

a cura di
Eugenio Anessi Pessina
Elena Cantù

Rapporto OASI 2006

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

prefazione di Elio Borgonovi
e Francesco Longo

4 La sanità privata accreditata

di Clara Carbone e Francesca Lecci*

4.1 Introduzione

Il fine istituzionale di tutela della salute del SSN non è un compito esclusivo del sistema pubblico, ma è un obiettivo dell'intero sistema sociale, cui concorrono soggetti pubblici e privati che hanno ruoli diversi, ma di pari dignità.

Il carattere pubblicistico del SSN, più volte richiamato dalla normativa del nostro paese, non è ovviamente da associare a un'idea di esclusività dell'offerta sanitaria pubblica, quanto piuttosto all'unicità pubblica del governo delle regole e delle relazioni tra i soggetti del sistema (PSN 2006-2008).

L'intensificarsi delle relazioni tra strutture pubbliche e private rappresenta la base di partenza per la realizzazione di un sistema sociale come precedentemente inteso. L'introduzione dell'istituto dell'accreditamento ha agito in questa direzione: si è passati da una fase in cui i soggetti privati erano convenzionati perché capaci di integrare la capacità produttiva delle strutture pubbliche per quei settori a elevata domanda (determinando così una riduzione delle liste di attesa sul versante dell'assistenza ospedaliera e un miglioramento dell'integrazione socio-sanitaria sul versante delle prestazioni territoriali), a una fase, come quella attuale, in cui il SSN ha l'obiettivo di rispondere alle priorità assistenziali della popolazione garantendo l'offerta di prestazioni sanitarie, comprese quella ad alta complessità assistenziale e a elevato contenuto tecnologico, attraverso il potenziamento delle aziende di erogazione sia pubbliche sia private. In generale, il sistema di accreditamento rappresenta, da una parte, uno strumento di selezione dei soggetti che concorrono al fine istituzionale di tutela della salute, seppure con diversi possibili gradi di severità¹ (Bru-

* Benché il presente scritto sia il frutto del lavoro congiunto degli autori, i parr. 4.3.1, 4.3.2, 4.5, 4.6 e 4.7 sono da attribuirsi a Francesca Lecci, i restanti a Clara Carbone. Questo capitolo è frutto di un progetto di ricerca sulla sanità privata condotto da OASI in collaborazione con Assolombarda.

¹ Il fatto che la definizione del modello di accreditamento sia competenza delle singole regioni può ovviamente determinare processi di selezione più o meno restrittivi.

soni e Frosini 2002) e, dall'altra, un indirizzo forte nei confronti del modello organizzativo e gestionale da attuare.

L'obiettivo del presente capitolo è quello di fotografare la sanità privata accreditata e, in misura molto limitata a causa dell'assenza di fonti informative esaustive, quella non accreditata. L'analisi approfondisce inoltre le relazioni che intercorrono tra le strutture private accreditate e il mondo della sanità pubblica. In particolare, gli elementi che vengono trattati sono i seguenti:

- gli attori della sanità privata accreditata (tipologia, numero di strutture operanti nel sistema e peso del privato accreditato rispetto alle strutture pubbliche, par. 4.2);
- il sistema delle regole in cui operano le strutture private accreditate come, per esempio, la definizione del loro ruolo nell'ambito dei SSR e i meccanismi di finanziamento (par. 4.3);
- le scelte di assetto tecnico (configurazione fisico tecnica delle aziende) e di dimensionamento dell'organismo personale (par. 4.4);
- i dati di output in termini di tipologie e volumi delle prestazioni erogate (par. 4.5);
- i dati di spesa relativi all'ospedalità privata (par. 4.6);
- i dati di *outcome* in termini di soddisfazione della collettività per i servizi offerti dalle strutture private accreditate (par. 4.7).

4.2 Gli attori della sanità privata accreditata

Per descrivere la complessa rete dei soggetti privati accreditati del nostro paese, le strutture sono state classificate in base a due dimensioni:

1. l'ambito di afferenza della struttura a partire dalle categorie assistenziali individuate nel D.P.C.M. sui LEA (assistenza ospedaliera e assistenza distrettuale)²;
2. il livello di intensità di cura (emergenza, specialistica, riabilitazione e lungodegenza).

² Per assistenza ospedaliera si intendono le seguenti prestazioni:

- a. pronto soccorso;
- b. degenza ordinaria;
- c. *day hospital*;
- d. *day surgery*;
- e. interventi ospedalieri a domicilio (in base ai modelli organizzativi fissati dalle regioni);
- f. riabilitazione;
- g. lungodegenza;
- h. raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali;
- i. attività di prelievo, conservazione e distribuzione di tessuti;
- l. attività di trapianto di organi e tessuti.

Per assistenza distrettuale si intendono le seguenti prestazioni:

- a. assistenza sanitaria di base;
- b. attività di emergenza sanitaria territoriale;

Da questa preliminare fotografia rimangono esclusi gli ambiti legati all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (prevenzione, igiene, sanità pubblica ecc.) in quanto, a oggi, tali ambiti sono esclusivamente presidiati dalle strutture pubbliche (attraverso i dipartimenti di prevenzione delle ASL) e le strutture private intervengono solo in alcuni programmi (per esempio, lo *screening* per i tumori a fini preventivi). In prospettiva non si esclude uno sviluppo di investimenti nel campo della prevenzione da parte del mondo della sanità privata.

Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, i soggetti privati accreditati che erogano prestazioni sanitarie si distribuiscono nei quattro segmenti di intensità di cura sopra indicati. In quest'ambito non vengono trattati i temi dell'assistenza sanitaria di base e farmaceutica, benché gestiti da soggetti privati convenzionati (MMG, PLS e farmacie), perché esulano dall'analisi di questo studio. In particolare (cfr. Tab. 4.1):

- i servizi di emergenza possono essere affidati ad aziende private che offrono i servizi di trasporto (per esempio, servizio ambulanze);
- nell'ambito dell'assistenza specialistica, i principali attori sono gli ambulatori e i laboratori che erogano attività specialistiche cliniche, di laboratorio e di diagnostica strumentale;
- l'assistenza riabilitativa è erogata per lo più da strutture residenziali (per esempio, comunità terapeutiche per il recupero dei tossicodipendenti, istituti di riabilitazione e centri di salute mentale) e semiresidenziali (per esempio, centri diurni psichiatrici);
- rispetto all'assistenza ai lungodegenti, i principali attori sono le strutture residenziali per l'assistenza alle persone ultrasessantacinquenni non autosufficienti (per esempio, le RSA o le case protette) e a soggetti disabili non autosufficienti, non assistibili a domicilio. Il paziente lungodegente che viene assistito nel territorio, pur ricevendo trattamenti sanitari assistenziali continui, non necessita di ricovero in strutture di tipo ospedaliero.

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera (cfr. Tab. 4.1), i soggetti privati che erogano prestazioni sanitarie sono le case di cura private accreditate e parte delle strutture equiparate alle pubbliche (gli IRCCS di diritto privato, gli ospedali classificati³, gli ospedali qualificati presidio di ASL⁴, i policlinici privati a gestione diretta

c. assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali;

d. assistenza integrativa;

e. assistenza specialistica ambulatoriale;

f. assistenza protesica;

g. assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare;

h. assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale;

i. assistenza termale.

³ Gli ospedali classificati sono strutture di proprietà di enti religiosi.

⁴ Gli istituti qualificati presidio di ASL rappresentano una categoria residuale di strutture di ricovero di proprietà di enti religiosi o di soggetti privati.

Tabella 4.1 Attori della sanità privata accreditata

Intensità di cura	Ambito di afferenza	
	Assistenza distrettuale	Assistenza ospedaliera
<i>Emergenza-urgenza</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Aziende per il trasporto pazienti (per esempio, servizio ambulanze) • Aziende per la ricezione delle richieste di intervento per l'emergenza sanitaria e coordinamento degli interventi nell'ambito territoriale 	<ul style="list-style-type: none"> • Case di cura dotate di servizi per l'emergenza • IRCCS di diritto privato dotati di servizi per l'emergenza • Ospedali classificati dotati di servizi per l'emergenza • Istituti qualificati presidio ASL dotati di servizi per l'emergenza • Policlinici privati a gestione diretta dell'università dotati di servizi per l'emergenza
<i>Specialistica</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatori e laboratori (ospedalieri ed extraospedalieri) • Altre strutture territoriali: centro trasfusionale, centro dialisi, stabilimenti idrotermali 	<ul style="list-style-type: none"> • Case di cura • IRCCS di diritto privato • Ospedali classificati • Istituti qualificati presidio ASL • Policlinici privati a gestione diretta dell'università
<i>Riabilitazione</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Strutture residenziali (per esempio, istituti di riabilitazione <i>ex art.</i> 26 legge 833/1978, comunità terapeutica per il recupero dei tossicodipendenti) • Strutture semiresidenziali (per esempio, istituti di riabilitazione <i>ex art.</i> 26 legge 833/1978 e centri diurni psichiatrici) 	<ul style="list-style-type: none"> • Case di cura • IRCCS di diritto privato • Ospedali classificati • Istituti qualificati presidio ASL • Policlinici privati a gestione diretta dell'università
<i>Lungodegenza</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Strutture residenziali (per esempio, strutture per l'assistenza agli anziani, RSA e case protette, ai disabili fisici e psichici) 	<ul style="list-style-type: none"> • Case di cura • IRCCS di diritto privato • Ospedali classificati • Istituti qualificati presidio ASL • Policlinici privati a gestione diretta dell'università

Fonte: nostra elaborazione

dell'università). In particolare, alcune di queste operano a livello di emergenza-urgenza quando dotate, per esempio, di un dipartimento di emergenza, un pronto soccorso (PS), un centro di rianimazione, un servizio di ambulanze.

Fatta questa descrizione dei «segmenti di mercato» in cui opera il privato accreditato, in questo paragrafo approfondiamo il tema in termini di numero di strutture che vi operano. A questo proposito è opportuno, però, segnalare che la presentazione di alcuni dati di confronto tra le strutture pubbliche e private sconta il limite di rilevazione dei dati ministeriali che generalmente aggregano ai dati delle strutture pubbliche quelli delle strutture equiparate alle pubbliche, pur includendo

queste ultime una quota rilevante di istituti privati. Nel prosieguo di questo capitolo si è cercato, laddove possibile, di scorporare nell'ambito delle strutture equiparate alle pubbliche i dati di quelle private (IRCCS di diritto privato, ospedali classificati, istituti privati qualificati presidio di ASL e policlinici privati a gestione diretta dell'università).

Con riferimento alle case di cura private (accreditate e non), la Tab. 4.2 ne presenta la distribuzione geografica e la variazione in valore assoluto nel periodo 1997-2004 nei vari SSR: la riduzione delle case di cura private non accreditate (da

Tabella 4.2 **Case di cura private accreditate e non e variazione in valore assoluto (1997-2004)**

Regione	Case di cura private accreditate			Case di cura private non accreditate		
	1997	2004	Variazione 1997-2004	1997	2004	Variazione 1997-2004
Piemonte	39	41	2	9	5	-4
Valle d'Aosta			0			0
Lombardia	55	61	6	10	13	3
Bolzano	8	5	-3	3	2	-1
Trento	5	5	0			0
Veneto	16	15	-1	4	3	-1
Friuli Venezia Giulia	5	5	0			0
Liguria	2	3	1	8	7	-1
Emilia Romagna	39	45	6	7	3	-4
Toscana	30	28	-2	6	3	-3
Umbria	4	5	1			0
Marche	14	14	0			0
Lazio	100	84	-16	45	34	-11
Abruzzo	11	12	1	1		-1
Molise	3	3	0			0
Campania	73	71	-2	6	5	-1
Puglia	35	32	-3	3	6	3
Basilicata	1	1	0			0
Calabria	36	38	2			0
Sicilia	49	61	12	9	1	-8
Sardegna	12	13	1	0		0
Italia	537	542	5	111	82	-29

Fonte: Attività Economiche e Gestionali, ministero della Salute

111 a 82) è stata solo minimamente compensata da un aumento di quelle accreditate (da 537 del 1997 a 542 del 2004). La regione che ha accreditato di più nel corso degli anni considerati è stata la Sicilia (+12) seguita da Lombardia ed Emilia Romagna (+6); quella che ha registrato la più elevata variazione in diminuzione è stata il Lazio (-16). Riguardo alle strutture non accreditate, tutte le regioni registrano dei decrementi a eccezione di Puglia e Lombardia (+3).

Le prime 20 case di cura del nostro paese per dotazione di posti letto accreditati⁵ sono localizzate prevalentemente in due regioni (cfr. Tab. 4.3): Lombardia (8

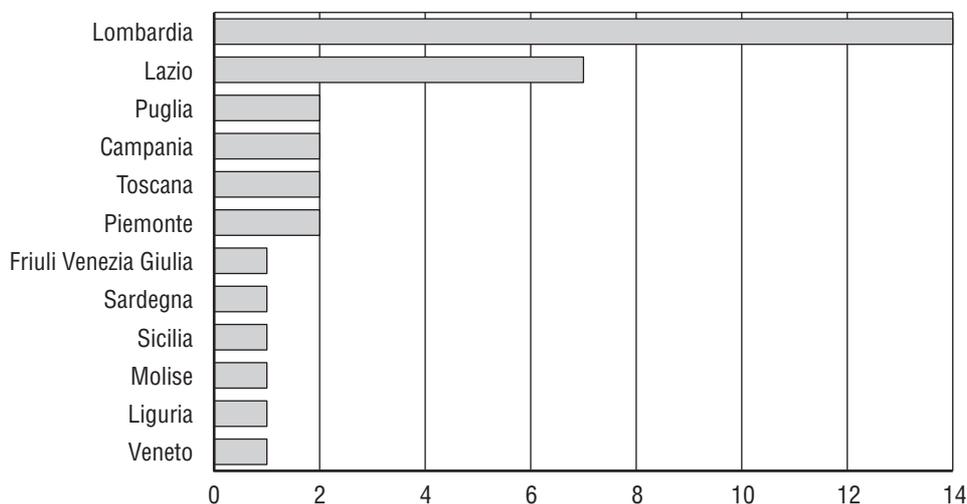
Tabella 4.3 **Ubicazione delle prime 20 case di cura private accreditate per dimensioni dei posti letto accreditati (2003)**

Regione	ASL di afferenza	Casa di cura privata accreditata	Posti letto accreditati
Lazio	RM/H	Villa delle Querce – POLIGEST	540
Lombardia	ASL prov. Milano 2	Istituto clinico «Humanitas», Rozzano	473
Campania	Napoli 1	Casa di cura «Villa Russo» SpA	423
Lazio	Latina	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	417
Lombardia	ASL prov. Milano 2	Istituto policlinico S. Donato SpA, S. Donato Mil.	380
Calabria	Reggio Calabria	Policlinico Madonna della Consolazione	360
Abruzzo	Pescara	Casa di cura privata Villa Serena dottor Petruzzi	352
Lazio	RM/G	Centro di sanità srl Nomentana Hospital	344
Lombardia	ASL Città di Milano	Istituto ortopedico Galeazzi SpA	343
Lombardia	ASL prov. Brescia	Poliambulanza	338
Sicilia	Palermo	Casa di cura Noto Pasqualino srl	335
Lazio	RM/H	San Raffaele, Velletri	330
Lazio	RM/E	Aurelia Hospital	322
Lombardia	ASL prov. Brescia	Istituto clinico Città di Brescia SpA	320
Lombardia	ASL prov. Bergamo	Policlinico San Pietro SpA	314
Lombardia	ASL prov. Bergamo	Policlinico San Marco srl, Osio Sotto	310
Lazio	RM/D	Casa di cura S. Raffaele	298
Lombardia	ASL prov. Brescia	Casa di cura S. Anna	294
Campania	Salerno 2	Campolongo Hospital SpA CEMFR, Eboli	283
Toscana	Firenze	Casa di cura Ulivella e Glicini	271

Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

⁵ Si sottolinea come il numero di posti letto accreditati non rappresenta necessariamente la dimensione effettiva della struttura di ricovero. Quest'ultima andrebbe, infatti, indagata con riferimento ai posti letto autorizzati rispetto ai quali, però, non esistono dati confrontabili.

Figura 4.1 Numero assoluto di IRCCS di diritto privato* per regione (2005)



* Si conteggiano sia le sedi centrali sia le sedi distaccate perché spesso queste ultime possono essere localizzate in regioni diverse dalla sede centrale.

Fonte: nostra elaborazione

strutture) e Lazio (6 strutture). Per il resto, le strutture sono ubicate in Campania, Calabria, Abruzzo, Sicilia e Toscana.

Riguardo agli IRCCS di diritto privato, essi hanno sede in 12 regioni su 21 e ammontano a 35 strutture (cfr. Fig. 4.1): la regione che registra la concentrazione più elevata è la Lombardia (14), seguita dal Lazio (7). Inoltre, la Tab. 4.4 riporta l'ubicazione dei primi cinque IRCCS di diritto privato per unità complessive di personale operante nella struttura⁶ e per il numero dei posti letto.

Le altre strutture ospedaliere equiparate alle pubbliche ammontano nel 2005 a 55 strutture di cui 39 ospedali classificati, 14 istituti qualificati presidio ASL e 2 policlinici privati a gestione diretta dell'università (Policlinico A. Gemelli dell'Università Cattolica di Roma, con 1.973 posti letto, e Policlinico Campus Biomedico, con 123 posti letto). La Tab. 4.5 evidenzia le prime 5 strutture classificate e qualificate per numero di posti letto.

Riguardo all'assistenza territoriale di tipo specialistico, gli ambulatori e i laboratori privati accreditati sono concentrati prevalentemente nelle regioni del Sud (a eccezione di Abruzzo, Puglia e Basilicata) e in Lazio, dove si registra una presenza di strutture per 100.000 abitanti superiore al dato medio nazionale (10,4 per 100.000 abitanti, cfr. Tab. 4.6). In generale, tali strutture operano per lo più in ambito extraospedaliero (solo il 6 per cento degli ambulatori e labora-

⁶ Sono state conteggiate sia le unità di personale dipendente sia quelle aventi altro rapporto. Per una maggiore spiegazione di queste tipologie di impiego si veda il par. 4.4.

Tabella 4.4 I primi cinque IRCCS di diritto privato per unità di personale (2004)

Regione	ASL di afferenza	Denominazione IRCCS di diritto privato	Personale	PL*
Lombardia	ASL della Città di Milano	IRCCS S. Raffaele	2.899	1.018
Puglia	FG/1	Casa Sollievo della Sofferenza	2.306	1.000
Lazio	RM/A	Ospedale pediatrico Bambino Gesù	1.983	624
Lombardia	ASL prov. Pavia	Fondazione Maugeri, Centro medico di Pavia	823	381
Lazio	Roma	IDI	765	258

* Dato aggiornato al 2003.

Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

Tabella 4.5 Le prime cinque strutture classificate qualificate presidio di ASL per numero di posti letto (2003)

Regione	ASL di afferenza	Denominazione struttura	Posti letto	Tipologia
Puglia	BA/3	Ospedale Miulli	561	Ospedali classificati o assimilati
Lazio	RM/E	Ospedale San Pietro Fatebenefratelli	468	
Piemonte	Torino I	Ospedale Mauriziano «Umberto I»*	392	
Puglia	LE/2	Ospedale generale provinciale cardiologico G. Panico	380	
Lombardia	ASL prov. Brescia	Ospedale S. Orsola FBF	334	

* L'ospedale Mauriziano dal 2005 è diventato una AO parte del gruppo pubblico (cfr. Capitolo 2).

Fonte: nostra elaborazione

tori privati accreditati svolge la propria attività all'interno di presidi o stabilimenti ospedalieri). Un ulteriore passaggio può essere effettuato confrontando la titolarità del rapporto. Quasi il 70 per cento di queste strutture assistenziali opera nell'ambito di una società benché si registri una certa variabilità tra i vari SSR: percentuali più elevate si rilevano in Valle d'Aosta (100 per cento), Campania (circa 91 per cento) e Lazio (quasi 86 per cento); quelle più basse in Friuli Venezia Giulia (24,4 per cento) e nella provincia autonoma di Bolzano (29 per cento). Il restante 30 per cento opta per la titolarità in capo al singolo medico o alla singola casa di cura, oppure sceglie altre tipologie di rapporto.

Infine, per gli ambulatori e i laboratori si evidenzia il forte peso del privato accreditato pari al 57 per cento delle strutture complessive a livello nazionale

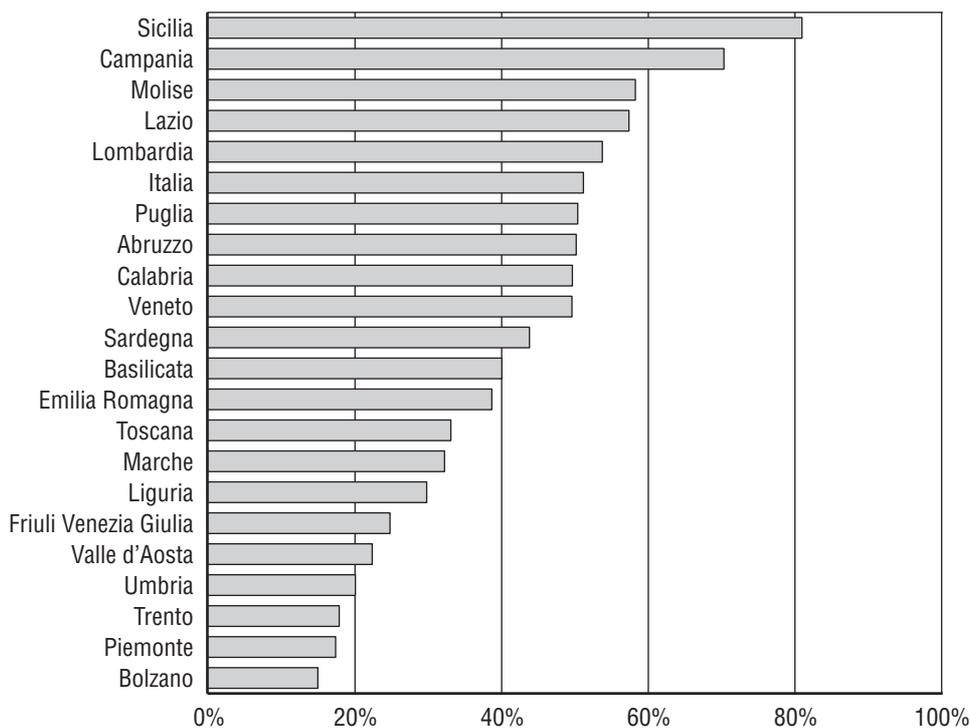
Tabella 4.6 **Ambulatori e laboratori privati accreditati (2004)**

Regione	Ambulatori e laboratori strutture private accreditate		
	Totale	Per 100.000 abitanti	Di cui extraospedalieri
Piemonte	92	2,2	78%
Valle d'Aosta	2	1,6	100%
Lombardia	502	5,4	83%
Bolzano	31	6,6	71%
Trento	9	1,8	78%
Veneto	261	5,6	93%
Friuli Venezia Giulia	41	3,4	95%
Liguria	161	10,2	100%
Emilia Romagna	195	4,8	84%
Toscana	356	10,0	92%
Umbria	22	2,6	86%
Marche	91	6,0	91%
Lazio	594	11,4	92%
Abruzzo	113	8,8	96%
Molise	37	11,5	97%
Campania	1.194	20,7	96%
Puglia	364	9,0	97%
Basilicata	46	7,7	100%
Calabria	253	12,6	96%
Sicilia	1.456	29,1	98%
Sardegna	192	11,7	97%
Italia	6.012	10,4	94%

Fonte: Attività Economiche e Gestionali, ministero della Salute

(cfr. Fig. 4.2). Rispetto allo scorso anno vi è stata una diminuzione del numero complessivo (da circa 14.448 nel 2003 a 10.541 nel 2004) e un aumento del peso del privato accreditato (da 50 per cento nel 2003 a 57 per cento nel 2004). Tali dinamiche sono dipese soprattutto da fenomeni di accorpamento di laboratori e ambulatori pubblici. La presenza di strutture private accreditate è rilevante (addirittura preponderante) nelle regioni meridionali (insieme a Lazio, Lombardia e Veneto). Inoltre, si sottolinea come Sicilia e Campania contribuiscano in modo rilevante a determinare la percentuale elevata del livello nazionale (57 per cento): queste due regioni, che rappresentano rispettivamente il 9 e il 10 per

Figura 4.2 **Percentuale ambulatori e laboratori privati accreditati sul totale degli ambulatori e laboratori (2004)**



Fonte: nostra elaborazione

cento della popolazione italiana, presentano una dotazione di ambulatori e laboratori privati accreditati pari rispettivamente a 20,7 e 29,1 per 100.000 abitanti contro i 10,4 nazionali (cfr. Tab. 4.6).

Rispetto all'attività di riabilitazione e lungodegenza, le strutture che operano prevalentemente a livello territoriale sono le strutture semiresidenziali e residenziali. Per entrambe le tipologie di strutture sono le regioni del Nord (in particolare, Emilia Romagna, Lombardia, Veneto e Valle d'Aosta) a presentare le più elevate percentuali di strutture private accreditate, a cui si aggiungono il Molise, dove tutte le strutture residenziali e semiresidenziali sono gestite dal privato, l'Abruzzo e la Puglia, dove il privato gestisce rispettivamente l'81 e il 73 per cento delle strutture residenziali (cfr. Tab. 4.7).

L'attività di riabilitazione si svolge anche nell'ambito degli istituti di riabilitazione *ex art. 26* della legge 833/1978: in quasi tutte le regioni più del 70 per cento degli istituti di riabilitazione è privato accreditato. Fanno eccezione la Toscana e la Puglia, dove l'offerta pubblica supera il 50 per cento, e la Valle d'Aosta in cui non si rilevano istituti di riabilitazione *ex art. 26* della legge 833/1978 (cfr. Fig.

Tabella 4.7 **Percentuale delle strutture residenziali e semiresidenziali private accreditate sul totale per regione (2004)**

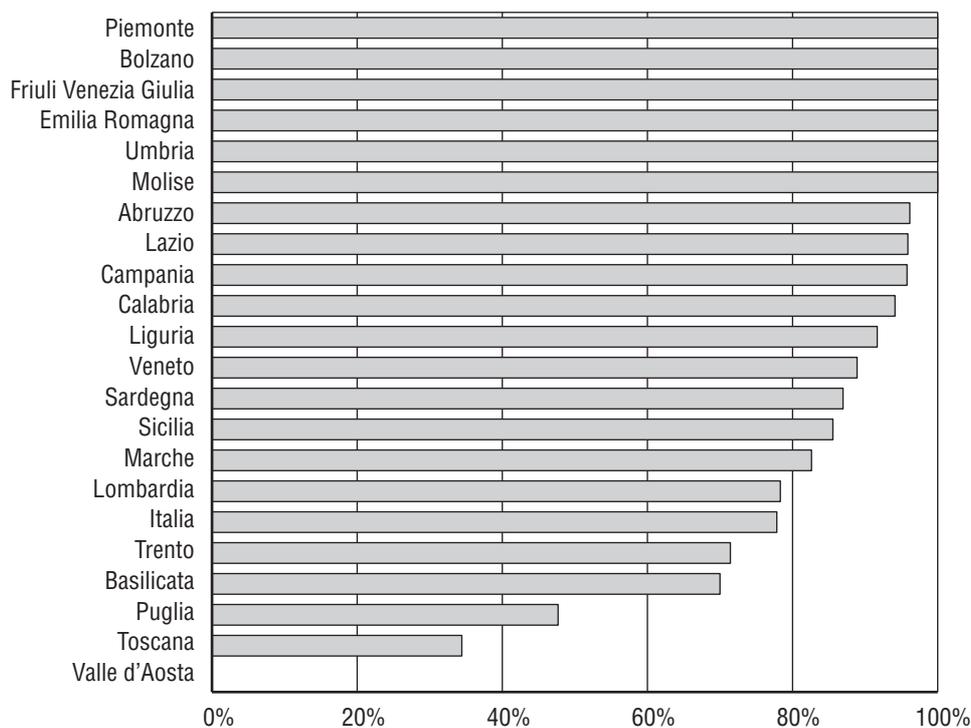
Regione	Strutture semiresidenziali	Di cui privati accreditati	Strutture residenziali	Di cui privati accreditati
Piemonte	124	49%	494	58%
Valle d'Aosta	1	100%	3	100%
Lombardia	530	61%	949	82%
Bolzano	5	0%	23	65%
Trento	0		55	87%
Veneto	333	56%	569	77%
Friuli Venezia Giulia	51	27%	136	58%
Liguria	45	36%	132	70%
Emilia Romagna	447	80%	572	83%
Toscana	227	31%	455	57%
Umbria	49	35%	68	38%
Marche	31	19%	81	35%
Lazio	52	4%	118	55%
Abruzzo	8	13%	42	81%
Molise	6	100%	8	100%
Campania	75	21%	126	40%
Puglia	40	38%	88	73%
Basilicata	3	33%	20	60%
Calabria	14	50%	50	62%
Sicilia	34	15%	95	52%
Sardegna	13	31%	48	56%
Italia	2088	53%	4132	69%

Fonte: Attività Economiche e Gestionali, ministero della Salute

4.3). Nell'ambito di tali istituti l'attività è svolta sia in regime residenziale sia semiresidenziale.

Un'ultima considerazione rispetto al tema degli attori della sanità privata riguarda la tendenza attuale verso la concentrazione, attraverso acquisizione ed eventuale fusione di strutture assistenziali sia ospedaliere sia territoriali. La Tab. 4.8 riporta i principali gruppi, ovvero quelli con una maggiore dotazione di posti letto complessivi, fornendo anche informazioni rispetto alla forma giuridica della

Figura 4.3 **Percentuale degli istituti di riabilitazione *ex art. 26* della legge 833/1978 privati accreditati sul totale per regione (2004)**



Fonte: Attività Economiche e Gestionali, ministero della Salute

capogruppo, alla denominazione delle strutture di erogazione di servizi sanitari, all'ambito di afferenza della singola struttura. È opportuno, tuttavia, segnalare che le informazioni sui posti letto autorizzati e accreditati si basano su fonti informative (AIOP e ministero della Salute) non esaustive: AIOP fornisce dati sui posti letto autorizzati e accreditati, ma limitatamente alle sue associate; il database del ministero della Salute riporta solo i posti letto accreditati. Rispetto a queste dinamiche è rilevante sottolineare come processi di concentrazione si stiano realizzando attraverso l'acquisizione di strutture che operano:

1. in diverse regioni (questo è il caso di HSS, Humanitas e GVM);
2. in ambiti assistenziali diversi con l'obiettivo di offrire un portafoglio di servizi sia ospedalieri sia territoriali (per esempio, servizi di riabilitazione, lungodegenza, psichiatria ecc.) più completo e meno specialistico (questo è il caso di tutti i gruppi individuati a eccezione di Humanitas).

Infine, solo GVM presenta anche strutture assistenziali all'estero.

Tabella 4.8 Principali gruppi della sanità privata

Gruppo	Forma giuridica della capogruppo	Regioni in cui opera il gruppo	Strutture di ricovero	Ambito di aferenza**	PL complessivi (PL accreditati)
<i>Papiniano</i>	SpA	Lombardia	Casa di cura Città di Milano Casa di cura Madonnina SpA Istituto clinico Beato Matteo SpA Istituto clinico Prof. E. Morelli SpA Istituto clinico S. Siro SpA Istituto clinico Villa Aprica SpA Istituto policlinico San Donato Istituto ortopedico Galeazzi Istituto clinico S. Ambrogio Istituti clinici Zucchi SpA Istituto clinico Città di Brescia Policlinico San Pietro SpA Istituto clinico Anna SpA Istituto di cura Città di Pavia srl Policlinico San Marco	Ospedali e case di cura generali Ospedali e case di cura generali Servizi ospedalieri Servizi ospedalieri Servizi ospedalieri Assistenza sociale residenziale Servizi ospedalieri Servizi ospedalieri	3.343 (2.971)
<i>HSS (Holding Sanità e Servizi)</i>	SpA	Lombardia	Rehab srl Ospedale di Suzzara Casa Verde Physioclinic srl	Centro di riabilitazione, di recupero e rieducazione Ospedali e case di cura generali Assistenza sociale residenziale Riabilitazione sportivo-agnostica e amatoriale	1.200 (n.d.)

Tabella 4.8 (segue)

Gruppo	Forma giuridica della capogruppo	Regioni in cui opera il gruppo	Strutture di ricovero	Ambito di appartenenza**	PL complessivi (PL accreditati)
HSS (segue)		Liguria	Cima srl Villa Margherita Redancia srl	Ospedali e case di cura psichiatrici Assistenza sociale residenziale Ospedali e case di cura psichiatrici	
Tosinvest Italia sas di G.P.S. Gestione Partecipazioni Sanitarie	sas	Lazio	Casa di cura Villa Patrizia SpA* Residenze dei Renai srl* Villa Monica* Consorzio S. Raffaele	Residenza sanitaria e assistenziale Ospedali e case di cura specializzati (disciplina di riabilitazione) Residenza sanitaria e assistenziale Residenza sanitaria e assistenziale	967 (967)
GVM (Gruppo Villa Maria)	SpA	Emilia Romagna	Villa Maria Cecilia RMC srl* Città di Lecce Hospital srl* Villalba Hospital srl San Pier Damiano Hospital SpA Sant'Anna Hospital SRL* GVM Sanità srl* Villa dei Gerani Hospital srl* Salus Hospital SpA Primus srl*	Ospedali e case di cura generali Studi medici specialistici e poliambulatorii Case di riposo e altri istituti di ricovero per anziani Ospedali e case di cura generali Servizi ospedalieri Ospedali e case di cura generali Ospedali e case di cura specializzati Ospedali e case di cura generali Servizi ospedalieri Studi medici specialistici e poliambulatorii	933 (245)

Tabella 4.8 (segue)

Gruppo	Forma giuridica della capogruppo	Regioni in cui opera il gruppo	Strutture di ricovero	Ambito di appartenenza**	PL complessivi (PL accreditati)
GVM (segue)	SpA	Piemonte	Primus Fori Medical Center srl*	Studi medici specialistici e poliambulatorii	568 (568)
			Salsubium SpA*	Stabilimenti idrotermali	
	Toscana	Piemonte	Sport Medicine Center srl*	Fisioterapia	568 (568)
			Villa Maria Pia Hospital srl	Ospedali e case di cura generali	
	Puglia	Toscana	Villa Maria Beatrice Hospital srl	Ospedali e case di cura specializzati	568 (568)
			Anthea Hospital srl	Servizi ospedalieri	
	Sicilia	Liguria	Villa Maria Eleonora Hospital srl	Ospedali e case di cura generali	568 (568)
			Agrigento Medical Center srl*	Studi di radiologia e radioterapia	
	Albania	Sicilia	Villa Azzurra Hospital srl	Ospedali e case di cura generali	568 (568)
			GVM Romania*	Ospedali e case di cura generali	
Tunisia	Lombardia	Villa Maria Albania*	Ospedali e case di cura generali	568 (568)	
		Clinique Internationale de Carthage*	Ospedali e case di cura generali		
Humanitas	SpA	Piemonte	Casa di cura Cellini SpA	Servizi ospedalieri	568 (568)
		Sicilia	Centro Catanese di Oncologia srl	Servizi ospedalieri	
		Lombardia	Humanitas Mirasole SpA	Servizi ospedalieri	
			Cliniche Gavezani SpA	Servizi ospedalieri	

Tabella 4.8 (segue)

* Strutture di cui non sono stati conteggiati i posti letto per incompletezza di dati o perché non necessitano di posti letto per l'attività sanitaria svolta

** Per la definizione dell'ambito di afferenza è stata presa in considerazione la classificazione delle attività economiche (codice ATECO). In particolare, si fa riferimento alla categoria 85 «Sanità e Assistenza sociale» che si compone dei seguenti subcodici: 85.1 Attività dei servizi sanitari (85.11 Servizi ospedalieri con 85.11.1 Ospedali e case di cura generali, 85.11.2 Ospedali e case di cura specializzati, 85.11.3 Ospedali e case di cura psichiatrici, 85.11.4 Istituti, cliniche e policlinici universitari, 85.11.5 Ospedali e case di cura per lunga degenza; 85.12 Servizi degli studi medici con 85.12.1 Studi medici generici convenzionati o meno con il SSN, 85.12.2 Ambulatori e poliambulatori del SSN e studi medici e poliambulatori specialistici, 85.12.3 Studi di radiologia e radioterapia, 85.12.4 Centri di igiene mentale, 85.12.5 Altre istituzioni sanitarie senza ricovero, centri dialisi, ambulatori tricologici eccetera; 85.13 Servizi degli studi odontoiatrici; 85.14 Altri servizi sanitari con 85.14.1 Laboratori di analisi cliniche, igiene e profilassi, 85.14.2 Attività professionali paramediche indipendenti, 85.14.3 Attività professionale svolta da psicologi, 85.14.4 Servizi di ambulanza, delle banche del sangue e altri servizi sanitari); 85.2 Servizi veterinari; 85.3 Assistenza sociale (85.31 Assistenza sociale residenziale; 85.32 Assistenza sociale non residenziale).

Fonte: CERVED, AIDA, AIOP, ministero della Salute

4.3 Il sistema di regole in cui operano le strutture private accreditate

L'attività dei soggetti privati accreditati si interfaccia quotidianamente con l'insieme delle regole nazionali e dei singoli SSR. Nel dettaglio, questo paragrafo si concentra su tre dimensioni che influenzano la gestione di tali aziende:

- il ruolo a esse riconosciuto dalla regione all'interno dei documenti di programmazione pluriennale (in particolare, i PSR);
- il sistema di accreditamento regionale che governa la selezione dei fornitori di prestazioni sanitarie;
- il meccanismo di finanziamento con cui le strutture vengono remunerate dal SSR per le prestazioni erogate.

4.3.1 Il ruolo del privato nei SSR

Come chiarito nelle pagine precedenti e ripreso in quelle successive, la componente privata riveste un ruolo sempre più importante nel sistema di tutela della salute.

Questo non deve portare a pensare al privato esclusivamente come erogatore di servizi sanitari, in quanto esso interviene, a vario titolo e con caratteristiche differenti, in più fasi della filiera della salute.

In questo paragrafo verrà presentato il ruolo che ogni regione assegna agli operatori privati nel quadro del proprio SSR: a tale fine sono stati raccolti tutti i PSR in vigore (ovvero per ogni regione l'ultimo per il quale è stato completato l'iter di approvazione), a eccezione di quelli delle Regioni Piemonte, Molise e Basilicata, per le quali non è stato possibile recuperare il documento in formato elettronico, supporto necessario per lo svolgimento dell'analisi.

I piani sono stati quindi analizzati attraverso gli strumenti della *content analy-*

sis e attraverso l'utilizzo del software TextSmart 1.1.1 di SPSS. Il ruolo del privato è stato indagato e codificato all'interno di quattro categorie:

- *erogatore di servizi sanitari*. Questa è probabilmente l'accezione più comune del ruolo della componente privata in sanità e si riferisce, di fatto, alle funzioni assegnate alle case di cura private accreditate e alle strutture private equiparate alle pubbliche, nonché alle strutture private convenzionate che operano sul territorio;
- *erogatore di servizi no core*. A questa categoria appartengono le aziende di servizi che sempre più diventano partner degli erogatori pubblici e privati che esternalizzano la gestione dei servizi *no core*, per esempio, la gestione del calore, della ristorazione, dei servizi alberghieri in generale, della movimentazione interna ed esterna ecc.;
- *erogatore di servizi socio-assistenziali*. In questo caso il termine privato viene abbinato agli aggettivi «sociale» o «non profit» e richiama la presenza di questi soggetti nell'erogazione di prestazioni socio-assistenziali, soprattutto quelle rivolte ad anziani, disabili fisici e psichici, soggetti affetti da dipendenze;
- *finanziatore*. A quest'ultima categoria appartengono quei soggetti privati che di fatto non operano direttamente nella filiera della salute, ma che intervengono con capitali propri o nel finanziamento di nuovi investimenti o nella struttura societaria di aziende già esistenti, come nel caso della realizzazione di fondazioni (Cantù, Longo e Otto 2005).

Di fatto, il ruolo del privato all'interno dei diversi SSR viene delineato non solo all'interno dei PSR, ma anche in altri documenti, quali delibere di accreditamento (si veda il par. 4.3.2) e di finanziamento (si veda il par. 4.3.3). Tuttavia, i piani si configurano come una sintesi della programmazione politica sanitaria regionale e rappresentano un elemento importante della pianificazione di sistema in generale, se non altro per la complessità dei processi tecnici e politici a essi sottesi e per la visibilità che tendono ad avere per i portatori di interesse (Fattore e Lecci 2005).

I risultati dell'analisi sono riassunti nella Tab. 4.9, che evidenzia, nella colonna di destra, anche quelli che sono i messaggi fondamentali rispetto alle azioni che la regione intende promuovere in termini di rapporto con la componente privata e specialmente con gli erogatori di prestazioni sanitarie privati accreditati.

Nello specifico, in tutti i PSR analizzati emerge chiaramente l'importanza del ruolo del privato in qualità di erogatore di servizi sanitari. A questa funzione viene dedicato ampio spazio in tutti i piani sanitari, in relazione a una serie di dimensioni, quali per esempio:

- il contesto delle regole in cui operare e, nel dettaglio, la normativa sull'accREDITAMENTO;
- il rapporto con gli erogatori pubblici;
- il dimensionamento dell'offerta privata;
- i controlli e la valutazione dell'attività svolta;

- le dinamiche relative alla formazione del personale e all'acquisizione di nuove tecnologie;
- le aree prevalenti di attività.

Anche se con livelli di intensità differenti e all'interno di logiche profondamente diverse, le regioni considerano gli erogatori privati come parte integrante del sistema e, come tali, tendono a disciplinare ogni aspetto del loro operato.

Rispetto al loro ruolo, emergono, di fatto, due differenti logiche:

- la logica dell'integrazione;
- la logica della competizione.

Tali logiche sottintendono due modi differenti di concepire il SSR: il primo evidentemente più basato sulla regolamentazione e definizione degli ambiti di attività per evitare inutili sovrapposizioni con le strutture pubbliche; il secondo più orientato a mettere pubblico e privato sullo stesso piano e a farli competere, nella convinzione che questo meccanismo possa sviluppare le capacità imprenditoriali degli operatori e generare stimoli al miglioramento continuo, pur in un quadro di regole chiare e definite. Inoltre, uno dei messaggi chiave ricorrenti riguarda la necessità di razionalizzare il rapporto pubblico-privato, evitando sovrapposizioni e cercando di generare sinergie.

Oltre alla funzione di erogatore dei servizi sanitari, il privato assume, in tutti i piani sanitari analizzati (a eccezione di quello della Sardegna) il ruolo di interlocutore privilegiato del pubblico nel sistema socio-sanitario, vale a dire nella fornitura di prestazioni assistenziali ad anziani e non autosufficienti: in quest'ambito viene promossa un'intensa collaborazione tra privato sociale (o non profit), enti territoriali e aziende sanitarie locali per garantire l'erogazione di questa tipologia di servizi, che vanno ad assumere un peso sempre maggiore nel sistema di tutela della salute.

Infine, il privato può svolgere altri due ruoli:

- può configurarsi come partner di aziende sanitarie pubbliche o private accreditate per lo svolgimento delle attività *no core*. Questo ruolo assume sempre maggiore importanza (ed è espressamente previsto e incentivato nei piani sanitari di Lombardia, Toscana, Abruzzo e provincia autonoma di Trento) e numerose sono le iniziative di esternalizzazioni di servizi e di sperimentazioni gestionali in atto in tal senso;
- può assumere il ruolo di finanziatore, consentendo il superamento della strutturale carenza di risorse (specie per investimenti) che caratterizza il sistema. L'importanza di questo ruolo è resa evidente dal fatto che in molti dei piani analizzati (a eccezione della provincia autonoma di Bolzano, dell'Umbria, delle Marche, dell'Abruzzo, della Campania e della Sicilia) questa viene delineata come una delle finalità da perseguire e dal fatto che numerose sono le iniziative in atto in tale senso (si veda il Capitolo 20).

Tabella 4.9 Il ruolo del privato nei PSR in vigore

Regione	Piano sanitario	Ruolo assegnato al privato			Messaggi-chiave
		Erogatore di servizi sanitari	Erogatore di servizi non core	Erogatore di servizi socio-assistenziali	
Piemonte	PSR 1997-1999				
Valle d'Aosta	PSR 2002-2004	✓	✓	✓	✓
Lombardia	PSR 2002-2004	✓	✓	✓	✓
Bolzano	PSP 2000-2002	✓		✓	
Trento	PSP 2000-2002	✓	✓	✓	✓
Veneto	PSR 1996-1998	✓		✓	✓
Friuli Venezia Giulia	PSR 2000-2002	✓		✓	✓
Liguria	PSR 2003-2005	✓		✓	✓

Documento non disponibile in formato elettronico

Aprire il mercato sanitario alla libera concorrenza tra strutture pubbliche e private

1. Orientare l'offerta, sia pubblica sia privata, per renderla più flessibile e in linea con i bisogni dei cittadini
 2. Porre le strutture accreditate, pubbliche e private, nelle stesse condizioni
 3. Sviluppare progetti in grado di interessare interlocutori pubblici e privati

Mantenere l'equilibrio già consolidato tra pubblico e privato nella produzione dei livelli assistenziali

1. Aprire a un mix di pubblico e privato nell'erogazione dei servizi
 2. Promuovere la competizione all'interno del sistema, dando al cittadino la possibilità di scegliere tra luoghi di cura pubblici e privati

1. Promuovere la partecipazione e lo sviluppo delle diverse forme di collaborazione tra le istituzioni pubbliche, il comparto privato e il privato sociale
 2. Superare la tradizionale distinzione fra soggetti pubblici e soggetti privati

Stimolare il privato a finalizzare e a ridefinire la sua presenza, orientandola verso i settori e le aree in cui vi è una carente copertura del servizio pubblico

Solo la presenza di una componente privata può rendere effettiva la libertà di scelta del cittadino e costituisce, d'altro canto, un efficace stimolo di miglioramento per le strutture pubbliche

Tabella 4.9 (segue)

Regione	Piano sanitario	Ruolo assegnato al privato			Messaggi-chiave
		Erogatore di servizi sanitari	Erogatore di servizi non core	Erogatore di servizi socio-assistenziali	
Emilia Romagna	PSR 1999-2001	✓		✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Favorire la piena integrazione degli erogatori pubblici e privati nell'ambito della programmazione regionale 2. Attivare sinergie con il privato sociale
Toscana	PSR 2005-2007	✓	✓	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Garantire la partecipazione diffusa dei soggetti pubblici e privati 2. Perseguire gli obiettivi di salute con un efficace ed efficiente servizio pubblico e con l'apporto integrato di tutti i soggetti pubblici e privati
Umbria	PSR 2003-2005	✓		✓	Raggiungere gli obiettivi di salute con l'apporto congiunto di tutti i settori di attività, pubblici e privati
Marche	PSR 2003-2006	✓		✓	I produttori privati di beni e servizi sanitari sono elementi rilevanti del panorama sanitario e sono chiamati a concorrere al progetto di tutela e promozione della salute
Lazio	PSR 2002-2004	✓		✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizzare una rete di strutture che prevede un'integrazione fra l'offerta pubblica e privata 2. Regolamentare la concorrenza tra i soggetti pubblici e privati, per orientare i comportamenti allocativi e gestionali verso una maggiore efficienza e qualità dell'assistenza
Abruzzo	PSR 1999-2001	✓	✓	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avviare sperimentazioni gestionali pubblico-privato 2. Integrare l'azione del privato in sanità 3. Regolamentare i comportamenti del privato e le logiche di competizione con le strutture pubbliche 4. Valorizzare il privato sociale
Molise	PSR 1997-1999				Documento non disponibile in formato elettronico
Campania	PSR 2002-2004	✓		✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permettere una sana competizione tra pubblico/privato 2. Integrare le strutture private accreditate nel sistema di controllo previsto per i soggetti pubblici

Tabella 4.9 (segue)

Regione	Ruolo assegnato al privato				Messaggi-chiave	
	Piano sanitario	Erogatore di servizi sanitari	Erogatore di servizi non core	Erogatore di servizi socio-assistenziali		Finanziatore
Puglia	PSR 2002-2004	✓	✓	✓	✓	Garantire l'integrazione funzionale di strutture pubbliche e private per assicurare la continuità e la gradualità delle cure
Basilicata	PSR 1997-1999		Documento non disponibile in formato elettronico			
Calabria	PSR 2004-2006	✓	✓	✓	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non mortificare le iniziative dei privati 2. Integrare l'approccio dei soggetti pubblici e privati 3. Razionalizzare il rapporto pubblico-privato 4. Valorizzare il privato sociale
Sicilia	PSR 2000-2002	✓	✓	✓		Migliorare il sistema dei livelli di assistenza anche attraverso l'integrazione delle strutture pubbliche e tra queste e la realtà del privato non profit e del volontariato
Sardegna	PSR 2006-2008	✓			✓	Recuperare lo sviluppo dell'ospitalità privata, rispetto alla situazione nazionale

Fonte: nostra elaborazione

Probabilmente, lo strumento di analisi utilizzato non consente di evidenziare la presenza di significative differenze tra le regioni, mentre appare chiaro il ruolo fondamentale assegnato al privato per l'equilibrio complessivo dei SSR.

4.3.2 I sistemi di accreditamento

In Italia, l'istituto dell'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie è stato introdotto come strumento di regolazione del sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie fornite nell'ambito del SSN. Nello specifico, l'accREDITAMENTO:

- è rivolto alle strutture sia pubbliche sia private;
- è istituzionale, nel senso che è gestito e rilasciato dalle regioni;
- è inserito in un percorso di regolamentazione di un rapporto di fornitura con il SSN.

Quest'ultimo aspetto, in particolare, si compone a sua volta di tre momenti fondamentali, vale a dire:

- l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle attività sanitarie;
- l'accREDITAMENTO, attraverso il quale il soggetto autorizzato acquisisce la condizione di idoneità a prestare tali servizi per conto del SSN;
- la stipula di accordi contrattuali tra regione, ASL e soggetti accREDITATI, nell'ambito dei quali si acquisisce il diritto a fornire prestazioni a carico del SSN.

L'introduzione di questo strumento è avvenuta progressivamente negli anni Novanta: fino ad allora il sistema di erogazione delle prestazioni nell'ambito del SSN si svolgeva prevalentemente nelle strutture pubbliche (ambulatori e presidi delle allora USL) e il privato interveniva nella fornitura delle medesime prestazioni solo in forma integrativa, nel caso in cui le strutture pubbliche non fossero in grado di soddisfare la domanda in tempi adeguati⁷. Più specificamente, il regime secondo il quale il privato poteva fornire servizi per conto del SSN era definito di convenzionamento⁸.

Nel nuovo quadro normativo di riferimento, l'istituto dell'accREDITAMENTO viene attribuito alle competenze delle singole regioni (nell'ambito degli indirizzi nazionali, ciascuna regione è chiamata a definire il proprio) e si propone come strumento di selezione dei potenziali fornitori del SSN.

Il percorso di introduzione dell'istituto dell'accREDITAMENTO si è realizzato attraverso continui adattamenti e chiarimenti normativi a partire dal D.lgs. 502/1992 (che introduce anche il concetto di autorizzazione obbligatoria per pubblico e privato), modificato dal D.lgs. 517/1993, dalle indicazioni del PSN 1994-1996 (che riba-

⁷ Si veda in proposito l'art. 25 della legge 833/1978.

⁸ Si vedano in proposito gli artt. 25 e 48 della legge 833/1978 e l'art. 2 del D.P.R. 119/1988.

disce la necessità di avviare rapidamente le procedure per l'accreditamento), per finire con il D.P.R. 14 gennaio 1997 (poi meglio specificato dal D.lgs. 229/1999), che stabilisce i criteri per l'autorizzazione e i requisiti minimi autorizzativi e rimanda alle regioni la disciplina dell'autorizzazione, la definizione dei requisiti ulteriori di accreditamento e la regolazione del sistema.

La normativa nazionale, dunque, individua nelle singole amministrazioni regionali gli organi competenti a dare attuazione al sistema. La definizione e la gestione del modello e la produzione dei relativi atti normativi dipendono pertanto dalle scelte delle singole regioni che hanno attribuito caratteristiche diverse al sistema⁹. Per tale ragione le caratteristiche specifiche che il sistema ha assunto possono presentare sfumature diverse.

La Tab. 4.10 presenta lo stato dell'arte rispetto alla normativa e al processo di accreditamento in tutte le regioni: l'iter viene considerato concluso nel momento in cui oltre alle definizioni di criteri e modalità di accreditamento, sono state accreditate le strutture sanitarie e si è definitivamente concluso il regime dell'accREDITAMENTO provvisorio.

La tabella evidenzia come di fatto solo in Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e nella provincia autonoma di Bolzano l'istituto dell'accREDITAMENTO operi in via definitiva. In tutte le altre regioni si sta procedendo più lentamente: in alcuni casi sono stati comunque predisposti i manuali dell'accREDITAMENTO e sono stati istituiti tavoli tecnici di monitoraggio e valutazione, in altri, invece, l'iter sembra essere rimasto fermo alle fasi iniziali, prevalentemente relative al processo di autorizzazione, prima ancora che di accREDITAMENTO.

Di fatto, non è stato superato il regime dell'accREDITAMENTO provvisorio e in molti casi, l'eccesso di provvedimenti legislativi contribuisce a delineare un quadro di scarsa chiarezza e difficile da completare.

4.3.3 I sistemi di finanziamento

In questa parte del paragrafo vengono approfondite alcune caratteristiche dei sistemi di finanziamento che incidono sulla gestione delle strutture di ricovero private accreditate (principalmente case di cura e IRCCS di diritto privato).

Si rimanda, invece, al Capitolo 7 del presente rapporto per un'analisi generale del sistema di finanziamento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e al Capitolo 8 per una descrizione dei meccanismi di remunerazione delle strutture che erogano assistenza ai lungodegenti anziani (per esempio, RSA e case protette) in alcuni casi regionali.

⁹ Nel contesto internazionale il sistema di accREDITAMENTO italiano si colloca in una posizione differenziale rispetto agli approcci più diffusi, che vedono solitamente il livello di governo locale coinvolto nella predisposizione e nel controllo dei requisiti di accesso essenziali e cogenti, mentre un'entità unica per tutto il paese è competente in tema di requisiti di qualità organizzativa, che rappresentano la successiva fase dell'accREDITAMENTO vero e proprio.

Tabella 4.10 Lo stato dell'arte rispetto alla normativa regionale sull'accreditamento

Regione	Normativa di riferimento	Indicazioni principali	Stato iter normativo
Piemonte	D.C.R. 616/2000 D.G.R. 81-14428/2004	Nel corso del 2002 sono state completate le procedure per l'accreditamento di alcune strutture private. La Giunta ha approvato inoltre il budget per le attività di ricovero erogate dalle case di cura private provvisoriamente o definitivamente accreditate. Il budget, individuato per singola struttura, corrisponde a un tetto di spesa, e sono fissati gli abbattimenti tariffari in caso di superamento della produzione.	Non concluso
Valle d'Aosta	D.G.R. 4458/1997 L.R. 5/2000 D.G.R. 1355/2002 D.G.R. 2450/2004	Nell'aprile del 2004 è stato approvato il Manuale per l'accreditamento delle strutture e delle attività sanitarie e socio-sanitarie svolte da soggetti pubblici e privati, con le modalità e i termini per l'accreditamento.	Non concluso
Lombardia	L.R. 31/1997 D.G.R. 1305/2000 D.G.R. 10808/2002	La regione ha accreditato le strutture richiedenti, sulla base dell'autovalutazione e delle verifiche eseguite dall'ASL.	Concluso
Bolzano	D.G.P. 406/2003 D.G.P. 763/2003 D.G.P. 1622/2003	La regione ha indicato in via definitiva le modalità per l'autorizzazione all'esercizio dell'attività da parte delle strutture sanitarie. L'accreditamento è disciplinato nelle procedure e anche nei requisiti.	Concluso
Trento	D.G.P. 30-48/2000 D.G.P. 1944/2003	La provincia autonoma di Trento ha emanato una serie di provvedimenti normativi, che puntualizzano precedenti norme e inseriscono norme transitorie.	Non concluso
Veneto	L.R. 22/2002 D.G.R. 3714/2002 D.G.R. 2501/2004	Il Veneto ha approvato alcune disposizioni nella legge Finanziaria 2004, e ha in bozza un «Manuale per l'accreditamento istituzionale» che indica i requisiti ulteriori.	Non concluso
Friuli Venezia Giulia	D.G.R. 1852/1997 L.R. 8/2000 D.G.R. 1292/2002	La regione ha condotto progetti pilota di accreditamento su un settore limitato, sperimentando requisiti, procedure, relazioni con le aziende, formazione dei valutatori, formazione dei referenti aziendali. Con D.G.R. 1292/2002, la Giunta regionale ha deliberato la nuova procedura per l'autorizzazione delle strutture sanitarie, unitamente ai corrispondenti requisiti minimi (compresi quelli per gli ambulatori chirurgici e gli studi odontoiatrici). Il documento viene reso al momento operativo esclusivamente per le strutture private.	Non concluso
Liguria	L.R. 20/1999 D.G.R. 1355/2001 D.G.R. 36/2003	La D.G.R. 36/2003 ha approvato le modifiche e integrazioni al «Manuale per l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie» del 2002 e la programmazione dei termini di scadenza per la presentazione delle istanze di accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private transitoriamente e provvisoriamente accreditate.	Non concluso
Emilia Romagna	L.R. 34/1998 D.G.R. 327/2004	La D.G.R. 327/2004 ha rivisto in modo sostanziale l'oggetto e i requisiti di autorizzazione e accreditamento. Ha rivisto, inoltre, a un'unica normativa, i provvedimenti necessari a dare applicazione alla L.R. 34/1998 contenente le «Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private». La delibera riguarda sia l'istituto dell'autorizzazione, per tutte le tipologie di strutture sanitarie e gli studi professionali ex art. 8-ter del D.lgs. 502/1992 e modificazioni, sia l'accreditamento delle strutture di degenza.	Concluso

Tabella 4.10 (segue)

Regione	Normativa di riferimento	Indicazioni principali	Stato iter normativo
Toscana	D.G.R. 980/1997 D.G.R. 76/1998 D.C.R. 221/1999 D.C.R. 30/2000 L.R. 58/2004	IL PSR 2002-2004 ha definito le modalità di sviluppo del sistema dell'accreditamento confermando il modello previsto dal D.C.R. 221/1999 e 30/2000 Nello stesso PSR, la regione ha fornito indicazioni alle Aziende USL per la contrattazione con i soggetti accreditati delle prestazioni da erogare a carico del SSR e dei reciproci diritti e doveri	Concluso
Umbria	L.R. 37/1998 Regolamento 2/2002 Regolamento 3/2002 D.G.R. 570/2003	Il PSR 2003-2005 richiama il Regolamento regionale 25 febbraio 2000, n. 2, che disciplina il procedimento delle due fasi autorizzatorie: autorizzazioni alla realizzazione e alla trasformazione; autorizzazione al funzionamento Per l'autorizzazione al funzionamento, chiarisce che i requisiti minimi di cui al D.P.R. 14 gennaio 1997 trovano immediata applicazione nel caso di realizzazione di nuove strutture o di ampliamento e trasformazione di quelle già esistenti È stato istituito, presso la regione, il «Centro per l'accreditamento» che seguirà tutte le fasi di verifica per l'accreditamento	Non concluso
Marche	D.G.R. 7128/1997 L.R. 20/2000 D.G.R. 2090/2000 D.G.R. 1887/2001 D.G.R. 310/2002	Nel corso degli anni 2000 e 2001, con D.G.R. 2200/2000, 1579/2001 e 2457/2000, è stato completato il quadro relativo all'autorizzazione con approvazione del relativo manuale dei requisiti minimi Con D.G.R. 1889/2001 è stato approvato il manuale definitivo contenente i requisiti ulteriori per l'accreditamento e con D.G.R. 2090/2000 è stato emanato l'Atto di determinazione del fabbisogno	Non concluso
Lazio	D.G.R. 2609/1997 D.G.R. 2610/1997 D.G.R. 355/2000 L.R. 4/2003	Con la legge quadro 3 marzo 2003, n. 4, la regione ha dettato le regole generali sull'intera materia, dalle autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, all'accreditamento istituzionale e agli accordi contrattuali Il testo stabilisce precise disposizioni solo al fine del rilascio delle autorizzazioni sia per la realizzazione di nuove strutture, sia per l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie da parte di soggetti pubblici e privati	Non concluso
Abruzzo	L.R. 62/1998 D.G.R. 1705/2000	La Regione Abruzzo ha adottato una regolamentazione in materia di autorizzazione, ma non ancora sull'accreditamento La regione prevede di adottare entro il 2006 una disciplina definitiva sulle autorizzazioni e sull'accreditamento, con superamento del regime di accreditamento provvisorio	Non concluso
Molise	D.G.R. 898/1998 D.G.R. 453/1999 D.G.R. 1605/2000	La regione ha disciplinato parzialmente la materia delle autorizzazioni e ha adottato una disciplina organica sull'accreditamento istituzionale, ancora non in fase operativa. La normativa è attualmente in fase di revisione	Non concluso
Campania	D.G.R. 6181/1997 D.G.R. 3958/2001 D.G.R. 1526/2004	Nell'anno 2001 la regione ha adottato una disciplina complessiva in materia di autorizzazioni, a conclusione del lavoro di un'apposita Commissione tecnica istituita dalla regione. Con la D.G.R. 3958/2001, sono stati definiti i requisiti minimi e le modalità per il rilascio delle autorizzazioni e approvate le relative procedure Per quanto attiene l'accreditamento, la regione sta attualmente elaborando il proprio modello e i relativi requisiti ulteriori; attualmente è ancora vigente il regime di accreditamento provvisorio	Non concluso

Tabella 4.10 (segue)

Regione	Normativa di riferimento	Indicazioni principali	Stato iter normativo
Puglia	L.R. 8/2004 Regolamento 3/2005	Sull'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, sull'accREDITAMENTO istituzionale e sugli accordi contrattuali, il PSR richiama le definizioni e i presupposti di legge indicati dal D.lgs. 502/1992 e successive modificazioni. Nella fase attuale sono in fase di elaborazione i requisiti ulteriori per l'accREDITAMENTO.	Non concluso
Basilicata	D.G.R. 1318/1999 D.G.R. 3345/1999 L.R. 28/2000 L.R. 29/2003	La Regione Basilicata ha regolamentato, a partire dal 1999, l'accREDITAMENTO e il regime autorizzativo. Con la legge 29/2003 ha modificato le norme regionali sull'autorizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private, in particolare semplificando i procedimenti che disciplinano la fase transitoria.	Non concluso
Calabria	D.G.R. 3428/1997 D.G.R. 133/1999 D.G.R. 3137/1999 L.R. 11/2004	Il nuovo PSR 2003-2006 inserisce indicazioni per lo sviluppo del sistema di autorizzazione e accREDITAMENTO. Per l'autorizzazione richiama alcuni criteri generali; per l'accREDITAMENTO, invece, il piano rileva la criticità della situazione che contraddistingue molte regioni italiane e conferma il sistema dell'accREDITAMENTO provvisorio.	Non concluso
Sicilia	L.R. 6/2001 Decr. Asses. 890/2002 Decr. Asses. 3693/2004	Il decreto assessoriale dell'aprile del 2003, di attuazione al decreto assessoriale 17 giugno 2002, n. 890, stabilisce le direttive per disciplinare le modalità e i termini per la richiesta e il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione di nuove strutture sanitarie e socio-sanitarie, le modalità di verifica e controllo sia preventivi sia periodici e la permanenza dei requisiti. Le modalità per il rilascio dell'accREDITAMENTO e per le relative verifiche saranno definiti con successivi provvedimenti.	Non concluso
Sardegna	D.G.R. 26-21/1998	Il decreto assessoriale del giugno 1998 (di attuazione della D.G.R. n. 26/21 del giugno 1998) ha approvato i requisiti e le procedure per l'accREDITAMENTO delle strutture pubbliche e private già autorizzate, ma allo stato attuale si è ancora in regime di accREDITAMENTO provvisorio.	Non concluso

Fonte: elaborazione da sito ASSR (data ultimo accesso giugno 2006)

Riguardo alla remunerazione delle prestazioni delle strutture di ricovero, si presentano alcune considerazioni in merito a tre dimensioni:

1. le tipologie di differenziazioni tariffarie adottate dai SSR nell'applicare il sistema di finanziamento prospettico a DRG;
2. i sistemi di controllo della spesa (sistemi accentrati vs. sistemi decentrati) per le strutture private accreditate;
3. il coinvolgimento delle associazioni dell'ospitalità privata nei processi di definizione del sistema tariffario.

Riguardo alla prima dimensione è facoltà delle regioni modulare il proprio sistema tariffario in funzione delle diverse tipologie di erogatori. In generale, quasi tutti i SSR definiscono una differenziazione delle tariffe per tipologia di aziende combinando anche più criteri di classificazione delle strutture (cfr. Capitolo 7). In particolare, due sembrano essere i criteri prevalentemente adottati:

- la presenza o meno di caratteristiche organizzative (per esempio, dotazione di PL, presenza di PS, DEA ecc.) e/o tipologie di attività di un certo livello di complessità/specializzazione (per esempio, centro tumori, attività di didattica e ricerca per le aziende ospedaliere universitarie e gli IRCCS ecc.);
- le tipologie di assetto giuridico come, per esempio, AO, presidio ospedaliero (nel caso di un modello a centralità regionale¹⁰ e nel caso del finanziamento della mobilità attiva, ovvero di prestazioni erogate ai non residenti), struttura equiparata alle pubbliche, casa di cura privata accreditata.

Si sottolinea come adottando indifferentemente uno dei due criteri le tariffe applicate alle case di cura private accreditate, agli ospedali classificati e agli istituti qualificati presidio di ASL sono più basse per un riconoscimento più (se si usa il secondo criterio) o meno (se si usa il primo criterio) esplicito della differente complessità organizzativa di tali strutture.

I Riquadri 4.1 e 4.2 descrivono il meccanismo di differenziazione tariffaria in due contesti regionali particolarmente significativi: Lazio e Piemonte. Entrambe le regioni hanno introdotto un sistema tariffario regionale per la remunerazione delle prestazioni di ricovero sulla base di un'analisi dei costi di produzione delle proprie strutture e hanno adottato una differenziazione tariffaria aderendo però a criteri diversi.

¹⁰ Secondo il modello a centralità regionale, le aziende produttrici pure (e la mobilità tra Aziende USL) vengono finanziate a tariffa per prestazione. Per le Aziende USL si possono ipotizzare due meccanismi. Nel primo le Aziende USL vengono finanziate a quota capitaria, da cui però vengono sottratte le risorse destinate ad AO e aziende private accreditate. Nel secondo anche le Aziende USL vengono finanziate con riferimento alle sole funzioni tariffabili, a tariffa per prestazione (Jommi 2000).

Riquadro 4.1 La differenziazione delle tariffe per tipologia di erogatore in Regione Lazio

A seguito di uno studio condotto dall'Agenzia di Sanità Pubblica (ASP) per la definizione delle nuove tariffe regionali si sono evidenziate consistenti differenze nei costi di produzione tra le strutture di ricovero attribuibili sostanzialmente alla diversa complessità strutturale e organizzativa. Si è stabilito, quindi, di classificare tutte le strutture ospedaliere per acuti pubbliche, equiparate al pubblico e private accreditate secondo le caratteristiche che possono influenzare il costo di produzione (D.G.R. 731/2005).

La direzione regionale in collaborazione con l'ASP provvede a realizzare un sistematico monitoraggio dei costi di produzione dei ricoveri ospedalieri per valutare la variazione dei costi nel tempo e, quindi, per identificare ulteriori fattori di variabilità tra le categorie di erogatori.

Ai fini della classificazione sono stati identificati i seguenti requisiti:

1. strutture ospedaliere di ricovero per acuti, che svolgono istituzionalmente attività di didattica/ricerca, con dotazione di PL superiore a 120;
2. strutture ospedaliere di ricovero per acuti che dispongono di almeno 50 PL afferenti ad almeno tre alte specialità (ai sensi del D.M. del 29 gennaio del 1992 «Elenco delle alte specialità e fissazione dei requisiti necessari alle strutture sanitarie per l'esercizio delle alte specialità»);
3. strutture ospedaliere di ricovero per acuti che dispongono di oltre 450 PL.

A partire dall'anno 2006 sono state introdotte le seguenti 4 classi di strutture a cui sono applicate tariffe differenziate.

Criteri	Tariffe applicate
<i>Classe A</i> Strutture ospedaliere di ricovero per acuti che possiedono almeno due dei requisiti indicati	Tariffa base regionale incrementata del 5%
<i>Classe B</i> Strutture ospedaliere di ricovero per acuti che possiedono almeno uno dei requisiti indicati, o che siano monospecialistici con riferimento a una delle alte specialità ex D.M. 29 gennaio 1992 o che siano strutture pubbliche di riferimento provinciale	Tariffa base regionale incrementata del 3%
<i>Classe C</i> Strutture ospedaliere di ricovero per acuti che non possiedono alcuno dei requisiti indicati, ma dispongono di almeno 120 PL, o che non hanno 120 PL ma svolgono istituzionalmente attività di didattica e di ricerca, o che siano monospecialistici, o che siano sede del PS, o che siano strutture di secondo livello per l'assistenza perinatale	Tariffa base regionale
<i>Classe D</i> Altre strutture, comprese quelle nelle quali l'attività per acuti sia minima parte rispetto all'attività di riabilitazione e di lungodegenza postacuzie	Tariffa base regionale ridotta del 5%

In particolare, la Regione Lazio ha introdotto la differenziazione tariffaria per struttura solo a partire dal 2006 (D.G.R. 731/2005) sposando il primo criterio; la Regione Piemonte ha sin da subito utilizzato lo strumento della differenziazione tariffaria passando nel 2002 dal primo al secondo criterio (D.G.R. 28-8148/2002).

Riquadro 4.2 **La differenziazione delle tariffe per tipologia di erogatore in Regione Piemonte**

Il primo provvedimento regionale che ha definito la differenziazione tariffaria per tipologia di erogatore è la D.G.R. 70-1459/1995 che individuava cinque tipologie di strutture:

- a. ospedale di base con un PS (tariffe decurtate del 19 per cento rispetto a quelle definite dal D.M. del 1994);
- b. AO e IRCCS (tariffe incrementate del 15 per cento rispetto a quelle definite per gli ospedali di base con PS);
- c. ospedali senza PS o con PS di 12 ore (tariffe decurtate del 10 per cento rispetto a quelle dell'ospedale di base);
- d. erogatori privati che soddisfano determinati requisiti minimi definiti dalla L.R. 5/1987 (tariffe decurtate del 18 per cento rispetto a quelle definite per l'ospedale di base);
- e. erogatori privati «con deroga», ovvero che non rispondono ai requisiti minimi definiti dalla L.R. 5/1987 (tariffe decurtate del 2,5 per cento rispetto a quelle applicate agli erogatori privati del gruppo d).

Successivamente le tariffe sono state aggiornate e integrate sia per gli ospedali pubblici sia per quelli privati: sono stati infatti recepiti gli accordi fra la regione e le associazioni di categoria dell'ospitalità privata (AIOP e ARIS) che hanno rivalutato il livello tariffario per le case di cura provvisoriamente accreditate. Oggi la struttura tariffaria è definita dalla D.G.R. 28-8148/2002 e distingue, innanzitutto, in base alla natura pubblica o privata della struttura e, in secondo luogo, a seconda della complessità funzionale della medesima. In particolare, per le strutture di ricovero pubbliche sede di PS e/o con reparti di emergenza zonale o sovrazonale e per gli ospedali pubblici monospecialistici sono previsti incrementi tariffari; per le strutture di ricovero private sono previste tre diverse fasce tariffarie (A, B e C) in relazione al tipo di attività svolta dalle strutture: la tariffa è pari al 100 per cento delle strutture pubbliche per i produttori di fascia A, mentre scende al 92 per cento e all'85 per cento per quelli di fascia B e C. Agli IRCCS di diritto privato viene riconosciuta una maggiorazione del 13 per cento rispetto alle tariffe applicate agli ospedali pubblici.

Tipologia di struttura	Criteri	Tariffe applicate
<i>Strutture pubbliche</i>	Ospedale sede DEA sovrazonale	Tariffa base regionale incrementata del 3%
	Ospedale sede DEA zonale	Tariffa base regionale incrementata dell'1,5%
	Ospedali monospecialistici di riferimento regionale per quella specialità	Tariffa base regionale incrementata del 3%
	Aziende ospedaliere in cui insiste parte del percorso formativo universitario	Tariffa incrementata da 1 a 2% a seconda dei centri

Riquadro 4.2 (segue)

Tipologia di struttura	Criteri	Tariffe applicate
	Tutti gli ospedali, sulla base della valutazione regionale riguardo all'appropriatezza della rispettiva attività svolta	Tariffa incrementata fino a 4% a seconda dei centri
<i>Strutture private*</i>	Fascia A (elevata complessità organizzativa e della casistica trattata)	100% delle tariffe base regionali
	Fascia B (media complessità organizzativa e della casistica trattata)	92% delle tariffe base regionali
	Fascia C (bassa complessità organizzativa e della casistica trattata)	85% delle tariffe base regionali

* Agli IRCCS è comunque applicata una tariffa incrementata del 13 per cento.

Per far fronte ai comportamenti opportunistici insiti nell'adozione di un sistema di finanziamento prospettico, quale è quello tariffario, quasi tutte le regioni hanno introdotto degli strumenti correttivi. L'applicazione di tali strumenti, che può avvenire in maniera accentrata (definizione di tetti/target da parte della regione) o decentrata (definizione di accordi interaziendali), ha come obiettivo il controllo della spesa e/o dell'appropriatezza delle prestazioni erogate. Un'analisi sistematica delle scelte regionali su questi temi è presentata nel Capitolo 7. Qui si approfondiscono due casi individuati per l'innovatività e l'affinamento degli strumenti adottati. In particolare, per quanto riguarda gli strumenti di programmazione e controllo della spesa, la Regione Emilia Romagna ha adottato a oggi (anni 2005-2006) un sistema di programmazione e controllo della spesa incentrato sugli accordi interaziendali (formula decentrata) e nello stesso tempo corretto con strumenti accentrati per quanto riguarda le relazioni con l'ospitalità privata (cfr. Riquadro 4.3). Riguardo all'appropriatezza viene richiamato il caso della Regione Lombardia per il suo investimento continuo sul versante del controllo dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni erogate dalle strutture del SSR.

Riquadro 4.3 Sistema di P&C della spesa in Regione Emilia Romagna

Il sistema di P&C della spesa riferita alle prestazioni tariffate è sostanzialmente decentrato a livello aziendale per quanto concerne le relazioni tra aziende pubbliche: ogni ASL sul cui territorio opera una AO definisce annualmente un accordo contrattuale con le AO ubicate nel territorio sulla base di linee guida regionali definite per la prima volta nel 2000 e aggiornate in relazione ai successivi atti programmatici regionali annuali. Tali accordi, pur formalizzati, non devono essere approvati dalla regione, essendo totalmente decentrato il sistema di P&C della spesa. I contratti che hanno previsto un

Riquadro 4.3 (segue)

maggiore impegno in termini di razionalizzazione delle prestazioni e abbattimenti tariffari in caso di sfondamenti dei target sui volumi negoziati sono quelli che si riferiscono alle realtà a più alto tasso di ospedalizzazione (Bologna e, fino al recente passato, Ferrara). La negoziazione di tetti con il privato accreditato avviene invece in due fasi successive. In un primo momento viene negoziato un accordo triennale tra regione e associazioni di categoria (AIOP e ARIS) sul budget complessivo di spesa (regionale e per singola ASL), distinguendo tra attività ad alta specialità e attività non ad alta specialità. Successivamente vengono definiti i contratti tra ASL e case di cura private accreditate presenti sul relativo territorio. Tali contratti prevedono non solo obiettivi sul volume massimo di prestazioni, con eventuali abbattimenti tariffari in caso di sfondamento di tale tetto, ma anche altri aspetti, quali obiettivi di appropriatezza delle prestazioni erogate, requisiti in termini di accesso e di tempi di attesa, obblighi informativi per il monitoraggio degli accordi contrattuali ecc. Va, infine, evidenziato che l'accordo triennale prevede un margine di tolleranza di sfondamento del 5 per cento e alcune indicazioni in merito all'abbattimento delle tariffe per il rispetto dei tetti (Jommi *et al.* 2004). Con la D.G.R. 2403/2004 la regione ha approvato l'accordo 2004-2006. La parte normativa dell'accordo ha durata triennale, mentre quella economica è valida per le annualità 2004 e 2005: nello specifico gli adeguamenti budgetari sono fissati al 3 per cento per l'anno 2004 e al 4 per cento per il 2005. Tra le principali novità si evidenziano:

- la conferma di un sistema premiante basato su particolari obiettivi di produzione;
- l'aumento dell'1 per cento del budget complessivo da destinare alla fornitura di prestazioni ospedaliere caratterizzate da lunga attesa;
- la richiesta della regione di includere l'attività ambulatoriale all'interno dei budget per i ricoveri;
- la riduzione da 60 a 45 giorni del termine per l'invio delle SDO a fini del controllo da parte della regione;
- la riduzione dei tetti complessivi per l'area dell'alta specialità;
- la fissazione, per l'area dell'alta specialità di cardiocirurgia, di un budget economico e non numerico con possibilità di travaso da questo ad altri gruppi di DRG;
- l'allineamento delle tariffe di cardiocirurgia e del DRG 112 (interventi sul sistema cardiovascolare per via per cutanea) alle tariffe pubbliche per l'anno 2005.

Riquadro 4.4 La promozione e il monitoraggio dell'appropriatezza in Regione Lombardia

Nel 1997 è stato istituito un Nucleo Operativo di Controllo (NOC) regionale delle attività sanitarie accreditate. Il controllo, di natura campionaria, si è concentrato sui DRG particolarmente remunerativi, sulla durata anomala delle degenze, sulla frequenza dei casi e dei ricoveri ripetuti. Successivamente la regione ha spinto per un sostanziale decentramento alle ASL dell'attività di controllo di appropriatezza e qualità delle prestazioni delle aziende di erogazione, con l'attivazione di NOC aziendali. Il mandato specifico era quello di verificare sistematicamente almeno il 10 per cento delle cartelle cliniche di ricoveri fruiti dai propri residenti nonché di un campione significativo di prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale. Tale percentuale è stata successivamente (e più realisticamente) portata al 5 per cento (D.G.R. 12693/2003). Con riferimento in particolare al finanziamento, l'attività di controllo ha avuto due importanti esiti (Jommi *et al.* 2004):

- a seguito del decreto del direttore generale della sanità 16192/2000, per la prima volta sono sta-

Riquadro 4.4 (segue)

ti agganciati ai controlli di qualità degli effetti finanziari; è stata infatti data indicazione alle ASL di detrarre dai fatturati delle strutture gli importi non riconosciuti in seguito all'attività di controllo relativa all'anno 1999, prima dell'applicazione delle percentuali di abbattimento delle tariffe. Dal 2003 l'eventuale mancato riconoscimento di tariffe per effetto dei controlli di qualità va ad abbattere il tetto programmato per la singola azienda di erogazione interessata. A consuntivo, quindi, il tetto complessivo di sistema (pari alla sommatoria dei tetti riconosciuti a ogni azienda di erogazione) potrebbe non coincidere con il tetto programmato in sede di assegnazione a preventivo;

- l'attività di controllo ha fornito informazioni utili alla verifica e all'eventuale revisione delle tariffe, quest'ultima finalizzata anche a incentivare un appropriato mix di attività tra i diversi regimi assistenziali (ricoveri ordinari/in regime di *day hospital*/ambulatoriali).

Negli ultimi tre anni, con D.G.R. VIII/15324 del 2003, è stata potenziata l'attività di programmazione e controllo predisponendo degli strumenti *ad hoc*: il piano dei controlli (strumento operativo in grado di evidenziare le criticità del sistema aziendale e approntare le contromisure per limitarle) e la Banca Dati Assistito (BDA), strumento per il monitoraggio di tutti i contatti dei malati con i servizi sanitari e per disegnare il caso clinico.

La mappatura della popolazione assistita dà la possibilità di valutare la distribuzione delle patologie sul territorio e fare dei confronti spazio-temporali al fine di evidenziare scostamenti significativi meritevoli di approfondimenti sulle possibili cause e favorire l'introduzione di eventuali rimedi. La mappatura della popolazione assistita è stata effettuata a partire dai dati di consumo sanitario dell'anno 2003.

Attraverso l'utilizzo di questi due strumenti, nel corso dell'anno 2006, le ASL dovrebbero individuare le proprie modalità di controllo. In dettaglio, esse dovrebbero (D.G.R. VIII/1375 del 2005):

- predisporre un piano annuale dei controlli utilizzando, oltre alle tradizionali informazioni, i dati contenuti nella BDA e definendo gli obiettivi di verifica e controllo e i risultati attesi in termini di migliore appropriatezza e governo dei costi;
- indirizzare il controllo verso le principali patologie cronico-degenerative;
- prevedere le modalità per verificare il rispetto dei principali percorsi diagnostico-terapeutici e le azioni specifiche di monitoraggio e controllo per la corretta codifica delle tipologie di prestazioni, soprattutto con riferimento a quelle che sono finanziate extra budget (per esempio, funzioni di PS e DEA; attività di chemioterapia in DH che prevedono l'utilizzo di farmaci antineoplastici ad alto costo; riabilitativa specialistica ecc.);
- sperimentare, per quanto riguarda l'attività dei NOC, una diversa modalità organizzativa delle attività di controllo prevedendo dei controlli incrociati tra ASL limitrofe (ciò auspica un maggiore equilibrio negli interventi e un ulteriore arricchimento professionale degli operatori NOC);
- effettuare verifiche tra le strutture di ricovero che usufruiscono della regola extra budget (cardiologia, oncologia ecc.) al fine di ridurre la variabilità dei comportamenti professionali e consentire eventuali aggiustamenti di rotta (attività di audit clinico);
- costituire un gruppo di lavoro composto, oltre che dalla componente clinica, anche da esperti del settore penale e civile e dai rappresentanti dei pazienti con il compito di rivedere le linee guida e la corretta applicazione delle cartelle cliniche;
- integrare le azioni già intraprese nel 2005 sul tema della corretta gestione del rischio clinico e della sicurezza del paziente con gli altri progetti di promozione e di valutazione della qualità in atto (Joint Commission, progetto quadriennale in collaborazione con il CRISP avente a oggetto la valutazione dell'efficienza, dell'efficacia della *customer satisfaction* ecc.).

Riquadro 4.5 **Accordo con le associazioni dell'ospitalità privata in Regione Campania**

In Campania, storicamente, i rapporti con le case di cura private accreditate erano gestiti direttamente dalla regione con ogni singolo erogatore e riguardavano esclusivamente la definizione dei tetti di spesa: per ogni erogatore privato l'Assessorato alla sanità provvedeva a negoziare i volumi massimi di prestazioni erogabili per singole branche per ciascuna ASL. Queste ultime poi recepivano tali accordi regionali con la possibilità di negoziare anche volumi più bassi.

Dal 2004 è stata avviata una gestione dei rapporti con l'ospitalità privata differente che prevede la definizione da parte della regione di diversi aspetti, oltre a quelli relativi alla fissazione dei tetti per singolo erogatore e la stesura di accordi con le rispettive associazioni di categoria (AIOP e ARIS). Con D.G.R. 1573/2004 è stato, infatti, recepito dall'Assessorato alla sanità della Regione Campania con l'ospitalità privata un accordo quadro. I principali aspetti affrontati dall'accordo sono i seguenti:

- sono stati riconosciuti adeguamenti tariffari per le prestazioni medico-chirurgiche e di lungodegenza e per le case di cura a indirizzo neuropsichiatrico e lungodegenza nella misura del 7 per cento e adeguamenti tariffari per la riabilitazione in regime di ricovero e di DH nella misura del 10 per cento;
- è stata istituita una commissione composta da membri della Regione Campania, AIOP, ARIS e Confindustria per la determinazione delle tariffe a decorrere dal 1° gennaio 2005;
- è stato costituito un comitato tecnico operativo composto da tre membri della Regione Campania e tre membri dell'AIOP, incaricato di presentare proposte operative per la disciplina di alcuni aspetti normativi dell'assistenza ospedaliera accreditata inerenti soprattutto alle problematiche legate all'organizzazione del punto nascita, alla possibilità di riconversione delle strutture con numero di PL compreso tra 41 e 90 e all'organizzazione delle attività di riabilitazione di tipo intensivo;
- sono stati definiti abbattimenti di una percentuale minima del 10 per cento sulle somme contestate dalle ASL e abbattimenti del 10 per cento in misura forfetaria per il superamento dei tetti di spesa assegnati alle singole case di cura per gli anni 1999-2001.

Rispetto al coinvolgimento delle strutture private, infine, esso tipicamente riguarda: adeguamenti tariffari per particolari tipologie di prestazioni (di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di riabilitazione); coinvolgimento in gruppi di lavoro per la definizione delle tariffe; definizione di abbattimenti tariffari per le case di cura private accreditate. Su questi aspetti si riporta un approfondimento sul caso della Regione Campania (cfr. Riquadro 4.5).

4.4 Le risorse strutturali delle aziende sanitarie private accreditate

Questo paragrafo propone alcuni dati relativi all'assetto tecnico (in termini di numero strutture di offerta e loro dimensionamento) e all'organismo personale, evidenziando i trend degli ultimi anni e confrontando strutture pubbliche e strutture private accreditate a livello di sistema e di singoli SSR. Si sottolinea come i dati presentati riguardino solo l'assistenza ospedaliera per mancanza di informazioni sulle scelte di assetto tecnico relative all'ambito territoriale.

La capacità di offerta delle strutture ospedaliere private accreditate viene presentata distinguendo i diversi livelli di intensità di cura: emergenza-urgenza, specialistica, riabilitazione e lungodegenza.

La rete assistenziale ospedaliera di «emergenza-urgenza» rappresenta la seconda fase di risposta prevista dal sistema di emergenza sanitaria del nostro paese: a una fase di allarme assicurata dalla centrale operativa, alla quale affluiscono tutte le richieste di intervento sanitario in emergenza tramite il numero unico «118», succedono due fasi di risposta, quella territoriale, costituita da idonei mezzi di soccorso distribuiti sul territorio (per esempio, le ambulanze), e quella ospedaliera¹¹, costituita dalla rete degli ospedali sede di PS e di DEA di I e II livello, tra cui le case di cura private accreditate e gli IRCCS di diritto privato, gli ospedali classificati, gli istituti qualificati presidio di ASL e i policlinici privati a gestione diretta delle università.

La Tab. 4.11 presenta un confronto tra le strutture di ricovero pubbliche¹² (incluse quelle equiparate alle pubbliche)¹³ e quelle private accreditate in termini di concentrazione di servizi per l'emergenza. Si evidenzia come meno del 10 per cento delle strutture private accreditate siano dotate di servizi per le emergenze (circa il 4 per cento possiede un dipartimento di emergenza, il 5,5 per cento un PS e il 7,7 per cento un centro di rianimazione) rispetto alla concentrazione di tali servizi presso le strutture pubbliche (oltre il 45 per cento delle strutture di ricovero pubbliche e delle equiparate alle pubbliche risulta dotato di un dipartimento di emergenza, oltre la metà delle stesse di un centro di rianimazione e infine il 79 per cento di un PS).

Nell'ambito dei confronti interregionali si evidenzia un'elevata variabilità: le regioni a più elevata concentrazione sono la Lombardia, per quanto riguarda le strutture private accreditate (il 14,8 per cento ha un dipartimento di emergenza, il 26,2 per cento un PS e il 21,3 per cento un centro di rianimazione), e l'Emilia Romagna, per quanto concerne le strutture pubbliche (circa il 68 per cento per i dipartimenti di emergenza, il 93 per cento per le strutture di PS e il 75 per cento per i centri di rianimazione).

Con riferimento all'assistenza ospedaliera di tipo specialistico, le case di cura private accreditate sono generalmente di dimensioni ridotte¹⁴: circa l'86 per cento ha una dotazione di PL accreditati inferiore a 150 e solo il 3 per cento superiore a 300 (cfr. Fig. 4.4).

¹¹ I reparti collegati all'assistenza ospedaliera in regime di emergenza sono quelli di terapia intensiva, terapia intensiva neonatale e unità coronaria.

¹² Per un maggior approfondimento sulla definizione e classificazione delle strutture di ricovero si rimanda al Capitolo 2.

¹³ È opportuno richiamare la precisazione metodologica presentata nel par. 4.2: alcune elaborazioni centrate sul confronto tra le strutture pubbliche e private scontano il limite di rilevazione dei dati ministeriali per cui le strutture equiparate alle pubbliche, pur essendo caratterizzate da una quota rilevante di istituti privati, sono associate alle strutture pubbliche.

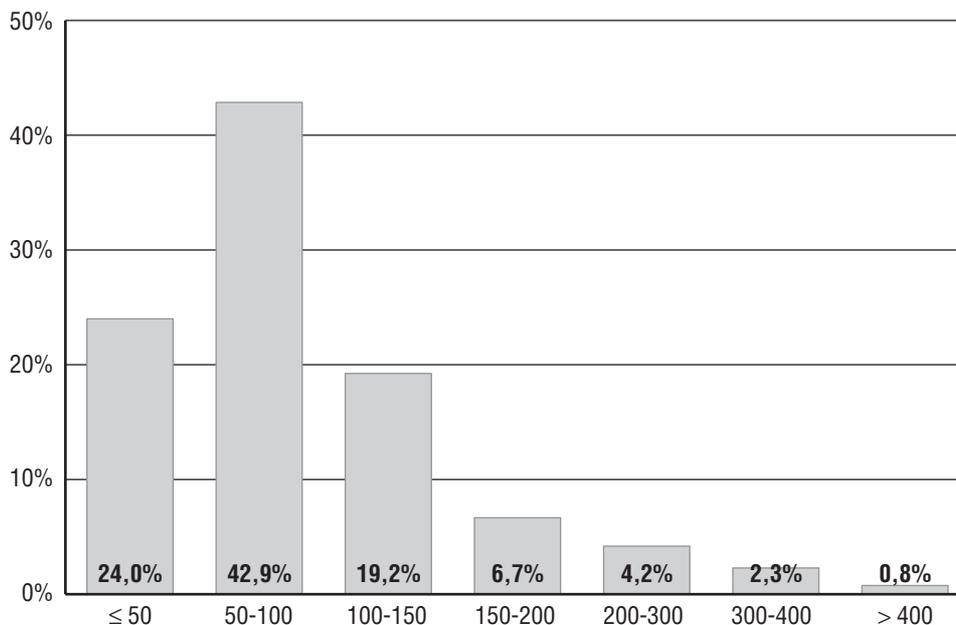
¹⁴ Cfr. nota 5.

Tabella 4.11 Servizi per l'emergenza: confronto pubblico-privato (2004)

Regione	Dipartimento di emergenza		Pronto soccorso		Centro di rianimazione	
	Percentuale su totale strutture di ricovero pubbliche ed equiparate	Percentuale su totale strutture di ricovero private accreditate	Percentuale su totale strutture di ricovero pubbliche ed equiparate	Percentuale su totale strutture di ricovero private accreditate	Percentuale su totale strutture di ricovero pubbliche ed equiparate	Percentuale su totale strutture di ricovero private accreditate
Piemonte	66,7	0,0	71,4	0,0	57,1	9,8
Valle d'Aosta	100,0		100,0		100,0	
Lombardia	67,3	14,8	72,7	26,2	69,1	21,3
Bolzano	42,9	0,0	85,7	0,0	71,4	0,0
Trento	0,0	0,0	53,8	0,0	15,4	0,0
Veneto	57,9	6,7	81,6	0,0	65,8	0,0
Friuli Venezia Giulia	61,1	0,0	72,2	20,0	55,6	20,0
Liguria	44,4	0,0	61,1	0,0	50,0	33,3
Emilia Romagna	67,9	0,0	92,9	2,2	75,0	6,7
Toscana	45,5	7,1	59,1	7,1	54,5	3,6
Umbria	54,5	0,0	81,8	0,0	54,5	0,0
Marche	47,1	0,0	88,2	0,0	38,2	14,3
Lazio	37,7	2,4	68,8	2,4	44,2	2,4
Abruzzo	59,1	0,0	90,9	0,0	63,6	8,3
Molise	50,0	0,0	75,0	0,0	62,5	33,3
Campania	46,4	9,9	88,4	9,9	62,3	12,7
Puglia	50,0	0,0	91,7	0,0	44,4	3,1
Basilicata	33,3	0,0	88,9	0,0	66,7	0,0
Calabria	27,0	0,0	81,1	0,0	24,3	0,0
Sicilia	31,9	1,6	90,3	1,6	43,1	3,3
Sardegna	9,1	0,0	75,8	0,0	45,5	7,7
Italia	45,5	4,1	79,0	5,5	52,2	7,7

Fonte: Attività Economiche e Gestionali, ministero della Salute

Figura 4.4 **Distribuzione percentuale delle case di cura private accreditate per classe dimensionale di posti letto (2003)**



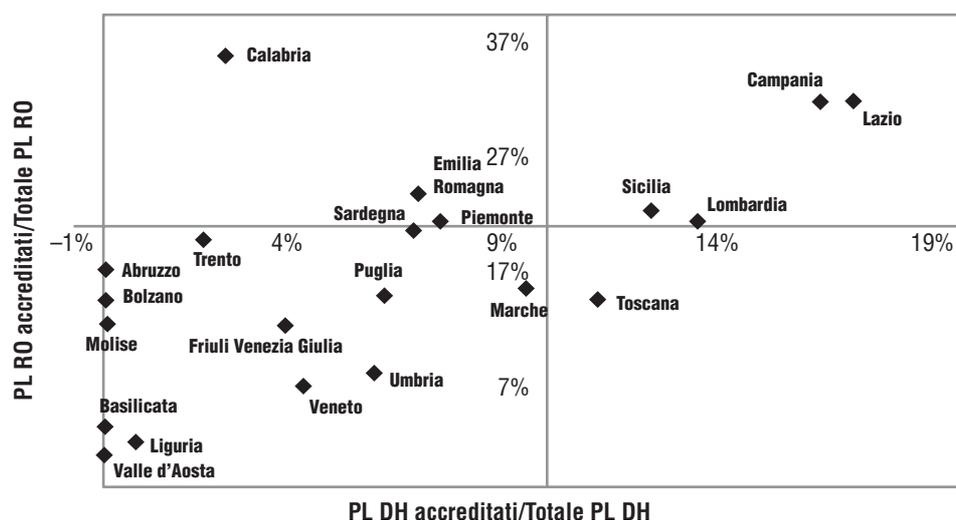
Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

La Fig. 4.5 approfondisce le differenze regionali rispetto alla rilevanza del privato accreditato sulla base:

1. dell'incidenza dei PL accreditati in RO sul totale dei PL in RO (pubblici e privati accreditati);
2. dell'incidenza dei PL in DH accreditati sul totale dei PL in DH (pubblici e privati accreditati).

In tutte le regioni l'offerta è prevalentemente pubblica (a livello nazionale solo il 10 per cento dei PL in DH è accreditato e solo il 20,6 per cento dei PL in RO è accreditato), ma il privato accreditato costituisce una quota significativa dell'offerta in regioni quali Lazio (17,3 per cento per DH e 32 per cento per RO), Campania (16,6 per cento per DH e 32,2 per cento per RO), Calabria (2,8 per cento per DH e 36,3 per cento per RO), Lombardia (13,8 per cento per DH e 21,3 per cento per RO) e Sicilia (12,7 per cento per DH e 22,1 per cento per RO). Considerando la distinzione tra PL privati accreditati in RO e DH, si evidenzia come la dotazione di PL in DH sia abbastanza limitata nelle varie regioni: quelle che presentano una dotazione di PL in DH maggiore a quella media nazionale (10 per cento) sono Lazio (17,3 per cento), Campania (16,6 per cento), Lombardia (13,8 per cento)

Figura 4.5 **Posizionamento delle regioni sulla base della percentuale di PL previsti privati accreditati RO e DH per acuti e non (2004)**



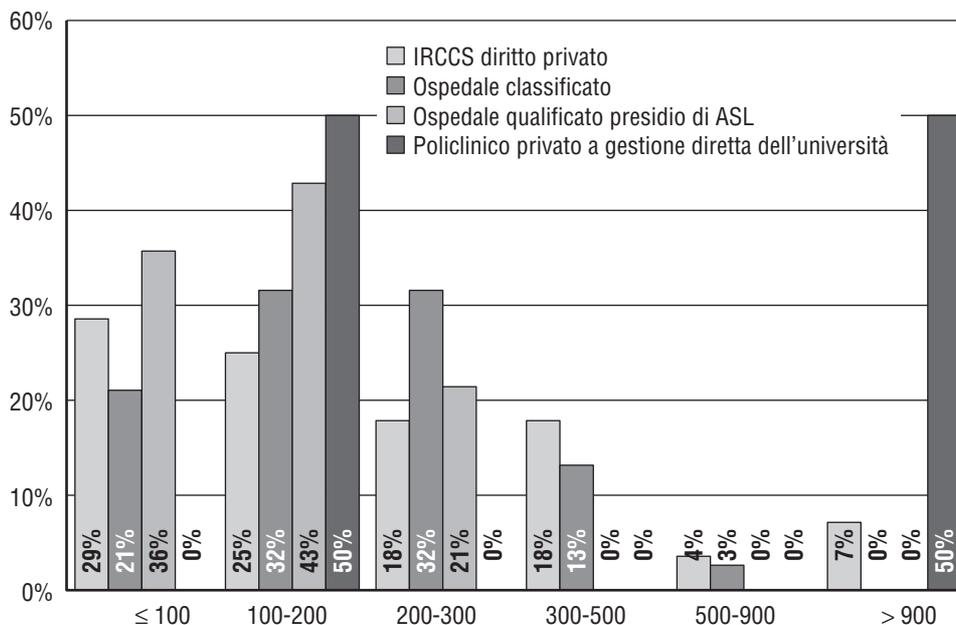
Fonte: Attività Economiche e Gestionali, ministero della Salute

Sicilia (12,7 per cento) e Toscana (11,4 per cento). Si sottolineano, inoltre, i casi di Abruzzo, provincia autonoma di Bolzano, Molise e Basilicata dove non sono stati attivati PL privati accreditati in DH, pur registrando dotazioni di PL privati accreditati in RO comunque inferiori a quelli della media nazionale (rispettivamente 16,9 e 13,9, 12 e 2,6 per cento contro i 20,6 per cento del livello nazionale).

Riguardo all'assistenza ospedaliera erogata dagli IRCCS di diritto privato, dagli ospedali classificati, dagli istituti qualificati presidio di ASL e dai policlinici privati a gestione diretta dell'università, si evidenzia che, per tutte le tipologie di strutture, almeno il 50 per cento di esse ha una dotazione di PL inferiore a 200: uno dei due policlinici privati a gestione diretta dell'università, 54 per cento degli IRCCS di diritto privato, 53 per cento degli ospedali classificati, 79 per cento degli istituti qualificati presidio di ASL (cfr. Fig. 4.6). Il 4 per cento degli IRCCS di diritto privato e il 3 per cento degli ospedali classificati ha una dotazione tra i 500 e i 900 PL e solo gli IRCCS di diritto privato e i policlinici privati a gestione diretta dell'università sono caratterizzati da strutture con una dotazione di PL superiore ai 900 (rispettivamente il 7 per cento degli IRCCS di diritto privato e uno dei due policlinici privati).

Rispetto alle discipline cliniche (cfr. Tab. 4.12) che caratterizzano l'attività di queste strutture di ricovero, si osserva come gli istituti qualificati presidio di ASL e gli ospedali classificati sono tipicamente strutture che operano nell'ambito della riabilitazione (rispettivamente 83,33 e 44,44 per cento), della chirurgia e della medicina generale (rispettivamente 50 e 72,2 per cento per la chirurgia e 66,7 e

Figura 4.6 **Distribuzione percentuale di IRCCS di diritto privato, ospedali classificati, istituti qualificati presidio di ASL, policlinici privati a gestione diretta dell'università per dimensione di PL (2003)**



Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

77,8 per cento per la medicina generale) e dell'ortopedia e traumatologia (rispettivamente 58,3 e 47,2 per cento). Per gli ospedali classificati si aggiungono, inoltre, l'ostetricia e la ginecologia (53 per cento) e la terapia intensiva (42 per cento).

Tra gli IRCCS di diritto privato, invece, una percentuale rilevante di strutture si posiziona rispetto alle discipline riabilitative (74 per cento per la disciplina «Recupero e riabilitazione funzionale» e 44,4 per cento per la «Neuroriabilitazione»). Infine, i due policlinici privati a gestione diretta dell'università presentano un mix abbastanza differenziato di discipline.

Incrociando i dati sulle discipline con quelli relativi alle classi dimensionali in termini di dotazione di PL emerge che le strutture con meno di 100 PL sono prevalentemente monospecialistiche, con riferimento specifico all'area della riabilitazione (riabilitazione e recupero funzionale, neuroriabilitazione), della psichiatria (psichiatria e neuropsichiatria infantile), della neurologia e dell'oncologia e terapia intensiva.

Le strutture, invece, con più di 500 PL sono tipicamente polispecialistiche: le discipline più ricorrenti sono quelle di neurologia, ortopedia e traumatologia, terapia intensiva e quelle afferenti all'area materno-infantile (per esempio, neonatologia e pediatria).

Tabella 4.12 Concentrazione delle discipline erogate da IRCCS di diritto privato, ospedali classificati, istituti qualificati presidio di ASL e policlinici privati a gestione diretta dell'università (2003, valori percentuali)

Disciplina	IRCCS di diritto privato	Istituti qualificati presidio di ASL	Ospedali classificati	Policlinici privati a gestione diretta dell'università
Allergologia	0,00	0,00	0,00	0,00
Angiologia	0,00	0,00	2,78	0,00
Astanteria	3,70	8,33	8,33	50,00
Cardiochirurgia	7,41	0,00	2,78	100,00
Cardiochirurgia pediatrica	3,70	0,00	0,00	0,00
Cardiologia	22,22	33,33	41,67	100,00
Chirurgia generale	18,52	50,00	72,22	100,00
Chirurgia maxillo-facciale	0,00	0,00	0,00	0,00
Chirurgia pediatrica	3,70	0,00	0,00	50,00
Chirurgia plastica	7,41	8,33	11,11	50,00
Chirurgia toracica	7,41	0,00	0,00	50,00
Chirurgia vascolare	14,81	8,33	16,67	50,00
Dermatologia	7,41	0,00	2,78	50,00
Detenuti	0,00	0,00	0,00	0,00
Ematologia	11,11	0,00	5,56	50,00
Emodialisi	0,00	0,00	0,00	0,00
Fisiopatologia della riproduzione	0,00	0,00	0,00	0,00
Gastroenterologia	7,41	8,33	25,00	100,00
Geriatrica	7,41	25,00	11,11	50,00
Grandi ustioni	0,00	0,00	0,00	0,00
Grandi ustioni pediatriche	0,00	0,00	0,00	0,00
Immunologia	0,00	0,00	0,00	0,00
Lungodegenti	7,41	33,33	22,22	0,00
Malattie endocrine, del ricambio e XXXXX	11,11	8,33	13,89	50,00
Malattie infettive e tropicali	7,41	0,00	5,56	50,00
Medicina del lavoro	7,41	0,00	0,00	50,00
Medicina generale	22,22	66,67	77,78	100,00
Medicina nucleare	3,70	0,00	2,78	0,00
Medicina sportiva	0,00	0,00	0,00	0,00
Nefrologia	7,41	8,33	8,33	0,00
Nefrologia (abilitazione al trapianto)	7,41	0,00	0,00	50,00
Nefrologia pediatrica	0,00	0,00	0,00	0,00
Neonatologia	11,11	8,33	33,33	0,00
Neurochirurgia	11,11	8,33	2,78	0,00
Neurochirurgia pediatrica	3,70	0,00	0,00	50,00
Neurologia	29,63	25,00	16,67	0,00
Neuropsichiatria infantile	11,11	0,00	0,00	0,00
Neuroriabilitazione	44,44	8,33	5,56	0,00

Tabella 4.12 (segue)

Disciplina	IRCCS di diritto privato	Istituti qualificati presidio di ASL	Ospedali classificati	Policlinici privati a gestione diretta dell'università
Oculistica	14,81	25,00	38,89	0,00
Odontoiatria e stomatologia	3,70	8,33	8,33	0,00
Oncoematologia	3,70	0,00	0,00	0,00
Oncoematologia pediatrica	0,00	0,00	0,00	0,00
Oncologia	18,52	0,00	25,00	100,00
Ortopedia e traumatologia	11,11	58,33	47,22	100,00
Ostetricia e ginecologia	14,81	33,33	55,56	100,00
Otorinolaringoiatria	14,81	8,33	30,56	100,00
Pediatria	18,52	0,00	33,33	50,00
Pensionanti	3,70	8,33	0,00	0,00
Pneumologia	11,11	8,33	13,89	50,00
Psichiatria	0,00	0,00	8,33	0,00
Radioterapia	7,41	0,00	0,00	50,00
Radioterapia oncologica	0,00	0,00	0,00	0,00
Recupero e riabilitazione funzionale	74,07	83,33	44,44	50,00
Reumatologia	0,00	0,00	0,00	50,00
Terapia intensiva	22,22	41,67	44,44	100,00
Terapia intensiva neonatale	7,41	8,33	19,44	50,00
Tossicologia	0,00	0,00	0,00	0,00
Unità coronarica	14,81	8,33	22,22	50,00
Unità spinale	3,70	0,00	2,78	0,00
Urologia	11,11	41,67	33,33	100,00
Urologia pediatrica	3,70	0,00	0,00	0,00

Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

Per quanto riguarda la dotazione di apparecchiature di diagnosi e cura presso le strutture di ricovero, esse presentano dei valori per un milione di abitanti più elevati nelle strutture pubbliche (incluse quelle equiparate alle pubbliche) che in quelle private accreditate. Nell'ambito di queste ultime la regione con una maggiore dotazione di apparecchiature è il Lazio (circa 107 apparecchiature per un milione di abitanti) seguita da Campania e Puglia (dotazione complessiva di attrezzature superiore a 40 apparecchiature per un milione di abitanti).

Infine, un'ultima considerazione va fatta per il personale che opera nelle case di cura e nelle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche: in queste ultime il personale in servizio presenta caratteristiche diverse, o meglio si distingue tra personale dipendente, cioè unità con rapporto d'impiego con l'istituto, e personale con altro tipo di rapporto, cioè unità in servizio presso la struttura e dipendenti da altre istituzioni oppure a rapporto di collaborazione professionale coordinata e continuativa.

Tabella 4.13 Apparecchiature tecnico-biomediche di diagnosi e cura presso le strutture di ricovero pubbliche (incluse le equiparate alle pubbliche) e le case di cura accreditate; indicatori per 1.000.000 di abitanti (2004)

Regione	Strutture pubbliche						Strutture private					
	ALI	EMD	GCC	TAC	TRM	Totale	ALI	EMD	GCC	TAC	TRM	Totale
Piemonte	6,1	226,9	7,07	20,1	7,7	967,8	0,5	0,5	0,5	3,3	3,3	8,1
Valle d'Aosta		237,6	16,4	16,4	24,6	295,0				8,2		8,2
Lombardia	4,7	185,4	7,9	15,8	5,5	219,3	0,9	17,7	0,3	5,4	5,4	29,7
Bolzano		178,1	6,4	14,8	10,6	209,9	4,2			4,2	4,2	12,6
Trento	8,1	385,1	2,0	14,3	6,1	415,6				2,0		2,0
Veneto	5,0	160,0	7,5	16,2	8,6	197,3			0,2	0,9	0,9	2,0
Friuli Venezia Giulia	8,3	236,2	6,7	17,5	7,5	276,2				2,5	3,3	5,8
Liguria	5,1	266,9	9,5	17,7	10,8	310,0						0,0
Emilia Romagna	3,2	197,5	6,9	15,2	5,4	228,2	0,5	6,6	0,7	4,4	3,9	16,1
Toscana	5,0	231,1	8,7	14,9	7,3	267,0		4,2	0,8	1,1	0,3	6,4
Umbria	5,9	336,1	3,5	22,4	9,4	377,3			2,4	2,4		4,8
Marche	4,0	287,7	7,3	14,6	10,6	324,2			1,3	4,0	2,7	8,0
Lazio	4,0	174,8	7,9	19,2	7,9	213,8	0,2	89,9	1,5	6,1	8,8	106,5
Abruzzo	3,9	213,9	7,8	15,6	6,2	247,4		11,7		5,4	4,7	21,8
Molise	6,2	276,7	18,7	24,9	12,4	338,9		3,1	3,1	9,3	3,1	18,6
Campania	2,1	66,7	10,6	11,1	3,1	93,6	0,3	27,4	3,6	7,5	2,6	41,4
Puglia	3,0	230,4	7,9	12,4	5,9	259,6		31,9	0,2	4,5	1,7	38,3
Basilicata	1,7	261,3	5,0	15,1	6,7	289,8				1,7		1,7
Calabria	2,5	208,3	5,0	16,9	4,0	236,7	1,0	0,5	2,5	10,4	4,5	18,9
Sicilia	1,4	99,5	5,0	14,6	3,6	124,1	1,2	3,0	1,6	7,2	2,4	15,4
Sardegna	1,2	182,0	11,0	13,4	9,7	217,3		51,1	1,2	4,9	1,8	59,0
Italia	3,9	185,5	7,8	15,7	6,5	219,4	0,4	18,6	1,1	4,7	3,4	28,2

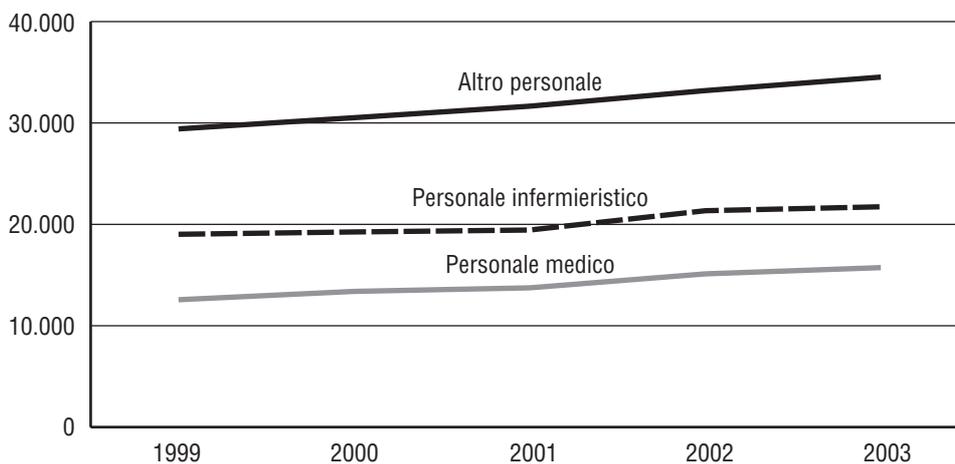
Nota: Ali = Acceleratore lineare, EMD = apparecchio per emodialisi, GCC = Gamma camera computerizzata, TAC = Tomografo assiale computerizzato, TRM = Tomografo a risonanza magnetica.

Fonte: Attività Economiche e Gestionali, ministero della Salute

In particolare¹⁵:

- il personale che opera presso le case di cura private accreditate è rappresentato per più del 50 per cento da personale di ruolo sanitario limitatamente ai medici-odontoiatri (20-21 per cento) e agli infermieri (30-31 per cento). L'altro personale include il personale di ruolo sanitario laureato non medico (per esempio, biologi, farmacisti ecc.), gli assistenti sanitari (OSS, OTA ecc.), il personale di ruolo professionale (per esempio, gli avvocati), il personale di ruolo tecnico e il personale di ruolo amministrativo. Per tutti i raggruppamenti si evidenzia un trend in lieve aumento dal 1999 al 2003 (cfr. Fig. 4.7);
- per quanto riguarda il personale operante nelle altre tipologie di strutture di ricovero considerate si sottolinea come:
 - nel caso degli ospedali classificati e degli istituti qualificati presidio di ASL più del 50 per cento del personale è inserito nell'ambito del ruolo sanitario con una prevalenza di personale infermieristico (37 per cento infermieri e 18 per cento medici e odontoiatri; cfr. Fig. 4.8) e che il 95 per cento del personale totale è dipendente;
 - nel caso degli IRCCS di diritto privato e dei policlinici privati a gestione diretta dell'università il personale complessivo ammonta rispettivamente a circa 15.800 unità (di cui il 95 per cento con rapporto di lavoro dipendente) e a 5.086 unità (di cui il 99 per cento con rapporto di lavoro dipendente).

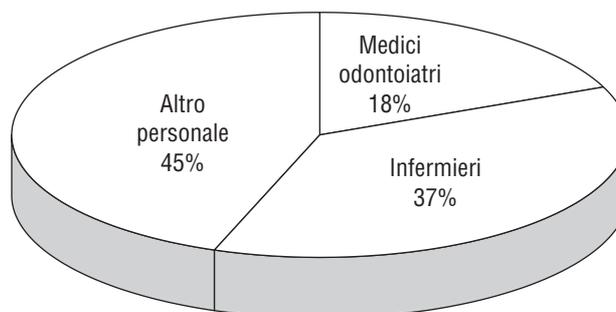
Figura 4.7 Trend del personale presso le case di cura private accreditate (1999-2003)



Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

¹⁵ I valori del personale riportati nelle Figg. 4.7 e 4.8 comprendono sia quello dipendente sia quello operante nella struttura con un altro tipo di rapporto.

Figura 4.8 **Composizione del personale operante negli ospedali classificati e negli istituti qualificati presidio di ASL (2004)**



Fonte: elaborazione OASI su dati ministero della Salute

Infine, sul versante dell'assistenza ospedaliera ai non acuti (riabilitazione e lungodegenza) è possibile effettuare dei confronti tra la percentuale di PL pubblici e privati accreditati considerando le discipline di riferimento: recupero e riabilitazione funzionale (disciplina 56), lungodegenti (disciplina 60) e altre discipline di minore rilevanza in termini di PL, quali residuale manicomiale (disciplina 22), unità spinale (disciplina 28) e neuroriabilitazione (disciplina 75).

La Fig. 4.9 evidenzia un'equa distribuzione di PL tra le strutture pubbliche e accreditate per la prima disciplina, una lieve concentrazione dei PL per la lungodegenza nelle strutture private accreditate (circa il 48 per cento pubblici contro quasi il 52 per cento privati accreditati). Nell'ambito delle altre discipline vi è una maggiore percentuale di PL pubblici rispetto a quelli accreditati (76 per cento contro circa 24 per cento).

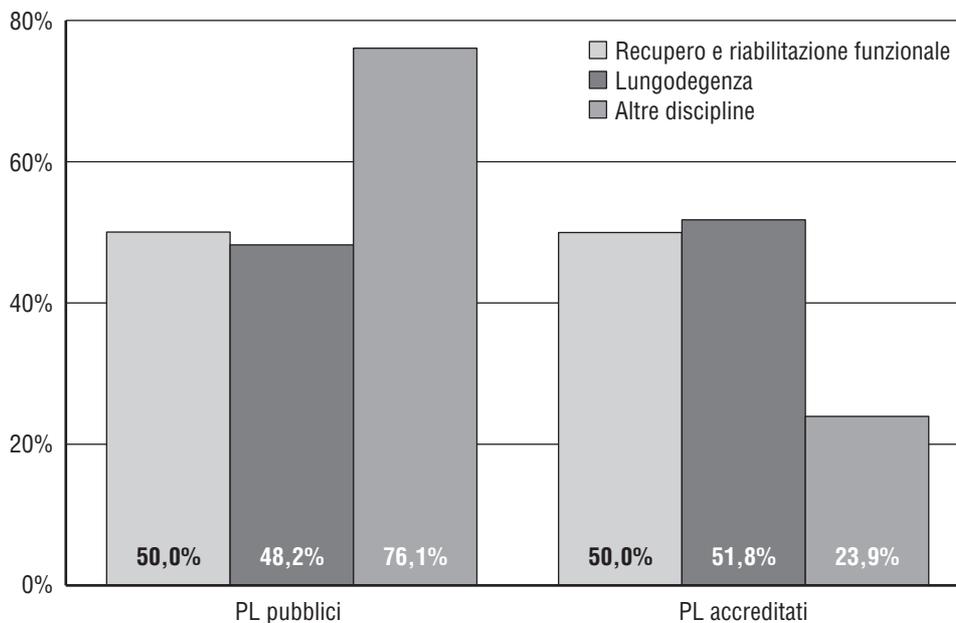
4.5 Dati di attività

Come spesso sottolineato nei precedenti Rapporti OASI e ripreso nel Capitolo 2, la rilevazione dei livelli di attività del SSN è risultata piuttosto difficile a causa della lentezza e dell'incompletezza delle informazioni inviate al Ministero e alle regioni, anche perché mancava un collegamento tra i livelli di attività svolta e i finanziamenti ottenuti dalle aziende.

Come ricordato nel Capitolo 2, la raccolta delle informazioni per il 2004 da parte del Ministero è risultata particolarmente difficile e sono attualmente disponibili solo alcuni dati di attività, frutto della rielaborazione delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Di seguito vengono presentati i dati in grado di definire il contributo che erogatori pubblici e privati forniscono al SSN in termini di volumi e tipologie di attività, sia ospedaliera sia territoriale (anche se a questo proposito le informazioni

Figura 4.9 **Percentuale di PL pubblici e privati accreditati effettivamente utilizzati per discipline di riabilitazione e lungodegenza (2004)**



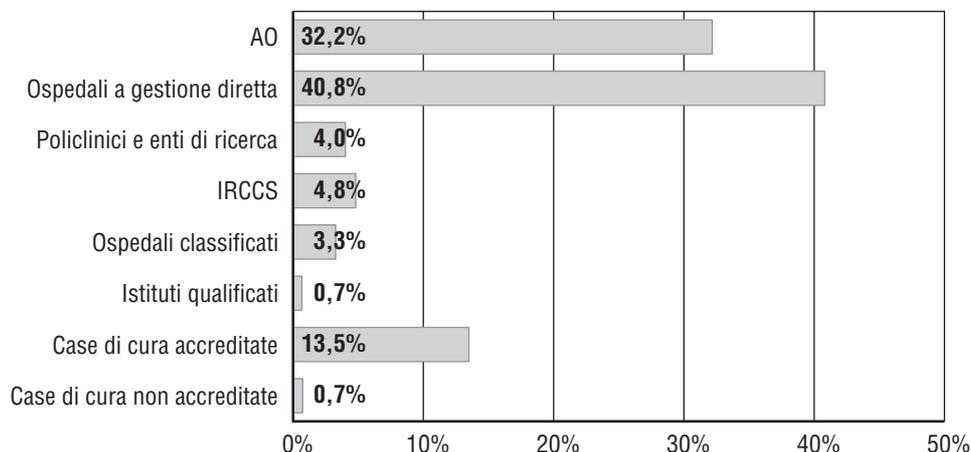
Fonte: Attività Economiche e Gestionali, ministero della Salute

disponibili sono davvero limitate): si rimanda al Capitolo 2 per un'analisi complessiva dei flussi di attività del SSN nel 2004.

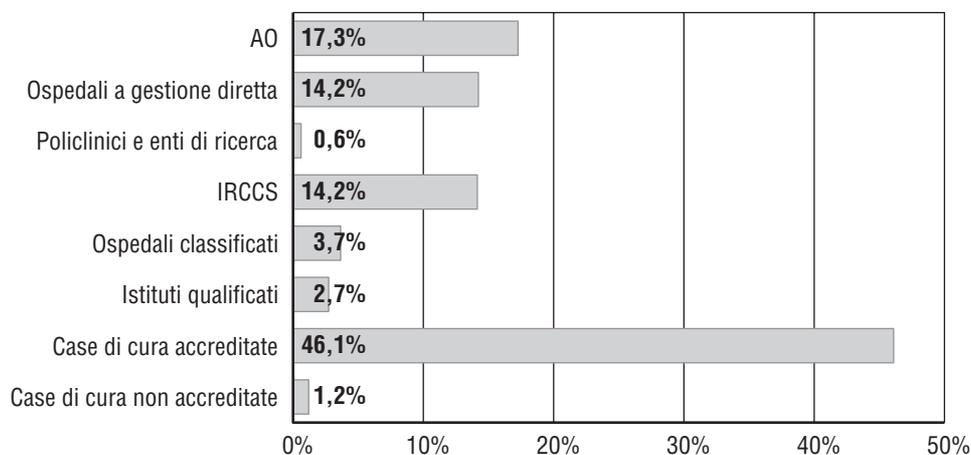
Rispetto all'attività ospedaliera, i dati presentati nelle Figg. 4.10, 4.11 e 4.12 mostrano la distribuzione dei dimessi per tipo di attività (rispettivamente acuti, riabilitazione e lungodegenza) e per tipo di istituto: come chiarito nel par. 4.2. I dati forniti dal Ministero non consentono di distinguere l'attività erogata dagli IRCCS pubblici rispetto a quella degli IRCCS privati e per questo motivo il dato degli IRCCS viene fornito in maniera complessiva: si tenga, tuttavia presente che una buona misura per valutare il peso degli IRCCS privati rispetto al totale degli IRCCS è rappresentata dal numero di posti letto accreditati pari al 52,3 per cento del totale.

Rispetto al numero di dimissioni per acuti in RO e DH (Fig. 4.10), è possibile evidenziare come una percentuale molto elevata delle stesse sia avvenuta in ospedali a gestione diretta dell'ASL (40,8 per cento) e, a seguire, in AO (32,2 per cento).

Sommando l'attività di ospedali classificati, istituti qualificati e case di cura (accreditate e non) emerge un peso relativamente limitato (18,2 per cento) degli erogatori privati in questo ambito, peso che rimane limitato anche qualora si attribuisse l'intera attività degli IRCCS (sia pubblici sia privati), che però com-

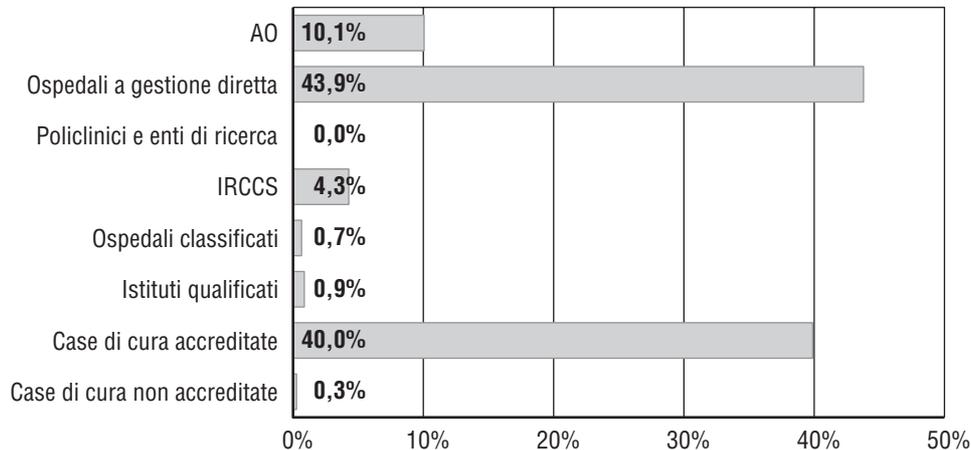
Figura 4.10 **Distribuzione dei dimessi per acuti (RO + DH) per tipo di istituto (2004)**

Fonte: elaborazione OASI su dati SDO, ministero della Salute

Figura 4.11 **Distribuzione dei dimessi per riabilitazione (RO + DH) per tipo di istituto (2004)**

Fonte: elaborazione OASI su dati SDO, ministero della Salute

pletivamente effettuano solo il 4,8 per cento dell'attività di ricovero per acuti. Al contrario, se si vanno a guardare i dati di attività della riabilitazione in RO e DH (Fig. 4.11) è possibile constatare l'elavato peso del privato, che con le sole case di cura accreditate e non copre oltre il 47 per cento del numero di dimissioni e supera il 53 per cento se si include anche l'attività degli ospedali classificati e degli istituti qualificati.

Figura 4.12 **Distribuzione dei dimessi per lungodegenza per tipo di istituto (2004)**

Fonte: elaborazione OASI su dati SDO, ministero della Salute

Un discorso a parte merita, infine, l'attività per lungodegenti, svolta, di fatto, solo da due tipologie di soggetti, vale a dire gli ospedali a gestione diretta dell'ASL (44 per cento) e le case di cura private accreditate (40 per cento): tutti gli altri erogatori, a eccezione delle AO dove vengono curati il 10 per cento dei lungodegenti, svolgono una quota di attività davvero residuale.

La differenziazione rispetto a tali indicatori è però molto accentuata tra le regioni: rispetto all'attività per acuti (Tab. 4.14), Lazio, Campania, Lombardia, Puglia e Calabria sono le regioni in cui gli erogatori privati (accreditati e non) coprono una parte rilevante di attività e comunque superiore al 20 per cento, mentre sono le regioni piccole (Basilicata, Molise, Umbria, Bolzano e Friuli Venezia Giulia) e la Toscana a presentare un tasso di attività per acuti degli erogatori privati piuttosto limitato (inferiore al 10 per cento).

Allo stesso modo (Tab. 4.15), Lazio, Calabria, Campania, Abruzzo e Bolzano) rappresentano le regioni e province con la più elevata percentuale (superiore al 35 per cento) di ricoveri per riabilitazione in strutture private (accreditate e non).

Infine, per quanto riguarda la lungodegenza (Tab. 4.16), in Toscana e Sardegna sono gli operatori privati a effettuare la totalità dell'attività in questione, ma percentuali molto vicine al 100 per cento si registrano anche in molte altre regioni.

Due indicatori tradizionali di analisi dell'attività ospedaliera sono degenza media e tasso di utilizzo dei posti letto: rispetto a questi due indicatori non è possibile fornire delle indicazioni specifiche rispetto alla tipologia di azienda, ma si utilizza la distinzione ministeriale che considera come pubbliche anche le strutture equiparate.

Tabella 4.14 Incidenza percentuale dei dimessi per acuti (RO + DH) per tipologia di istituto (2004)

Regione	Aziende ospedaliere	Ospedali a gestione diretta	Policlinici universitari	IRCCS	Ospedali classificati	Istituti qualificati presidio USL	Enti di ricerca	Case di cura private accreditate	Case di cura private
Piemonte	32,9	48,0	—	0,4	4,4	2,0	—	11,1	1,2
Valle d'Aosta	—	100,0	—	—	—	—	—	—	—
Lombardia	65,3	—	—	12,3	3,1	—	—	18,5	0,9
Bolzano	—	94,2	—	—	—	—	—	1,7	4,0
Trento	—	89,7	—	—	5,1	—	—	5,1	—
Veneto	18,9	66,1	—	—	5,5	4,7	—	4,6	0,1
Friuli Venezia Giulia	43,9	32,9	6,0	9,2	—	—	—	8,0	—
Liguria	33,7	45,9	—	10,3	9,2	—	—	0,9	—
Emilia Romagna	31,9	51,6	—	2,1	—	—	—	13,7	0,6
Toscana	31,2	60,7	—	0,3	—	—	0,6	6,5	0,6
Umbria	45,5	48,3	—	—	—	—	—	6,2	—
Marche	26,7	61,2	—	2,7	—	—	—	9,4	—
Lazio	14,4	31,3	14,5	12,2	8,6	1,6	—	14,1	3,4
Abruzzo	—	81,4	—	—	—	—	—	18,6	—
Molise	—	82,1	—	5,6	—	—	4,6	7,8	—
Campania	27,3	34,7	10,3	1,7	3,1	0,6	—	22,3	—
Puglia	15,0	57,0	—	8,5	6,6	—	—	12,3	0,6
Basilicata	39,8	58,5	—	—	—	—	—	1,8	—
Calabria	29,1	50,5	—	0,4	—	—	—	19,9	—
Sicilia	43,6	29,9	10,5	0,3	1,2	—	—	14,4	—
Sardegna	10,2	68,9	5,9	0,4	—	—	—	14,6	—
Italia	32,2	40,8	4,0	4,8	3,3	0,7	0,1	13,5	0,7

Nota: in Lombardia, per problemi riscontrati nell'attribuzione del tipo di istituto, il numero di dimessi di «Ospedali a gestione diretta» e «Aziende ospedaliere», sono indistintamente attribuiti a queste ultime.

Fonte: elaborazione OASI su dati SDO, ministero della Salute

Tabella 4.15 Incidenza percentuale dei dimessi per riabilitazione (RO + DH) per tipologia di istituto (2004)

Regione	Aziende ospedaliere	Ospedali a gestione diretta	Policlinici universitari	IRCCS	Ospedali classificati	Istituti qualificati presidio USL	Enti di ricerca	Case di cura private accreditate	Case di cura private
Piemonte	3,5	9,0	—	18,1	0,9	40,6	—	9,1	—
Valle d'Aosta	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lombardia	59,0	—	—	46,1	31,0	—	—	27,0	3,0
Bolzano	—	1,2	—	—	—	—	—	0,9	—
Trento	—	4,6	—	—	16,4	—	—	1,7	—
Veneto	5,8	20,7	—	1,4	31,8	30,8	—	3,9	—
Friuli Venezia Giulia	1,3	2,3	2,8	—	—	—	—	0,7	—
Liguria	5,3	8,8	—	1,2	2,7	—	—	0,9	—
Emilia Romagna	5,8	7,9	—	1,5	—	—	100,0	7,6	1,0
Toscana	3,2	6,0	—	2,2	—	14,5	—	3,4	—
Umbria	0,3	7,5	—	—	—	—	—	0,2	—
Marche	0,7	2,1	—	1,3	—	—	—	0,8	—
Lazio	3,3	5,5	44,5	12,9	10,9	7,8	—	20,8	24,6
Abruzzo	—	9,4	—	—	—	—	—	8,0	—
Molise	—	1,4	—	0,8	—	—	—	0,3	—
Campania	2,8	3,5	12,9	5,1	—	—	—	7,2	—
Puglia	1,2	4,0	—	7,6	6,4	—	—	1,3	71,5
Basilicata	1,0	1,5	—	—	—	—	—	—	—
Calabria	0,0	1,9	—	—	—	—	—	2,8	—
Sicilia	6,7	1,2	39,8	1,9	—	6,2	—	3,5	—
Sardegna	—	1,2	—	—	—	—	—	—	—
Italia	17,3	14,2	0,6	14,2	3,7	2,7	0,0	46,1	1,2

Nota: in Lombardia, per problemi riscontrati nell'attribuzione del tipo di istituto, il numero di dimessi di «Ospedali a gestione diretta» e «Aziende ospedaliere», sono indistintamente attribuiti a queste ultime.

Fonte: elaborazione OASI su dati SDO, ministero della Salute

Tabella 4.16 Incidenza percentuale dei dimessi per lungodegenza per tipologia di istituto (2004)

Regione	Aziende ospedaliere	Ospedali a gestione diretta	Politecnici universitari	IRCCS	Ospedali classificati	Istituti qualificati presidio USL	Enti di ricerca	Case di cura private accreditate	Case di cura private
Piemonte	0,3	44,1	—	—	0,9	2,9	—	51,8	0,0
Valle d'Aosta	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lombardia	39,4	—	—	34,6	—	—	—	26,1	—
Bolzano	—	8,2	—	—	—	—	—	76,8	14,9
Trento	—	7,9	—	—	10,5	—	—	81,7	—
Veneto	0,4	87,4	—	—	1,7	4,3	—	6,3	—
Friuli Venezia Giulia	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Liguria	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Emilia Romagna	16,6	46,9	—	—	—	—	—	36,5	—
Toscana	—	—	—	—	—	—	—	100,0	—
Umbria	—	100,0	—	—	—	—	—	—	—
Marche	—	48,9	—	8,9	—	—	—	42,3	—
Lazio	—	26,1	—	—	—	—	—	73,6	0,2
Abruzzo	—	92,6	—	—	—	—	—	7,4	—
Molise	—	100,0	—	—	—	—	—	—	—
Campania	—	7,0	—	—	—	0,1	—	92,9	—
Puglia	—	97,8	—	—	—	—	—	2,2	—
Basilicata	—	100,0	—	—	—	—	—	—	—
Calabria	—	57,1	—	—	—	—	—	42,9	—
Sicilia	23,8	76,1	—	—	—	—	—	0,1	—
Sardegna	—	—	—	—	—	—	—	100,0	—
Italia	10,1	43,9	—	4,3	0,7	0,9	0,0	40,0	0,3

Nota: in Lombardia, per problemi riscontrati nell'attribuzione del tipo di istituto, il numero di dimessi di «Ospedali a gestione diretta» e «Aziende ospedaliere», sono indistintamente attribuiti a queste ultime.

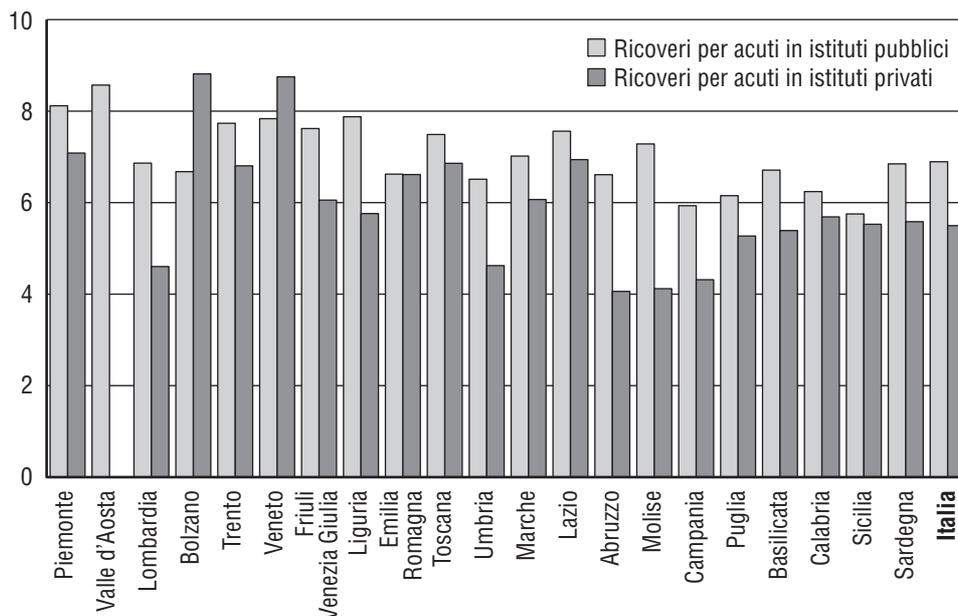
Fonte: elaborazione OASI su dati SDO, ministero della Salute

Il primo indicatore permette di esprimere una valutazione di prima approssimazione sull'efficienza operativa¹⁶.

Negli ultimi anni la degenza media per acuti a livello nazionale si è ridotta, passando dal 7,1 del 1998 al 6,7 nel 2004. Mediamente le strutture private hanno una degenza media inferiore alle pubbliche per i ricoveri per acuti (5,5 rispetto a 6,9 giorni, cfr. Fig. 4.13), mentre presentano degenze medie simili (Fig. 4.14) per la riabilitazione (26,9 rispetto a 25,8) e maggiori (Fig. 4.15) per la lungodegenza (37,4 rispetto a 27).

Si rilevano però considerevoli differenze tra le regioni (Fig. 4.13), con le regioni del Sud che presentano generalmente degenze medie per acuti più brevi (soprattutto nelle strutture private). Per la riabilitazione e lungodegenza i valori rilevati sono, invece, estremamente eterogenei.

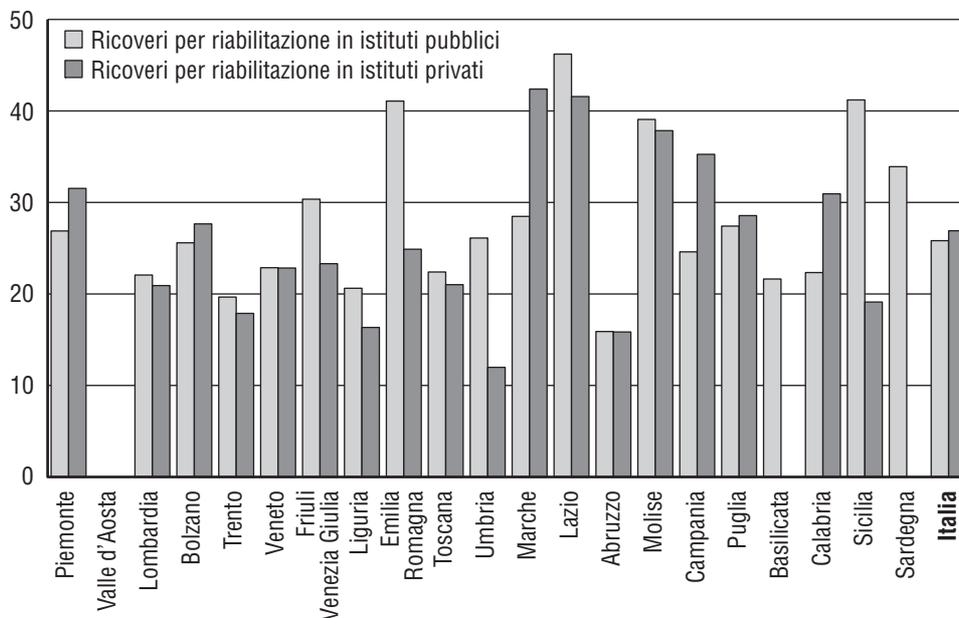
Figura 4.13 **Degenza media per acuti per regione e per tipo di struttura (2004)**



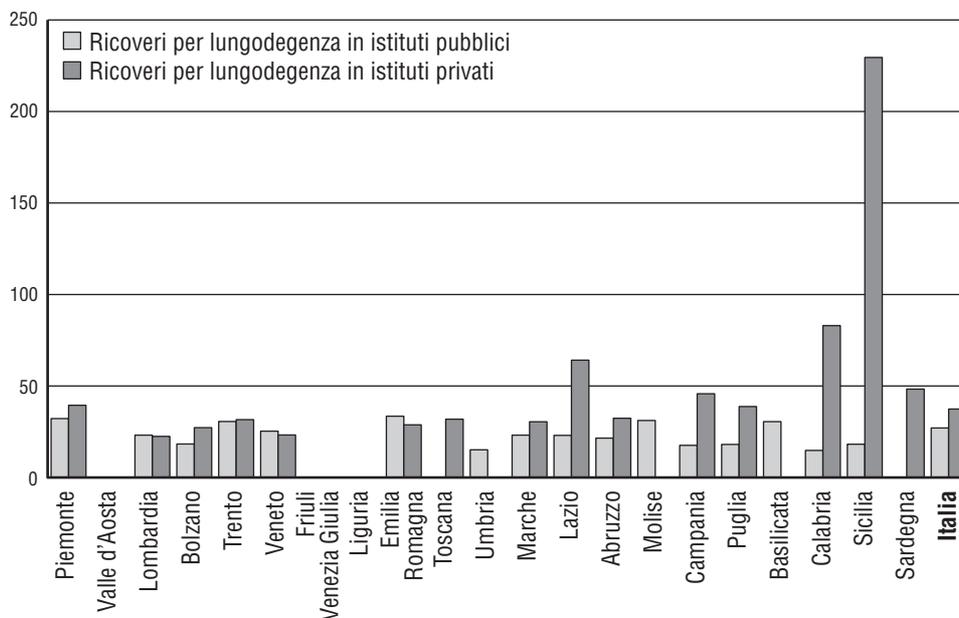
Fonte: elaborazione OASI su dati SDO, ministero della Salute

¹⁶ Per valutare l'efficienza operativa sarebbe in realtà necessario utilizzare almeno la degenza media standardizzata per *case mix* (cioè riportando tutte le regioni a un'unica distribuzione dei ricoveri per DRG, quella media italiana), in modo da eliminare l'effetto della diversa casistica trattata.

Si consideri inoltre che una degenza media bassa non è necessariamente un indicatore positivo, perché potrebbe essere ottenuta attraverso dimissioni premature o omissioni di terapie (e riducendo quindi l'efficacia del trattamento).

Figura 4.14 **Degenza media per riabilitazione per regione e per tipo di struttura (2004)**

Fonte: elaborazione OASI su dati SDO, ministero della Salute

Figura 4.15 **Degenza media per lungodegenza per regione e per tipo di struttura (2004)**

Fonte: elaborazione OASI su dati SDO, ministero della Salute

Il secondo indicatore di efficienza è rappresentato dal tasso di utilizzo dei posti letto¹⁷: alla data di pubblicazione del Rapporto non sono ancora stati resi disponibili i dati relativi al 2004, quindi si procede alla presentazione dei valori 2003.

Secondo quanto stabilito dalla legge 662/1996, questo indicatore non dovrebbe essere inferiore al 75 per cento. Se analizziamo i ricoveri per acuti (Tab. 4.17), tale

Tabella 4.17 **Tasso di occupazione dei posti letto acuti (2003)**

Regione	Tasso di occupazione delle strutture pubbliche acuti	Tasso di occupazione delle strutture private accreditate acuti
Piemonte	79,7	74,5
Valle d'Aosta	79,7	
Lombardia	79,3	54,5
Bolzano	74,2	57,4
Trento	70,4	
Veneto	79,9	85,5
Friuli Venezia Giulia	71,6	34,1
Liguria	81,6	77,3
Emilia Romagna	76,7	53,0
Toscana	79,8	37,7
Umbria	79,6	39,8
Marche	79,3	62,5
Lazio	86,1	73,4
Abruzzo	81,5	74,7
Molise	85,5	61,6
Campania	84,2	72,5
Puglia	80,4	63,5
Basilicata	64,1	45,4
Calabria	68,7	51,6
Sicilia	75,7	53,8
Sardegna	73,2	52,6
Italia	79,1	60,5

Fonte: Attività Economiche e Gestionali, ministero della Salute

¹⁷ Il tasso di utilizzo dei posti letto è calcolato come rapporto tra le giornate di degenza effettivamente erogate e le giornate di degenza teoriche, a loro volta determinate moltiplicando per 360 giorni il numero medio di posti letto disponibili.

indicatore è ancora inferiore a quello minimo solo in alcune regioni per le strutture pubbliche (province autonome di Bolzano e Trento, Friuli Venezia Giulia, Basilicata, Calabria e Sardegna) e con scarti comunque contenuti rispetto all'obiettivo; lo stesso non vale per le strutture private che in molte regioni fanno registrare tassi di occupazione molto inferiori rispetto allo standard (Friuli Venezia Giulia, Toscana, Umbria, Basilicata, Sardegna e Calabria) e comunque sempre inferiori a quello delle strutture pubbliche (a eccezione del Veneto).

Invece, per quel che riguarda i ricoveri per non acuti, solo quattro regioni (Marche, Basilicata, Calabria e Sicilia) presentano un tasso di occupazione dei posti

Tabella 4.18 **Tasso di occupazione dei posti letto per non acuti (2003)**

Regione	Tasso di occupazione delle strutture pubbliche non acuti	Tasso di occupazione delle strutture private accreditate non acuti
Piemonte	88,1	84,4
Valle d'Aosta		
Lombardia	88,3	99,3
Bolzano	98,8	122,1
Trento	88,2	
Veneto	83,0	117,8
Friuli Venezia Giulia	77,4	81,8
Liguria	103,7	93,1
Emilia Romagna	121,3	96,5
Toscana	90,1	78,5
Umbria	83,8	82,1
Marche	70,3	87,7
Lazio	89,6	90,6
Abruzzo	92,0	98,6
Molise	88,9	25,6
Campania	90,0	94,0
Puglia	78,5	97,8
Basilicata	69,5	
Calabria	65,3	90,1
Sicilia	66,3	87,7
Sardegna	84,7	85,9
Italia	90,5	92,8

Fonte: Attività Economiche e Gestionali, ministero della Salute

Tabella 4.19 Le prime 20 strutture ospedaliere italiane per numero di dimessi in mobilità attiva (2003)

Pos.	Struttura ospedaliera	Città	Tipologia	Natura erogatore	Numero dimissioni in mobilità attiva
1.	Ospedale pediatrico Bambino Gesù	Roma	IRCCS	Privato	21.815
2.	Policlinico Agostino Gemelli	Roma	Policlinico	Privato	16.218
3.	Istituto G. Gaslini	Genova	IRCCS	Pubblico	15.505
4.	AO pisana	Pisa	AO	Pubblico	15.159
5.	AO di Verona	Verona	AO	Pubblico	13.636
6.	AO S. Orsola Malpighi	Bologna	AO	Pubblico	13.191
7.	Ospedale policlinico S. Matteo	Pavia	IRCCS	Pubblico	12.714
8.	IRCCS S. Raffaele	Milano	IRCCS	Privato	12.498
9.	AO Padova	Padova	AO	Pubblico	11.614
10.	Casa Sollievo della Sofferenza	San Giovanni R. (Foggia)	IRCCS	Privato	11.163
11.	II. OO. Rizzoli	Bologna	IRCCS	Pubblico	10.484
12.	Policlinico Umberto I	Roma	Policlinico	Pubblico	8.522
13.	AO senese	Siena	AO	Pubblico	8.499
14.	Istituto Europeo di Oncologia	Milano	IRCCS	Privato	8.161
15.	Istituto Nazionale per la Cura dei Tumori	Milano	IRCCS	Pubblico	8.114
16.	AO Careggi	Firenze	AO	Pubblico	7.923
17.	Istituto Clinico «Humanitas»	Rozzano (Milano)	Casa di cura priv. accr.	Privato	7.604
18.	AO Perugia	Perugia	AO	Pubblico	7.379
19.	AO San Martino e clinica univ. conv.	Genova	AO	Pubblico	7.040
20.	AO Spedali Civili	Brescia	AO	Pubblico	6.976

Fonte: elaborazione su dati CENSIS e ministero della Salute

letto inferiore al 75 per cento, mentre le strutture private registrano tassi di occupazione decisamente superiori allo standard (a eccezione del Molise) e molto spesso anche a quello delle strutture pubbliche.

Purtroppo, i dati rilevati dal Sistema Informativo Sanitario (SIS) non consentono di esprimere delle valutazioni sul livello di migrazione sanitaria indotto dalle strutture sanitarie private, ma forniscono l'elenco dei 20 «poli attrattivi» italiani, ossia delle 20 strutture ospedaliere con il più alto numero di dimessi in mobilità attiva extraregionale.

I flussi di mobilità attiva che hanno interessato le prime 20 strutture italiane raccolgono oltre il 20 per cento della mobilità complessiva extraregionale.

È significativo che queste strutture siano localizzate tutte al Centro-Nord (a eccezione della Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo) e che

delle 20 strutture 6 siano private e coprano oltre il 34 per cento della mobilità attiva generata complessivamente dai 20 poli attrattivi.

Infine, bisogna rilevare che la carenza di flussi informativi riguarda anche l'attività svolta a livello territoriale: questo vale sia per l'attività svolta da strutture pubbliche sia, e in misura anche maggiore, da quelle private.

Gli unici dati a disposizione riguardano non i volumi, bensì la tipologia di attività (clinica, diagnostica e di laboratorio) che svolgono ambulatori e laboratori privati. A questo proposito, i dati riportati in Tab. 4.20 evidenziano un'estrema

Tabella 4.20 **Distribuzione di ambulatori e laboratori privati accreditati per tipologia di assistenza per regione (2004, valori percentuali)**

Regione	Tipologia di assistenza		
	Clinica	Diagnostica	Laboratorio
Piemonte	40	34	26
Valle d'Aosta	67	33	0
Lombardia	42	30	28
Bolzano	70	14	16
Trento	35	35	29
Veneto	58	21	21
Friuli Venezia Giulia	59	18	24
Liguria	35	33	32
Emilia Romagna	50	31	20
Toscana	54	23	23
Umbria	20	28	52
Marche	36	14	50
Lazio	29	25	46
Abruzzo	25	42	34
Molise	42	21	38
Campania	25	20	55
Puglia	31	14	55
Basilicata	35	15	50
Calabria	33	18	49
Sicilia	44	11	45
Sardegna	47	29	24
Italia	38	22	40

Fonte: Attività Economiche e Gestionali, ministero della Salute

variabilità a livello regionale, ma consentono ugualmente di individuare alcune caratteristiche fondamentali:

- le tre tipologie di attività assumono un'importanza molto simile, con una presenza leggermente inferiore di strutture private dedicate all'attività diagnostica rispetto ad attività clinica e di laboratorio;
- in alcune regioni del Centro-Nord (Valle d'Aosta, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Bolzano, Emilia Romagna e Toscana) l'attività clinica assume un peso superiore rispetto alle altre attestandosi al di sopra del 50 per cento;
- la più alta incidenza degli ambulatori di diagnostica si riscontra nelle regioni del Nord (Piemonte, Trento, Valle d'Aosta, Emilia Romagna e Lombardia) e in Abruzzo, nelle quali il privato ha avviato in misura maggiore ambulatori di diagnostica;
- le regioni nelle quali le strutture territoriali private si occupano prevalentemente di attività di laboratorio sono localizzate per lo più nel Centro-Sud (Umbria, Marche, Campania, Puglia e Basilicata), dove la percentuale di questa tipologia di ambulatori sul totale è pari o supera il 50 per cento.

4.6 Dati economico-finanziari sul mercato delle aziende sanitarie private

La spesa sanitaria totale in Italia ammonta a circa 122 miliardi di euro (cfr. Tab. 3.7), di cui il 78 per cento a carico del SSN e il restante 22 per cento dei cittadini (*out of pocket* o coperto da forme di previdenza sanitaria integrativa¹⁸). Non sono disponibili informazioni complete rispetto alla composizione della spesa privata corrente; le rilevazioni campionarie dei consumi delle famiglie (riportate dalla *Relazione generale sulla situazione economica del paese*) evidenziano che nel 2005 il 47,7 per cento di tale spesa riguardava l'acquisto di prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico, il 35 per cento servizi ambulatoriali e il 17,3 per cento servizi ospedalieri. Non sono invece disponibili informazioni sulla ripartizione di tali spese tra le strutture sanitarie pubbliche rispetto a quelle private (accreditate e non).

Informazioni dettagliate sono invece disponibili rispetto alla quota di spesa pubblica destinata alla remunerazione delle prestazioni effettuate da strutture private accreditate o convenzionate, così come rilevate dal ministero della Salute attraverso i modelli CE nell'ambito del SIS. La Tab. 4.21 mostra la spesa complessiva sostenuta

¹⁸ La previdenza sanitaria integrativa in Italia non è molto sviluppata, ma non è neppure trascurabile. Si stimano (Nomisma 2003) circa 2 milioni di persone coperte da assicurazione privata, a cui si aggiungono circa 3,6 milioni di persone (1,8 milioni di iscritti più i familiari) assistiti da fondi di impostazione mutualistica (casce aziendali e interaziendali, fondi di categoria e professionali, società di mutuo soccorso, casce edili).

Tabella 4.21 **Spesa pubblica per assistenza accreditata e convenzionata, totale e pro capite (2002; 2004; 2005)**

	Spesa totale 2005 (milioni di euro)	Var. perc. 2004-2005	Var. perc. 2002-2005	Spesa procapite		
				2005	2004	2002
Specialistica convenzionata e accreditata	3.316	7,3	23,1	57	53	47
Riabilitativa accreditata	2.244	5,9	20,1	38	36	32
Integrativa e protesica convenzionata e accreditata	1.374	6,2	22,4	24	22	20
Altra assistenza convenzionata e accreditata	4.313	8,3	21,5	74	68	62
Ospedaliera accreditata	8.674	-6,0	6,4	148	159	142
Totale	19.921	1,0	14,6	341	338	303

Fonte: elaborazione OASI su dati RGSEP

ta dal SSN per assistenza ospedaliera, specialistica, riabilitativa, integrativa, protesica e altre forme¹⁹ erogata da strutture accreditate e convenzionate. Questa categoria di strutture comprende (per la specialistica e l'ospedaliera) i medici convenzionati SUMAI, gli ospedali classificati, gli operatori privati accreditati e, fino al 2004, anche gli IRCCS pubblici e privati e le AO universitarie integrate con il SSN (precedentemente denominati policlinici universitari). Nel 2005 i costi di IRCCS e policlinici pubblici sono stati riclassificati dalle voci «Ospedaliera accreditata» e «Specialistica accreditata» alle voci «Personale» e «Beni e servizi»²⁰.

La riduzione nel periodo 2004-2005 della spesa ospedaliera accreditata (e il minor tasso di crescita nel periodo 2002-2005) è quindi, almeno parzialmente, spiegata dalla diversa classificazione adottata nella rilevazione dei dati. In generale, la spesa convenzionata e accreditata, diversa da quella ospedaliera, è cresciuta a tassi maggiori rispetto a quelli della spesa sanitaria pubblica complessiva (cresciuta del 5,2 per cento nel periodo 2004-2005 e del 19,5 per cento nel periodo 2002-2005). Tale incremento può essere ricondotto al potenziamento dei servizi territoriali, auspicato dalla programmazione nazionale e regionale e legato alla diffusione delle patologie cronico-degenerative, alla crescente incidenza della popolazione anziana e alle aspettative di più alti standard qualitativi di vita anche da parte delle persone disabili o non autosufficienti e dei malati terminali.

¹⁹ L'altra assistenza comprende: cure termali, medicina dei servizi, assistenza psichiatrica e agli anziani, ai tossicodipendenti, agli alcolisti, ai disabili, comunità terapeutiche.

²⁰ Tale riclassificazione è stata prevista nell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (cfr. par. 3.3). Non tutte le regioni hanno però adeguato i propri flussi informativi a tale nuova disposizione. La RGSEP infatti, quando specifica le voci incluse nella specialistica accreditata e convenzionata e nell'ospedaliera accreditata, riporta che (p. 332): «Per alcune regioni può ancora comprendere gli acquisti di prestazioni di assistenza specialistica da IRCCS pubblici e da policlinici universitari pubblici».

Tabella 4.22 Costi totale e pro capite per assistenza convenzionata e accreditata, per regione (2005)

Regione	Totale (in migliaia di euro)					Pro capite						
	Specialistica conv. e accr.	Riabilitativa accreditata	Integrativa e protesica conv. e accr.	Altra assistenza conv. e accr.	Ospedaliera accreditata	Totale	Specialistica conv. e accr.	Riabilitativa accreditata	Integrativa e protesica conv. e accr.	Altra assistenza conv. e accr.	Ospedaliera accreditata	Totale
Piemonte	178.935	102.089	169.068	377.928	494.844	5.653.036	41	24	39	87	114	305
Valle d'Aosta	6.816	1.031	3.153	8.563	7.745	150.176	55	8	26	70	63	222
Lombardia	553.707	249.273	175.464	1.128.677	1.947.129	13.447.342	59	27	19	120	207	432
Bolzano	4.667	5.547	26.418	115.850	19.335	648.884	10	12	55	243	41	360
Trento	11.000	1.690	13.100	106.878	49.000	679.214	22	3	26	215	98	365
Veneto	276.960	110.009	96.702	583.984	528.243	6.295.848	59	23	21	124	112	340
Friuli Venezia Giulia	47.456	12.067	45.403	70.983	81.310	1.461.937	39	10	38	59	67	214
Liguria	55.191	158.901	37.498	34.842	181.432	2.060.173	35	100	24	22	114	294
Emilia Romagna	121.195	8.571	88.083	501.520	426.806	5.297.544	29	2	21	121	103	276
Toscana	112.726	77.314	52.791	226.411	235.233	4.302.744	31	21	15	63	65	196
Umbria	11.931	21.953	29.798	47.236	38.415	1.008.271	14	26	35	55	45	174
Marche	36.289	54.704	19.320	81.249	86.680	1.797.022	24	36	13	53	57	183
Lazio	534.087	262.098	164.851	322.751	1.771.887	8.325.646	101	50	31	61	336	580
Abruzzo	40.110	137.308	21.606	49.837	172.911	1.721.044	31	106	17	38	133	325
Molise	19.775	24.012	5.813	5.173	59.128	435.854	61	75	18	16	184	354
Campania	524.060	370.128	120.846	213.199	968.834	7.986.053	91	64	21	37	167	380
Puglia	209.128	247.240	58.777	145.668	612.230	5.341.210	51	61	14	36	150	313
Basilicata	14.449	40.975	18.086	23.006	4.605	697.667	24	69	30	39	8	170
Calabria	76.692	76.977	42.251	59.948	193.864	2.459.000	38	38	21	30	96	224
Sicilia	402.187	208.359	148.901	174.993	691.548	6.639.069	80	42	30	35	138	324
Sardegna	78.775	74.178	36.541	34.007	102.902	1.976.455	48	45	22	21	62	198
Italia	3.316.136	2.244.424	1.374.470	4.312.703	8.674.081	78.384.189	57	38	24	74	148	341

Nota: i valori non sono corretti per i saldi della mobilità sanitaria interregionale.

Fonte: elaborazione OASI su dati RGSEP

Se si analizza l'incidenza della spesa per assistenza accreditata e convenzionata nelle diverse regioni (Tab. 4.22, *supra*) risulta evidente la forte differenziazione regionale, conseguenza delle diverse scelte di assetto del SSR. Questo servizio, benché dipenda anche da eredità storiche, è legato a esplicite politiche in merito al ruolo da assegnare al privato all'interno del servizio pubblico.

Le regioni che presentano i maggiori valori pro capite sono:

- per l'assistenza ospedaliera, Lazio (336 euro), Lombardia (207) e Molise (184) rispetto a un dato medio nazionale pari a 148 euro; si segnala, peraltro, che le prime due regioni presentano un saldo della mobilità positivo e quindi parte della spesa è sostenuta per pazienti provenienti da altre regioni;
- per l'assistenza specialistica, Lazio (101), Campania (91) e Sicilia (80);
- per l'assistenza riabilitativa, Abruzzo (106) e Liguria (100);
- per la protesica e integrativa, provincia autonoma di Bolzano (55), Piemonte (39) e Friuli Venezia Giulia (38);
- per l'altra assistenza, province autonome di Bolzano (243) e Trento (215), seguite da Veneto (124), Emilia Romagna (121) e Lombardia (120).

È interessante segnalare che la spesa pro capite per l'assistenza ospedaliera non è necessariamente correlata alla presenza di posti letto accreditati: la Calabria, che presenta la maggiore incidenza di posti letto accreditati sul totale disponibili (32,3 per cento, cfr. par. 4.4), ha una spesa pro capite inferiore a quella media nazionale; la Liguria (in cui i posti letto accreditati rappresentano solo l'1,2 per cento di quelli disponibili, rispetto a una media nazionale del 19 per cento) ha una spesa ospedaliera accreditata pro capite superiore a quella di più della metà delle regioni.

In generale, inoltre, un'elevata spesa pro capite per assistenza convenzionata e accreditata non implica necessariamente un'elevata spesa pro capite complessiva, a conferma della non significativa correlazione tra scelte di mix tra produzione interna ed esterna dei servizi sanitari e andamento della spesa (cfr. Capitolo 3 del presente Rapporto e Anessi Pessina 2005).

4.7 Il rapporto tra le famiglie italiane e gli erogatori privati

Come ampiamente discusso nell'ambito del capitolo, la componente privata, soprattutto quella che fa riferimento agli erogatori di prestazioni sanitarie, è saldamente presente all'interno del SSN e si configura molto spesso come alternativa alla componente pubblica.

Questo è tanto più evidente, quanto più si vanno a osservare gli erogatori di prestazioni ospedaliere: per questo motivo, di seguito vengono riportati i dati relativi a un'indagine, condotta da Ermeneia (Studi & Strategie di Sistema) per AIOP nel settembre del 2005, volta a ricostruire il rapporto tra famiglie italiane

e ospedalità. L'indagine è stata svolta attraverso la somministrazione di questionari a un campione rappresentativo di popolazione italiana da 18 anni in su (4.011 persone adulte) e i risultati presentano, con un intervallo di confidenza del 95 per cento, un margine di errore valutabile a $\pm 1,55$ per cento.

In questo capitolo verrà dato spazio ai dati che evidenziano un confronto tra strutture pubbliche e strutture private in relazione alla popolazione assistita: nel Capitolo 2 vengono invece analizzati i risultati relativi, più in generale, al ricorso alle prestazioni ospedaliere come «fenomeno sociale».

Secondo l'indagine condotta da Ermeneia, gli italiani ricorrono ai servizi ospedalieri offerti dagli ospedali pubblici (Tabb. 4.23 e 4.24) con alcune differenze tra le diverse categorie di utenti. Infatti:

- uomini e donne ricorrono con le stesse modalità ai servizi ospedalieri, ma sono le donne a far registrare una percentuale di ricorso al privato accreditato più elevata;
- il ricorso all'ospedale privato accreditato è più elevato tra i 18 e i 24 anni, mentre la percentuale più bassa si registra tra i 25 e i 34 anni;
- sono i cittadini delle regioni del Nord-Ovest a usufruire con maggiore frequenza di prestazioni ospedaliere erogate da strutture private accreditate, con una percentuale di popolazione che per diversi motivi ha fatto ricorso a questa categoria di ospedale superiore al 30 per cento, mentre quelli che ne hanno usufruito meno sono i cittadini delle regioni centrali. Al Sud si registra, invece, il maggiore ricorso a case di cura private non accreditate;
- i lavoratori autonomi sono la categoria sociale che ricorre meno al privato accreditato e, contestualmente, di più al privato non accreditato rispetto alla media nazionale;

Tabella 4.23 **Struttura presso la quale l'intervistato si è recato l'ultima volta (per sesso, età e ripartizione, 2005)**

	Totale	Sesso		Età (anni)				Ripartizione			
		Ma- schio	Fem- mina	18-24	25-34	35-54	55 e oltre	Nord- Ovest	Nord- Est	Centro	Sud e Isole
Ospedale pubblico	78,1	80,8	75,6	55,2	79	79,5	79,5	71,5	84,7	85,8	75,1
Ospedale privato accreditato	21,7	20,9	22,3	31,4	18,6	21,8	21,6	30,8	18,6	12,3	19,6
Clinica privata	6,7	6,7	6,7	11,6	11,1	6,2	4,8	6,3	6,3	6,1	8,0
Non sa distinguere con precisione	2,1	1,9	2,2	7,2	2,1	0,7	2,4	0,5	2,5	1,5	4,1
Non ricorda	0,2	0,1	0,2		0,6	0,1	0,1	—	—	—	0,7
Valori assoluti	1.005	480	525	55	178	307	465	328	231	187	259

Nota: il totale non è uguale a 100 perché erano possibili risposte multiple.

Fonte: AIOP (2006)

Tabella 4.24 **Struttura presso la quale l'intervistato si è recato l'ultima volta (per professione e titolo di studio, 2005)**

	Totale	Professione			Titolo di studio			
		Indi- pendente	Dipen- dente	Casalinga /pensio- nato	Altro	Nessuno/ elemen- tare	Media inferiore	Media supe- riore/ laurea
Ospedale pubblico	78,1	86,2	78,1	77,3	73,0	73,0	79,7	80,5
Ospedale privato accreditato	21,7	16,0	22,8	22	22,4	27,8	18,3	20,0
Clinica privata	6,7	9,3	8,8	3,4	12,2	5,1	5,4	9,1
Non sa distinguere con precisione	2,1		0,6	3,4	2,7	3,7	2,6	0,3
Non ricorda	0,2	0,4	—					1,0
Valori assoluti	1.005	112	317	473	103	289	344	372

Nota: il totale non è uguale a 100 perché erano possibili risposte multiple.

Fonte: AIOP (2006)

- il titolo di studio può influenzare fortemente la scelta della struttura a cui rivolgersi e infatti coloro che hanno un titolo di studio di scuola media superiore e i laureati utilizzano meno le strutture ospedaliere private accreditate e molto più della media nazionale quelle non accreditate.

Coloro che nel corso dell'ultimo anno hanno fatto ricorso a prestazioni ospedaliere erogate da strutture pubbliche lo hanno fatto prevalentemente all'interno del proprio comune o della propria provincia (Tab. 4.25): questo vale in misura ancora più consistente per coloro che si sono rivolti a strutture private accreditate e che hanno dimostrato un'attitudine a rivolgersi fuori regione piuttosto bassa.

Rispetto ai comportamenti di scelta, emerge come coloro che si rivolgono a strutture private accreditate tendono a prendere in considerazione le diverse alternative in misura maggiore rispetto a chi si rivolge a strutture pubbliche (Tab. 4.26).

I motivi che hanno portato gli intervistati a scegliere la struttura nella quale si sono recati sono diversi (Tab. 4.27):

- per chi ha scelto una struttura pubblica, il motivo prevalente è stato la comodità e la vicinanza al proprio domicilio, seguito dalla presenza di uno specifico medico/chirurgo/specialista e dall'abitudine;
- per chi ha scelto una struttura privata accreditata, il motivo prevalente è stato la presenza di uno specifico medico/chirurgo/specialista, seguito dalla rapidità dei tempi di prestazione e dall'abitudine;
- il suggerimento del medico di base ha influenzato molto di più coloro che si sono recati presso un ospedale pubblico, rispetto a chi ha scelto un ospedale privato accreditato;

Tabella 4.25 Località dell'ospedale utilizzato l'ultima volta (2005)

	Ospedale pubblico	Ospedale privato accreditato
Nel proprio comune	44,5	37,8
Fuori dal proprio comune ma nella propria provincia	45,1	53,9
Fuori dalla propria provincia ma in regione	5,9	5,3
In altre regioni italiane al Nord	2,6	1,6
In altre regioni italiane al Centro	0,6	1,0
In altre regioni italiane al Sud	1,3	0,2
All'estero	—	0,2
Totale	100,0	100,0
<i>Valori assoluti</i>	<i>785</i>	<i>219</i>

Fonte: elaborazione su dati AIOP (2006)

Tabella 4.26 Comportamenti di scelta (2005)

	Ospedale pubblico	Ospedale privato accreditato
Ha preso in considerazione le varie possibilità	21,7	26,1
Ha deciso di recarsi presso quella specifica struttura	78,3	73,9
Totale	100,0	100,0
<i>Valori assoluti</i>	<i>785</i>	<i>219</i>

Fonte: elaborazione su dati AIOP (2006)

- la presenza del pronto soccorso ha influenzato fortemente la scelta di chi si è rivolto a una struttura pubblica e molto meno quella di chi si è recato presso una struttura privata. Il fenomeno opposto si registra, invece, con riferimento ai tempi di attesa;
- il proprio giudizio sulla struttura condiziona più i pazienti che hanno usufruito di ospedali pubblici e molto meno quelli che hanno usufruito del privato accreditato.

Se si osserva il livello di soddisfazione degli utenti per le prestazioni ricevute (Tab. 4.28), emerge una prevalenza di giudizi positivi e molto positivi per chi si è rivolto a strutture ospedaliere private, rispetto alle quali, di fatto, non si registrano giudizi di totale insoddisfazione (che pure ricoprono una percentuale piuttosto bassa, di poco superiore al 4 per cento, per le strutture ospedaliere pubbliche).

Nonostante la presenza sempre più consistente degli operatori privati nel SSN,

Tabella 4.27 Ragione per la quale l'intervistato ha deciso di recarsi in una specifica struttura ospedaliera (2005)

	Ospedale pubblico	Ospedale privato accreditato
Per abitudine	21,9	24,8
Per esperienza	16,6	15,3
Perché si riteneva migliore	20,8	9,7
Per la rapidità dei tempi di prestazione	11,9	28,7
Per la presenza del reparto specializzato rispetto alle esigenze del paziente	4,2	0,6
Perché più comoda e vicina a casa	36,3	22,6
Su suggerimento del medico di base	14,8	5,1
Su suggerimento del personale ASL	2,8	—
Per indicazione di giornali e riviste	—	—
Per indicazione della TV	—	—
Su consiglio di familiari amici e/o parenti	4,9	6,7
Per la presenza del servizio di pronto soccorso	19,6	8
Per la presenza di uno specifico medico/chirurgo/specialista	25,5	38,1
Altro	0,3	—
<i>Valori assoluti</i>	<i>615</i>	<i>162</i>

Nota: il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte.

Fonte: elaborazione su dati AIOP (2006)

Tabella 4.28 Soddisfazione delle prestazioni rispetto alle diverse strutture ospedaliere (2005)

	Ospedale pubblico	Ospedale privato accreditato
Molto soddisfatto	22,2	31,9
Abbastanza soddisfatto	61,2	62,1
Poco soddisfatto	10,9	3,2
Per niente soddisfatto	4,2	0,6
Non saprei esprimere un giudizio	1,5	2,2
Totale	100,0	100,0
<i>Valori assoluti</i>	<i>785</i>	<i>219</i>

Fonte: elaborazione su dati AIOP (2006)

la concreta consapevolezza di potersi rivolgere alle strutture private accreditate (Tab. 4.29) per ottenere delle prestazioni sanitarie senza, per questo, dover sostenere alcun costo aggiuntivo, è ancora poco diffusa fra i cittadini italiani e un terzo del campione ignora del tutto questa possibilità.

Tabella 4.29 **Conoscenza della possibilità di utilizzare indistintamente ospedali sia pubblici sia privati accreditati a parità di costo (2005)**

	Valori assoluti	Percentuale
Si	1.123	28
Vagamente	1.669	41,6
No	1.219	30,4
Totale	4.011	100

Fonte: elaborazione su dati AIOP (2006)

Tabella 4.30 **Giudizio sulla possibilità di utilizzare indistintamente ospedali pubblici e ospedali privati accreditati (2005)**

	Valori assoluti	Percentuale
Molto positivo	1.027	25,6
Abbastanza positivo	1.797	44,8
Un po' negativo	325	8,1
Del tutto negativo	84	2,1
Non sa dare un giudizio	778	19,4
Totale	4.011	100,0

Fonte: elaborazione su dati AIOP (2006)

Nonostante ciò, questa possibilità di scelta (Tab. 4.30) è valutata in maniera positiva da oltre il 70 per cento degli intervistati e appena il 2,1 per cento è assolutamente contrario alla previsione di questa facoltà.

Tuttavia, i dati cambiano nel momento in cui si va a verificare la disponibilità a utilizzare un ospedale privato, anziché quello pubblico, qualora fosse stata conosciuta tale possibilità (Tab. 4.31): quasi un terzo del campione non è stato in grado di esprimere una valutazione in merito, mentre quelli che si sono dichiarati sicuramente disponibili sono appena l'11,3 per cento del totale, segno che probabilmente viene apprezzata la possibilità di scelta, ma che questa non cambia necessariamente nell'immediato i comportamenti decisionali.

Infine, si riportano alcune considerazioni rispetto al giudizio complessivo (Tab. 4.32) degli italiani rispetto a ospedali pubblici, privati accreditati e privati non accreditati, indipendentemente da quello a cui si siano rivolti nell'ultima occasione.

In questo caso non emergono differenze di giudizio sostanziali tra gli ospedali pubblici e quelli privati accreditati: nei confronti delle strutture pubbliche si registra la quota più elevata di giudizi molto positivi, mentre complessivamente

Tabella 4.31 Scelta di un ospedale privato accreditato in alternativa a quello pubblico se si fosse conosciuta tale possibilità (2005)

	Valori assoluti	Percentuale
Si, certamente	26	11,3
Si, probabilmente	73	31,6
Probabilmente no	44	19,0
Certamente no	17	7,5
Non saprei dare una risposta	71	30,6
Totale	231	100,0

Fonte: elaborazione su dati AIOP (2006)

Tabella 4.32 Giudizio sintetico sugli ospedali italiani (2005)

	Ospedale pubblico	Ospedale privato accreditato	Casa di cura privata non accreditata
Molto positivo	11,5	7,7	9,7
Abbastanza positivo	46,6	51,3	30,7
Un po' negativo	24,8	13,0	14,7
Del tutto negativo	5,1	2,1	6,4
Non sa dare un giudizio	12,0	25,9	38,5
Totale	100,0	100,0	100,0
<i>Valori assoluti</i>	<i>4.011</i>	<i>4.011</i>	<i>4.011</i>

Fonte: elaborazione su dati AIOP (2006)

te, se si sommano i giudizi molto positivi e quelli abbastanza positivi, si registra una sostanziale equivalenza tra le due tipologie di erogatori, con una lieve prevalenza delle strutture private accreditate. Decisamente più bassa è, invece, la percentuale di intervistati decisamente soddisfatti delle case di cura non accreditate.

Da sottolineare che mentre rispetto agli ospedali pubblici la quasi totalità degli intervistati è in grado di esprimere un giudizio, lo stesso non vale nei confronti di strutture private accreditate (il 25,9 per cento degli intervistati non sa dare un giudizio in merito) e soprattutto per le case di cura private non accreditate (38,5 per cento).

Va sottolineato, infine, che alla domanda relativa a quale quale struttura l'intervistato utilizzerebbe in prima istanza in caso di seri problemi di salute, il 63 per cento degli intervistati ha indicato gli ospedali pubblici, il 30 per cento quelli privati accreditati e appena il 7 per cento quelli non accreditati.

Bibliografia

- AIOP (2006), *Ospedali & Salute. Terzo Rapporto Annuale 2005*, Milano, Angeli.
- Anessi Pessina E. (2005), «L'equilibrio economico dei SSR e delle loro aziende nel biennio 2001-2002», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Milano, Egea.
- Brusoni M., Frosini F. (2002), «Il sistema di accreditamento istituzionale: analisi delle regioni e prime considerazioni d'insieme», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Milano, Egea.
- Cantù E., Longo F., Otto M. (2005), «Le fondazioni sanitarie lombarde», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Milano, Egea.
- Fattore G., Lecci F. (2005), «I piani sanitari delle regioni italiane», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Milano, Egea.
- Jommi C. (2000), «I meccanismi di finanziamento delle aziende sanitarie», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2000*, Milano, Egea.
- Jommi C., Carbone C., Salvatore D. (2004), «I sistemi regionali di finanziamento corrente delle aziende sanitarie: un'analisi di quattro casi», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Milano, Egea.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (2006), *Relazione generale sulla situazione economica del paese 2005*, Roma.
- Nomisma (2003), *I fondi sanitari integrativi. Quale futuro per la sanità italiana?*, Milano, Angeli.