

Osservatorio sulla Sanità Privata in Italia e in Lombardia

Ricerca del CERGAS Bocconi per il Gruppo
Merceologico Sanità di Assolombarda

Rapporto di ricerca

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, anche se con ruoli diversi. Il carattere pubblicistico del SSN, più volte richiamato dalla normativa del nostro Paese, non è ovviamente da associare ad 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). In seguito alle riforme del SSN, iniziate negli anni '90, le aziende sanitarie private hanno visto una significativa modificazione del proprio ruolo che, da integrativo rispetto agli erogatori pubblici e regolato da convenzioni, è diventato più concorrenziale e governato dai sistemi regionali di accreditamento (integrati da accordi contrattuali) e di finanziamento. A seguito del processo di regionalizzazione, peraltro, il ruolo attuale e prospettico del privato accreditato risulta significativamente differente da Regione a Regione.

Il progetto "Osservatorio sulla Sanità Privata in Italia e in Lombardia" avviato dal Gruppo Merceologico Sanità di Assolombarda in collaborazione con il CERGAS Bocconi è finalizzato:

1. a monitorare la sanità privata accreditata e, in misura molto limitata a causa dell'assenza di fonti informative esaustive, quella non accreditata, focalizzando l'analisi su:
 - gli attori della sanità privata (tipologia, numero di strutture che operano nel sistema e peso del privato accreditato rispetto alle strutture pubbliche, § 1);
 - le scelte di assetto tecnico (configurazione fisico tecnica delle aziende) e di dimensionamento dell'organismo personale (§ 2);
 - gli output, in termini di tipologie e volumi delle prestazioni erogate, e gli outcome, in termini di soddisfazione collettività dei pazienti per i servizi offerti dalle strutture private accreditate (§ 3);
 - la spesa relativa all'ospedalità privata (§ 4)
2. ad analizzare i sistemi di regole dei Servizi Sanitari Regionali in cui le aziende private operano in termini di:
 - sistemi di autorizzazione e di accreditamento;
 - sistemi tariffari dei diversi SSR per le prestazioni di ricovero e per le prestazioni di specialistica ambulatoriale con un focus, in particolare, sugli scostamenti dai tariffari nazionali e sui criteri di differenziazione delle tariffe tra i produttori delle prestazioni.

I risultati della seconda parte dell'attività (sistemi di regole dei SSR) sono presentati in Rapporti di ricerca specifici.

E' opportuno segnalare che i dati attualmente disponibili (rilevazioni ministeriali dei dati di struttura e attività e rilevazione dei dati di spesa attraverso i modelli CE): (i) fanno riferimento ad aggregati non sempre in grado di isolare il privato accreditato; (ii) non coprono sistematicamente tutti i segmenti e (iii) non sono tempestivamente aggiornati (gli ultimi dati ministeriali disponibili risalgono al 2006). Con riferimento al primo problema è utile, ai fini dell'interpretazione dei dati, sottolineare due aspetti.

- Il primo riguarda la rilevazione dei flussi ministeriali per tipologia di struttura di ricovero che identifica tre categorie: strutture pubbliche (presidi di ASL e AO), strutture equiparate alle pubbliche (IRCCS pubblici e privati, AOU integrate con il SSN pubbliche e private, Ospedali classificati, Istituti qualificati presidio ASL, Enti di

ricerca) e ospedali privati accreditati¹ e non. Ciò significa che spesso i dati delle strutture equiparate alle pubbliche vengono forniti a livello aggregato senza distinzione per tipologia (non potendo, ad esempio, scorporare gli IRCCS privati dal dato complessivo degli IRCCS) e in alcuni confronti pubblico-privato le strutture equiparate vengono addirittura aggregate alle pubbliche;

- Il secondo è relativo al metodo di aggregazione dei dati di spesa privata accreditata e convenzionata provenienti dai CE e rielaborati nella Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese (RGSEP). Ad esempio, la spesa riabilitativa accreditata/convenzionata include solo gli interventi di riabilitazione extra ospedaliera estensiva o intermedia, a ciclo diurno e/o continuativo rivolti al recupero funzionale e sociale di soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali o miste acquistati da strutture private accreditate come i centri di riabilitazione accreditati e gli Istituti di riabilitazione ex art. 26 l. 833/78 e non include, invece, la spesa per riabilitazione ospedaliera.

La sanità privata: un quadro di sintesi

1 Le caratteristiche degli attori della sanità privata accreditata

Per descrivere la complessa rete dei soggetti privati accreditati del nostro Paese, le strutture possono essere classificate in base all'ambito prevalente di afferenza della struttura (assistenza ospedaliera e assistenza distrettuale)².

Con riferimento al settore dell'assistenza ospedaliera, bisogna rilevare come l'avvio dei processi di riforma degli anni Novanta ha reso necessario l'attuazione di numerosi interventi finalizzati alla razionalizzazione della rete ospedaliera, che hanno inciso in primis sugli assetti istituzionali delle aziende: si è trattato di accorpamenti, riconversioni funzionali o dismissioni che hanno riguardato strutture di limitate dimensioni in termini di dotazione ed attività³.

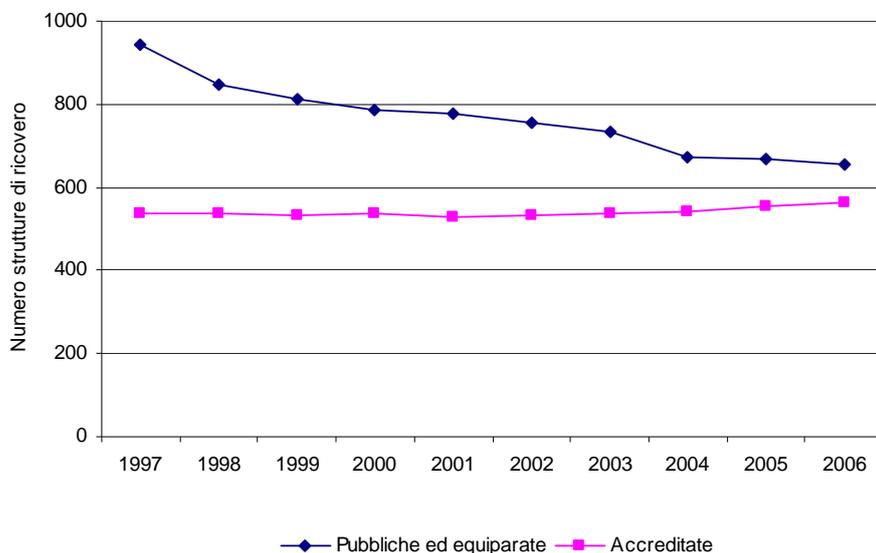
Ciò ha comportato una progressiva riduzione nella numerosità delle strutture equiparate e pubbliche (Figura 1, Tabella 1), con un decremento più evidente per queste ultime, che nell'ultimo decennio sono diminuite in media del 29 per cento, mentre le strutture private accreditate hanno fatto registrare un andamento più costante, anzi in lievissimo aumento a partire dall'anno 2002.

¹ Si segnala che in questa ricerca la denominazione "ospedali privati" (accreditati e non) indica l'aggregato delle "case di cura" (accreditate e non).

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, 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 semi-residenziale, i) assistenza termale.

³ Ci si riferisce agli standard minimi di utilizzo medio annuo dei posti letto (75 per cento) e di dotazione dei posti letto (120), così come previsto dalla normativa e ribadito in sede di Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA.

Figura 1 Numero di strutture di ricovero pubbliche (e equiparate) e private accreditate (1997-2006)



Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

La Tabella 1 presenta la distribuzione geografica degli ospedali privati (accreditati e non), nonché la variazione in valore assoluto nel periodo 1997-2006 nei vari SSR: la riduzione degli ospedali privati non accreditati (da 111 a 66) è stata solo minimamente compensata da un aumento di quelli accreditati (da 537 a 563). La regione che ha accreditato di più nel corso degli anni considerati è stata la Lombardia (+18), seguita da Sicilia (+12) ed Emilia Romagna (+7); quella che ha registrato la più elevata variazione in diminuzione è stata la regione Lazio (-15). Riguardo alle strutture non accreditate, tutte le regioni registrano dei decrementi, particolarmente significativi in Lazio (-15) e Sicilia (-8).

Tabella 1. Numero di ospedali privati accreditati e non e relativa variazione (1997; 2006)

	Ospedali privati accreditati			Ospedali privati non accreditati		
	1997	2006	Variazione 1997-2006	1997	2006	Variazione 1997-2006
Piemonte	39	43	4	9	4	-5
Valle D'Aosta			0			0
Lombardia	55	73	18	10	10	0
Prov. Auton. Bolzano	8	5	-3	3	1	-2
Prov. Auton. Trento	5	5	0			0
Veneto	16	15	-1	4	3	-1
Friuli Venezia Giulia	5	5	0			0
Liguria	2	4	2	8	5	-3
Emilia Romagna	39	46	7	7	3	-4
Toscana	30	28	-2	6	3	-3
Umbria	4	5	1			0
Marche	14	13	-1			0
Lazio	100	85	-15	45	30	-15
Abruzzo	11	13	2	1		-1
Molise	3	3	0			0
Campania	73	69	-4	6	5	-1
Puglia	35	37	2	3	1	-2
Basilicata	1	1	0			0
Calabria	36	39	3			0
Sicilia	49	61	12	9	1	-8
Sardegna	12	13	1	0		0
Italia	537	563	26	111	66	-45

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

I posti letto⁴ degli ospedali privati accreditati rappresentano mediamente a livello nazionale il 20% di quelli disponibili nel SSN, con profonde differenze a livello interregionale (oltre il 30% in Calabria e Lazio, inferiore al 6% in Valle d'Aosta, Veneto, Liguria e Basilicata).

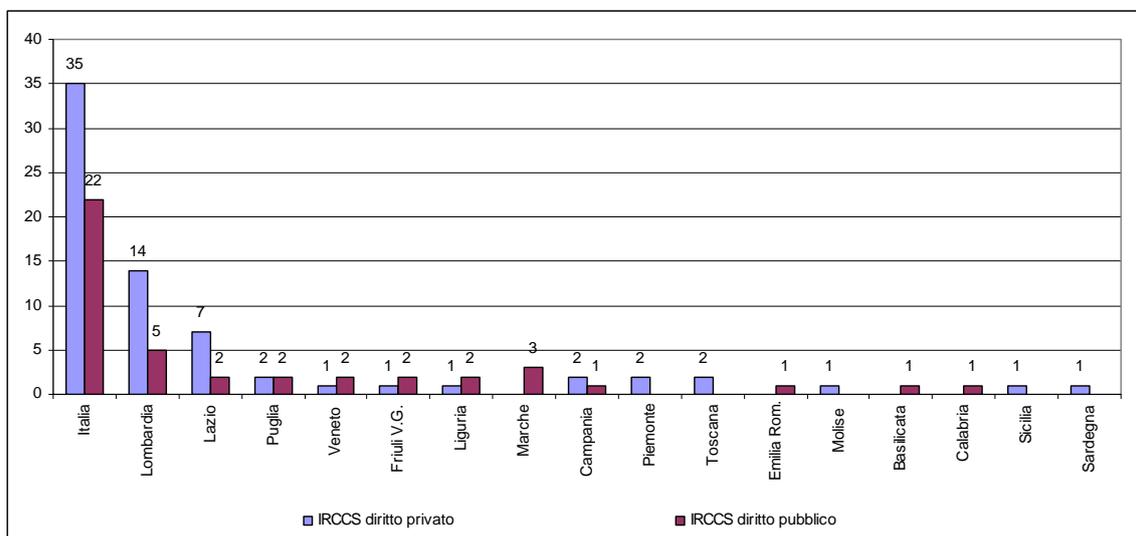
Oltre agli ospedali privati (accreditati e non) si configurano come erogatori ospedalieri privati anche gli IRCCS (di diritto privato), i policlinici universitari privati, gli ospedali classificati e gli istituti qualificati presidio di ASL.

Con riferimento agli IRCCS (Figura 2), che costituiscono centri di eccellenza con riferimento a specifiche aree di ricerca, la Lombardia rappresenta la Regione in cui si concentra il maggior numero di IRCCS di diritto privato.

Gli unici due policlinici universitari privati (Policlinico A. Gemelli dell'Università Cattolica di Roma, con 1973 posti letto, e Policlinico Campus Biomedico, con 123 posti letto, dati 2006) sono invece localizzati nel Lazio.

⁴ I dati fanno riferimento ai posti letto ufficialmente previsti, che non sempre corrispondono ai posti letto effettivamente utilizzati dalle strutture.

Figura 2. Numero assoluto⁵ di IRCCS di diritto privato e pubblico per regione (2008)



Fonte: OASI

Gli ospedali classificati⁶ e gli istituti qualificati presidio ASL⁷, infine, sono costituiti complessivamente da 56 strutture, mediamente di dimensioni inferiori ai 200 posti letto accreditati e si caratterizzano per essere tipicamente degli ospedali generalisti.

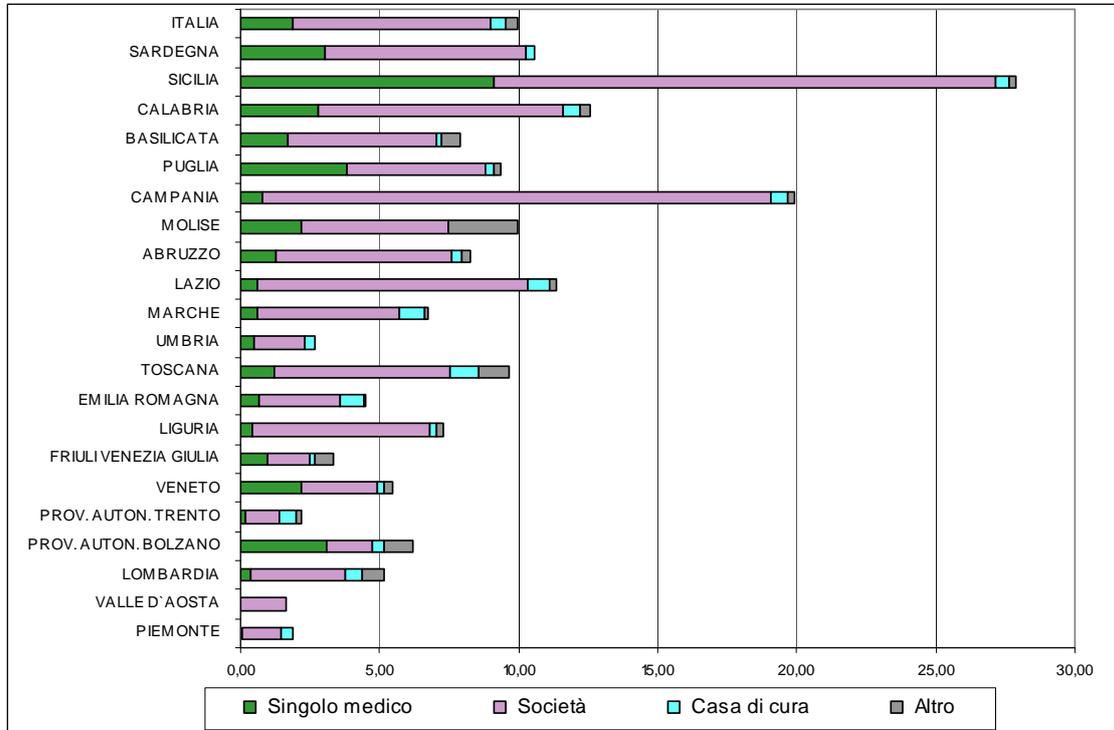
Riguardo all'assistenza distrettuale di tipo specialistico, gli ambulatori e i laboratori privati accreditati sono concentrati prevalentemente nelle regioni del sud (soprattutto Sicilia e Campania) e in Lazio, dove si registra una presenza di strutture per 100.000 abitanti superiore al dato medio nazionale (10 per 100.000 abitanti – cfr. Figura 3). In generale, tali strutture operano per lo più in ambito extra-ospedaliero (solo il 6% degli ambulatori e laboratori privati accreditati svolge la propria attività all'interno di presidi o stabilimenti ospedalieri). Quasi il 70% di queste strutture assistenziali fa riferimento ad una società benché si registri una certa variabilità tra i vari SSR.

⁵ Il numero assoluto di IRCCS viene calcolato come somma delle sedi centrali e delle sedi distaccate per singola regione

⁶ Gli ospedali classificati (ex art. 41 L. 833/1978) sono generalmente strutture di proprietà di Enti religiosi.

⁷ Gli istituti qualificati presidio di ASL (ex art. 43 L. 833/1978) rappresentano una categoria residuale di strutture di ricovero di proprietà di Enti religiosi o di soggetti privati.

Figura 3. Numero di ambulatori e laboratori privati accreditati per 100.000 abitanti e titolarità (2006)



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Rispetto alla riabilitazione e lungodegenza, le strutture che operano prevalentemente a livello territoriale sono le strutture semiresidenziali e residenziali volte all'assistenza psichiatrica, agli anziani e ai disabili psichici e fisici. 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'84% e l'85% delle strutture residenziali (cfr. Tabella 2). L'attività riabilitazione si svolge anche nell'ambito degli Istituti di riabilitazione ex art. 26 L. 833/1978: in quasi tutte le regioni più del 70% degli istituti di riabilitazione è privato accreditato. Fanno eccezione la Toscana e la Puglia dove l'offerta pubblica supera il 50% e la Valle D'Aosta in cui non si rilevano istituti di riabilitazione ex art. 26 L. 833/1978 (cfr Figura 4). Nell'ambito di tali istituti l'attività è svolta sia in regime residenziale che semiresidenziale.

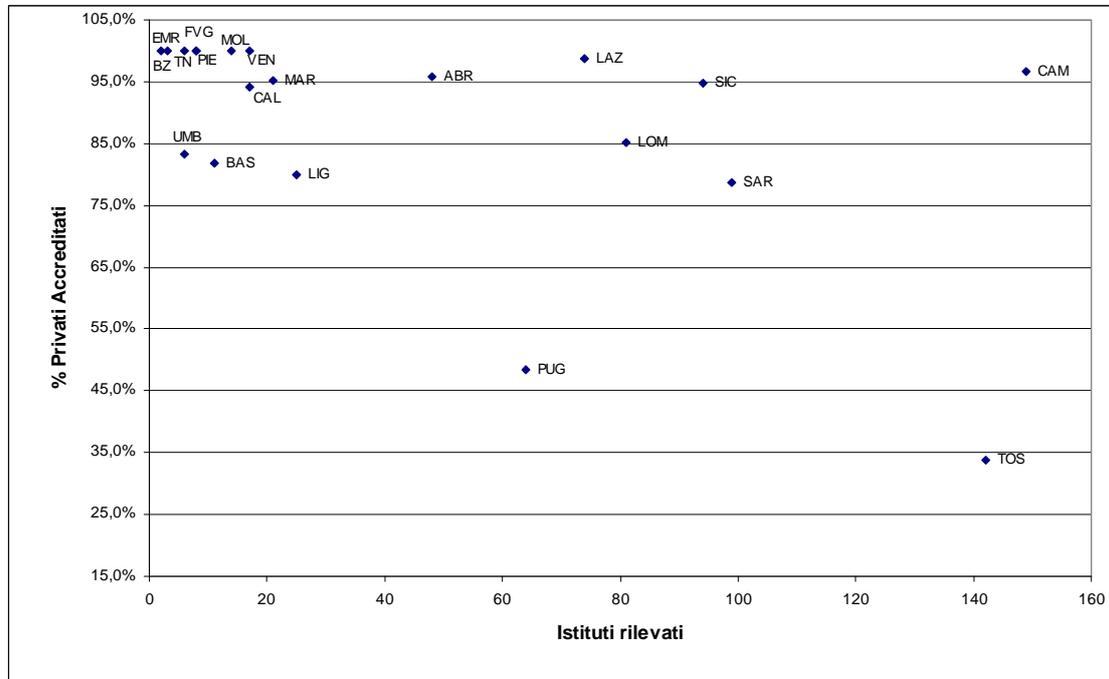
Tabella 2 Numero di strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private accreditate per regione per assistenza psichiatrica, agli anziani e ai disabili psichici e fisici (2006)

Regioni	Strutture residenziali			Strutture semiresidenziali		
	Pubbliche	Private	% Private	Pubbliche	Private	% Private
Piemonte	188	471	71%	66	91	58%
Valle D' Aosta	1	4	80%		1	100%
Lombardia	181	934	84%	190	417	69%
Prov. Auton. Bolzano	8	15	65%	5		0%
Prov. Auton. Trento	9	55	86%	7		0%
Veneto	139	489	78%	149	228	60%
Friuli Venezia Giulia	62	89	59%	34	14	29%
Liguria	38	99	72%	24	13	35%
Emilia Romagna	133	527	80%	92	363	80%
Toscana	192	287	60%	153	80	34%
Umbria	42	39	48%	37	17	31%
Marche	50	30	38%	25	5	17%
Lazio	51	91	64%	51	3	6%
Abruzzo	11	58	84%	8	2	20%
Molise		6	100%		6	100%
Campania	81	64	44%	57	14	20%
Puglia	16	89	85%	14	17	55%
Basilicata	10	18	64%	2	1	33%
Calabria	21	40	66%	10	8	44%
Sicilia	46	54	54%	31	3	9%
Sardegna	21	34	62%	10	7	41%
Italia	1.300	3.493	73%	965	1.290	57%

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

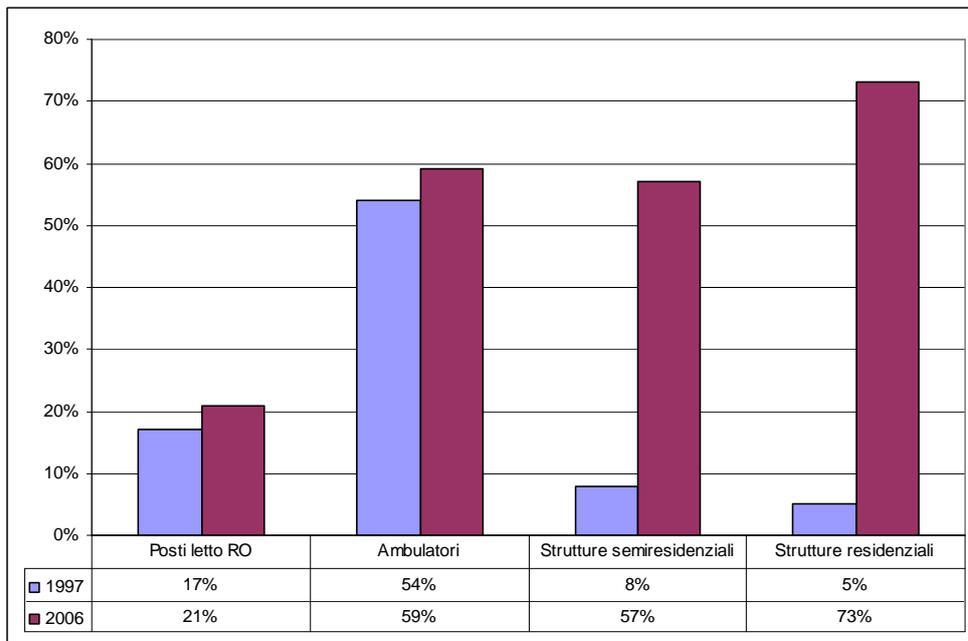
La Figura 5, infine, sintetizza come si è modificato tra il 1997 e il 2006, per le diverse tipologie di strutture, il peso dei soggetti privati accreditati.

Figura 4. Numero degli Istituti di riabilitazione (ex art. 26 della Legge 833/1978) e incidenza del privato accreditato, 2006



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Figura 5 Incidenza del numero di strutture private accreditate sull'offerta complessiva del SSN (1997;2006)



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Si segnala, infine, che i dati attualmente disponibili si concentrano sulle singole strutture e non mostrano l'attuale tendenza in atto nella sanità privata verso la concentrazione, che si manifesta in forme diverse, dalle fusioni alla costituzione di gruppi propriamente intesi. Rispetto a queste dinamiche è rilevante sottolineare come tali processi di concentrazione si stiano realizzando attraverso l'acquisizione di strutture che operano:

- in diverse regioni (es. HSS, Humanitas e GVM);
- in ambiti assistenziali diversi (per esempio, servizi di riabilitazione, lungodegenza, psichiatria come nei casi di HSS e Tosinvest);
- in regime di accreditamento e non (es. San Donato).

2 Le scelte di assetto tecnico della sanità privata accreditata

Questo paragrafo propone alcuni dati relativi all'assetto tecnico 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 rete assistenziale ospedaliera di "emergenza-urgenza" rappresenta la seconda fase di risposta prevista dal sistema di emergenza sanitaria del nostro Paese: ad 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 ospedaliera costituita dalla rete degli ospedali sede di PS e di DEA di I e II livello, tra cui gli ospedali privati accreditati e gli IRCCS di diritto privato, gli ospedali classificati, gli istituti qualificati presidio di ASL e i policlinici universitari privati. La Tabella 3 presenta un confronto tra le strutture di ricovero pubbliche e quelle private accreditate in termini di concentrazione di servizi per l'emergenza. La Lombardia è una delle regioni a più elevata concentrazione, per quanto riguarda le strutture private accreditate (l'11,4% ha un dipartimento di emergenza, il 24,3% un PS e il 20% un centro di rianimazione). Si sottolinea peraltro come tale dato sia sottostimato in quanto sconta il limite di rilevazione dei dati ministeriali che include tra le strutture pubbliche anche quelle equiparate, pur essendo queste ultime caratterizzate da una quota rilevante di istituti privati. Ciò significa che gli IRCCS di diritto privato e i Policlinici privati a gestione diretta dell'Università che hanno in dotazione dei servizi per le emergenze (PS, DEA ecc.) vengono conteggiati insieme alle strutture pubbliche (questo è, ad esempio, il caso del San Raffaele in Regione Lombardia o del Policlinico Gemelli in Lazio). E' necessario inoltre considerare che le strutture private accreditate tendono ad operare in maniera consistente nei segmenti per non acuti (riabilitazione e lungodegenza), che strutturalmente non necessitano di servizi per l'emergenza.

Tabella 3. Disponibilità di servizi per l'emergenza: confronto pubblico-privato (2006)

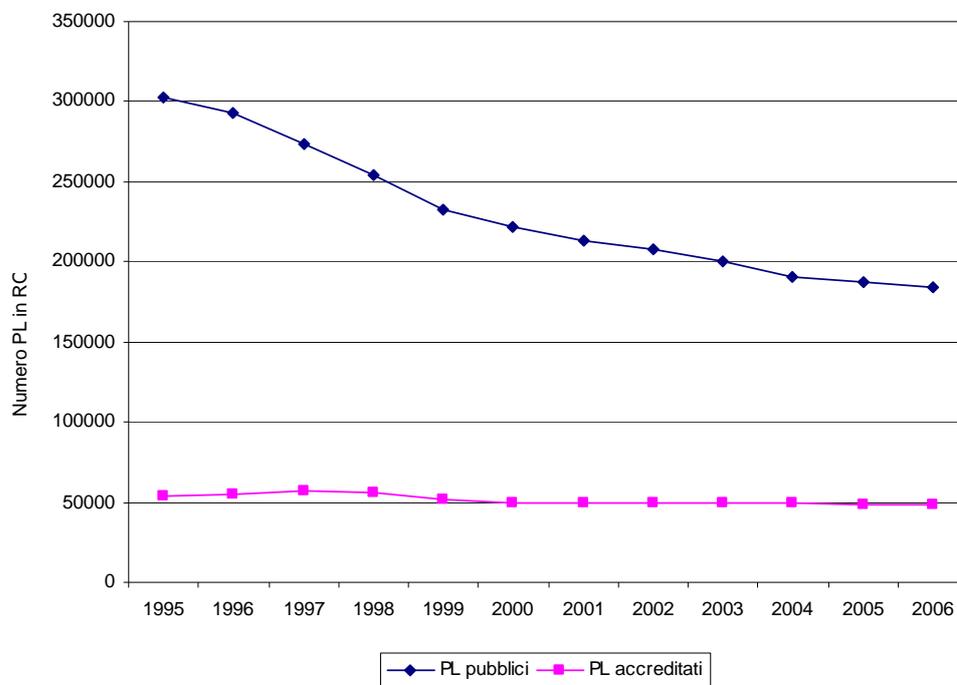
Regione	Dipartimento di Emergenza		Pronto Soccorso		Centro di Rianimazione	
	% sul totale strutture pubbliche	% sul totale strutture private	% sul totale strutture pubbliche	% sul totale strutture private	% sul totale strutture pubbliche	% sul totale strutture private
Piemonte	71,8		76,9		69,2	7
Valle D'aosta	100		100		100	
Lombardia	63,8	11,4	70,7	24,3	67,2	20
Prov. Auton. Bolzano	57,1		85,7		71,4	
Prov. Auton. Trento			58,3		16,7	
Veneto	60	6,7	80		62,5	
Friuli Venezia Giulia	72,2		83,3	20	66,7	20
Liguria	55,6		83,3		61,1	33,3
Emilia Romagna	65,5		93,1	2,2	72,4	6,5
Toscana	69,8	3,7	81,4	3,7	62,8	3,7
Umbria	54,5		81,8		54,5	
Marche	45,5		84,8	7,7	39,4	7,7
Lazio	32,1	2,4	57,7	4,8	33,3	2,4
Abruzzo	68,2		95,5		59,1	23,1
Molise	62,5	33,3	75		62,5	33,3
Campania	46,3	9,9	89,6	25,4	64,2	11,3
Puglia	61,1	3,1	91,7	3,1	58,3	3,1
Basilicata	44,4		88,9		66,7	
Calabria	32,4		83,8	5,3	29,7	
Sicilia	34,3	1,6	92,9	1,6	45,7	3,3
Sardegna	12,1		75,8		48,5	7,7
Italia	49,2	4	80,7	8,5	54,1	7,6

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Con riferimento all'assistenza ospedaliera in regime ordinario (Figura 6), si è registrata nel corso degli anni una forte diminuzione dei posti letto pubblici (ridottisi dal 1995 ad oggi del 37%) e una più contenuta di quelli privati accreditati (decremento del 9 per cento).

Nel corso dell'ultimo anno, sia nelle strutture pubbliche che in quelle private accreditate, si è avuta una riduzione di posti letto per regime ordinario pari a soli 2 punti percentuali, indicatore del raggiungimento di una situazione stabile dopo la robusta realizzazione di interventi di riduzione e razionalizzazione avvenuta in precedenza.

Figura 6 Numero di posti letto previsti per degenza ordinaria (acuti e non), pubblici e privati accreditati (1995-2006)

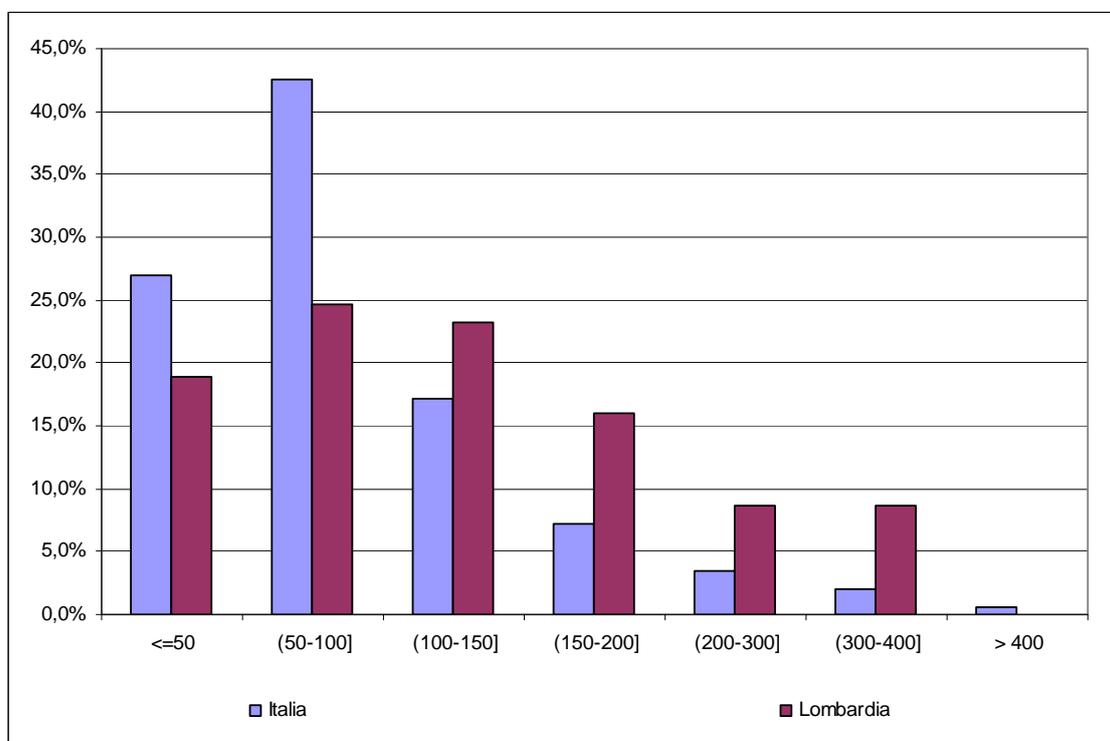


Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Andando nello specifico delle caratteristiche del privato accreditato, si rileva come gli ospedali privati accreditati presentino mediamente dimensioni modeste (l'87% ha una dotazione di posti letto accreditati⁸ inferiore a 150 e solo il 3% una dotazione superiore a 300, cfr Figura 7). La Lombardia si caratterizza per strutture mediamente più grandi rispetto al dato nazionale e, infatti, 8 dei primi 20 ospedali privati accreditati del nostro Paese per dotazione di posti letto accreditati sono localizzate in Lombardia. Le restanti sono ubicate nel Lazio (6 strutture), in Campania, Calabria, Abruzzo, Puglia, Sicilia e Toscana.

⁸ Si sottolinea come il numero di posti letto accreditati non rappresenti 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 7. Distribuzione percentuale degli ospedali privati accreditati per classe dimensionale di posti letto: confronto Italia vs Lombardia (2005)



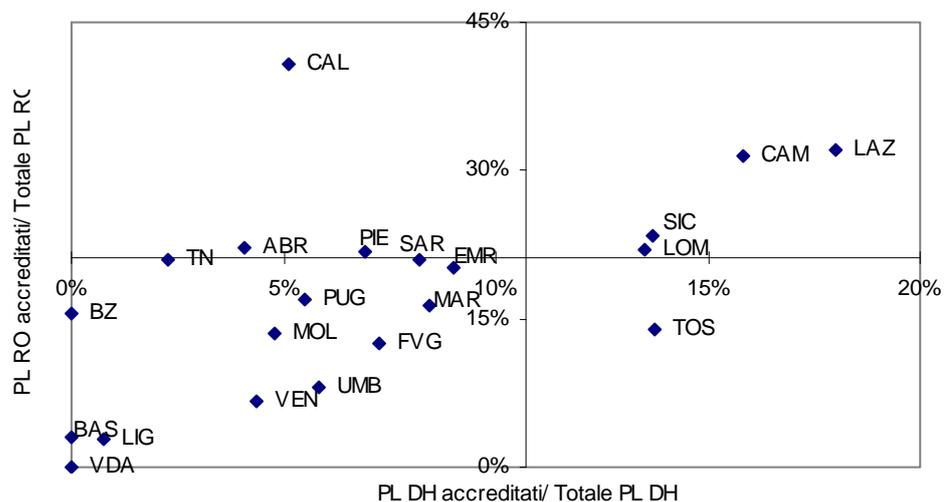
Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero Salute

La Figura 8 approfondisce le differenze regionali rispetto alla rilevanza del privato accreditato sulla base:

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

In tutte le regioni l'offerta è prevalentemente pubblica (a livello nazionale solo il 10,7% dei PL in DH è accreditato e solo il 21,2% dei PL in RO è accreditato), ma il privato accreditato costituisce una quota significativa dell'offerta in regioni quali Lazio (18% per DH e 32,2% per RO), Campania (15,8% per DH e 31,4% per RO), Calabria (5,1% per DH e 40,8% per RO), Sicilia (13,7% per DH e 23,4% per RO) e Lombardia (13,5% per DH e 22,2% 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 un'incidenza di PL in DH maggiore a quella media nazionale (10,7%) sono Lazio (18%), Campania (15,8%), Toscana (13,8%), Sicilia (13,7%) e Lombardia (13,5%). Si sottolineano, inoltre, i casi di Valle D'Aosta, Basilicata e Provincia Autonoma di Bolzano dove non sono stati attivati PL privati accreditati in DH, pur registrando dotazioni di PL privati accreditati in RO comunque inferiore a quella media nazionale (rispettivamente 0%, 4% e 16,6% contro i 21,2% del livello nazionale).

Figura 8 Posizionamento delle Regioni sulla base della percentuale di PL previsti privati accreditati RO e DH per acuti e non (2006)



Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Per quanto riguarda la dotazione di apparecchiature di diagnosi e cura presso le strutture di ricovero (Tabella 4), si registrano valori molto eterogenei tra le differenti regioni sia con riferimento alle strutture pubbliche (incluse quelle equiparate alle pubbliche) che a quelle private accreditate. Nell'ambito di queste ultime la regione con una maggiore dotazione di apparecchiature è il Lazio (circa 109 apparecchiature per un milione di abitanti) seguita da Sardegna e Puglia (dotazione complessiva di attrezzature superiore a 50 apparecchiature per un milione di abitanti).

Tabella 4 Apparecchiature tecnico-biomediche di diagnosi e cura presso le strutture di ricovero pubbliche (incluse le equiparate alle pubbliche) e gli ospedali privati accreditati; indicatori per 1.000.000 abitanti (2006)

Regioni	Strutture pubbliche						Strutture private					
	ALI	EMD	GCC	TAC	TRM	Totale	ALI	EMD	GCC	TAC	TRM	Totale
Piemonte	4,8	252,7	6,4	18	8,3	290,2	0,5	0,5	0,5	3,7	4,4	9,6
V. D'Aosta		250	16,1	24,2	16,1	306,4						0
Lombardia	5,4	192,1	7,6	17,1	6,8	229	0,6	21,7	0,2	5,1	4,4	32
Bolzano		198,9	8,3	14,5	10,4	232,1	4,1			4,1	4,1	12,3
Trento	8	404	2	15,9	6	435,9				2	2	4
Veneto	7	178,5	10,3	16,9	10,6	223,3	0,2	0,2	0,4	2,7	3,2	6,7
F. V. Giulia	9,9	243,3	7,4	17,4	8,3	286,3		15,7		2,5	3,3	21,5
Liguria	5,6	282	6,2	19,3	14,3	327,4		1,2				1,2
E. Romagna	3,8	188,2	6,4	17,9	7,2	223,5	0,5	7,4	0,2	4,5	5	17,6
Toscana	4,7	235,4	15,5	14,9	9,7	280,2	0,3	4,4	0,8	1,1	0,8	7,4
Umbria	8,1	390,6	4,6	23	9,2	435,5			2,3	2,3		4,6
Marche	4,6	292,4	11,1	18,3	13,1	339,5	0,7		0,7	5,9	3,3	10,6
Lazio	4,9	185,1	7,9	20,4	10,6	228,9	0,4	92,9	2,5	7	6	108,8
Abruzzo	2,3	259,7	10	17,6	7,7	297,3		14,6		6,9	6,1	27,6
Molise	6,2	314,7	21,8	34,3	18,7	395,7			3,1	9,3	3,1	15,5
Campania	1,6	66,8	3,8	13,8	3,5	89,5		20,5	4	8,1	3,6	36,2
Puglia	3,2	252,2	6,6	14,7	7,6	284,3	0,2	43,7	0,5	4,9	2,5	51,8
Basilicata	3,4	314,8	3,4	16,8	8,4	346,8	1,7			1,7		3,4
Calabria	2,5	224	4	18,5	4,5	253,5	0,5	1,5	1,5	11,5	5,5	20,5
Sicilia	2,6	106,4	5,6	16,9	6	137,5	1,4	3	1,4	7,8	3	16,6
Sardegna	1,2	194,5	9,7	15,1	9,1	229,6		51,3	1,2	4,8	2,4	59,7
Italia	4,3	197,4	7,6	17,1	8	234,4	0,5	20,2	1,1	5,2	3,6	30,6

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

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Infine, un'ultima considerazione va fatta per il personale che opera negli ospedali privati accreditati e, in generale, 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 coordinativa e continuativa.

In particolare⁹ il personale che opera presso gli ospedali privati accreditati è rappresentato per più del 50% da personale di ruolo sanitario, di cui 23,2% medici-odontoiatri e 30,1% infermieri. La Tabella 4 mostra il trend relativo al personale complessivamente impiegato dai

⁹ I valori riportati sono aggiornati al 2005 e comprendono sia quello dipendente che quello operante nella struttura con un altro tipo di rapporto.

principali erogatori ospedalieri privati: la quota più rilevante è detenuta dagli ospedali privati accreditati, seguiti dai policlinici universitari privati.

Il trend mostra una crescita costante.

Tabella 4 Personale degli erogatori privati accreditati (1999-2005)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ospedali privati accreditati	61.000	63.155	64.827	69.727	72.201	73.522	77.307
IRCCS privati	14.492	14.917	15.405	15.848	15.715	15.810	18.739
Ospedali classificati e presidi qualificati ASL	22.748	23.417	23.850	23.935	23.519	23.998	22.063
Policlinici privati	4.742	4.712	4.774	5.088	5.086	5.185	5.277
Totale	102.982	106.201	108.856	114.598	116.521	118.515	123.386
Tasso di crescita annuo		3%	2%	5%	2%	2%	4%

Fonte: Attività Economiche e Gestionali, Ministero della Salute

La Tabella 5 presenta il trend nel numero di personale impiegato dai soli ospedali privati accreditati delle diverse regioni e mostra come Lombardia, Lazio e Sicilia impieghino complessivamente il 48% del personale complessivamente operante negli ospedali privati accreditati in Italia.

Tabella 5 Personale delle strutture private accreditate (1999-2005)

	Ospedali privati accreditati						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Abruzzo	1.743	1.684	632	1.358	1.485	1.601	2.380
Basilicata	48	48		56	62	63	63
Calabria	2.954	3.060	3.161	3.028	3.214	3.174	3.373
Campania	6.919	6.628	7.852	8.742	8.558	8.098	7.991
Emilia Romagna	5.258	5.183	5.245	5.601	5.764	5.913	6.225
Friuli Venezia Giulia	985	1.013	991	970	965	961	970
Lazio	10.919	12.102	11.778	11.766	11.958	11.835	12.402
Liguria	147	148	172	183	184	225	235
Lombardia	13.258	13.844	15.245	16.488	17.730	18.406	18.329
Marche	1.018	1.175	1.048	1.100	1.123	1.196	1.288
Molise	95	95	113	113	173	228	202
Piemonte	3.982	3.971	4.058	4.471	5.073	5.496	5.716
Prov. Auton. Bolzano	261	266	313	436	460	383	355
Prov. Auton. Trento	400	404	505	526	527	527	527
Puglia	3.409	3.467	3.223	3.158	3.217	3.096	3.455
Sardegna	1.291	1.538	1.725	1.763	1.789	1.836	1.836
Sicilia	3.925	3.960	4.087	5.030	5.199	5.486	6.642
Toscana	2.284	2.286	2.410	2.533	2.430	2.620	2.807
Umbria	295	338	330	353	380	393	435
Veneto	1.809	1.945	1.939	2.052	1.910	1.985	2.076
Totale	61.000	63.155	64.827	69.727	72.201	73.522	77.307
Tasso di crescita		4%	3%	8%	4%	2%	5%

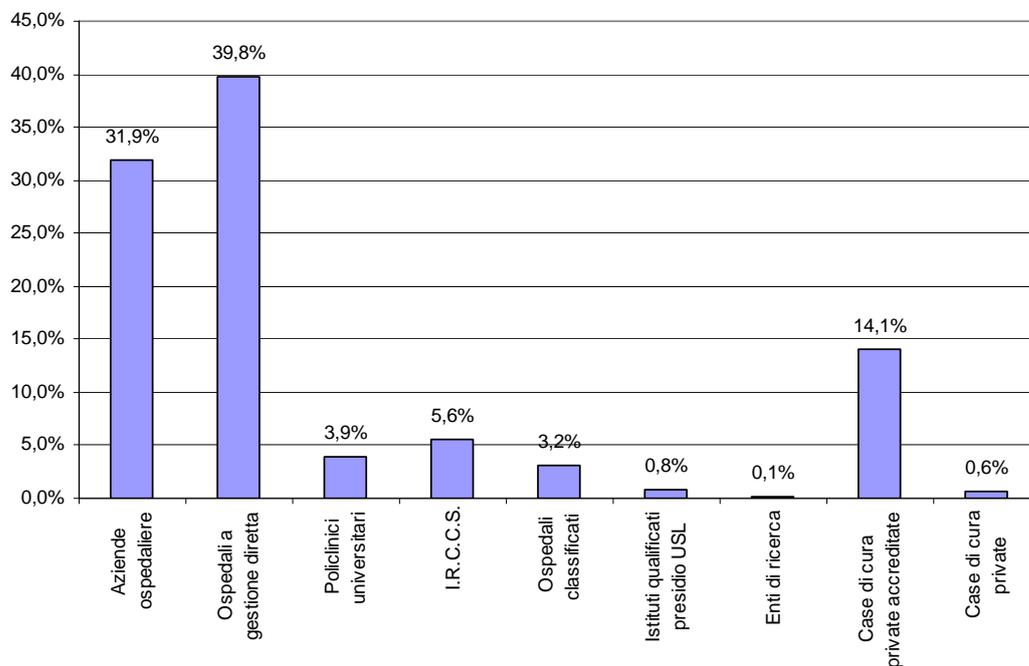
Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

2.3 Le attività svolte dagli attori della sanità privata accreditata

Di seguito si presentano alcuni dati relativi al contributo che gli erogatori privati accreditati forniscono al SSN in termini di volumi e tipologie di attività ospedaliera e correlati indicatori di outcome, mentre l'attività territoriale non è indagabile per la limitatezza delle informazioni disponibili.

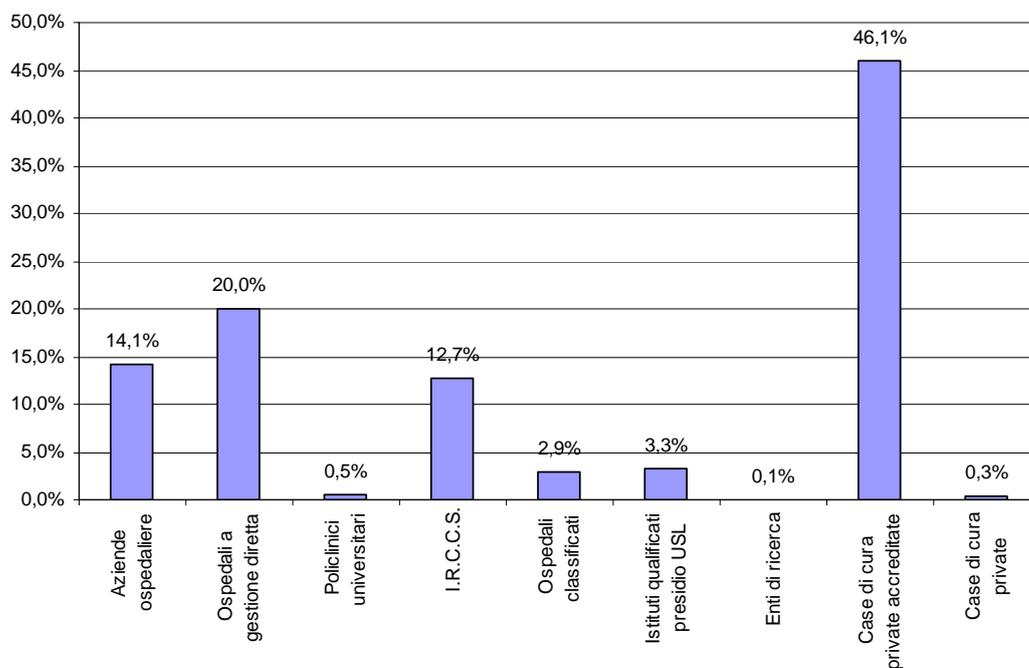
I dati presentati nelle Figura 9 e nella Figura 10 mostrano la distribuzione dei dimessi per tipo di attività (rispettivamente per acuti e non acuti) e per tipo di istituto, proponendo il dato medio nazionale. Per gli IRCCS non è disponibile la distinzione tra pubblici e privati. Si tenga, tuttavia presente che i posti letto accreditati degli IRCCS privati rappresentano oltre il 50% del totale. Rispetto all'attività per acuti, a livello nazionale emerge un peso relativamente limitato degli erogatori privati (18,7%, di cui 14,7% ospedali privati accreditati e 4% ospedali classificati e istituti qualificati), peso che rimarrebbe limitato anche qualora si attribuisse l'intera attività degli IRCCS sia pubblici sia privati (5,6%). Al contrario è possibile constatare l'elevato peso del privato nell'attività di riabilitazione e lungodegenza.

Figura 9. Distribuzione dei dimessi per acuti (RO+DH) per tipo di istituto (Italia, 2006)



Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Figura 10. Distribuzione dei dimessi per non acuti (RO+DH) per tipo di istituto (Italia, 2006)



Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

La differenziazione rispetto a tali indicatori è però molto accentuata tra le Regioni: rispetto all'attività per acuti (Tabella 6), Campania, Abruzzo, Calabria, Lombardia, Lazio, Sicilia e Sardegna sono le regioni in cui gli erogatori privati (accreditati e non) coprono una parte rilevante di attività e comunque superiore alla media nazionale (14,1%), mentre sono le regioni piccole (Liguria, Basilicata, Bolzano, Trento, Umbria, Molise, Friuli Venezia Giulia e Marche) assieme al Veneto e alla Toscana a presentare un tasso di attività per acuti degli erogatori privati piuttosto limitato (inferiore al 10%).

Tabella 6 Incidenza percentuale dei dimessi per acuti (RO+DH) per tipologia di istituto (2006)

	Aziende ospedaliere	Ospedali a gestione diretta	Policlinici universitari	I.R.C.C.S.	Ospedali classificati	Istituti qualificati presidio USL	Enti di ricerca	Case di cura private accreditate	Case di cura private
Piemonte	35,9%	48,6%	0,0%	0,4%	0,0%	2,1%	0,0%	12,0%	1,0%
Valle d'Aosta	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Lombardia	61,8%	0,8%	0,0%	15,8%	3,2%	0,0%	0,0%	17,8%	0,5%
P. A. Bolzano	0,0%	94,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%	3,8%
P. A. Trento	0,0%	87,9%	0,0%	0,0%	6,2%	0,0%	0,0%	5,9%	0,0%
Veneto	18,3%	64,0%	0,0%	1,0%	5,5%	5,8%	0,0%	5,3%	0,1%
Friuli Venezia Giulia	44,6%	32,7%	4,0%	9,9%	0,0%	0,0%	0,0%	8,7%	0,0%
Liguria	35,3%	43,6%	0,0%	11,2%	9,0%	0,0%	0,0%	0,9%	0,0%
Emilia Romagna	30,9%	52,5%	0,0%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	13,7%	0,6%
Toscana	32,3%	59,7%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,7%	6,6%	0,6%
Umbria	45,9%	48,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,0%	0,0%
Marche	27,2%	60,5%	0,0%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	9,8%	0,0%
Lazio	13,7%	29,7%	14,7%	13,5%	9,2%	1,5%	0,0%	14,4%	3,3%
Abruzzo	0,0%	78,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	22,0%	0,0%
Molise	0,0%	76,4%	0,0%	5,7%	0,0%	0,0%	9,5%	8,4%	0,0%
Campania	26,9%	34,1%	10,3%	1,3%	4,0%	0,6%	0,0%	22,9%	0,0%
Puglia	16,3%	55,2%	0,0%	8,1%	6,5%	0,0%	0,0%	13,6%	0,2%
Basilicata	40,7%	57,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,8%	0,0%
Calabria	30,2%	49,1%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	20,3%	0,0%
Sicilia	43,5%	28,7%	10,3%	0,3%	1,2%	0,0%	0,0%	16,0%	0,0%
Sardegna	11,2%	67,1%	5,5%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	15,7%	0,0%
ITALIA	31,9%	39,8%	3,9%	5,6%	3,2%	0,8%	0,1%	14,1%	0,6%

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

La Tabella 7 mostra la distribuzione regionale dell'incidenza dei dimessi per tipologia di struttura per riabilitazione (RO+DH), mentre la Tabella 8 mostra quella per lungodegenza: in entrambi i casi il volume di attività erogato dai soggetti privati tende ad essere maggiore in quasi tutte le regioni rispetto a quello erogato dalle aziende pubbliche.

Tabella 7 Incidenza percentuale dei dimessi per riabilitazione (RO+DH) per tipologia di istituto (2006)

	Aziende ospedaliere	Ospedali a gestione diretta	Polidinici universitari	I.R.C.C.S.	Ospedali classificati	Istituti qualificati presidio USL	Enti di ricerca	Case di cura private accreditate	Case di cura private
Piemonte	7,0%	14,5%	0,0%	24,5%	0,0%	11,7%	0,0%	42,4%	0,0%
Valle d'Aosta	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Lombardia	30,5%	0,0%	0,0%	24,9%	4,1%	0,0%	0,0%	40,5%	0,0%
P. A. Bolzano	0,0%	33,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	66,3%	0,0%
P. A. Trento	0,0%	27,2%	0,0%	0,0%	29,9%	0,0%	0,0%	42,9%	0,0%
Veneto	9,8%	24,2%	0,0%	5,1%	11,3%	25,3%	0,0%	24,2%	0,0%
Friuli Venezia Giulia	33,8%	32,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	34,2%	0,0%
Liguria	31,0%	45,9%	0,0%	5,5%	3,6%	0,0%	0,0%	14,0%	0,0%
Emilia Romagna	16,8%	20,3%	0,0%	3,0%	0,0%	0,0%	0,0%	59,8%	0,1%
Toscana	15,1%	26,5%	0,0%	7,4%	0,0%	13,7%	0,0%	37,4%	0,0%
Umbria	5,5%	77,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	17,3%	0,0%
Marche	10,5%	16,6%	0,0%	18,0%	0,0%	0,0%	0,0%	55,0%	0,0%
Lazio	3,3%	5,6%	2,1%	23,4%	3,4%	1,3%	0,0%	58,9%	2,0%
Abruzzo	0,0%	22,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	77,1%	0,0%
Molise	0,0%	41,0%	0,0%	19,7%	0,0%	0,0%	14,7%	24,6%	0,0%
Campania	6,6%	7,2%	1,4%	9,4%	0,0%	0,0%	0,0%	75,4%	0,0%
Puglia	5,7%	17,8%	0,0%	27,7%	5,9%	0,0%	0,0%	42,8%	0,0%
Basilicata	29,1%	70,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Calabria	0,7%	21,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	77,3%	0,0%
Sicilia	34,1%	9,7%	5,5%	5,8%	0,0%	3,6%	0,0%	41,2%	0,0%
Sardegna	25,5%	59,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	15,0%	0,0%
ITALIA	16,0%	12,9%	0,6%	16,1%	3,5%	4,0%	0,1%	46,5%	0,3%

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Tabella 8 Incidenza percentuale dei dimessi per lungodegenza per tipologia di istituto (2006)

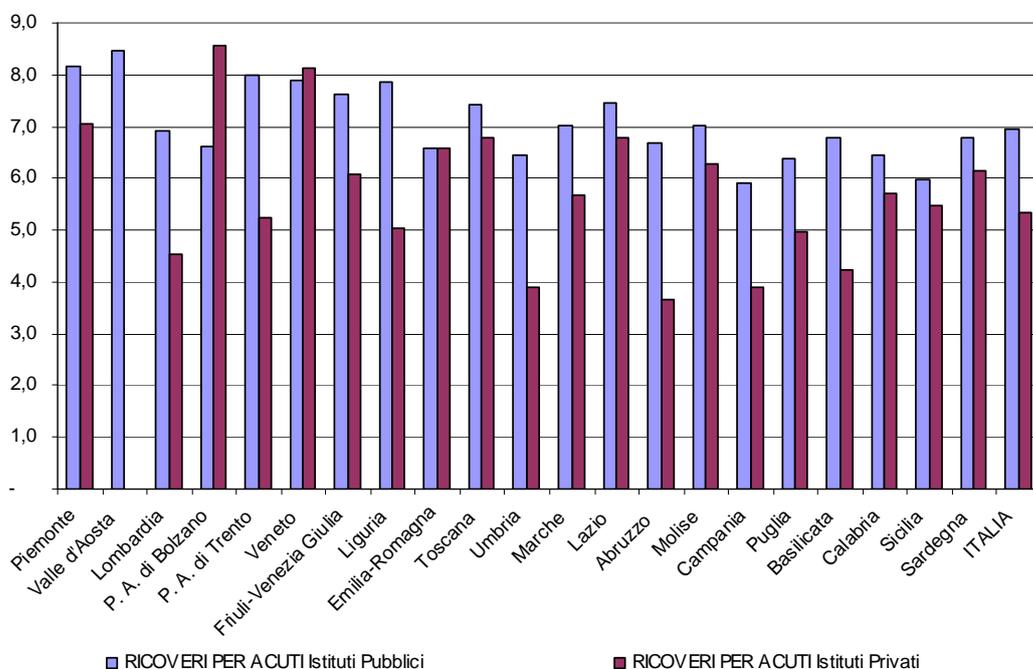
	Aziende ospedaliere	Ospedali a gestione diretta	Policlinici universitari	I.R.C.C.S.	Ospedali classificati	Istituti qualificati presidio USL	Enti di ricerca	Case di cura private accreditate	Case di cura private
Piemonte	1,5%	44,2%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	0,0%	51,8%	0,0%
Valle d'Aosta	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Lombardia	34,4%	0,0%	0,0%	0,6%	0,7%	0,0%	0,0%	64,4%	0,0%
P. A. Bolzano	0,0%	24,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	59,6%	16,2%
P. A. Trento	0,0%	7,9%	0,0%	0,0%	10,2%	0,0%	0,0%	81,9%	0,0%
Veneto	0,4%	84,7%	0,0%	0,0%	1,5%	5,8%	0,0%	7,6%	0,0%
Friuli Venezia Giulia	32,2%	67,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%
Liguria	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Emilia Romagna	16,6%	46,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	37,1%	0,0%
Toscana	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%
Umbria	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Marche	0,0%	58,4%	0,0%	7,5%	0,0%	0,0%	0,0%	34,1%	0,0%
Lazio	0,0%	16,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	83,6%	0,0%
Abruzzo	0,0%	89,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	10,3%	0,0%
Molise	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Campania	0,0%	5,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	94,1%	0,0%
Puglia	0,4%	98,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	0,0%
Basilicata	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Calabria	0,0%	44,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	55,3%	0,0%
Sicilia	15,6%	84,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sardegna	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%
ITALIA	7,5%	45,7%	0,0%	0,4%	0,5%	1,0%	0,0%	44,6%	0,4%

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Di seguito si riportano dati e commenti rispetto a un indicatore tradizionale di analisi dell'attività ospedaliera, vale a dire la degenza media.

Quest'indicatore consente di operare una primaria valutazione sull'efficienza operativa¹⁰. Negli ultimi anni la degenza media per acuti a livello nazionale si è ridotta, passando da 7,1 giorni del 1998 a 6,7 nel 2006; mediamente, le strutture private si caratterizzano per una degenza media inferiore a quelle pubbliche per i ricoveri per acuti (5,3 rispetto a 6,9 giorni nel 2006), mentre presentano degenze medie simili per la riabilitazione (25,9 rispetto a 25,5) e maggiori per la lungodegenza (38 rispetto a 27,4). Si osservano, però, considerevoli differenze tra Regioni: relativamente ai ricoveri per acuti (Figura 11), Abruzzo, Campania, Umbria, Basilicata e Lombardia degenze medie più brevi, soprattutto nelle strutture private; per riabilitazione (Figura 12) e lungodegenza (Figura 13) i valori rilevati sono estremamente eterogenei, con una varianza particolarmente elevata per la riabilitazione negli istituti pubblici e la lungodegenza in quelli privati.

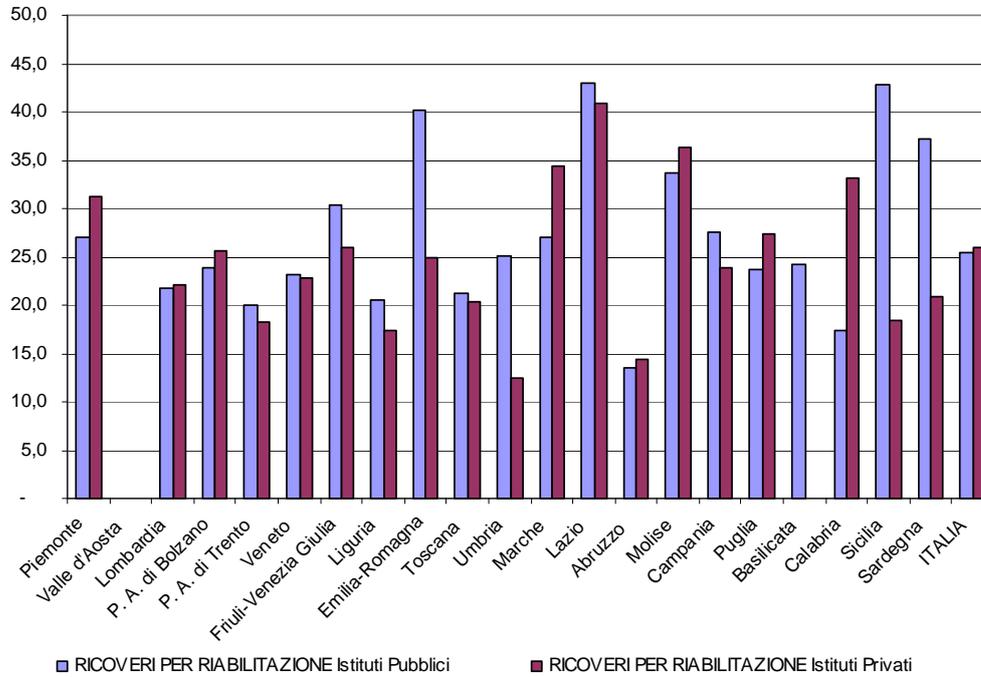
Figura 11 Degenza media per acuti per Regione e per tipo di struttura (2006)



Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

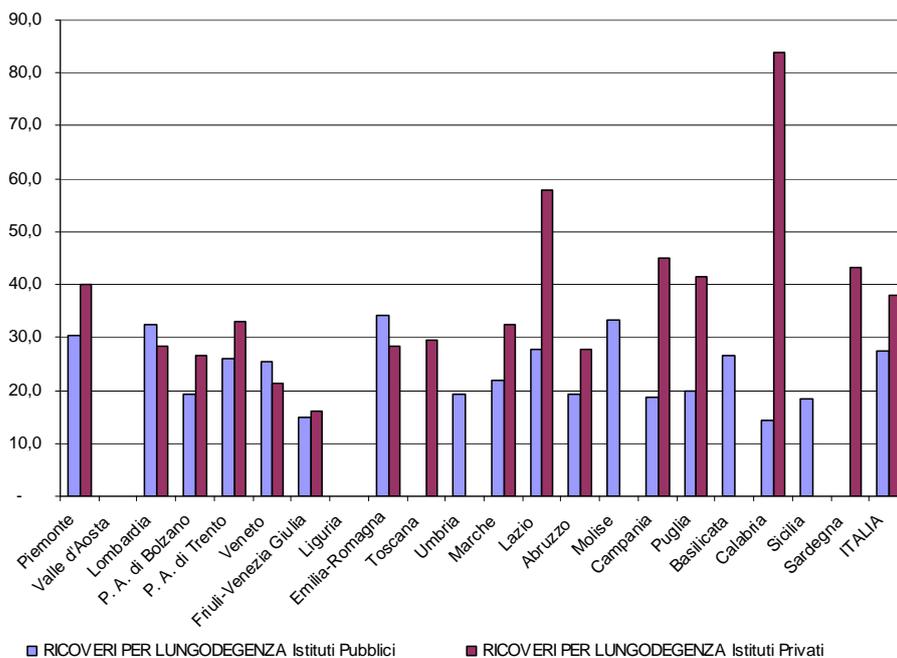
¹⁰ In realtà, per valutare l'efficienza operativa in modo appropriato, sarebbe necessario utilizzare la degenza media standardizzata per case mix, cioè riportando tutte le Regioni ad un'unica distribuzione dei ricoveri per DRG, quella media italiana, così da depurare il risultato dall'incidenza della casistica trattata. Si consideri, inoltre, che una degenza media bassa non è necessariamente un indicatore positivo, perché potrebbe essere ottenuta attraverso dimissioni precoci o omissioni di terapie (e riducendo quindi l'efficacia del trattamento).

Figura 12 Degenza media per riabilitazione per Regione e per tipo di struttura (2006)



Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Figura 13 Degenza media per lungodegenza per Regione e per tipo di struttura (2006)



Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Nell'analizzare, infine, il livello di soddisfazione dei cittadini¹¹ rispetto all'attività erogata dalle strutture pubbliche e private, si fa riferimento al quinto rapporto annuale "Ospedali&Salute", che presenta i risultati di un questionario curato da Ermeneia per AIOP, somministrato a un campione di 4.160 persone adulte, distribuite all'interno di 2.000 famiglie italiane.

L'indagine presentata in "Ospedali&Salute" è focalizzata proprio sulle prestazioni ospedaliere, rispetto alle quali è stato chiesto agli intervistati di esprimere un giudizio sulla qualità percepita rispetto ai servizi di cui hanno usufruito nei 12 mesi precedenti l'intervista.

La Tabella 9 evidenzia i livelli di soddisfazione per tipologia di struttura ospedaliera: gli ospedali privati accreditati fanno registrare la percentuale più elevata di "molto soddisfatto", seguiti dalle cliniche private non accreditate e dagli ospedali pubblici. Se si considerano congiuntamente i giudizi positivi ("molto soddisfatto" + "abbastanza soddisfatto"), gli ospedali privati accreditati continuano a presentare la percentuale più elevata (91,1%), seguiti dai pubblici (89,1%) e dalle cliniche private non accreditate (84,5%).

Tabella 9 Soddisfazione delle prestazioni rispetto alle diverse strutture ospedaliere (2007)

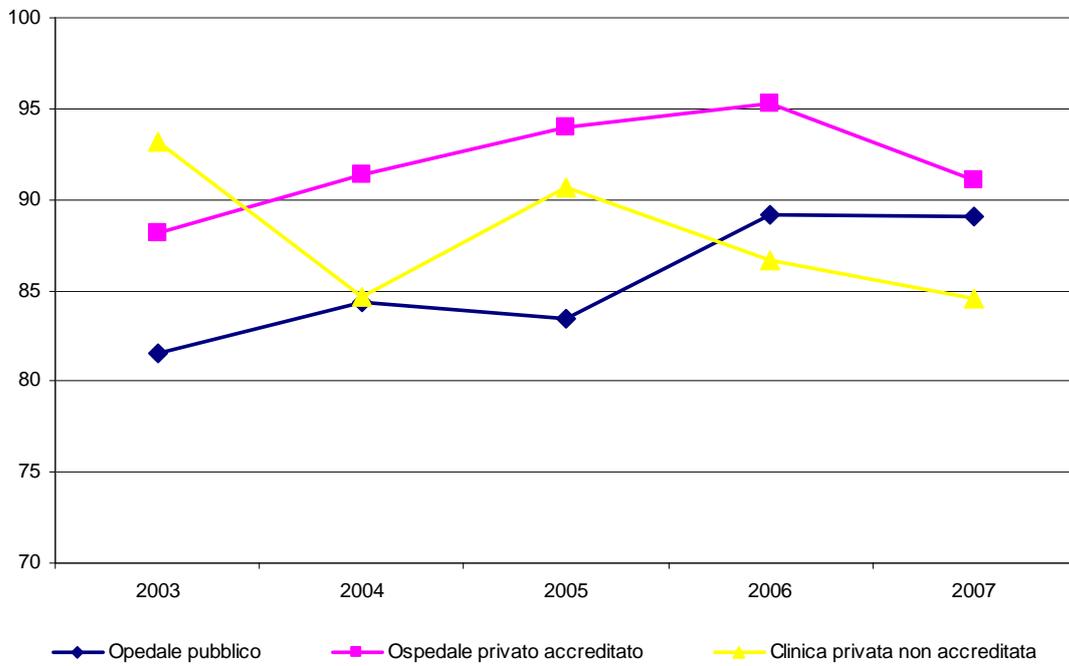
	<i>Ospedale pubblico</i>	<i>Ospedale privato accreditato</i>	<i>Clinica privata non accreditata</i>
Molto soddisfatto	23,5	37,3	30,3
Abbastanza soddisfatto	65,6	53,8	54,2
Poco soddisfatto	8,5	4,9	12,2
Per niente soddisfatto	2	4	1,22
non saprei esprimere un giudizio	0,4		2,1

Fonte: Elaborazione su dati Ermeneia per "Ospedali&Salute", 2007.

Molto interessante risulta l'andamento temporale (Figura 14) dei giudizi positivi ("molto soddisfatto" + "abbastanza soddisfatto"): gli ospedali pubblici hanno visto aumentare il livello di soddisfazione nel corso degli anni (ad eccezione di una lieve flessione nel 2005), mentre ospedali privati accreditati e cliniche private non accreditate, seppur con andamenti leggermente differenti, hanno visto diminuire l'apprezzamento dei propri pazienti, in maniera significativa proprio nel corso dell'ultimo anno.

¹¹ Si rimanda al Capitolo 2 del Rapporto OASI 2007 per le considerazioni sull'indagine periodica dell'ISTAT "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari".

Figura 14 Trend dei giudizi positivi (“molto soddisfatto” + “abbastanza soddisfatto”) per le diverse tipologie di ospedali (2003-2007)



Fonte: Elaborazione su dati “Ospedali&Salute”, 2007.

Quanto agli aspetti specifici di soddisfazione rispetto alla prestazione ricevuta dagli ospedali (Tabella 10 **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**) emerge come la competenza e la professionalità degli operatori siano aspetti molto apprezzati (tendenzialmente in misura analoga) nelle tre tipologie di ospedali e lo stesso vale per la cortesia e la gentilezza del personale (che si configura come primo fattore di soddisfazione nelle strutture private e secondo nelle pubbliche).

Si evidenziano, invece, delle differenze piuttosto rilevanti in termini di valutazione sulla gestione dei tempi di attesa e sulla qualità della struttura e degli spazi, fattori rispetto ai quali, negli ospedali pubblici, si rileva un livello di insoddisfazione più elevato che nelle strutture private (accreditate e non).

Tabella 10 Aspetti specifici di soddisfazione rispetto alla prestazione dei diversi ospedali (%) (2007)

Ospedale pubblico					
	Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco soddisfatto	Per niente soddisfatto	Non saprei
Competenza/professionalità degli operatori	30,0	60,7	7,1	0,9	1,3
Cortesia/gentilezza del personale	27,9	54,1	13,2	2,5	2,3
Pulizia degli ambienti	25,0	53,3	16,8	2,8	2,1
Qualità delle attrezzature tecnologiche	24,9	57,2	10,0	1,6	6,3
Risposta efficace della prestazione rispetto ai bisogni del paziente	21,3	64,4	9,5	2,5	2,3
Tempi di attesa	20,5	46,9	22,4	9,0	1,2
Qualità della struttura e degli spazi	19,3	54,8	18,7	4,7	2,5
Cibo	7,9	27,7	13,2	4,4	46,8
Servizi amministrativi	9,7	49,2	14,4	2,6	24,1
Altro	3,1	10,4	3,4	1,4	81,7
Ospedale privato accreditato					
	Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco soddisfatto	Per niente soddisfatto	Non saprei
Competenza/professionalità degli operatori	38,0	54,0	4,1	3,8	0,1
Cortesia/gentilezza del personale	45,4	46,7	4,3	3,5	0,1
Pulizia degli ambienti	42,5	53,5	3,1	0,0	0,9
Qualità delle attrezzature tecnologiche	36,2	51,2	3,6	0,0	9,0
Risposta efficace della prestazione rispetto ai bisogni del paziente	26,7	64,0	5,7	0,5	3,1
Tempi di attesa	38,8	48,7	10,9	1,2	0,4
Qualità della struttura e degli spazi	38,8	53,6	4,9	1,4	1,3
Cibo	10,3	27,0	6,4	0,4	55,9
Servizi amministrativi	16,7	57,4	3,4	1,5	21,0
Altro	4,8	7,2	3,5	0,4	84,1
Clinica privata non accreditata					
	Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco soddisfatto	Per niente soddisfatto	Non saprei
Competenza/professionalità degli operatori	30,5	60,5	8,3	0,0	0,7
Cortesia/gentilezza del personale	52,4	37,5	8,6	0,8	0,7
Pulizia degli ambienti	37,8	48,6	10,6	1,2	1,8
Qualità delle attrezzature tecnologiche	29,9	42,9	18,2	1,2	7,8
Risposta efficace della prestazione rispetto ai bisogni del paziente	28,9	53,3	11,3	3,7	2,8
Tempi di attesa	46,2	39,6	12,7	0,8	0,7
Qualità della struttura e degli spazi	29,4	50,7	10,5	6,6	2,8
Cibo	6,3	30,2	10,2	5,4	47,9
Servizi amministrativi	23,7	46,7	8,7	0,9	20,0
Altro	9,8	25,3	0,8	0,0	64,1

Fonte: Elaborazioni su dati "Ospedali&Salute", 2007.

2.4 Dati economico finanziari sul mercato delle aziende sanitarie private

La spesa sanitaria totale in Italia ammontava nel 2007 a circa 131 miliardi di Euro, di cui il 78,2% a carico del SSN e il restante 21,8% dei cittadini (out of pocket o coperto da forme di previdenza sanitaria integrativa¹²). Non sono disponibili informazioni complete rispetto alla composizione della spesa privata corrente; le rilevazioni campionarie dei consumi delle famiglie (ISTAT) evidenziano che nel 2007 il 46,9% di tale spesa riguardava l'acquisto di prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico, il 36,2% servizi ambulatoriali ed il 16,8% servizi ospedalieri. Non sono invece disponibili informazioni sulla ripartizione di tali spese tra le strutture sanitarie pubbliche rispetto a quelle private (accreditate e non).

I dati raccolti attraverso i modelli CE delle aziende sanitarie permettono invece di analizzare la quota di spesa pubblica destinata alla remunerazione delle prestazioni effettuate da strutture private accreditate o convenzionate. La Figura 15 mostra la spesa procapite sostenuta nei diversi SSR per assistenza ospedaliera, specialistica, riabilitativa ed altre forme di assistenza (ad esempio, cure termali, medicina dei servizi, assistenza psichiatrica e agli anziani, ai tossicodipendenti, agli alcolisti, ai disabili, comunità terapeutiche) erogata da strutture accreditate e convenzionate. Risulta evidente la forte differenziazione regionale, conseguenza sia di eredità storiche, sia di 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 (296 euro), Lombardia (226), Puglia (197) e Molise (191) rispetto ad un dato medio nazionale pari a 150 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, Campania (106), Sicilia (97) e Lazio (83);
- per l'assistenza riabilitativa, Abruzzo (120) e Liguria (116);
- per l'altra assistenza, Province Autonome di Bolzano (264) e Trento (243), seguite da Veneto (150), Lombardia (137) e Emilia (119).

¹² 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).

Figura 15. Spesa pro capite per assistenza convenzionata e accreditata per regione e per tipologia (2007)

Regione	Specialistica convenzionata e accreditata	Riabilitativa accreditata	Altra assistenza convenzionata	Ospedaliera accreditata	Spesa per erogatori privati	% spesa per erogatori privati sul totale
Piemonte	50	32	112	118	311	19,8%
Valle d'Aosta	49	8	79	66	202	11,6%
Lombardia	64	29	137	226	456	28,1%
Bolzano	12	12	264	43	331	17,9%
Trento	26	3	243	102	374	21,6%
Veneto	66	7	150	114	337	20,9%
Friuli VG	29	12	67	38	145	10,5%
Liguria	37	116	18	133	304	17,2%
Emilia R	36	2	119	133	291	17,3%
Toscana	34	21	71	61	187	11,5%
Umbria	15	30	64	45	153	11,2%
Marche	25	39	72	59	194	12,5%
Lazio	83	50	62	296	491	27,1%
Abruzzo	35	120	30	144	329	20,0%
Molise	68	84	34	191	377	21,0%
Campania	106	50	42	125	323	21,5%
Puglia	53	73	26	197	348	23,2%
Basilicata	28	99	31	7	165	12,4%
Calabria	47	41	37	94	219	15,6%
Sicilia	97	32	26	138	293	20,1%
Sardegna	54	40	24	59	177	13,2%
Totale	61	38	81	150	330	20,7%

Fonte: elaborazioni OASI su dati RGSEP

E' 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 (36,8%) ha una spesa pro-capite inferiore a quella media nazionale; la Liguria (in cui i posti letto accreditati rappresentano solo il 2,5% di quelli disponibili, rispetto ad una media nazionale del 20%) ha una spesa ospedaliera accreditata pro-capite pari a quella Emiliana, dove l'incidenza dei posti letto accreditati è pari al 21%.

In generale, inoltre, un'elevata spesa procapite per assistenza convenzionata e accreditata non implica necessariamente un'elevata spesa pro-capite complessiva, né un elevato disavanzo cumulato procapite (cfr Figura 16), a conferma della non significativa correlazione tra scelte di mix tra produzione interna ed esterna dei servizi sanitari e andamento della spesa. Ne deriva come conseguenza che l'aspetto più critico non sia la presenza del privato accreditato nel SSR quanto piuttosto la capacità delle Regioni di governare il SSR nel suo complesso e il ruolo del privato accreditato.

