex D.M. 18/10/2012 e ipotizzando che la casistica sia raggruppata secondo il sistema di classificazione DRG versione 24<sup>20</sup>. Tale analisi permette di raccogliere informazioni aggiuntive relative al valore dei servizi ospedalieri forniti dalle strutture pubbliche e accreditate con il SSN. Opportunamente incrociate con i dati di attività e degenza sopra analizzati, tali elaborazioni consentono infatti di valutare eventuali specializzazioni produttive e strategie emergenti nei rispettivi gruppi. A partire dai dati pubblicati nei Rapporti SDO dal 2009 al 2015, si riportano di seguito queste analisi che raggruppano gli erogatori in quattro gruppi, due per natura istituzionale:

► Istituti pubblici

1. Gruppo 1: Aziende ospedaliere, Aziende Ospedaliere-Universitarie, Aziende Ospedaliere integrate l'Università, IRCCS e Fondazioni pubbliche;
2. Gruppo 2: Ospedali a gestione diretta ASL.

► Istituti privati accreditati

1. Gruppo 1: Policlinici Universitari, IRCCS e IRCCS Fondazione privati, Ospedali classificati, Istituti qualificati USL, Enti di ricerca; si tratta dei privati accreditati maggiormente integrati con la rete di offerta;
2. Gruppo 2: Case di cura private accreditate.

Per l'anno 2015, la valorizzazione dei ricoveri erogati in nome e per conto del SSN risulta pari a 28,8 miliardi di euro, in riduzione dello 0,2% rispetto all'anno precedente ma con una contrazione di 7,7 punti percentuali nell'intero arco temporale considerato (31,2 miliardi di euro nel 2009). Nella suddivisione per tipologia di attività, i ricoveri che hanno assorbito la maggior parte delle risorse sono stati quelli per acuti, in regime ordinario (23,6 miliardi, pari all'81,8% della valorizzazione complessiva) e diurno (day hospital e day surgery: 2,7 miliardi, 9,4%). L'attività riabilitativa in regime ospedaliero corrisponde a circa il 7,2% della valorizzazione complessiva ed è principalmente erogata in regime ordinario; l'attività in lungodegenza, infine, occupa un ruolo marginale e copre circa

<sup>20</sup> Sono state utilizzate:

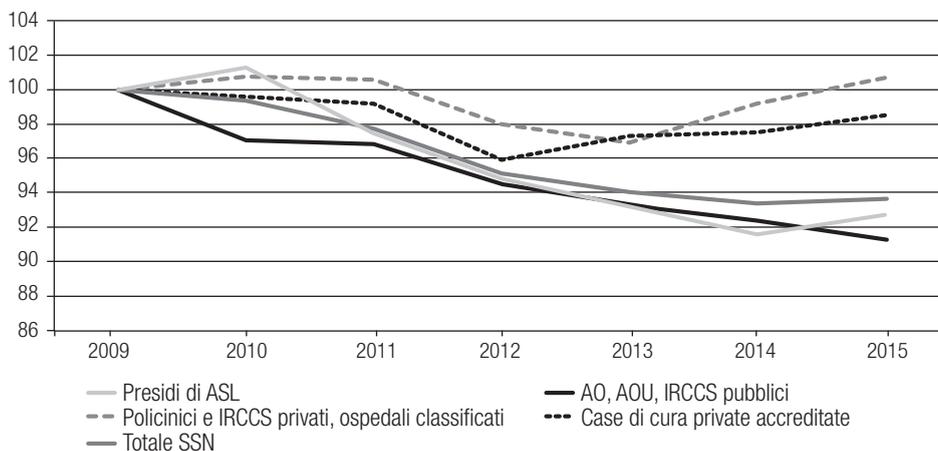
- le tariffe DRG per ricoveri acuti ordinari o diurni;
- le tariffe a giornata per MDC per i ricoveri di riabilitazione e lungodegenza;
- le integrazioni tariffarie (acuti) e gli abbattimenti tariffari (non acuti) per le degenze oltre soglia, facendo riferimento alle soglie definite dal sistema DRG - versione 24 ex D.M. 18/10/2012;
- la lista di 86 DRG contenuta nella TUC 2013, attuale riferimento a livello nazionale, per l'alta complessità.

Fino al 2011 compreso si utilizzava la TUC 2009, senza scostamenti significativi rispetto alla versione attualmente in uso.

l'1,6% della remunerazione. A partire dalla fotografia per l'anno 2015, risulta interessante approfondire l'analisi per ciascuna tipologia di attività distinguendo per la natura istituzionale della struttura erogatrice.

Per quanto riguarda l'attività per acuti in regime ordinario, in linea con quanto presentato in precedenza per l'attività (**77,1%** dei ricoveri presso strutture pubbliche), si registra una prevalente incidenza di valore generato presso istituti pubblici: per il 2015, il 76,2% della valorizzazione complessiva dell'attività per acuti in regime ordinario è da attribuire alle strutture pubbliche, con un peso sostanzialmente allineato per i due gruppi individuati (**37,8%** per i presidi a gestione diretta ASL, 38,4% per le Aziende Ospedaliere e gli IRCCS pubblici). I privati accreditati generano il restante 23,8%, 13,9% tramite l'attività delle case di cura accreditate e 9,8% con tutte le altre tipologie di strutture. La Figura 6.4 riporta, per il periodo 2009-2015, l'evoluzione della valorizzazione dei ricoveri SSN per acuti in regime ordinario utilizzando i numeri indice a base 100: fatto 100 il valore registrato nel primo anno considerato (2009), le osservazioni successive mostrano il rapporto tra il dato dei successivi anni e il valore 2009 così da evidenziare l'andamento nell'intero periodo. Il trend risulta differenziato per erogatori pubblici e privati accreditati: presidi ASL, Aziende Ospedaliere e IRCCS pubblici hanno registrato una progressiva e costante riduzione del valore dei ricoveri acuti in regime ordinario, con una valorizzazione nel 2015 pari al 91,3% del valore 2009 per le Aziende Ospedaliere e gli IRCCS e al 92,7% per i presidi ASL. Per converso, gli erogatori privati accreditati, dopo un'iniziale,

Figura 6.4 **Valorizzazione dei ricoveri acuti in regime ordinario, per natura istituzionale dell'erogatore (2009-2015), 2009=100**



Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, SDO, 2009-2015

ma comunque più contenuta, riduzione della valorizzazione, hanno invertito a partire dal 2012 la tendenza: nel 2015 la valorizzazione teorica per le case di cura accreditate è pari al 98,5% di quella 2009, mentre per le restanti strutture private il valore 2015 è persino superiore a quello iniziale (100,7%).

La situazione cambia parzialmente quando si considera l'attività per acuti erogata in regime diurno: in linea con quanto appena analizzato per il regime ordinario, si confermano la prevalenza di remunerazione teorica relativa al 2015 attribuita alle strutture pubbliche (76,2%), la sostanziale uguaglianza tra i due gruppi di erogatori pubblici e la leggera prevalenza, tra gli erogatori privati accreditati, delle case di cura (14,1% della valorizzazione rispetto al 9,6% delle altre tipologie di strutture). Differentemente da quanto emerso per il regime ordinario, però, il trend longitudinale mette in evidenza per day hospital e day surgery un trend di riduzione più marcato e comune a tutti i gruppi di erogatori, principalmente dovuto al trasferimento in regime ambulatoriale di alcune prestazioni tradizionalmente erogate in regime diurno in ospedale. La Figura 6.5 mostra per l'intero SSN una riduzione di **17,6** punti percentuali tra 2009 e 2015: la contrazione è più marcata per case di cura private accreditate (20 punti indice nel 2015 rispetto al valore 2009), Aziende Ospedaliere e IRCCS pubblici. Per le altre tipologie di erogatori privati, invece, la riduzione è complessivamente più contenuta e registrata quasi integralmente nel corso dell'ultimo anno osservato (-8,2 punti percentuali tra 2014 e 2015).

Per quanto riguarda invece i ricoveri riabilitativi in regime ordinario, i posizionamenti relativi dei vari gruppi considerati cambiano considerevolmente. Come

Figura 6.5 **Valorizzazione dei ricoveri acuti in regime diurno, per natura istituzionale dell'erogatore (2009-2015), 2009=100**

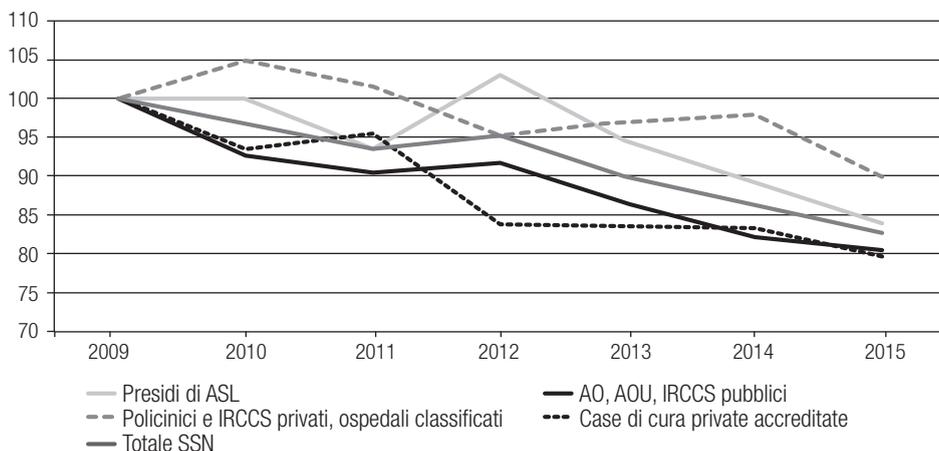
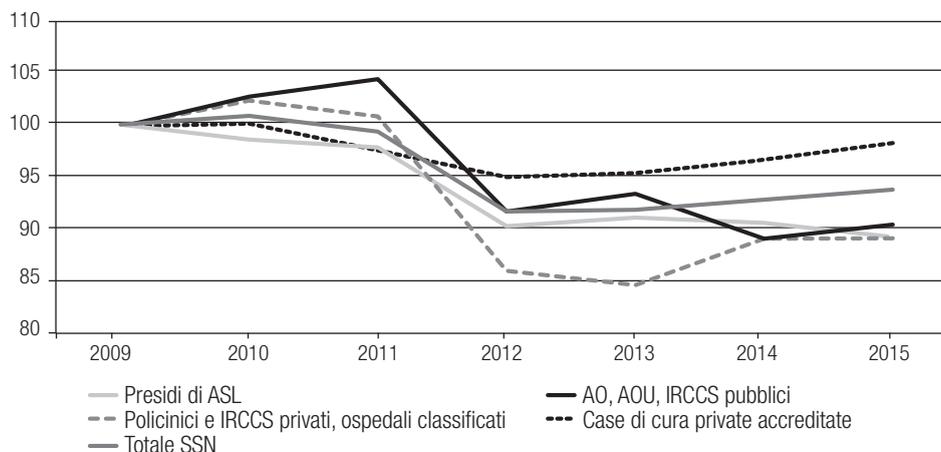


Figura 6.6 **Valorizzazione dei ricoveri per riabilitazione in regime ordinario, per natura istituzionale dell'erogatore (2009-2015), 2009=100**



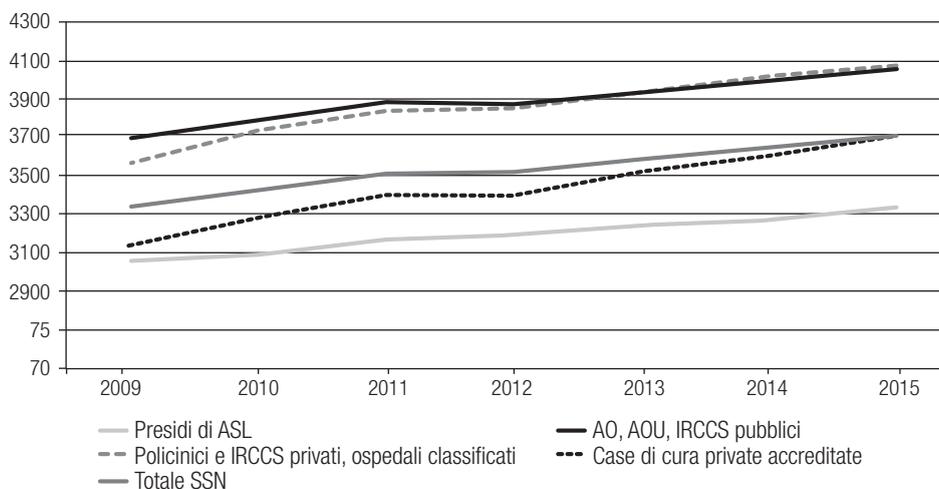
Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, SDO, 2009-2015

già messo in luce in termini di attività erogata, alle case di cura accreditate si attribuisce per il 2015 una valorizzazione teorica di oltre 1 miliardo di euro, pari al 51,5% del totale per tale tipologia di ricoveri, al Gruppo 1 delle strutture accreditate un altro 24,5%, mentre il pubblico, considerando i due gruppi congiuntamente, raccoglie il 24,0% delle risorse. Analizzando il trend nel periodo 2009-2015 (Figura 6.6), si evidenzia anche per questo segmento una riduzione complessiva di oltre 6 punti percentuali che è il risultato di tre differenti fasi: (i) una sostanziale stabilità, o leggera crescita per alcuni gruppi, fino al 2011; (ii) una consistente riduzione nella valorizzazione tra 2011 e 2012 (-7,8%); (iii) dal 2013, una lieve crescita comune a tutti gli erogatori. L'unico gruppo a fare eccezione al forte calo tra 2011 e 2012 è quello delle case di cura accreditate, che nello stesso periodo hanno registrato una contrazione di soli 2,6 punti percentuali e che quindi nel 2015 mostrano una valorizzazione totale sostanzialmente allineata a quella 2009.

Per quanto riguarda infine le restanti, e più marginali, tipologie di attività, la riabilitazione in regime diurno nel 2015 presenta una valorizzazione dimezzata rispetto al 2009 mentre per la lungodegenza la contrazione del valore è complessivamente contenuta con un trend in controtendenza per il Gruppo 1 dei privati accreditati (+36,1% rispetto al 2009).

L'analisi della remunerazione teorica connessa all'attività di degenza erogata dai vari gruppi di erogatori può essere completata da alcuni approfondimenti relativi ai ricoveri effettivamente erogati nel periodo considerato e al corri-

Figura 6.7 **Valorizzazione teorica media dei ricoveri ordinari acuti, per natura istituzionale (2009-2015, €)**



Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, SDO, 2009-2015

spondente valore medio degli stessi. Nell'attività per acuti in regime ordinario, per la quale a partire dal 2011 si rileva un trend di valorizzazione positivo per i due gruppi privati accreditati contrapposto a una progressiva contrazione del valore pubblico, la quota di attività attribuibile agli erogatori accreditati è rimasta stabile nell'arco di tempo considerato nell'intorno del 23%. In un quadro di generale riduzione del numero di ricoveri (si veda il capitolo 4 del presente Rapporto), le strutture private accreditate hanno progressivamente contenuto il numero di quei ricoveri meno remunerativi in termini tariffari e potenzialmente inappropriati e si sono concentrate su profili di attività progressivamente più complessi. Tale trend è evidente dalla Figura 6.7, che mostra l'evoluzione tra 2009 e 2015 del rapporto tra valorizzazione teorica e ricoveri complessivi dando quindi evidenza della remunerazione teorica media per singolo ricovero.

Tale progressiva specializzazione produttiva è particolarmente evidente per le case di cura private accreditate (Gruppo 2 istituti privati accreditati), che registrano tra 2009 e 2015 una crescita del 18% nella valorizzazione media per singolo ricovero e che nel periodo hanno distaccato i presidi a gestione diretta ASL andandosi a posizionare a un livello intermedio tra questi ultimi e gli erogatori specialistici più votati all'alta complessità, a prescindere dalla natura istituzionale.

La situazione è molto diversa quando si considera il regime diurno dell'attività per acuti: in questo caso, nel periodo 2009-2015, l'incidenza dei ricoveri accreditati è progressivamente cresciuta dal 22,9% al 27,0%. Di tale incremento,

però, non si ha evidenza quando si analizza il trend della valorizzazione teorica (Figura 6.5) visto che, nello stesso periodo, la remunerazione media per ricovero è cresciuta di oltre il 30% per entrambi i gruppi di erogatori pubblici mentre per i privati accreditati i tassi di crescita sono molto più contenuti (soli 6 punti percentuali per le case di cure private accreditate). Per l'attività riabilitativa in regime ordinario, infine, si registra una situazione ancora differente: la quota di attività imputabile ai privati accreditati è cresciuta in modo marginale dal 73,7% del 2009 al 75,2% del 2015, e l'intera crescita è attribuibile alle case di cura private accreditate (dal 50,8% al 52,8%). Tale incremento è accompagnato da una riduzione della remunerazione teorica per ricovero che è sostanzialmente equivalente in tutti i gruppi analizzati, risultando così in un aumento della valorizzazione teorica nel periodo considerato per le sole case di cure accreditate.

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

Il Decreto Ministeriale 70/2015 introduce alcune soglie di volume ed esito per la valutazione quantitativa e qualitativa dell'assistenza ospedaliera<sup>21</sup>. Tali soglie, stabilite sulla base delle evidenze clinico-scientifiche, sono valide a livello nazionale e si applicano sia agli erogatori pubblici che a quelli privati accreditati, anche ai fini di impostare processi a forte valenza strategica come il riordino dei punti di erogazione<sup>22</sup>, la valutazione dell'accreditamento<sup>23</sup> e la stesura di Piani di efficientamento e riqualificazione delle aziende ospedaliere<sup>24</sup>. I valori degli indicatori di volume ed esito, aggiustati per i principali fattori di rischio clinico, sono disponibili a livello di singolo stabilimento ospedaliero grazie al sito Open Source del Programma Nazionale Esiti (PNE).

Il presente paragrafo si concentra sugli esiti, mentre per quanto riguarda i volumi si rimanda al capitolo 9 del Rapporto OASI 2016. Inoltre, per una disamina più ampia e approfondita dei dati di esito a livello regionale, nazionale e internazionale, si rimanda al capitolo 2 del presente Rapporto. Nel dettaglio, sono state analizzate quattro prestazioni chirurgiche, afferenti a quattro differenti discipline e caratterizzate da un diverso grado di diffusione, complessità chirurgica e profilo del paziente. Si tratta dei seguenti indicatori:

- ▶ proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni, che deve essere uguale o maggiore al 70%;
- ▶ proporzione di interventi chirurgici entro 48 ore su persone ultrasessantacinquenni con fratture del femore, che deve essere uguale o maggiore al 60%;
- ▶ proporzione di tagli cesarei primari, che deve essere uguale o minore del

<sup>21</sup> Si veda in particolare il par. 4.6 del Decreto.

<sup>22</sup> Ibidem.

<sup>23</sup> Ibidem.

<sup>24</sup> D.M. del 21 giugno 2016, emanato sulla base della Legge di Stabilità per il 2016.

15% per i punti nascita sotto i 1.000 parti, del 25% per i punti nascita oltre i 1.000 parti;

- ▶ mortalità<sup>25</sup> a 30 giorni per valvuloplastica o sostituzione di valvole isolate, che deve essere uguale o minore del 4%<sup>26</sup>.

L'analisi della degenza post-operatoria della colecistectomia laparoscopica (CL) valuta la capacità di stabilizzare e dimettere in tempi adeguati il paziente che si sottopone a un intervento di chirurgia generale mini-invasiva ormai considerato come routinario<sup>27</sup>. Gli stabilimenti pubblici e privati accreditati che eseguono CL e che presentano la casistica sufficiente<sup>28</sup> per standardizzare i volumi secondo adeguati parametri di rischio clinico sono 497 (Tabella 6.3). Di questi, 354 (71%) sono pubblici e 143 (29%) sono privati accreditati. Da notare che per 115 ospedali (23%) è stata richiesta una procedura di audit sulla qualità dei dati. Tra i restanti 382 stabilimenti, a livello nazionale se ne contano 260 che raggiungono lo standard (52%) e 122 che non lo raggiungono (25%). Tale percentuale di *compliance*, che considera gli ospedali in audit come terza categoria a sé, è del 66% per i privati accreditati, mentre scende al 47% per i pubblici. La percentuale più elevata di ospedali che raggiungono lo standard si registra tra i privati accreditati del Nord (83%, 44 su 53), a seguire i pubblici e i privati accreditati del Centro (rispettivamente 66%, con 48 su 73, e 65%, 15 su 23). I valori minimi si registrano invece per i pubblici del Mezzogiorno (28%, 30 su 106). Un'altra evidenza è che gli stabilimenti per cui è stato richiesto un audit sono prevalentemente concentrati al Sud e nelle Isole<sup>29</sup>, dove se ne contano 72 tra pubblici (49) e privati accreditati (23), a rappresentare rispettivamente il 46% e il 34% delle rispettive categorie (dato non riportato in tabella).

Un'ulteriore analisi può approfondire l'eventuale variabilità tra le diverse tipologie di ospedali all'interno delle macro-categorie dei pubblici e dei privati accreditati. La Figura 6.8, adottando una ripartizione per tipologia di ospedale, riporta quindi la percentuale degli stabilimenti che raggiungono lo standard.

<sup>25</sup> Aggiustata per gravità.

<sup>26</sup> A questi indicatori si aggiunge la proporzione di angioplastica coronarica percutanea entro 90 minuti dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta. Con riferimento a tale indicatore, però, non è stato possibile reperire adeguati indicatori all'interno del sito del PNE. Un ultimo indicatore suggerito dal DM 70 riguarda la mortalità successiva all'impianto di bypass. Per esigenze di sintesi, però, si è preferito concentrare l'analisi su una sola prestazione cardiocirurgica.

<sup>27</sup> In Italia, con riferimento al 2015, si registrano 67.622 ricoveri per CL. Di questi, 46.781 registrano una degenza post-operatoria inferiore a tre giorni: si tratta del 69%, poco al di sotto dello standard del 70%. Si segnala che la percentuale è in costante crescita dal 2008 (+13 punti percentuali). Per maggiori informazioni sui dati di esito del SSN, si rimanda al capitolo 2 del presente Rapporto.

<sup>28</sup> Sono esclusi gli ospedali con volumi di erogazione inferiore ai 50 interventi annui, a fronte di uno standard minimo di 100.

<sup>29</sup> Il 63% degli stabilimenti sottoposti ad audit a livello nazionale si trova nel Sud o nelle Isole. A titolo di confronto, si ricorda che questa macro-area raccoglie il 35% della popolazione nazionale.

Tabella 6.3 **Colecistectomia laparoscopica con degenza inferiore a tre giorni: ripartizione degli stabilimenti in base a macroarea geografica, natura giuridica e raggiungimento dello standard (2015).**

	Strutture che raggiungono lo standard	Strutture che non raggiungono lo standard	Strutture con audit in corso/da effettuare	Totale
NORD – pubblico	87	58	30	175
NORD – privato accreditato	44	8	1	53
CENTRO – pubblico	48	16	9	73
CENTRO – privato accreditato	15	5	3	23
SUD E ISOLE– pubblico	30	27	49	106
SUD E ISOLE–privato accreditato	36	8	23	67
<b>Totale – pubblico</b>	<b>165</b>	<b>101</b>	<b>88</b>	<b>354</b>
<b>Totale – privato accreditato</b>	<b>95</b>	<b>21</b>	<b>27</b>	<b>143</b>
<b>Totale – SSN</b>	<b>260</b>	<b>122</b>	<b>115</b>	<b>497</b>
<i>Totale – pubblico</i>	<i>47%</i>	<i>29%</i>	<i>25%</i>	<i>100%</i>
<i>Totale – privato accreditato</i>	<i>66%</i>	<i>15%</i>	<i>19%</i>	<i>100%</i>
<i>Totale – SSN</i>	<i>52%</i>	<i>25%</i>	<i>23%</i>	<i>100%</i>

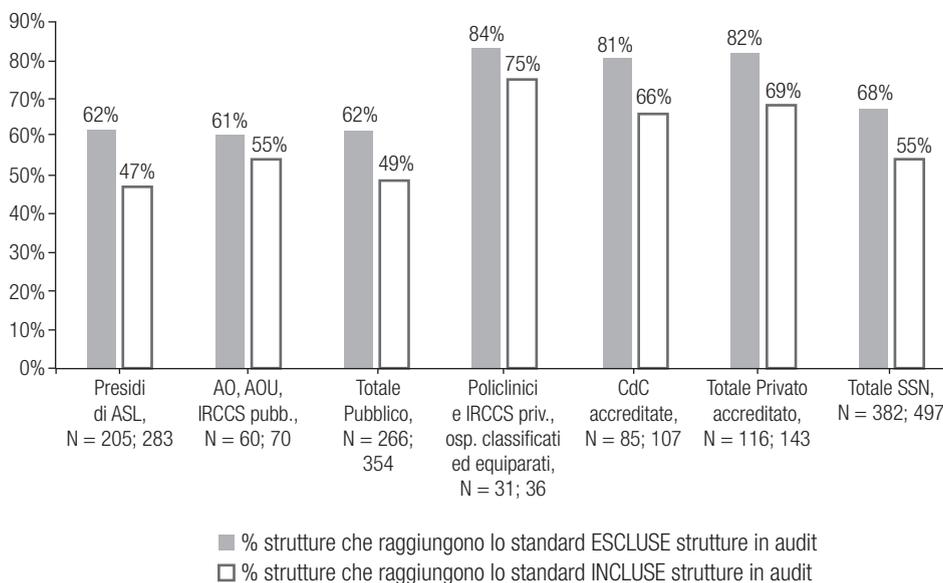
Fonte: rielaborazione OASI su dati PNE

Per una più completa interpretazione di questi dati, bisogna però considerare che le procedure di audit vengono più frequentemente avviate in presenza di valori inferiori allo standard e che spesso i valori sottoposti a scrutinio dichiarati vengono confermati o modificati in maniera non sostanziale a valle dell'attività di audit<sup>30</sup>. Per ogni tipologia di ospedale le percentuali di *compliance* riportate in Figura 6.8 sono quindi due: (i) escludendo gli ospedali in audit, dunque considerando un campione pari a 382 stabilimenti; (ii) poi includendo gli ospedali in audit, assumendo come validi i dati attualmente a disposizione e quindi tornando al campione allargato di 497 ospedali. A livello di SSN, escludendo gli ospedali in audit, il 68% degli ospedali rispetta lo standard; si scende al 55% se invece includiamo tutti gli stabilimenti. Gli ospedali privati accreditati registrano percentuali di *compliance* superiori rispetto ai pubblici adottando entrambi i criteri di calcolo (82% vs 62% e 70% vs 48%), con un *gap* che rimane attorno ai venti punti percentuali. I valori di *compliance* più alti (84%; 75%) si registrano per gli ospedali privati accreditati fortemente integrati con la rete di offerta pubblica (policlinici e IRCCS privati, enti di ricerca, ospedali classificati ed equiparati), seguiti dalle case di cura accreditate, che passano da una percentuale di *compliance* del 66% all'81% se si escludono le strutture in audit.

Una degenza preoperatoria inferiore a due giorni per i ricoverati ultrasessantacinquenni con frattura al collo del femore è considerato un requisito mi-

<sup>30</sup> Si veda la sezione del PNE dedicata alle attività di audit intraprese nel 2015 sui dati 2014.

**Figura 6.8 Colecistectomia laparoscopica con degenza inferiore a tre giorni: percentuale degli stabilimenti che rispettano lo standard, esclusi e inclusi gli stabilimenti in audit (N=382; 497), per natura giuridica e tipologia ospedale (2015)**



Fonte: rielaborazione OASI su dati PNE

nimo per assicurare la presa in carico chirurgica efficace di questa categoria di pazienti fragili<sup>31</sup>. Gli stabilimenti pubblici e privati accreditati che operano pazienti anziani con frattura del femore e che presentano la casistica sufficiente per standardizzare i volumi secondo adeguati parametri di rischio clinico<sup>32</sup> sono 440 (Tabella 6.4). Di questi, 393 (89%) sono pubblici e 47 (11%) sono privati accreditati. L'esiguità dei privati accreditati è al tempo stesso un limite in termini di confrontabilità con il pubblico e una conferma: i privati accreditati molto più raramente del pubblico si trovano a prendere in carico questi pazienti fragili, che provengono prevalentemente dalle reti dell'emergenza-urgenza (cfr. § 6.3.2). Gli ospedali per i quali è stata richiesta o è in corso una procedura di audit sono 120 a livello nazionale, pari al 27%. L'incidenza è più alta per i

<sup>31</sup> In Italia, con riferimento al 2015, si contano 70.827 ricoveri per frattura del femore in pazienti over65. Di questi, 38.700 ricoveri registrano una degenza pre-operatoria entro i due giorni. Si tratta del 55% del totale, poco al di sotto dello standard del 60%. Si segnala che la percentuale è in costante e marcata crescita dal 2008 (+33 punti percentuali). Per maggiori informazioni sui dati di esito del SSN, si rimanda al capitolo 2 del presente Rapporto.

<sup>32</sup> Sono esclusi gli ospedali con volumi inferiori ai 50 interventi annui, a fronte di uno standard minimo di 75.

Tabella 6.4 **Intervento per frattura del femore entro 2 giorni dal ricovero: ripartizione degli stabilimenti in base a macroarea geografica, natura giuridica e raggiungimento dello standard (2015)**

	Strutture che raggiungono lo standard	Strutture che non raggiungono lo standard	Strutture con audit in corso/da effettuare	Totale
NORD – pubblico	108	47	23	178
NORD – privato accreditato	11	7	7	25
CENTRO – pubblico	45	19	12	76
CENTRO – privato accreditato	7	3	1	11
SUD E ISOLE- pubblico	37	32	70	139
SUD E ISOLE- privato accreditato	1	3	7	11
<b>Totale – pubblico</b>	<b>190</b>	<b>98</b>	<b>105</b>	<b>393</b>
<b>Totale – privato accreditato</b>	<b>19</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>47</b>
<b>Totale – SSN</b>	<b>209</b>	<b>111</b>	<b>120</b>	<b>440</b>
<i>Totale – pubblico</i>	<i>48%</i>	<i>25%</i>	<i>27%</i>	<i>100%</i>
<i>Totale – privato accreditato</i>	<i>40%</i>	<i>28%</i>	<i>32%</i>	<i>100%</i>
<i>Totale – SSN</i>	<i>48%</i>	<i>25%</i>	<i>27%</i>	<i>100%</i>

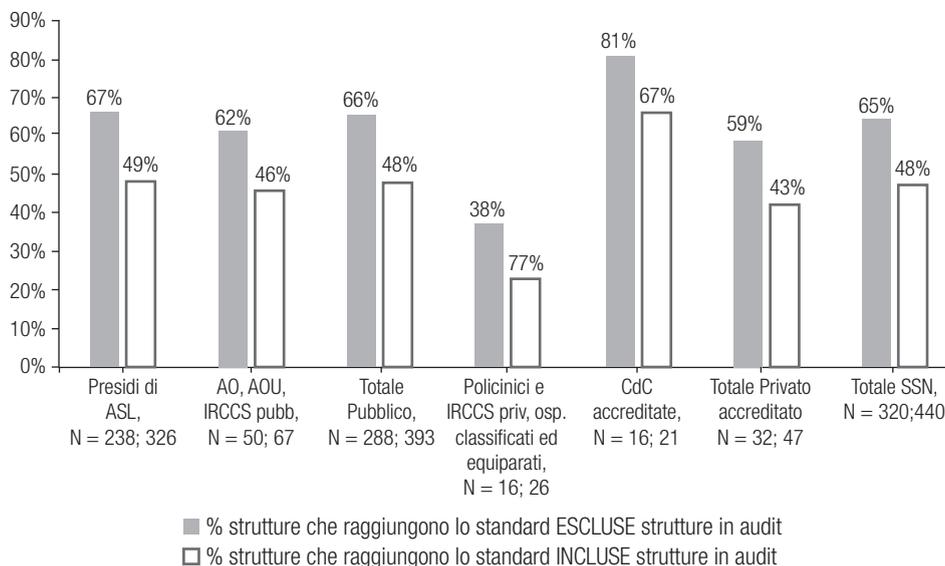
Fonte: rielaborazione OASI su dati PNE

privati accreditati (32%, 15 su 47) che per i pubblici (27%, 105 su 393). Tra i restanti 320 ospedali per cui non è stata richiesta una procedura di audit, se ne contano 209 che raggiungono lo standard (48%). Tale percentuale rimane pari al 48% per i pubblici, mentre cala al 40% per i privati accreditati. La percentuale di ospedali che raggiunge lo standard è più alta tra i privati accreditati del Centro (64%), ma si tratta di un campione molto ridotto (7 su 11). A seguire gli stabilimenti pubblici del Nord (61%, 108 su 178), che distanziano di pochi punti percentuali i pubblici del Centro (59%, 45 su 76) e in maniera più marcata i privati accreditati del Nord (44%, 11 su 25). I valori minimi si registrano invece nel Mezzogiorno, per i pubblici (27%, 37 su 139) e ancor più per i privati accreditati (9%, 1 su 11). Da notare che anche per gli interventi al femore gli stabilimenti in audit sono prevalentemente localizzati al Sud e nelle Isole<sup>33</sup>, dove se ne contano 77 tra pubblici (70) e privati accreditati (7). Tali ospedali rappresentano rispettivamente il 50% e il 64% delle relative categorie (dato non riportato in tabella).

La Figura 6.9, adottando la ripartizione per tipologia di struttura, riporta la percentuale di stabilimenti che raggiungono lo standard, confrontando i valori ottenuti prima escludendo e successivamente includendo dal computo gli ospedali in audit. A livello di SSN, escludendo gli ospedali in audit, il 65% degli ospedali rispetta lo standard; si scende al 48% se invece includiamo tutti gli stabilimenti. Gli ospedali pubblici registrano percentuali di *compliance* supe-

<sup>33</sup> Il 64% degli stabilimenti sottoposti ad audit a livello nazionale si trova nel Sud o nelle Isole.

Figura 6.9 **Intervento per frattura del femore entro 2 giorni dal ricovero: percentuale degli stabilimenti che rispettano lo standard, esclusi e inclusi gli stabilimenti in audit (N=320; 440), per natura giuridica e tipologia ospedale (2015)**



Fonte: rielaborazione OASI su dati PNE

riori rispetto ai privati accreditati, adottando entrambi i criteri di calcolo (66% vs 59% e 48% vs 45%). I valori di *compliance* più alti (81%; 67%) si registrano per le case di cura private accreditate, che tuttavia rappresentano un campione ridotto (N=21; 16). Seguono i presidi di ASL (67%; 49%) e le aziende ospedaliere e gli IRCCS pubblici (62%; 45%). Policlinici e IRCCS privati, enti di ricerca, ospedali classificati ed equiparati registrano la percentuale di *compliance* più bassa (38%; 23%), anche in questo caso costituendo un campione ridotto (N=16; 26).

La percentuale di parti cesarei è un classico indicatore di appropriatezza clinica in ambito perinatale<sup>34</sup>. Gli stabilimenti pubblici e privati accreditati con sala parto e che presentano la casistica sufficiente per standardizzare i volumi

<sup>34</sup> Nel nostro Paese, con riferimento al 2015, si contano 361.159 parti riferibili a gestanti senza tagli cesarei pregressi. Il 25,1% di questi parti (90.687) avviene grazie a un taglio cesareo primario, teoricamente in linea con lo standard del 25% valido per i punti nascita con più di 1.000 parti. Per i punti nascita sotto i mille parti, che rappresentano una quota molto considerevole (cfr. capitolo 5 del presente Rapporto) lo standard è però abbassato al 15%. Si segnala infine che la percentuale è in diminuzione dal 2008 (-4 punti percentuali). Per maggiori informazioni sui dati di esito del SSN, si rimanda al capitolo 2 del presente Rapporto.

Tanella 6.5 **Percentuale di parti cesarei primari: ripartizione degli stabilimenti (N=451) in base a macroarea geografica, natura giuridica e raggiungimento dello standard**

	Strutture che raggiungono lo standard	Strutture che non raggiungono lo standard	Strutture con audit in corso/da effettuare	Totale
NORD – pubblico	71	77	18	166
NORD – privato accreditato	7	8	6	21
CENTRO – pubblico	16	37	16	69
CENTRO – privato accreditato	1	5	6	12
SUD E ISOLE- pubblico	6	51	78	135
SUD E ISOLE- privato accreditato	2	13	33	48
<b>Totale – pubblico</b>	<b>93</b>	<b>165</b>	<b>112</b>	<b>370</b>
<b>Totale – privato accreditato</b>	<b>10</b>	<b>26</b>	<b>45</b>	<b>81</b>
<b>Totale – SSN</b>	<b>103</b>	<b>191</b>	<b>157</b>	<b>451</b>
<i>Totale – pubblico</i>	<i>25%</i>	<i>45%</i>	<i>30%</i>	<i>100%</i>
<i>Totale – privato accreditato</i>	<i>12%</i>	<i>32%</i>	<i>56%</i>	<i>100%</i>
<i>Totale – SSN</i>	<i>23%</i>	<i>42%</i>	<i>35%</i>	<i>100%</i>

Fonte: rielaborazione OASI su dati PNE

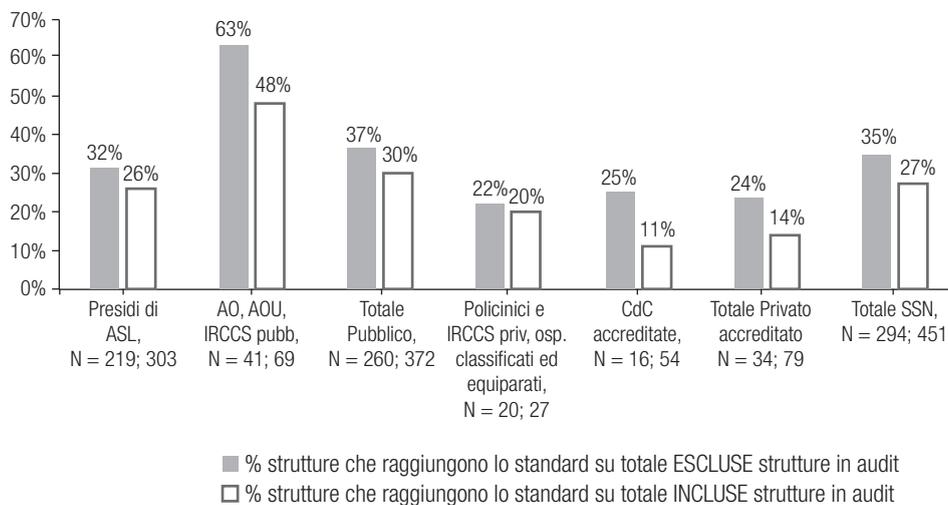
secondo adeguati parametri di rischio clinico<sup>35</sup> sono 451 a livello nazionale. Di questi, 370 (82%) sono pubblici e 81 (18%) sono privati accreditati.

Gli ospedali per i quali è stata richiesta o è in corso una procedura di audit sono 157 a livello nazionale, pari al 35%. L'incidenza è più alta per i privati accreditati (56%) che per i pubblici (30%). Tra i restanti 294 ospedali per cui non è stata richiesta una procedura di audit, a livello nazionale se ne contano 103 che rispettano le soglie massime (23%). Gli stabilimenti pubblici che raggiungono lo standard sono il 25% del totale, mentre i privati accreditati il 12%. La percentuale di ospedali che rispetta lo standard è più alta tra i pubblici del Nord (43%, 71 su 166), seguiti dai privati accreditati del Nord (33%, 7 su 21) e dai pubblici del Centro (23%, 16 su 69). I privati accreditati del Centro che rimangono entro le soglie sono l'8% (1 su 12), mentre gli ospedali del Mezzogiorno che rispettano lo standard sono solo il 4%, sia pubblici (6 su 135), sia privati (2 su 48). Come per le precedenti prestazioni, anche per i tagli cesarei gli stabilimenti in audit sono prevalentemente localizzati al Sud e nelle Isole<sup>36</sup>, dove se ne contano 111 tra pubblici (78) e privati accreditati (33); tali ospedali rappresentano rispettivamente il 58% e il 69% delle relative categorie.

<sup>35</sup> Sono esclusi gli ospedali con volumi inferiori ai 150 parti annui, a fronte di uno standard minimo di casistica di 500.

<sup>36</sup> Il 71% degli stabilimenti sottoposti ad audit a livello nazionale si trova nel Sud o nelle Isole.

Figura 6.10 **Percentuale di parti cesarei primari: percentuale degli stabilimenti che rispettano lo standard, esclusi e inclusi gli stabilimenti in audit (N=294; 451), per natura giuridica e tipologia ospedale (2015)**



Fonte: rielaborazione OASI su dati PNE

La Figura 6.10, adottando una ripartizione per tipologia di struttura, riporta la percentuale di stabilimenti che raggiungimento lo standard, confrontando i valori ottenuti prima escludendo e poi includendo dal computo gli ospedali in audit. A livello di SSN, escludendo gli ospedali in audit, il 35% degli ospedali rispetta lo standard; si scende al 27% se invece si includono tutti gli stabilimenti in audit. Gli ospedali pubblici registrano percentuali di *compliance* superiori rispetto ai privati accreditati, adottando entrambi i criteri di calcolo (37% vs 24% e 30% vs 14%). I valori di *compliance* più alti (63%; 48%) si registrano per le Aziende ospedaliere e gli IRCCS pubblici, mentre i più ridotti si registrano per i privati accreditati fortemente integrati con la rete di offerta (22%, 20%) e per le case di cura (25%, 11%).

La mortalità per gli interventi di valvuloplastica, prestazione ad alta complessità in costante aumento in termini di volumi<sup>37</sup>, rappresenta una *proxy* della qualità clinica assicurata nei centri cardiocirurgici<sup>38</sup>. Gli stabilimenti pubblici e privati accreditati che hanno eseguito valvuloplastiche e che presentano la casistica sufficiente per standardizzare i volumi secondo adeguati parametri di rischio clinico sono 91 (Tabella 6.6). Di questi, 51 (56%) sono pubblici e 40 (44%) sono privati accreditati. Gli ospedali per i quali è stata richiesta una pro-

<sup>37</sup> +20% tra 2008 e 2015 (cfr. PNE 2016).

<sup>38</sup> Cfr. PNE 2016

Tabella 6.6 **Mortalità a 30 gg per valvuloplastica isolata: ripartizione degli stabilimenti in base a macroarea geografica, natura giuridica e raggiungimento dello standard (2015)**

	Strutture che raggiungono lo standard	Strutture che non raggiungono lo standard	Strutture con audit in corso/da effettuare	Totale
NORD – pubblico	12	0	13	25
NORD – privato accreditato	15	0	5	20
CENTRO – pubblico	6	0	4	10
CENTRO – privato accreditato	4	0	2	6
SUD E ISOLE- pubblico	7	0	9	16
SUD E ISOLE- privato accreditato	4	0	10	14
<b>Totale – pubblico</b>	<b>25</b>	<b>0</b>	<b>26</b>	<b>51</b>
<b>Totale – privato accreditato</b>	<b>23</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>40</b>
<b>Totale – SSN</b>	<b>48</b>	<b>0</b>	<b>43</b>	<b>91</b>
<i>Totale – pubblico</i>	<i>49%</i>	<i>0%</i>	<i>51%</i>	<i>100%</i>
<i>Totale – privato accreditato</i>	<i>58%</i>	<i>0%</i>	<i>43%</i>	<i>100%</i>
<i>Totale – SSN</i>	<i>53%</i>	<i>0%</i>	<i>47%</i>	<i>100%</i>

Fonte: rielaborazione OASI su dati PNE

cedura di audit sono 43 a livello nazionale (47%). L'incidenza è più alta per i pubblici (51%, 26 su 51) che per i privati accreditati (43%, 17 su 40). Tutti gli ospedali per cui non è stata richiesta una procedura di audit raggiungono invece lo standard (53%). Tale percentuale è pari al 49% per gli ospedali pubblici e al 58% per i privati accreditati. La percentuale di ospedali che rispetta lo standard raggiunge i valori massimi tra i privati accreditati del Nord (75%, 15 su 20), e del Centro (67%, 4 su 6). All'opposto, i privati accreditati del Mezzogiorno si fermano al 29% (4 su 14), mentre i pubblici si posizionano su percentuali intermedie, tra il 44% del Mezzogiorno e il 60% del Nord. Specularmente, anche per le valvuloplastiche gli stabilimenti in audit sono prevalentemente localizzati al Sud e nelle Isole<sup>39</sup>.

Se si escludono gli ospedali in audit, il 100% degli stabilimenti rispetta lo standard. Includendo invece tutti gli stabilimenti e calcolando le percentuali sulla base dei valori attualmente trasmessi dalle strutture, il valore scende al 75%. Quest'ultima percentuale non si modifica in maniera rilevante comparando ospedali pubblici (76%) e privati accreditati (73%). Passando all'analisi per tipologia di struttura, le percentuali più elevate si registrano per le aziende ospedaliere e gli IRCCS pubblici (79%) e per i privati accreditati fortemente integrati con la rete di offerta (77%). Leggermente più ridotti i valori delle case di cura (70%) e dei presidi di ASL (69%).

<sup>39</sup> Il 44% degli stabilimenti sottoposti ad audit a livello nazionale si trova nel Sud o nelle Isole.

## 6.5 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. Questo paragrafo approfondisce dunque alcuni aspetti dell'attività territoriale (per un'analisi più completa e approfondita si rimanda al par. 4.4.2 del presente Rapporto) mettendo in evidenza il contributo del privato accreditato. 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>40</sup>.

La Tabella 6.7 presenta la distribuzione delle strutture territoriali nelle diverse regioni italiane riportando, per ciascuna categoria, il totale per l'anno 2013 e l'incidenza delle strutture private accreditate nel 1998 e nel 2013. L'attività territoriale risulta gestita prevalentemente da erogatori privati accreditati<sup>41</sup>, che hanno trovato spazi di sviluppo imprenditoriale sempre più ampi a fronte di una rete di offerta pubblica poco sviluppata. Nei 15 anni considerati il peso del privato in termini strutturali è cresciuto complessivamente dal 38,9% al 54,4%<sup>42</sup>, con una crescita comune a tutte le categorie e una consistente variabilità interregionale:

- ▶ nel caso di «Ambulatori e Laboratori», pubblico e privato accreditato continuano a equivalersi in termini di numerosità delle strutture a livello nazionale, con un lieve sbilanciamento a favore del privato accreditato (58,7% vs 41,3%), che mostra una tendenza in crescita negli ultimi 15 anni. 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 (80,7%) e Sicilia (79,9%), mentre i valori più bassi si registrano al Nord, in Piemonte (18,9%) e Liguria (21,4%);
- ▶ con riferimento alle strutture «Residenziali» e «Semiresidenziali», il privato accreditato registra nel periodo di tempo osservato una crescita in entrambi i

<sup>40</sup> Per maggiori approfondimenti relativi ai distretti e alle strutture impegnate nell'erogazione di prestazioni territoriali si veda il par. 4.3.2 del presente Rapporto.

<sup>41</sup> Tale analisi confronta erogatori pubblici e privati accreditati in meri termini strutturali, non essendo possibile valutare anche l'aspetto dimensionale servendosi dei dati di attività.

<sup>42</sup> Tale crescita in termini strutturali è determinata da due differenti trend: per ambulatori e laboratori che erogano attività specialistica si registra, lungo i 16 anni considerati, una contrazione nel numero di strutture private accreditate meno marcata rispetto a quella del pubblico (-18,7% rispetto a -44,3%); 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 in riduzione.

Tabella 6.7 Presenza di strutture territoriali e peso degli erogatori privati accreditati, per regione (1998-2013)

	Ambulatori e Laboratori		Strutture residenziali				Strutture semiresidenziali				Altri tipi di strutture territoriali				Totale strutture territoriali			
	% 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	
	1998	2013	2013	1998	2013	1998	2013	2013	1998	2013	2013	1998	2013	1998	2013	2013	1998	2013
Piemonte	445	22,1%	18,9%	1.022	57,3%	80,9%	197	42,1%	70,1%	379	2,1%	1,8%	2.043	23,9%	51,7%			
Valle d'Aosta	7	21,4%	57,1%	15	1,9%	86,7%	3	-	100,0%	26	0,0%	3,8%	51	4,2%	41,2%			
Lombardia	730	40,3%	61,4%	1.400	68,1%	86,2%	699	40,8%	80,4%	740	1,6%	15,7%	3.569	34,0%	65,4%			
PA Bolzano	55	16,8%	32,7%	89	52,2%	87,6%	7	-	0,0%	81	1,6%	19,8%	232	16,4%	48,3%			
PA Trento	46	17,5%	52,2%	90	20,0%	81,1%	35	0,0%	80,0%	40	0,0%	17,5%	211	15,1%	62,6%			
Veneto	474	46,4%	51,9%	812	51,2%	80,9%	494	43,3%	68,8%	537	20,9%	24,6%	2.317	38,9%	59,3%			
Friuli VG	121	23,8%	35,5%	187	45,3%	65,2%	83	7,7%	54,2%	100	4,3%	6,0%	491	24,4%	44,0%			
Liguria	364	30,9%	21,4%	301	57,1%	87,0%	64	7,1%	70,3%	122	0,0%	7,4%	851	25,5%	46,3%			
Emilia Romagna	441	31,2%	38,1%	879	46,6%	83,3%	556	31,6%	86,2%	625	5,6%	5,3%	2.501	31,2%	56,5%			
Toscana	767	35,9%	33,9%	549	49,8%	65,0%	251	12,4%	45,0%	518	6,9%	8,7%	2.085	30,3%	37,2%			
Umbria	140	14,6%	27,9%	159	37,2%	62,9%	90	0,0%	28,9%	115	3,0%	6,1%	504	14,8%	34,1%			
Marche	194	29,6%	54,6%	193	14,0%	65,8%	33	13,8%	9,1%	113	2,0%	8,0%	533	23,8%	46,0%			
Lazio	811	58,6%	68,4%	238	37,6%	73,5%	78	0,0%	11,5%	456	3,2%	7,0%	1.583	45,9%	48,7%			
Abruzzo	158	44,4%	59,5%	82	80,0%	69,5%	13	100,0%	0,0%	139	0,0%	2,2%	392	40,9%	39,3%			
Molise	54	48,8%	75,9%	18	0,0%	88,9%	14	0,0%	100,0%	19	0,0%	15,8%	105	40,4%	70,5%			
Campania	1.428	73,6%	80,7%	141	29,9%	31,9%	96	23,5%	16,7%	457	2,1%	35,4%	2.122	65,2%	64,8%			
Puglia	684	47,2%	62,6%	292	60,0%	88,0%	93	21,4%	76,3%	318	0,5%	4,7%	1.387	38,1%	55,6%			
Basilicata	111	21,5%	45,9%	37	23,1%	78,4%	4	100,0%	25,0%	60	4,2%	11,7%	212	20,4%	41,5%			
Calabria	387	49,4%	58,9%	111	45,7%	81,1%	15	12,5%	26,7%	141	14,3%	9,2%	654	45,1%	51,2%			
Sicilia	1.435	72,2%	79,9%	147	14,6%	52,4%	42	14,3%	11,9%	541	2,7%	17,2%	2.165	61,6%	61,0%			
Sardegna	362	45,7%	54,4%	72	18,2%	83,3%	19	7,7%	42,1%	167	1,0%	5,4%	620	36,3%	44,2%			
<b>ITALIA</b>	<b>9.214</b>	<b>49,3%</b>	<b>58,7%</b>	<b>6.834</b>	<b>50,4%</b>	<b>78,4%</b>	<b>2.886</b>	<b>29,6%</b>	<b>66,2%</b>	<b>5.694</b>	<b>5,1%</b>	<b>12,7%</b>	<b>24.628</b>	<b>38,9%</b>	<b>54,4%</b>			

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO 2013

segmenti che l'ha portato a occupare, a livello strutturale, un ruolo predominante (78,4% delle strutture residenziali e 66,2% di quelle semiresidenziali). Nel confronto interregionale sono soprattutto le regioni del Nord Italia a presentare le percentuali più elevate di strutture private accreditate (82,8% delle strutture Residenziali, 82,0% 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 33,4% e al 40,2%. Fanno eccezione Molise e Puglia, che per entrambe le tipologie presentano dati superiori alla media nazionale. Rispetto al 2012, le strutture residenziali sono aumentate rispettivamente di 90 e 63 unità nelle Marche e nel Lazio, mentre si registra una contrazione pari a 73 strutture in Emilia Romagna;

- ▶ 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 2013 presentava una quota pari al 12,7% del totale delle strutture. Il contributo risulta limitato in tutti i contesti territoriali e le uniche regioni che presentano una percentuale superiore al 20% sono Veneto e Campania (rispettivamente, 24,6% e 35,4%).

Ci si focalizza ora sulla specialistica ambulatoriale, la cui complessiva riprogettazione, in termini di servizi e modalità di erogazione degli stessi, rappresenta una delle principali sfide per i moderni sistemi sanitari in risposta ai cambiamenti epidemiologici e alla crescente prevalenza delle cronicità. 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. Queste strutture, prevalentemente di tipo extra-ospedaliero (nel 2013, rispettivamente il 71,0% delle strutture pubbliche e il 92,2% di quelle private accreditate erano localizzate in setting extra-ospedaliero), erogano tradizionalmente tre principali categorie di attività<sup>43</sup>:

- ▶ l'attività clinica, che include le visite specialistiche, le prestazioni riabilitative e quelle terapeutiche, assolvendo così alla funzione di consulenza diagnostica o terapeutica;

<sup>43</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. Per ulteriori approfondimenti si rimanda al Capitolo 8 del Rapporto OASI 2014 e al Capitolo 10 del Rapporto OASI 2015.

Tabella 6.8 **Confronto ambulatori e laboratori pubblici e privati accreditati per tipo di assistenza erogata e macroarea geografica (2013, %)**

	Strutture pubbliche			Strutture private accreditate		
	Clinica	Diagnostica	Laboratorio	Clinica	Diagnostica	Laboratorio
<b>Nord</b>	94,0%	40,4%	37,1%	74,8%	49,0%	31,4%
<b>Centro</b>	84,9%	31,7%	24,3%	45,2%	33,4%	46,6%
<b>Sud</b>	94,3%	39,5%	31,9%	41,5%	20,9%	51,0%
<b>Italia</b>	91,8%	37,9%	32,1%	49,0%	28,9%	46,2%

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO 2013

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

Il 91,8% delle strutture pubbliche eroga attività clinica, con sostanziale omogeneità su tutto il territorio nazionale, mentre, tra gli erogatori privati accreditati, solo uno ogni due (49,0%) garantisce visite specialistiche, con una differenza marcata tra i dati intermedi del Nord (74,8%) e quelli delle strutture accreditate del Centro e Sud Italia. Le strutture pubbliche offrono più frequentemente anche prestazioni di diagnostica strumentale rispetto a quelle accreditate (37,9% contro 28,9%), mentre l'erogazione di indagini di laboratorio è mediamente più frequente tra le strutture private accreditate (46,2% contro il 32,1% del pubblico). Complessivamente, si registra dunque una maggiore specializzazione tra le strutture private accreditate: in media, infatti, ambulatori e laboratori accreditati si focalizzano 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 multispecializzazione (il numero di specializzazioni medio per struttura è pari a 1,62). Tali differenze tendono ad acuirsi passando da Nord, dove gli erogatori privati accreditati mostrano un posizionamento in termini di linee di attività simile a quello pubblico, a Sud, dove tra i privati accreditati prevale una specializzazione quasi esclusiva su una sola tipologia di assistenza, con una forte focalizzazione sull'attività di laboratorio.

## 6.6 Conclusioni

La committenza di servizi pubblici, anche sanitari, è uno strumento da utilizzare con approccio collaborativo, pragmatismo e dinamicità (Boivard, 2016), nell'ottica di costruire delle soluzioni collaborative *win-win* tra committente ed erogatori. Alla luce di queste riflessioni, quali sono i principali punti di forza che la sanità privata accreditata mette a disposizione del SSN italiano, e a cui il regolatore nazionale e regionale dovrebbe dedicare particolare attenzione?

Il SSN italiano è caratterizzato da una rilevante quota di servizi offerti da soggetti privati accreditati, finanziati attraverso una quota pari al 19% della spesa sanitaria pubblica totale. Negli ultimi 15-20 anni la crescita del privato è stata spesso guidata da necessità contingenti, come l'esigenza di ribilanciare o addirittura costruire l'offerta pubblica in alcune aree di domanda emergente, come la riabilitazione, alcune branche ambulatoriali e l'assistenza sociosanitaria. In tali ambiti, la scarsità di risorse per nuovi investimenti e una serie di rigidità del sistema pubblico (si pensi alla gestione del personale) ha portato regioni e ASL a preferire la strada dell'accredimento a quella dell'avvio di nuovi servizi a gestione diretta (Longo, 2013). Ad oggi, il 25% dei posti letto ospedalieri, il 59% degli ambulatori e il 78% delle strutture sociosanitarie residenziali sono privati accreditati. Una prima considerazione è che le politiche sanitarie dirette a migliorare la continuità assistenziale tra livelli e *setting* di cura non possono prescindere dalla collaborazione con gli erogatori privati accreditati. Ciò è valido sia per l'introduzione di nuovi modelli organici di presa in carico, sia per l'implementazione di singoli ma cruciali strumenti come le centrali operative per le dimissioni.

Gli erogatori ospedalieri privati del SSN, su cui si è concentrato il presente capitolo, appaiono particolarmente solidi nelle attività chirurgiche d'elezione: in termini di esiti, si vedano gli eccellenti risultati riferibili alle degenze medie delle colecistectomie laparoscopiche e alla mortalità post-chirurgica delle valvuloplastiche isolate. Peraltro, alcuni privati accreditati risultano particolarmente efficienti anche nel gestire il passaggio al successivo percorso ospedaliero riabilitativo, ambito nel quale il 73% dei posti letto è da ricondurre a privati accreditati. Nel circuito dell'emergenza urgenza e delle attività scarsamente programmabili, come i punti nascita, gli erogatori pubblici restano invece più presenti ed evidenziano parametri di esito migliori, almeno stando ai due indicatori resi disponibili attraverso il PNE: è il caso dei valori sulle degenze preoperatorie dei pazienti anziani con rottura del femore, così come delle percentuali di parti cesarei. Nel complesso, si tratta di posizionamenti erogativi consolidati, che affondano le radici nelle diverse identità e finalità istituzionali dei soggetti pubblici e privati. Una seconda considerazione è che questi dati, pur con i loro limiti,

confermano la complementarità (e la potenzialità di apprendimento reciproco) tra erogatori pubblici e privati nel nostro SSN.

I dati del capitolo evidenziano la capacità di riposizionamento produttivo dimostrata da molti ospedali privati accreditati negli ultimi anni. Tra 2012 e 2016, la spesa ospedaliera accreditata è diminuita del 4%; nello stesso periodo, in un quadro di generale riduzione del numero di ricoveri, le strutture private accreditate hanno progressivamente contenuto il numero delle ospedalizzazioni meno remunerative (e spesso potenzialmente inappropriate) e si sono concentrate su profili di attività progressivamente più complessi (cfr. § 6.4.2). Anche se il SSN ha sperimentato grandi miglioramenti sul versante sia dell'appropriatezza che dell'efficienza, alcuni contesti regionali presentano ancora oggi tassi eccessivi di ospedalizzazione per prestazioni a bassa complessità e permanenze troppo prolungate nel reparto per acuti (cfr. cap. 4 del presente Rapporto). Una terza considerazione è quindi che la capacità del privato di effettuare rapidi riposizionamenti produttivi potrebbe essere indirizzata dal committente regionale verso obiettivi di riduzione dell'inappropriatezza e di miglioramento dei parametri di efficienza, in parallelo all'indispensabile monitoraggio degli esiti clinici. Pur essendo uno strumento ancora affinabile, il PNE offre a *policymaker*, manager e ricercatori del SSN uno strumento per implementare la ristrutturazione del sistema di offerta anche su parametri di efficacia e non solo di dotazione di PL. Tale ristrutturazione, peraltro prefigurata dal DM 70/2015 ma ad oggi non osservabile, dovrebbe interessare soprattutto le regioni meridionali (Carbone e Petracca, 2015), con l'accorpamento o l'uscita dal circuito SSN delle strutture polispecialistiche per acuti sotto i 60 PL.

Un altro punto di forza dei privati accreditati è la capacità di riposizionamento nel mercato. Una fonte che ha permesso a molti privati accreditati di far fronte alla diminuzione di risorse finanziarie del SSR, mantenendo i propri livelli di remunerazione (Figura 6.4), è stata la diversificazione di mercato, vale a dire l'attrazione di pazienti in mobilità. Tra 2013 e 2015 l'erogazione di ricoveri da parte di strutture pubbliche ha registrato un decremento complessivo del 3%, a fronte di un incremento del privato accreditato dell'11%. Ad oggi, però, a seguito della Legge di stabilità 2016, molte regioni stanno introducendo tetti anche sull'attività svolta da pazienti in mobilità. Tali misure, motivate dalla necessità di mantenere il controllo sui flussi finanziari regionali, lascia però scoperta una quota di domanda sanitaria, che ormai non trova più risposta né all'interno né all'esterno dei confini regionali. Ne consegue una quarta considerazione. Una strategia coordinata a livello nazionale ma attuata dalle regioni potrebbe assegnare le risorse che non vengono più erogate per la mobilità interregionale a quegli erogatori (privati o pubblici) che si impegnassero a ridurre i flussi di pazienti in uscita (eccetto che per l'altissima specialità). In tal

modo, a parità di remunerazione, la capacità produttiva dei privati accreditati verrebbe impiegata per rispondere ai bisogni dei loro territori, con un notevole beneficio in termini di equità e funzionalità per i pazienti.

Un'ultima conferma che deriva dalle analisi di esito, e che aggiunge un rilevante *caveat* alle considerazioni precedenti, è il profondo differenziale di performance tra erogatori privati accreditati delle diverse macro-aree geografiche del Paese. Con riferimento a tutte e quattro le prestazioni analizzate, la percentuale di strutture che raggiunge lo standard è sempre largamente superiore al Centro-Nord rispetto al Sud e alle Isole, similmente a quanto accade nel pubblico. Anche la percentuale di strutture private in audit è sistematicamente più alta nel Mezzogiorno, a testimoniare le criticità nella raccolta di dati solidi e nell'implementazione di affidabili sistemi di monitoraggio. Una quinta considerazione è che le leve della regolazione e della committenza saranno senz'altro importanti per cercare di recuperare il gap quali-quantitativo della sanità di molte aree del Mezzogiorno, ma, vista l'ampiezza del divario stesso, non potranno restare le uniche; dovranno essere accompagnate da politiche più ampie per favorire i trasferimenti tecnologici, gli investimenti strutturali e il rafforzamento delle competenze clinico-manageriali anche nel settore dell'assistenza privata accreditata.

## Bibliografia

- Boivard T. (2016), The ins and outs of outsourcing and insourcing: what have we learnt from the past 30 years?, *Public Money and Management*, pp. 67-64.
- Carbone C. (2013), *Le aziende sanitarie private accreditate: regole e posizionamento strategico*, Milano, Egea.
- Carbone C., Petracca F. (2015), «Gli erogatori privati accreditati: struttura e attività», in CERGAS (a cura di), *Rapporto Oasi 2015*, Milano, Egea, pp. 185-209.
- 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.
- Petracca F., Ricci A. (2016), «Gli ospedali privati accreditati: struttura, attività e attrazione di mobilità interregionale», in CERGAS Bocconi (a cura di), *Rapporto Oasi 2016*, Milano, Egea, pp. 201-223.
- Longo F. (2013), «Postfazione», in Carbone C. *Le aziende sanitarie private accreditate: regole e posizionamento strategico*, Milano, Egea, pp. 113-114.

