

**Collana CERGAS**

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

**Rapporto OASI 2020**

**Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano**

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale e la recente crisi sanitaria causata dall'epidemia da Covid-19 ne ha acuito rilevanza ed essenzialità. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano, adottando un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo al quale mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2020:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività, spesa, esiti) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale, con considerazioni legate anche alla crisi sanitaria da Covid-19;
- approfondisce questioni di *governance* e organizzazione dei servizi rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende. Tra queste, le possibili evoluzioni della relazione Regione-Azienda, le spinte al cambiamento nella rete ospedaliera indotte dal DM 70/2015 e il profilo dei piccoli ospedali, il contemperarsi di logiche di governo clinico e di gestione operativa nei percorsi ambulatoriali complessi, le possibili configurazioni organizzative delle unità specialistiche di patologia, le lezioni apprese dalla gestione del pronto soccorso nell'emergenza Covid-19;
- si focalizza su ruolo ed evoluzione di alcune funzioni strategiche aziendali, approfondendo le politiche di gestione del personale del SSN, le innovazioni nei sistemi di controllo aziendale, gli impatti generati dalla centralizzazione degli acquisti, l'efficacia e gli impatti organizzativi delle disposizioni anticorruzione e il ruolo delle tecnologie nell'innovare i servizi nel contesto imposto da Covid-19.

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

ISBN 978-88-238-5162-7



9 788823 851627

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

Rapporto OASI 2020

CERGAS - Bocconi



a cura di  
**CERGAS - Bocconi**

**Rapporto OASI 2020**

**Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano**



**Università Bocconi**

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

**SDA Bocconi**  
SCHOOL OF MANAGEMENT





## 4 **Gli erogatori privati accreditati: inquadramento e ruolo nella risposta del SSN al COVID-19<sup>1</sup>**

di Michela Bobini, Francesco Longo e Alberto Ricci<sup>2</sup>

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

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

In particolare, si osserva che:

- ▶ in quanto aziende di servizi appartenenti al settore sanitario, i processi produttivi degli erogatori privati accreditati necessitano la co-production dell'utente (paziente) e dell'erogatore (medico)<sup>4</sup>; inoltre, sono aziende contraddistinte da rilevante complessità nella gestione dei professionisti sanitari (aziende *brain intensive*);
- ▶ in quanto aziende private, sono contraddistinte da una fondamentale auto-

---

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

<sup>2</sup> Il capitolo aggiorna e amplia i contenuti del capitolo 4 del Rapporto OASI 2019 (Bobini e Ricci, 2019). Nonostante il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca congiunto degli autori, i §§ 4.1, 4.2, 4.6 sono attribuibili ad Alberto Ricci, i §§ 4.3, 4.4 e 4.5 a Michela Bobini e il § 4.7 a Francesco Longo. Si ringraziano i dirigenti delle realtà approfondite nel capitolo che hanno contribuito in qualità di intervistati: Valerio Fabio Alberti (Gruppo San Donato), Mario Giovanni Melazzini (ICS Maurgeri) Luca Merlino (CC Monzino) Luciano Ravera (IC Humanitas), Paolo Sormani (Policlinico Universitario Campus Bio-Medico), Alessandro Triboldi (Fondazione Poliambulanza).

<sup>3</sup> Per una presentazione dei quattro “circuiti” del settore sanitario, ottenuti dalle relative combinazioni di pubblico e privato nelle forme di finanziamento e nelle modalità di erogazione, si veda il capitolo 6 del Rapporto OASI 2018.

<sup>4</sup> Va però sottolineato come lo sviluppo di innovative soluzioni tecnologiche e informatiche (come, ad esempio, la telemedicina) abbia consentito, in alcuni casi, di superare il vincolo della co-presenza.

nomia nelle scelte strategiche ed operative (ad es. nell'organizzazione del proprio personale) nel confronto con le aziende sanitarie pubbliche; da esposizione a forti meccanismi di mercato sia nelle scelte di acquisizione degli input che di cessione degli output, e, almeno di norma, dall'imperativo della sostenibilità economica e/o della generazione di utili (rispettivamente nel caso delle aziende *not for profit* e delle imprese);

- ▶ in quanto aziende accreditate, dipendono strettamente dalle dinamiche e dalle regole proprie dei sistemi pubblici, come, per esempio, i prezzi politici (tariffe) per tutti quei casi in cui i pazienti ricevono servizi sanitari in regime SSN. Inoltre, per la pianificazione di medio-lungo periodo e la programmazione dei flussi di cassa, queste aziende dipendono fortemente dalle scelte di pianificazione del sistema operate dal pubblico a livello nazionale e regionale<sup>5</sup>. Infine, come si approfondirà nel capitolo, le interrelazioni con il sistema pubblico risultano particolarmente forti nel caso di emergenze sistemiche, come quella affrontata dal nostro Paese tra febbraio e maggio 2020 durante l'epidemia Covid-19.

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

In particolare, come riportato dal Box 4.1, il capitolo analizza l'insieme degli erogatori privati accreditati (§ 4.2) evidenziandone la rilevanza dal punto di vista economico (§ 4.3), oltre alle caratteristiche dimensionali e i livelli di attività dell'assistenza ospedaliera (§ 4.4) e distrettuale (§ 4.5). Queste sezioni aggiornano i dati del capitolo 4 del Rapporto OASI 2019 (Bobini e Ricci, 2019). Il § 4.6, che rappresenta l'approfondimento tematico di quest'anno, analizza il ruolo degli erogatori privati accreditati nell'ambito della risposta del SSN all'emergenza Covid-19, inquadrandolo sia sul lato quantitativo che qualitativo. Il § 4.7, infine, raccoglie le conclusioni del contributo.

Sul piano metodologico (Box 4.1), i paragrafi di inquadramento del sistema (§ 4.2, 4.3, 4.4, 4.5) sono stati sviluppati raccogliendo e rielaborando i dati forniti da report e database amministrativi nazionali. Il § 4.6, invece, ha adottato un

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

### Box 4.1 Obiettivi e fonti dell'indagine

Paragrafo	Obiettivo	Fonti e anno di riferimento
§ 4.2 Attori della sanità privata accreditata	Analisi delle strutture ospedaliere e territoriali private accreditate del SSN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Classificazioni tratte da Ministero della Salute, Rapporto SDO (anno 2018) e Annuario Statistico (anno 2017).</li> </ul>
§ 4.3 Spesa privata accreditata	Analisi della rilevanza economica delle prestazioni e dei servizi offerti da strutture accreditate rispetto alla spesa totale del SSN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministero della Salute (anno 2018).</li> </ul>
§ 4.4 Assistenza ospedaliera	Analisi della rilevanza degli erogatori privati accreditati sul totale dell'offerta SSN; analisi del posizionamento erogativo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministero della Salute, Open Data, posti letto pubblici e privati accreditati (anno 2018).</li> <li>• Ministero della Salute, Rapporto SDO (anno 2018).</li> </ul>
§ 4.5 Assistenza distrettuale	Analisi della rilevanza degli erogatori privati accreditati sul totale dell'offerta SSN; analisi del posizionamento erogativo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministero della Salute, Annuario Statistico del SSN (anno 2017).</li> </ul>
§ 4.6 Il contributo e le peculiarità dei privati accreditati nella risposta al Covid-19	Rassegna quantitativa del contributo dei privati accreditati del SSN al Covid-19; approfondimento qualitativo sulle modalità di risposta dei privati accreditati, per individuare good practice replicabili e riflessioni utili al sistema.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atti normativi e di programmazione sanitaria nazionali e regionali</li> <li>• Dati forniti dalle associazioni categoriali della sanità privata accreditata</li> <li>• Interviste semi-strutturate a sei figure apicali</li> </ul>

duplice approccio metodologico. Per l'inquadramento del contributo complessivo del settore privato accreditato nel corso dell'emergenza, sono stati raccolti gli atti normativi, di programmazione sanitaria e le informazioni messe a disposizione delle regioni e dalle associazioni di categoria, sia a livello nazionale che regionale. Per comprendere le peculiarità dei privati accreditati nella risposta all'emergenza a livello organizzativo, nell'ottica di individuare possibili *good practice* replicabili, sono stati intervistati sei figure apicali (quattro direttori generali, un amministratore delegato e un sovrintendente sanitario di gruppo) di altrettante realtà private accreditate che hanno partecipato significativamente alla risposta del SSN all'emergenza Covid. Le sei realtà sono state scelte cercando di rappresentare la varietà delle realtà private accreditate in termini di natura giuridica, localizzazione geografica, specializzazione erogativa. Ai direttori è stato chiesto di commentare i seguenti temi con riferimento ai mesi della crisi Covid-19: (i) cambiamento del mix delle attività e ruolo dell'azienda o del gruppo nella rete di risposta (ii) gestione della logistica di pazienti, del personale e dei beni (iii) gestione del personale (iv) alleanze e partnership di particolare rilevanza (v) lezioni apprese complessive. Tutte le interviste sono state registrate; quattro di esse sono integralmente reperibili sul sito del CER-GAS<sup>6</sup>, alla sezione Covid Observatory – *sharing experiences*. Le interviste sono

<sup>6</sup> [www.cergas.unibocconi.eu](http://www.cergas.unibocconi.eu).

state integrate con il materiale documentale messo a disposizione dalle strutture analizzate (bilancio sociale o bilancio di missione, comunicazioni ufficiali in tema Covid, ecc).

## 4.2 Gli attori della sanità privata accreditata

Prima di analizzare il contributo degli erogatori privati accreditati al sistema salute del nostro Paese, risulta necessario individuare la loro complessa geografia nel SSN. Ai fini d'analisi, le strutture d'erogazione sono distinte per livello di assistenza: ospedaliera e distrettuale.

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, il Ministero della Salute (Rapporto SDO 2017) considera le seguenti categorie di strutture private accreditate dotate di posti letto (PL):

- ▶ le case di cura private accreditate;
- ▶ gli IRCCS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) di diritto privato e gli IRCCS Fondazioni privati;
- ▶ i policlinici universitari privati;
- ▶ gli enti di ricerca;
- ▶ gli ospedali classificati;
- ▶ gli istituti qualificati presidio di ASL.

Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, invece, gli erogatori privati accreditati afferiscono a due principali categorie (Ministero della Salute, Annuario Statistico riferito all'anno 2016):

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

## 4.3 La spesa SSN per l'assistenza sanitaria privata accreditata

Un primo indicatore della rilevanza del settore del privato accreditato in sanità è dato dal suo peso all'interno della spesa complessiva del SSN<sup>7</sup>. La Tabella 4.1 evidenzia la spesa pro-capite per le prestazioni a carico del SSN erogate da sog-

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

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

	Ospedaliera accreditata, €	Specialistica accreditata, €	Riabilitativa accreditata, €	Altra assistenza accreditata*, €	Totale spesa SSN per assistenza privata accreditata pro capite, €	Totale spesa sanitaria nei SSR per la gestione corrente pro capite, €	% Spesa sanitaria SSN per assistenza privata accreditata 2019
Piemonte	113	62	31	146	352	1.933	17,0%
Valle d'Aosta	56	13	23	48	140	2.213	6,3%
Lombardia	240	108	26	223	598	1.809	28,9%
PA Bolzano	50	20	67	181	317	2.467	12,7%
PA Trento	114	54	36	349	553	2.346	23,4%
Veneto	113	72	20	181	386	1.936	19,0%
Friuli VG	52	43	35	134	264	2.178	11,9%
Liguria	134	74	30	131	369	2.160	16,7%
Emilia Romagna	140	52	20	202	415	2.101	18,9%
Toscana	82	44	24	131	281	2.039	13,2%
Umbria	50	29	44	118	242	2.037	11,6%
Marche	75	37	30	122	263	1.958	13,2%
Lazio	235	90	42	139	507	1.692	26,1%
Abruzzo	99	36	27	92	254	1.953	12,8%
Molise	241	132	35	109	517	2.457	21,0%
Campania	149	134	35	52	370	1.637	20,1%
Puglia	184	72	29	108	393	1.802	20,5%
Basilicata	22	66	55	68	211	1.933	10,8%
Calabria	98	63	52	82	295	1.762	15,8%
Sicilia	143	106	45	105	399	1.686	20,9%
Sardegna	48	78	32	96	255	2.058	12,1%
<b>ITALIA</b>	<b>151</b>	<b>81</b>	<b>29</b>	<b>144</b>	<b>405</b>	<b>2.027</b>	<b>21,0%</b>

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

Fonte: Elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, 2019

getti privati accreditati, suddivisa per le varie tipologie di attività (ospedaliera, specialistica, riabilitativa, altra assistenza) nel confronto inter-regionale. I valori sono espressi al lordo della mobilità interregionale. Nel 2019, la spesa SSN per assistenza privata accreditata ha registrato un valore medio di € 405 per abitante, pari al 21,0% della spesa complessiva del SSN, in aumento rispetto al 2018 (20,3%). Tale incidenza varia sensibilmente a livello regionale, passando dai massimi registrati in Lombardia (28,9%), Lazio (26,1%) e Provincia Autonoma di Trento (23,4%), al minimo del 6,3% in Valle d'Aosta, unica sotto il valore del 10 per cento. A livello regionale, rispetto al dato 2018 si rilevano gli scostamenti più consistenti nella PA di Bolzano (+3,0%), nella PA di Trento (+2,6%) e in Umbria (+2,3%). Anche in Lazio e Lombardia si riscontrano scostamenti positivi superiori a 1,5 punti percentuali, mentre l'incidenza della spesa SSN per assistenza privata si contrae maggiormente in Molise (-2,2%) e nelle Marche (-1,0%).

Per quel che riguarda la composizione della spesa SSN gestita da erogatori accreditati, il 37,3% della spesa complessiva (151 € pro capite) è costituito da spesa per ricoveri ospedalieri in strutture accreditate, mentre un altro 35,6% è da imputare alla “Altra assistenza accreditata”, legata prevalentemente all'assistenza territoriale socio-sanitaria presso strutture residenziali.

In valore assoluto, i dati di spesa pro-capite registrano un lieve incremento positivo a livello nazionale, con un aumento della spesa SSN per attività erogata da privati accreditati pari a 12 euro pro capite rispetto al 2018. Tutti i setting considerati risultano singolarmente stabili, ad eccezione di due macrovoci:

- ▶ “Altra assistenza accreditata” che registra una ulteriore crescita del 3,7% rispetto al 2018 e del 21,3% rispetto al 2017. Tale voce raggiunge infatti i 144 euro pro capite nel 2019 rispetto ai 139 del 2018 e ai 118 del 2017;
- ▶ “Assistenza ospedaliera accreditata” che registra un incremento del 3,8% rispetto al 2018. Tale voce conta una spesa di 151 euro pro capite nel 2019 rispetto ai 146 del 2018.

A livello regionale, l'eterogeneità rilevata nell'incidenza percentuale della spesa SSN gestita da privati accreditati si riflette in una forte variabilità anche nella composizione della spesa stessa. In termini di *range* osservati, la variabilità è massima nel caso della spesa per “altra assistenza accreditata”: si passa da un valore massimo registrato nella Provincia Autonoma di Trento pari a 349 € (+18 € rispetto al 2018), seguito di Lombardia ed Emilia Romagna (rispettivamente 223 € e 202 €), a un minimo di 48 € pro capite in Valle d'Aosta che insieme alla Campania (52 €) è l'unico contesto regionale con una spesa per “altra assistenza accreditata” inferiore a 60 €.

Se invece del delta tra valore massimo e minimo si considera il coefficiente di



variazione - CV<sup>8</sup>, il setting che presenta la maggiore variabilità interregionale in termini di spesa per assistenza accreditata è quello riabilitativo (CV: 74,8%). Rispetto a una spesa media pro capite pari a 29 euro a livello nazionale, infatti, si rilevano alcune regioni in cui l'attività riabilitativa è quasi integralmente erogata da strutture pubbliche (PA Bolzano, PA Trento, Emilia Romagna, Veneto e Lombardia, tutte con una spesa accreditata pro capite inferiore a 10 euro) mentre in altre si registra una presenza più cospicua di erogatori privati (la Basilicata presenta dati di spesa pro capite per assistenza riabilitativa privata accreditata pari a 69 €, con altri 5 contesti regionali che superano la quota dei 50 euro).

Anche per le restanti voci il range tra valore massimo e minimo resta considerevole, ma con variabilità interregionale complessivamente più contenuta. Nella "Ospedaliera accreditata" si passa da una spesa pro capite massima in Molise (241 €) e Lombardia (240 €) a quella minima registrata in Basilicata (22 €). Il valore medio nazionale è pari a 151 €, con un coefficiente di variazione pari al 42,3%. L'attività specialistica, infine, presenta una variabilità interregionale in termini di coefficiente di variazione pari a 40,3%, con valori particolarmente elevati in Campania e Molise (134 € e 132 € pro capite, rispettivamente).

#### **4.4 L'assistenza ospedaliera**

Il presente paragrafo, adottando la logica del focus sul singolo livello di assistenza, analizza l'assistenza ospedaliera distinguendo due differenti ambiti: la dotazione strutturale (con due digressioni sui dati dimensionali e servizi di emergenza-urgenza) e le attività di ricovero.

##### **4.4.1 Dotazione strutturale, dati dimensionali e servizi di emergenza-urgenza**

In termini strutturali, l'analisi a livello ospedaliero si focalizza sui posti letto (PL) e sulla loro recente evoluzione<sup>9</sup>. Considerando la dotazione complessiva di PL disponibile nel SSN al 2018<sup>10</sup>, l'insieme degli erogatori privati accreditati detiene il 30,5% dei posti letto totali a livello nazionale. Tali PL sono concentrati presso le case di cura accreditate per il 67,6% dei PL accreditati. IRCCS, Policlinici privati ed enti di ricerca hanno in dotazione il 21,5% dei posti letto accreditati: il 18,3% si trova presso gli IRCCS e gli IRCCS Fondazione privati,

<sup>8</sup> Il coefficiente di variazione è una misura relativa di dispersione che permette di valutare la variabilità dei valori registrati attorno alla media: si calcola rapportando la deviazione standard alla media ed è particolarmente utile per confrontare gruppi con medie significativamente diverse.

<sup>9</sup> Per un approfondimento sul numero di strutture accreditate si rimanda al § 2.3.

<sup>10</sup> L'ultimo aggiornamento sull'Open Data del Ministero della Salute è relativo al 2017.

il 2,7% presso i due Policlinici universitari privati<sup>11</sup> e lo 0,4% presso enti di ricerca. Il restante 13,3% dei PL privati accreditati è suddiviso tra ospedali classificati (9,9%) e istituti qualificati (3,4%). Ragionando per tipologia di ricovero ospedaliero, il peso del privato accreditato in termini di posti letto risulta minore nell'attività per acuti (23,1% dei PL per acuti totali del SSN, -0,4 rispetto al 2017, sostanzialmente equivalente a quello degli erogatori pubblici quando si considera la lungodegenza (53,0% dei posti letto per lungodegenza, +1,3 rispetto al 2017) e largamente prevalente nell'attività di riabilitazione (74,0%, +1,1). Per quanto riguarda il contributo delle diverse tipologie di strutture accreditate nei differenti segmenti di attività, per gli acuti la distribuzione percentuale dei PL accreditati è in massima parte allineata con quella generale, con un'incidenza leggermente inferiore delle case di cura (64,6%) a cui si contrappone un peso maggiore degli ospedali classificati (13,7%). Riguardo ai PL per la riabilitazione ospedaliera, invece, IRCCS e IRCCS Fondazione privati detengono il 22,6% dei posti letto; i PL accreditati per lungodegenza, infine, sono quasi esclusivamente localizzati presso case di cura accreditate (CdC), che ne detengono il 95,3%.

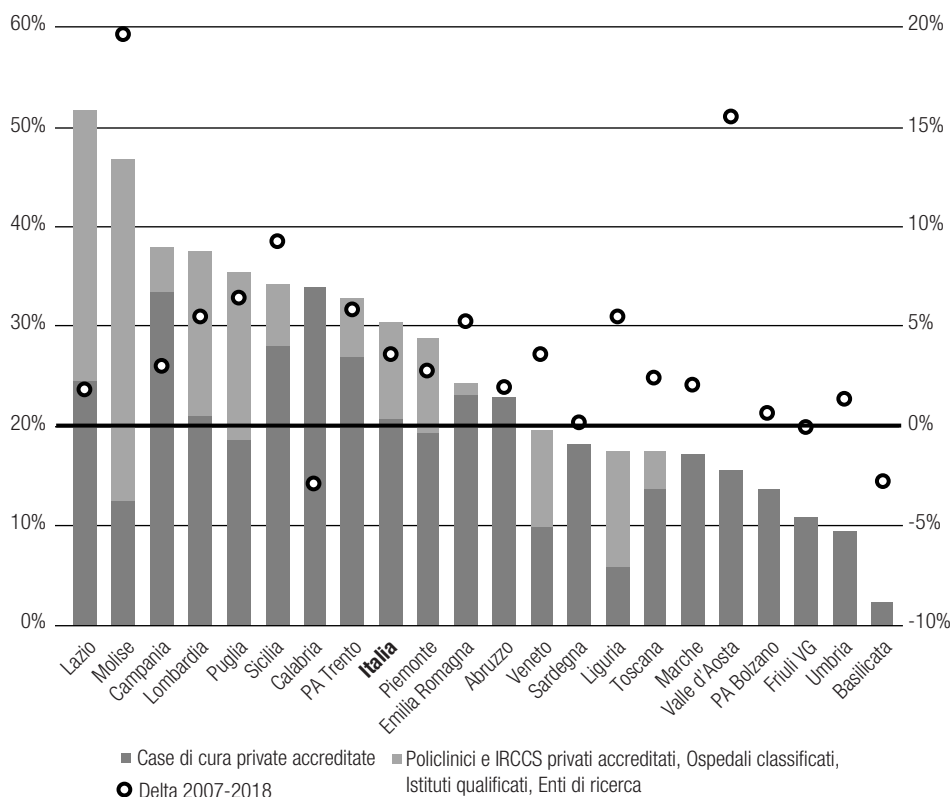
Il ruolo delle strutture di ricovero private accreditate nei sistemi di offerta dei SSR dipende dalle differenti scelte regionali di configurazione dell'offerta: si passa da una realtà come il Lazio, dove oltre la metà dei PL totali è situata presso strutture private accreditate (51,8%), a contesti, come quelli delle regioni Umbria e Basilicata, in cui meno di un posto letto su dieci (rispettivamente 9,4% e 2,1%) si trova presso strutture accreditate (Figura 4.1). Adottando la medesima classificazione delle strutture private accreditate presentata nel resto del capitolo<sup>12</sup>, la Figura 4.1 mostra il contributo di ciascuna categoria in termini di posti letto a livello regionale. A livello nazionale, le case di cura detengono quasi i due terzi dei posti letto accreditati e il 20,6% dei PL totali del SSN; coerentemente, risultano prevalenti nella maggior parte dei contesti regionali. Rivestono invece un ruolo minoritario in Molise, per via della compresenza di un Ente di ricerca e un IRCCS privato, oltre che in Veneto e in Liguria, dove è rilevante il peso degli ospedali classificati. In Lombardia, Puglia e Lazio, invece, si rileva una sostanziale equivalenza tra case di cura e altre strutture accreditate. Ciò è dovuto, nel Lazio, alle rilevanti dotazioni strutturali delle strutture universitarie e di diversi IRCCS; in Lombardia e Puglia, invece, si rileva un'elevata concentrazione di IRCCS privati e ospedali classificati.

Allargando l'ambito temporale dell'analisi, tra 2007 e 2018 si registra un delta positivo nell'incidenza dei PL accreditati pari a 3,5 punti percentuali a livello

<sup>11</sup> Il Policlinico Gemelli è qui ancora incluso come Policlinico universitario privato; dal 2018, ha ottenuto il riconoscimento di IRCCS.

<sup>12</sup> Gli erogatori accreditati sono stati raggruppati in due categorie: 1) IRCCS e Policlinici Universitari privati, Ospedali classificati, Istituti qualificati, Enti di ricerca; 2) Case di cura private accreditate.

Figura 4.1 **Incidenza PL privati accreditati per regione e tipo erogatore privato accreditato 2018 (asse sx) e variazione 2007-2018 (asse dx)**



Fonte: Elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, 2018

nazionale, con una crescita distribuita piuttosto equamente su tutto il territorio del Paese. L'unico caso vistosamente in controtendenza è quello della Calabria che, pur restando tra le regioni in cui il peso strutturale degli erogatori privati accreditati risulta maggiore del dato nazionale, registra una riduzione dell'incidenza dei PL accreditati pari a 2,9 punti percentuali nel periodo osservato, come effetto del piano di rientro regionale. Il forte aumento della quota privata in Valle d'Aosta è dovuto all'accREDITAMENTO dell'Istituto Clinico Valle d'Aosta<sup>13</sup>, avvenuto nel 2013.

Se limitiamo l'analisi dei trend all'ultimo anno solare (ovvero lo stock di PL rispetto al Rapporto OASI 2019), le variazioni più significative nel peso dei privati accreditati si registrano in Molise (+4,1%) e in Calabria (+1,1%). In termini assoluti, in Calabria si ha un aumento dei PL privati (+92) e una live

<sup>13</sup> Si tratta dell'unico ospedale privato accreditato presente nella regione.

diminuzione di quelli pubblici (-11), mentre in Molise si assiste ad una diminuzione dei PL pubblici (-122) a fronte di un numero di PL privati che è rimasto pressoché invariato.

La forte prevalenza delle case di cura in quasi tutti i contesti regionali ha delle rilevanti implicazioni sulle dimensioni medie degli ospedali: le strutture private accreditate hanno in media 120 PL accreditati, oltre il 62% delle stesse ha una dotazione di posti letto inferiore ai 100 PL accreditati, mentre soltanto il 13,7% supera i 200 PL accreditati. Le grandi strutture sono concentrate principalmente in Lazio e Lombardia, regioni nelle quali sono localizzate 39 delle 64 strutture con più di 200 posti letto (57%)<sup>14</sup>. Anche in queste regioni le strutture con dotazione superiore ai 200 PL non superano il 25% del totale delle strutture.

La dimensione degli ospedali privati accreditati è particolarmente rilevante perché è stata oggetto dell'intervento del regolatore tramite il "Regolamento per la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" (D.M. 70 del 02.04.15). Il provvedimento normativo prevedeva una soglia di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali, per cui le regioni non potrebbero più accreditare, a partire dal 1° gennaio 2015, nuove strutture dotate di meno di 40 PL per acuti né sottoscrivere dal 1° luglio 2015 contratti con strutture già accreditate con meno di 40 PL per acuti.<sup>15</sup> A partire dal 1° gennaio 2017, invece, non è più possibile sottoscrivere contratti con strutture dalla dotazione tra i 40 e i 60 posti letto, a meno che non siano state interessate dai processi di riconversione e aggregazione favoriti dal Decreto.<sup>16</sup> Come è noto, queste soglie dimensionali sono frutto un processo concertativo tra le parti, ma fanno intravedere una volontà del SSN di raggiungere progressivamente nel tempo dimensioni minime crescenti.

L'intervento regolatorio e segnaletico del SSN sembra avere avuto un impatto importante sul dimensionamento medio del settore privato accreditato: nel 2014, prima dell'introduzione del decreto, circa il 22% delle strutture accreditate risultava dotato di meno di 40 PL per acuti, mentre un altro 10% aveva una dotazione compresa tra 40 e 60 PL per acuti (Carbone e Petracca, 2015). Nel corso dei quattro anni successivi, la quota di piccole strutture accreditate con meno di 60 PL risulta dimezzata: analizzando i PL nazionali al 2018, essa risulta pari al 13,7%. La progressiva disponibilità di dati relativi agli anni successivi

<sup>14</sup> In queste due regioni si concentrano circa 2/3 degli IRCCS e dei Policlinici Universitari privati in termini sia di sedi, sia di posti letto. Consultando l'elenco pubblicato sul sito del Ministero della Salute al 2020, 20 dei 30 IRCCS privati hanno sede tra Lombardia e Lazio. A questi si aggiungono i Policlinici Universitario Privati.

<sup>15</sup> Dal suddetto provvedimento sono escluse le strutture monospecialistiche, per le quali resta in vigore la valutazione regionale dei singoli contesti.

<sup>16</sup> Per il nuovo soggetto giuridico che viene a formarsi, la soglia prevista si alza fino agli 80 PL per acuti. Per ulteriori approfondimenti al riguardo si veda il cap. 5 del Rapporto OASI 2015.

all'introduzione del decreto permetterà una sempre migliore interpretazione dell'effettivo impatto del DM 70 sulla riorganizzazione della capacità produttiva degli erogatori privati accreditati.<sup>17</sup>

Entrando nel merito delle singole discipline, la figura 4.2 mostra il contributo del privato accreditato in termini di PL per le prime dieci specialità in ordine di incidenza del settore privato. Come evidenziato già dall'analisi sui ricoveri, il peso del privato accreditato risulta indubbiamente rilevante nell'area della riabilitazione, in cui si contano 17.223 PL privati accreditati pari al 75% dei PL totali SSN dedicati a tale ambito, e della lungodegenza (53% dei PL SSN). Anche se in maniera più contenuta, è considerevole l'incidenza del privato in discipline come l'Ortopedia e la Chirurgia Generale, che si attesta rispettivamente al 35% e al 30% dei PL SSN dedicati alle due discipline. Seguono, con incidenze del privato accreditato che si mantengono superiori al 25% dell'offerta SSN, anche l'Urologia, la Cardiologia e la Neurologia, mentre oscillano tra il 20-24% le discipline come la Psichiatria, l'Ostetricia e Ginecologia e la Medicina Generale.

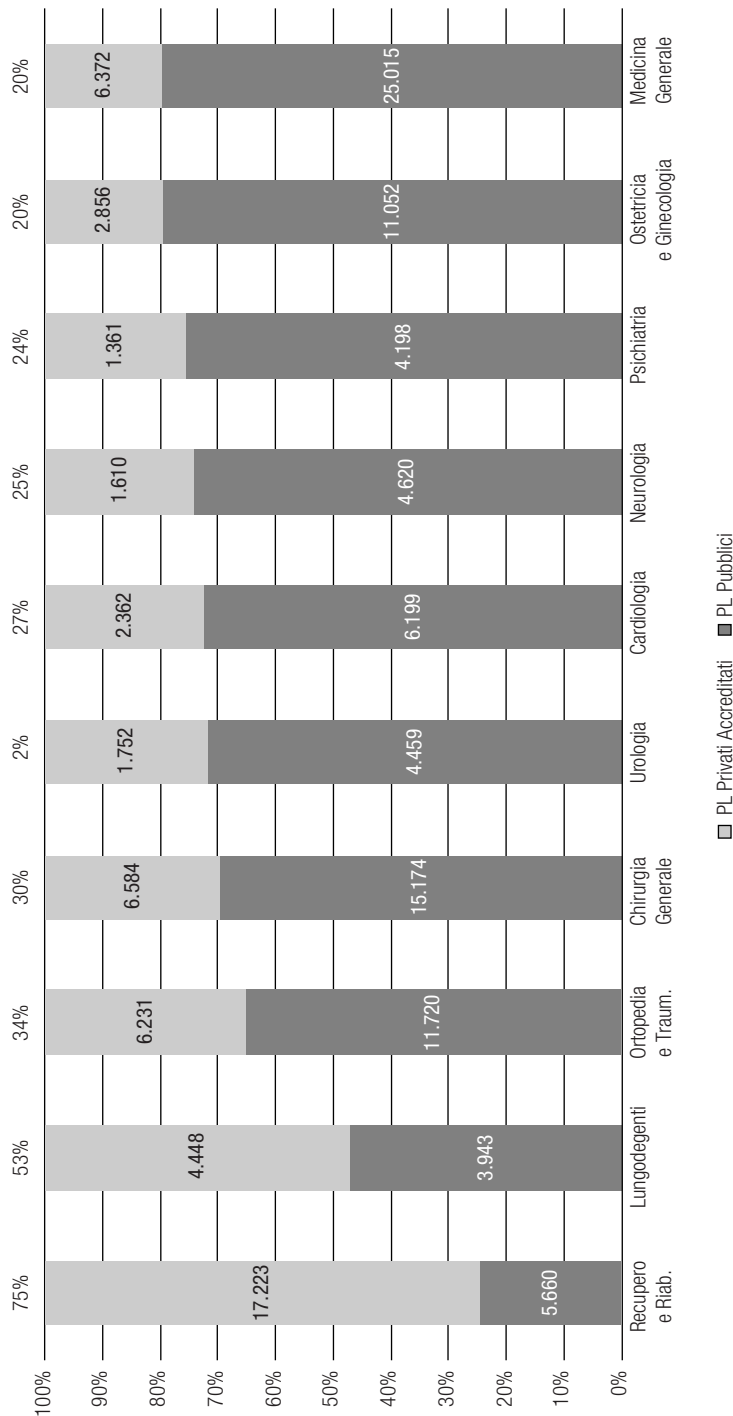
Durante l'emergenza Covid-19 alcune discipline come la Terapia Intensiva, la Pneumologia e le Malattie Infettive hanno assunto un ruolo fondamentale per la sopravvivenza dei pazienti. In questi ambiti, il Privato Accreditato mostrava, già nel 2018, un contributo in termini di posti letto variabile ma rilevante per il sistema: si va da un massimo di 970 PL di TI che pesano per circa il 18% dei PL SSN dedicati alla disciplina, ad un minimo di 131 PL in Malattie Infettive e Tropicali pari al 4% dei PL SSN totali. Nell'ambito della Pneumologia, il privato accreditato garantisce invece 381 PL ovvero l'11% dell'offerta SSN.

L'erogazione di servizi di emergenza ospedaliera garantisce agli erogatori privati un'integrazione ancora più profonda nella rete d'offerta del SSN: questi servizi, infatti, devono essere accompagnati da specifiche discipline a complessità crescente, coerentemente con il bacino di utenti servito (cfr. capitolo 9 del presente Rapporto). La Figura 4.3, che riporta la distribuzione geografica dei 640 ospedali pubblici e privati accreditati dotati di Pronto Soccorso (PS) o Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Accettazione (DEA) nelle regioni italiane<sup>18</sup>, mostra che 62 di questi (9,7%) sono privati accreditati. Quasi la metà degli ospedali privati accreditati con servizi di emergenza è situata in Lombardia (28 strutture, pari al 27,2% degli ospedali dotati di servizi di emergenza a livello regionale); seguono Lazio (12; 25,0%) e Veneto (6; 11,8%). Complessivamen-

<sup>17</sup> Al momento, gli unici dati disponibili su cui poter basare alcune considerazioni sono quelli relativi all'indirizzario del Ministero della Salute che tiene traccia dell'elenco delle strutture di ricovero: tra il 2014 e la fine del 2016, il numero degli erogatori accreditati è diminuito di sole 8 unità, per la massima parte riconducibili a case di cura private accreditate (6).

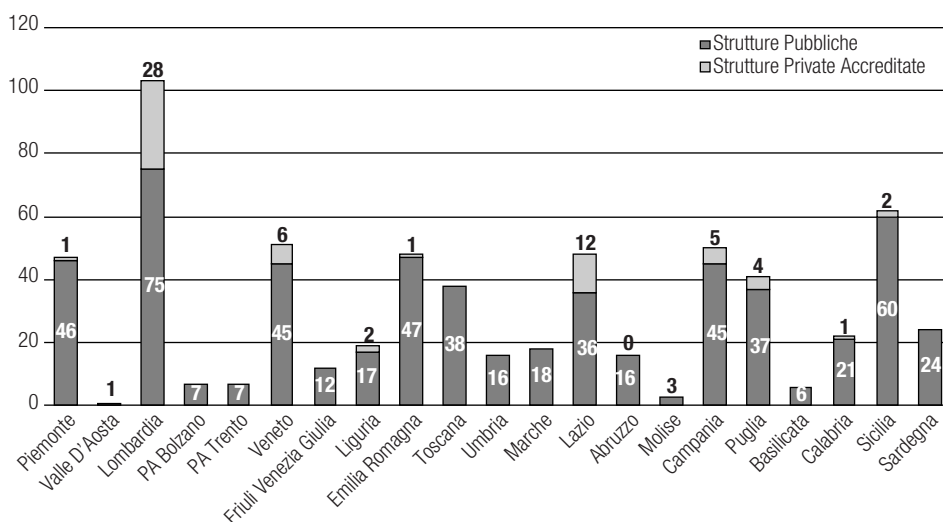
<sup>18</sup> Si considerano i PS con almeno 400 accessi annui; sono inclusi i PS situati nelle strutture monospecialistiche.

**Figura 4.2 Numero di PL ospedalieri privati accreditati e pubblici per le principali discipline e incidenza percentuale del privato accreditato (2018)**



Fonte: Elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, 2018

Figura 4.3 **Distribuzione dei servizi di emergenza-urgenza presso strutture pubbliche e private accreditate, per regione (2018)**



Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute e AGENAS, Programma Nazionale Esiti 2018.

te, il 12,3% delle strutture private accreditate è sede di PS o DEA. In termini di accessi i privati accreditati hanno garantito nel 2017 l'8,5% del totale degli accessi in PS, dato sostanzialmente inalterato rispetto a quello 2016 (8,6%, -0,1 punti percentuali). Il numero medio di accessi per struttura privata accreditata dotata di PS è inferiore rispetto a quello delle strutture pubbliche (27.525 contro 31.860). A livello regionale, i territori in cui almeno il 10% degli accessi è coperto da privati accreditati sono Lazio, Lombardia, Campania e Liguria (27,5%, 17,6%, 11,3% e 11,0%, rispettivamente).

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

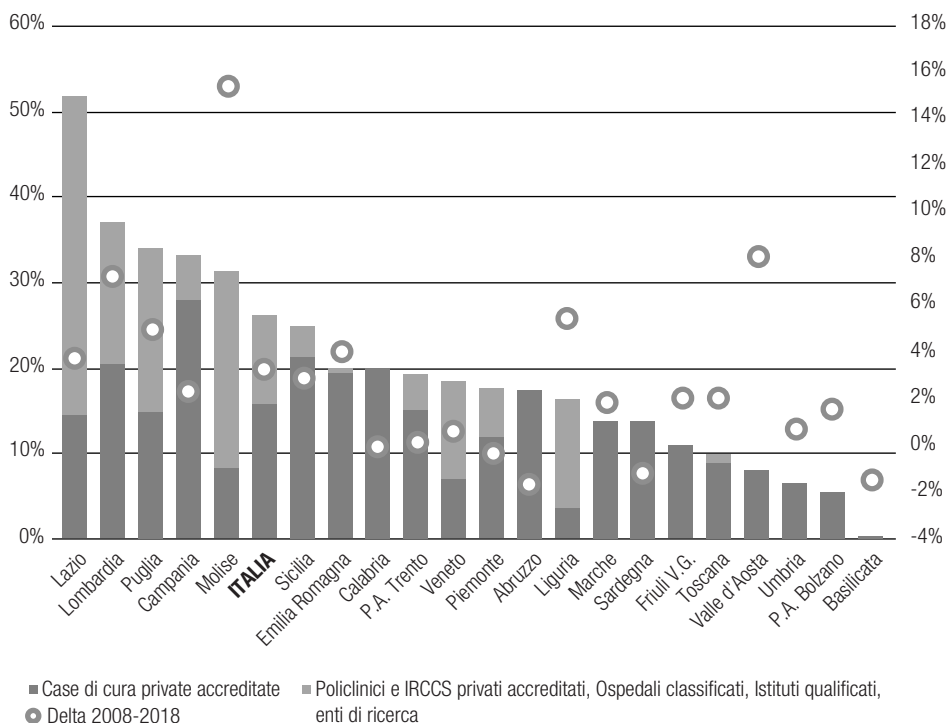
Nel 2018 le strutture private accreditate hanno erogato il 25,8% dei ricoveri del SSN. L'incidenza dei ricoveri è significativamente inferiore all'incidenza sui PL (30,5%, cfr. paragrafo precedente) perchè i budget massimi di attività riducono il tasso di saturazione della capacità produttiva installata del privato accreditato, che risulta, in media nazionale, significativamente inferiore a quella pubblica, proprio perchè non vi sono risorse del SSN disponibili per aumentarla. Inoltre, la focalizzazione del privato sulle attività riabilitative e lungodegenziali, caratterizzate da degenza media elevata, contribuisce fisiologicamente al disallineamento.

Più nel dettaglio, il 16,1% delle 8.189.553 dimissioni presso strutture pubbliche o accreditate per conto del SSN è stato effettuato da case di cura accredita-

te, mentre gli IRCCS, Policlinici privati, ospedali classificati e gli istituti qualificati hanno erogato il 9,7% dei ricoveri.

Anche per quanto riguarda i ricoveri si rilevano forti differenze a livello regionale<sup>19</sup>. Il Lazio è l'unica regione in cui il peso del privato accreditato è equivalente a quello pubblico (51,8% dei ricoveri). Lombardia, Campania, Puglia e Molise presentano un dato superiore alla media nazionale: in esse il peso degli erogatori accreditati, in termini di volumi di attività, è superiore a un terzo del totale. Come evidenziato dalla Figura 4.4, tutte le altre regioni si trovano al di sotto della media nazionale e sono 4 le realtà in cui la quota del privato accreditato è inferiore al 10% del totale regionale (Basilicata, PA di Bolzano, Umbria e Valle d'Aosta). Relativamente al contributo di ciascuna categoria di erogatori privati accreditati, la Figura 4.4 conferma quanto evidenziato in termini di posti

Figura 4.4 **Incidenza dei ricoveri da strutture private accreditate 2018 per regione e tipo di erogatore privato accreditato (asse sx) e variazione 2008-2018 (asse dx)**



Fonte: Elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, SDO, 2018.

<sup>19</sup> I dati sono calcolati sui ricoveri complessivi erogati dalle strutture localizzate nella regione, a prescindere dalla regione di residenza dei pazienti. Includono quindi la mobilità.



letto (Figura 4.1), con le case di cura a erogare la maggior parte dei ricoveri privati accreditati in diversi SSR e la presenza di alcune eccezioni di rilievo (Lazio, Puglia, Veneto, Liguria e Molise). Le case di cura registrano il peso percentuale massimo in Campania (27,9% dei ricoveri regionali), mentre per Policlinici, IRCCS privati, ospedali classificati e istituti qualificati il valore più elevato è quello del Lazio (37,2% dei ricoveri del SSR). Il peso percentuale dei ricoveri da strutture accreditate è cresciuto di 3,3 punti a livello nazionale negli ultimi 9 anni, con un delta positivo in quasi tutte le regioni italiane<sup>20</sup>. Le regioni a mostrare i differenziali negativi più importanti sono Abruzzo e Basilicata che registrano rispettivamente delta di 1,7 e 1,6 punti percentuali.

L'incidenza dei ricoveri accreditati sul totale del SSN varia notevolmente a seconda della tipologia di attività considerata (acuto, riabilitazione, lungodegenza). L'attività per acuti (94,8% dei ricoveri totali SSN) è principalmente presidiata dal pubblico che ne produce il 76%, mentre gli erogatori privati accreditati garantiscono il 24,0% dei ricoveri acuti, con un peso leggermente difforme tra regime ordinario e diurno (rispettivamente pari a 22,9% e 27,8%). Per converso, nelle restanti classi di attività di ricovero il privato assume un ruolo centrale: garantisce il 43,3% dei ricoveri per lungodegenza e il 74,3% dei ricoveri per riabilitazione.

Nella comparazione interregionale, il Lazio si riconferma il SSR dove il privato accreditato riveste un ruolo focale nel rispondere anche ai bisogni di salute acuti (49,6% dell'attività per acuti), mentre in 4 SSR il peso degli erogatori accreditati è al di sotto del 10%.

Un tradizionale indicatore di analisi dell'attività ospedaliera è la degenza media, che consente di operare una valutazione sull'efficienza operativa<sup>21</sup>. Gli standard ospedalieri del D.M. 70/2015 indicano una soglia di riferimento per la degenza media dei ricoveri ordinari per acuti pari a 7 giorni, anche se, per valutare l'efficienza operativa di una struttura o di un insieme di strutture, è necessario valutare la complessità della sua casistica. La degenza media dell'attività per acuti in regime ordinario, a livello nazionale, si è attestata nel 2018 a 7 giorni. La Tabella 4.2 mostra il confronto della degenza media per tipo di attività in regime ordinario e tipo di struttura. Mediamente, le strutture private si caratterizzano per una degenza media inferiore a quelle pubbliche nel segmento degli acuti

<sup>20</sup> Il volume dei ricoveri privati accreditati si è ridotto tra il 2008 e il 2017 del 14,9%, principalmente per effetto della riduzione dei budget ospedalieri. Tuttavia, questa riduzione è più contenuta rispetto a quanto occorso tra gli erogatori pubblici (-31,3%), il che spiega l'aumento percentuale che ha interessato le strutture accreditate.

<sup>21</sup> Una maggiore appropriatezza degli ambiti di cura e della durata della degenza ospedaliera, oltre che strumento per recuperare efficienza operativa, può tradursi in un beneficio per il paziente, aumentando la coerenza e la rispondenza dell'offerta ai bisogni del malato e incrementando quindi anche l'efficacia della prestazione. D'altra parte, degenze medie troppo ridotte potrebbero segnalare trattamenti clinici non adeguati (per esempio, dimissioni precoci).

Tabella 4.2 **Degenza media (giornate) per tipo di attività e struttura erogatrice (2018)**

	ACUTI	RIABILITAZIONE	LUNGODEGENZA
Aziende ospedaliere	8,0	30,4	18,6
Ospedali a gestione diretta	7,3	25,6	22,3
Policlinici universitari pubblici	7,6	29,9	18,8
I.R.C.C.S. pubblici	7,3	31,2	22,1
<b>ISTITUTI PUBBLICI</b>	<b>7,5</b>	<b>26,4</b>	<b>21,7</b>
Case di cura private accreditate	5,0	24,9	27,4
I.R.C.C.S. privati	6,1	28,8	45,8
Ospedali classificati	6,5	29,6	16,9
Istituti qualificati	5,1	32,0	41,6
Policlinici universitari privati	7,1	19,2	18,8
Enti di ricerca	6,5	11,8	–
<b>ISTITUTI PRIVATI ACCREDITATI</b>	<b>5,6</b>	<b>26,1</b>	<b>26,9</b>

Fonte: Elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, SDO, 2018.

(5,6 rispetto a 7,5 giorni) e per la riabilitazione (26,1 rispetto a 26,4 giorni), mentre per la lungodegenza presentano una degenza media superiore (26,9 rispetto a 21,7), che correla con il modello di finanziamento a giornata di degenza.

Negli acuti, tutte le tipologie di strutture pubbliche presentano una degenza media superiore alle 7 giornate, con valore massimo registrato nelle Aziende Ospedaliere pari a 8,0 giornate<sup>22</sup>; al contrario, gli istituti accreditati mostrano degenze medie inferiori alle 7 giornate, con un valore minimo presso le Case di Cura pari a 5,0 giornate. Nell'ambito di riabilitazione e lungodegenza si rileva una maggiore omogeneità al variare della natura istituzionale delle strutture, con valori significativamente superiori per IRCCS privati e istituti qualificati per la lungodegenza.

#### 4.5 L'assistenza distrettuale privata accreditata

L'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale rappresenta uno dei principali obiettivi di politica sanitaria che i sistemi sanitari più avanzati stanno facendo proprio per far fronte alle sfide demografiche ed epidemiologiche. Per quanto riguarda l'attività territoriale, le strutture che presidiano tale *setting* erogando prestazioni ambulatoriali e residenziali sono: ambulatori e laboratori;

<sup>22</sup> A partire dal 2016, il Rapporto SDO del Ministero della Salute ha rivisto la classificazione delle strutture: a seguito del riordino del SSR lombardo (LR 23/2015), le Aziende Ospedaliere sono state sostituite dalle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), la cui attività viene adesso ricompresa tra gli ospedali a gestione diretta. Per ulteriori approfondimenti si rimanda al Cap. 2 del Rapporto OASI 2018.

strutture residenziali; strutture semiresidenziali; altre strutture territoriali (centri di dialisi, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori familiari, centri distrettuali).<sup>23</sup>

La Tabella 4.3 presenta la distribuzione delle strutture territoriali nelle diverse regioni italiane riportando, per ciascuna categoria, il totale per l'anno 2017 e l'incidenza delle strutture private accreditate nel 1998 e nel 2017. Questa fotografia, di prima approssimazione, offerta dagli unici dati messi a disposizione dal SSN purtroppo si basa sul numero di facility, senza considerare la loro casistica e complessità dei casi trattati, presentando evidenti caveat interpretativi. L'attività territoriale risulta gestita prevalentemente da erogatori privati accreditati<sup>24</sup>, che hanno trovato spazi di sviluppo imprenditoriale sempre più ampi a fronte di una rete di offerta pubblica poco sviluppata. Nei 19 anni considerati il peso del privato in termini strutturali è cresciuto complessivamente dal 38,9% al 57,3%<sup>25</sup>, con una crescita comune a tutte le categorie e una consistente variabilità interregionale:

- ▶ nel caso degli “Ambulatori e Laboratori”, pubblico e privato accreditato presentano uno sbilanciamento a favore del privato accreditato (60,4% vs 39,6%) che mostra una tendenza in crescita negli ultimi 18 anni. La variabilità interregionale risulta sostenuta, con una forte dispersione intorno al dato medio. I valori massimi del contributo del privato accreditato sono raggiunti in Campania (82,7%) e Sicilia (80,5%), mentre i valori più bassi si registrano al Nord, in Piemonte (22,4%) e Liguria (20,0%);
- ▶ con riferimento alle strutture “Residenziali” e “Semiresidenziali”, il privato accreditato registra nel periodo di tempo osservato una crescita in entrambi i segmenti che l'ha portato a occupare, a livello strutturale, un ruolo predominante (82,3% delle strutture residenziali e 68,6% di quelle semiresidenziali). Nel confronto interregionale sono soprattutto le regioni del Nord Italia a presentare le percentuali più elevate di strutture private accreditate (86,2% delle strutture residenziali, 78,6% delle semiresidenziali), mentre le regioni del Centro e del Sud presentano valori sotto la media nazionale. Il gap è particolarmente pronunciato nel segmento delle semiresidenziali, dove per Centro e Sud il peso degli accreditati scende rispettivamente al 37,4% e al

<sup>23</sup> Per maggiori approfondimenti relativi ai distretti e alle strutture impegnate nell'erogazione di prestazioni territoriali si veda il §2.3.2 del presente Rapporto.

<sup>24</sup> Tale analisi confronta erogatori pubblici e privati accreditati in meri termini strutturali, non essendo possibile valutare anche l'aspetto dimensionale servendosi dei dati di attività.

<sup>25</sup> Tale crescita in termini strutturali è determinata da due differenti trend: per ambulatori e laboratori che erogano attività specialistica si registra, lungo i 19 anni considerati, una contrazione nel numero di strutture private accreditate meno marcata rispetto a quella del pubblico; per le altre categorie di strutture, invece, nel privato accreditato si registra un importante aumento nel conteggio delle strutture (tutte le categorie hanno almeno triplicato il proprio numero), mentre nel pubblico il numero è rimasto stabile o ha visto una riduzione.

Tabella 4.3 Presenza di strutture territoriali e peso degli erogatori privati accreditati, per regione (1998-2017)

Regioni	Ambulatori e Laboratori			Strutture residenziali			Strutture semiresidenziali			Altri tipi di strutture territoriali			Totale strutture territoriali		
	Totale strutture		% Ambulatori e Laboratori privati accreditati	Totale strutture		% Strutture residenziali private accreditate	Totale strutture		% Strutture semiresidenziali private accreditate	Totale strutture		% Altre strutture territoriali private accreditate	Totale strutture		% Totale strutture territoriali private accreditate
	2017	1998	2017	2017	1998	2017	1998	2017	1998	2017	1998	2017	1998	2017	1998
Piemonte	397	22,1%	22,4%	1.256	57,3%	87,4%	231	42,1%	78,4%	361	2,1%	5,5%	2.245	23,9%	61,8%
Valle D'Aosta	8	21,4%	62,5%	13	1,9%	92,3%	2	-	100,0%	25	0,0%	4,0%	48	4,2%	41,7%
Lombardia	663	40,9%	61,2%	1.466	68,1%	88,5%	717	40,8%	81,6%	708	1,6%	17,7%	3.554	34,0%	67,9%
Prov. Auton. Bozano	51	16,8%	43,1%	95	52,2%	89,5%	9	-	33,3%	79	1,6%	22,8%	234	16,4%	54,7%
Prov. Auton. Trento	50	17,5%	56,0%	95	20,0%	80,0%	39	0,0%	82,1%	40	0,0%	17,5%	224	15,1%	63,8%
Veneto	442	46,4%	50,7%	833	51,2%	87,0%	516	43,3%	71,1%	528	20,9%	24,2%	2.319	38,9%	62,3%
Friuli Venezia Giulia	108	23,8%	36,1%	187	45,3%	61,0%	88	7,7%	55,7%	98	4,3%	6,1%	481	24,4%	43,2%
Liguria	335	30,9%	20,0%	296	57,1%	88,2%	66	7,1%	68,2%	121	0,0%	5,8%	818	25,5%	46,5%
Emilia Romagna	447	31,2%	39,6%	853	46,6%	84,9%	546	31,6%	87,4%	605	5,6%	5,5%	2.451	31,2%	57,6%
Toscana	551	35,9%	33,6%	502	49,8%	70,7%	252	12,4%	44,4%	466	6,9%	6,0%	1.771	30,3%	38,4%
Umbria	159	14,6%	23,9%	180	37,2%	67,2%	94	0,0%	26,6%	127	3,0%	3,9%	560	14,8%	33,8%
Marche	185	29,6%	62,2%	254	14,0%	66,5%	66	13,8%	53,0%	142	2,0%	6,3%	647	23,8%	50,7%
Lazio	789	58,6%	70,1%	288	37,6%	77,1%	77	0,0%	14,3%	435	3,2%	7,4%	1.589	45,9%	51,5%
Abruzzo	141	44,4%	54,6%	87	80,0%	71,3%	15	100,0%	13,3%	132	0,0%	2,3%	375	40,9%	38,4%
Molise	54	48,8%	75,9%	17	0,0%	88,2%	14	0,0%	100,0%	18	0,0%	5,6%	103	40,4%	68,9%
Campania	1.439	73,6%	82,7%	138	29,9%	48,6%	88	23,5%	20,5%	474	2,1%	36,9%	2.139	65,2%	67,8%
Puglia	685	47,2%	62,0%	386	60,0%	94,6%	151	21,4%	88,7%	320	0,5%	4,4%	1.542	38,1%	60,8%
Basilicata	124	21,5%	37,9%	48	23,1%	75,0%	8	100,0%	12,5%	50	4,2%	14,0%	230	20,4%	39,6%
Calabria	393	49,4%	57,0%	133	45,7%	80,5%	21	12,5%	38,1%	161	14,3%	10,6%	708	45,1%	50,3%
Sicilia	1.499	72,2%	80,5%	168	14,6%	57,1%	66	14,3%	12,1%	521	2,7%	15,0%	2.254	61,6%	61,6%
Sardegna	347	45,7%	56,2%	77	18,2%	80,5%	20	7,7%	45,0%	175	1,0%	5,7%	619	36,3%	44,6%
<b>Italia</b>	<b>8.867</b>	<b>49,3%</b>	<b>60,4%</b>	<b>7.372</b>	<b>50,4%</b>	<b>82,3%</b>	<b>3.086</b>	<b>29,6%</b>	<b>68,6%</b>	<b>5.586</b>	<b>5,1%</b>	<b>13,0%</b>	<b>24.911</b>	<b>38,9%</b>	<b>57,3%</b>

\* L'incidenza è stata calcolata sulla base del valore stimato di PL regionali dedicati al Covid, a sua volta derivato dai pazienti ricoverati.

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO 2016

50,7%. Fanno eccezione Molise e Puglia, che per entrambe le tipologie presentano dati superiori alla media nazionale. Rispetto al 2013, le regioni che hanno registrato un maggior incremento in termini di strutture residenziali, sia pubbliche che private, sono Piemonte e Puglia con un aumento pari a 234 e 94, mentre si registra le riduzioni più consistenti in Toscana ed Emilia Romagna (rispettivamente -47 e -26 strutture residenziali);

- ▶ per quanto riguarda le «Altre strutture territoriali», che raggruppano in logica residuale le strutture che svolgono attività di tipo territoriale e non ricadono nelle precedenti classi, il privato accreditato ha conservato un ruolo residuale e nel 2017 presentava una quota pari al 13,0% del totale delle strutture. Il contributo risulta limitato ad eccezione di qualche contesto territoriale: la Campania presenta una percentuale pari al 36,9, mentre Veneto e PA di Bolzano superano la soglia del 20% (rispettivamente, 24,2% e 22,8%).

Per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale, le strutture deputate all'erogazione delle prestazioni ambulatoriali in nome e per conto del SSN sono gli ambulatori e i laboratori, pubblici e privati accreditati che erogano tradizionalmente tre principali categorie di attività<sup>26</sup>:

- ▶ l'attività clinica, che include le visite specialistiche, le prestazioni riabilitative e terapeutiche, che assolvono alla funzione di consulenza diagnostica o terapeutica;
- ▶ le indagini di diagnostica strumentale (RX, TAC, ECG, ecc.), a supporto della formulazione delle diagnosi e delle successive terapie per mezzo di apposite tecniche strumentali;
- ▶ le analisi di laboratorio.

La Tabella 4.4 riporta il confronto tra strutture pubbliche e private accreditate in termini di specializzazione per tipo di assistenza. Emerge un posizionamento altamente differenziato.

Il 95,4% delle strutture pubbliche eroga attività clinica, con sostanziale omogeneità su tutto il territorio nazionale, mentre, tra gli erogatori privati accreditati, solo uno ogni due (50,8%) garantisce visite specialistiche e altre attività terapeutiche, con una differenza marcata al Nord, dove si rilevano dati intermedi (77,0%) tra quelli delle strutture accreditate del Centro e Sud Italia e quelli pubblici. Le strutture pubbliche offrono più frequentemente anche prestazioni di diagnostica strumentale rispetto a quelle accreditate (38,8% contro 30,5%),

<sup>26</sup> A queste prestazioni tradizionali, sotto la spinta volta a trasferire in regime ambulatoriale una quota crescente delle prestazioni erogate in day hospital, si sono progressivamente aggiunti pacchetti di prestazioni ambulatoriali coordinate e complesse (PAC), che assicurano al paziente una maggiore facilità d'accesso alle prestazioni e raggruppano un insieme di indagini cliniche e strumentali multidisciplinari. Tali prestazioni vengono garantite dagli ambulatori ospedalieri o dai poliambulatori territoriali dotati di tutte le discipline previste dagli specifici percorsi di cura.

Tabella 4.4 **Confronto ambulatori e laboratori pubblici e privati accreditati per tipo di assistenza erogata e macroarea geografica (2017, %)**

	Pubblico			Privato accreditato		
	Clinica	Diagnostica	Laboratorio	Clinica	Diagnostica	Laboratorio
Nord	95,3%	41,4%	38,0%	77,0%	51,2%	29,9%
Centro	96,7%	33,0%	26,9%	51,2%	38,2%	48,8%
Sud	94,8%	39,5%	33,0%	42,6%	22,0%	49,2%
Italia	95,4%	38,8%	33,7%	50,8%	30,5%	45,3%

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO 2016

mentre l'erogazione di indagini di laboratorio è mediamente più frequente tra le strutture private accreditate (45,3% contro il 33,7% del pubblico). Complessivamente, pur tenendo presente il notevole livello di aggregazione dei dati disponibili, si registra una maggiore tendenza alla focalizzazione tra le strutture private accreditate: in media, infatti, ambulatori e laboratori accreditati si concentrano esclusivamente su un solo tipo di assistenza (meno di un quarto delle strutture accreditate eroga congiuntamente almeno due categorie di assistenza), mentre tra le strutture pubbliche è molto più comune la multi-specializzazione (il numero di tipi di assistenza medio per struttura è pari a 1,26). Al Nord gli erogatori privati accreditati mostrano un posizionamento in termini di linee di attività simile a quello pubblico, mentre al Sud, tra i privati accreditati prevale una specializzazione quasi esclusiva su una sola tipologia di assistenza, con una forte focalizzazione sul laboratorio.

## 4.6 Il contributo dei privati accreditati nella risposta del SSN all'emergenza Covid-19

### 4.6.1 Inquadramento normativo e delle risorse strutturali messe in campo

#### *Contesto nazionale*

Il contributo del privato nella risposta al Covid-19 si inserisce nell'emergenza sanitaria improvvisa e senza precedenti che ha investito il Nord Italia dal 21 febbraio 2020, con il primo caso registrato in provincia di Lodi. Al 9 marzo, meno di tre settimane dopo, alla vigilia delle prime misure generalizzate di lockdown, i pazienti ricoverati con sintomi erano saliti a 4.316<sup>27</sup>, a cui aggiunge-

<sup>27</sup> Tutti i dati epidemiologici del seguente paragrafo sono tratti dal monitoraggio giornaliero curato dal Dipartimento della Protezione Civile, reperibile attraverso il sito: <http://opendatadpc.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/b0c68bce2cce478eaac82fe38d4138b1>.

re 733 persone in terapia intensiva. La settimana successiva (16 marzo), i numeri erano più che raddoppiati: rispettivamente, 11.025 e 1.851. A tale data, l'occupazione dei posti letto di area critica da parte dei soli pazienti Covid era pari al 33% della capacità produttiva nazionale pre-crisi, corrispondente a 5.300 posti letto (Aimone Gigio *et al.*, 2020). In Regione Lombardia, l'area maggiormente colpita, al 16/3 i pazienti Covid in area critica erano 823, a fronte di una capacità pre-crisi di circa 900 posti.

In tale contesto epidemiologico, dal 1 marzo, il Ministero della Salute aveva disposto l'incremento del 50% dei posti letto di terapia intensiva e del 100% dei posti letto in unità operative di pneumologia e malattie infettive, isolati e allestiti con la dotazione necessaria per il supporto ventilatorio<sup>28</sup>. L'incremento, implementato dalle singole regioni, coinvolgeva espressamente sia le strutture pubbliche che quelle private accreditate. Il Decreto "Cura Italia" del 17 marzo confermava la disposizione, prevedendo un margine di flessibilità nei contratti già stipulati con gli erogatori accreditati e la possibilità di contrattualizzare strutture non accreditate, stanziando complessivamente 250 milioni di euro. Il Decreto prevedeva anche l'*extrema ratio* della messa a disposizione forzosa sia di personale che di locali e attrezzature sanitarie, da indennizzarsi attraverso due ulteriori fondi di 160 e 150 milioni. Infine, il 16 marzo il Ministero della Salute dettagliava e omogeneizzava la sospensione su tutto il territorio nazionale delle attività sanitarie procrastinabili, sia ambulatoriali che ospedaliere<sup>29</sup>, erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate. Blocchi alle attività elettive erano già stati disposti da diverse regioni con modalità e tempistiche differenti, in primis dalla Regione Lombardia, che aveva sospeso l'attività non urgente in tutti gli ospedali pubblici e privati accreditati dotati di pronto soccorso dal 22 febbraio.

A fronte di tale quadro normativo e regolatorio, l'aumento della capacità ospedaliera per i pazienti Covid – ottenuto in buona parte attraverso la riconversione di aree precedentemente dedicate alle attività elettive - è stato superiore alle previsioni di inizio marzo. A livello nazionale, al 21 aprile, circa due settimane dopo il picco di ricoveri in area critica (4.068), i letti in terapia intensiva erano 8.660, il 65% in più rispetto alla capacità erogativa pre-crisi (Aimone Gigio *et al.*, 2020). Già al 25 marzo, considerando le tre regioni allora maggiormente investite dall'epidemia (Lombardia, Emilia Romagna, Veneto), l'aumento dei posti letto in terapia intensiva era stato del 75%; l'incremento dei posti letto ordinari di area medica Covid (pneumologia e malattie infettive) aveva raggiunto addirittura il 700%<sup>30</sup>.

<sup>28</sup> Circolare del Ministero della Salute n. 2627 del 01/03/2020.

<sup>29</sup> Circolare del Ministero della Salute n. 7865 del 25/03/2020.

<sup>30</sup> *Ibidem*.

Il privato accreditato ha contribuito allo sforzo straordinario del SSN comunicando la messa a disposizione, dal 6 marzo 2020, della propria capacità erogativa di circa 1.300 posti letto in terapia intensiva (16% della dotazione SSN pre-crisi) e 40 mila posti letto per acuti (22%)<sup>31</sup>. Questa dichiarazione di disponibilità di massima si è poi declinata a livello regionale attraverso gli accordi stipulati nelle singole regioni e i piani di riorganizzazione ospedaliera che ne sono seguiti. Di seguito si presentano brevemente i contributi del privato accreditato nelle quattro regioni maggiormente colpite dall'epidemia (Lombardia, Piemonte, Emilia Romagna, Veneto), nelle quali, complessivamente considerate, si sono verificati il 72% dei contagi e il 78% dei decessi a livello nazionale<sup>32</sup>.

### *Lombardia*

In Lombardia, al 2018, i PL privati accreditati (acuti e non) censiti dal Ministero della Salute erano 14.145, pari al 37% del totale SSR (cfr. § 4.4). L'incidenza nel segmento degli acuti, con 8.101 posti, era invece pari al 29% della dotazione ospedaliera lombarda.

A inizio aprile, oltre un terzo dei posti letto privati accreditati totali presenti in regione (4.975) era stato destinato ai pazienti Covid, pari al 40% della capacità ospedaliera regionale totale approntata per i malati colpiti dal coronavirus<sup>33</sup>. Riguardo alle terapie intensive, alla vigilia della crisi, i privati accreditati disponevano di 270 posti in terapia intensiva, corrispondenti al 30% del totale SSR (900)<sup>34</sup>. Durante l'emergenza, tale dotazione è salita a 484 posti, corrispondente al 28% del totale regionale (1.755). In termini di organizzazione della rete, alcune strutture private accreditate lombarde coinvolte nell'emergenza sono state destinate quasi esclusivamente a malati Covid<sup>35</sup>. In parallelo, molte hanno continuato anche a svolgere una rilevante attività urgente o non procrastinabile per pazienti non affetti dal virus, mantenendo una rigida separazione di spazi, personale e percorsi. Il crescente numero di malati di coronavirus, però, in breve tempo ha reso necessario un radicale ridisegno delle reti tempodipendenti, della rete oncologica, ortopedica, farmacologica e dei laboratori. A partire dall'8 marzo, è stato individuato un numero limitato di centri dedicati ("Hub")<sup>36</sup> per ognuna delle reti sopra riportate, rispetto ai quali concentrare equipe specializzate e i flussi di pazienti *Covid-free*. In tale contesto, diversi ospedali privati accreditati hanno ricoperto il ruolo di Hub:

<sup>31</sup> Comunicazione di AIOP al Ministero della Salute e alla Protezione Civile del 6 marzo 2020, [http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=82845](http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=82845).

<sup>32</sup> Dato al 5 agosto 2020.

<sup>33</sup> Fonte: comunicazione congiunta Regione Lombardia AIOP-ARIS-CLSS, 11/04/2020.

<sup>34</sup> Ibidem.

<sup>35</sup> È il caso delle cliniche Gavazzeni di Bergamo che all'8 marzo ospitava 173 pazienti con Covid su 203 ricoverati.

<sup>36</sup> Fonte: DGR 2906 del 08/03/2020 e DDG Welfare 335 del 15/03/2020.



- ▶ per le urgenze cerebrovascolari (IRCCS Humanitas, insieme a 9 centri pubblici),
- ▶ per le urgenze cardiologiche interventistiche (IRCCS S. Raffaele, IRCCS Monzino, Fondazione Poliambulanza, IRCCS S. Donato insieme a 10 centri pubblici),
- ▶ per le urgenze cardiocirurgiche e di chirurgia vascolare (IRCCS S. Raffaele, IRCCS Monzino, Fondazione Poliambulanza, IRCCS S. Donato insieme all'ospedale pubblico di Legnano – ASST Milano ovest)<sup>37</sup>,
- ▶ per le attività oncologiche (IRCCS Humanitas e IRCCS IEO a fianco di un pubblico, IRCCS INT),
- ▶ per le attività ortopediche (IRCCS Galeazzi a fianco di ASST Gaetano Pini).

In parallelo, gli stessi centri o altre strutture private di minori dimensioni svolgevano il ruolo di Spoke delle medesime reti. Allo stesso tempo, altre strutture private a vocazione riabilitativa o lungo-degenziale venivano destinate parzialmente o totalmente al ricovero di pazienti Covid paucisintomatici o in fase post-acuta<sup>38</sup>. Per rendere possibili le collaborazioni sopra indicate, dal 4 marzo l'accordo quadro tra la regione e le rappresentanze del privato accreditato ha consentito alle singole aziende pubbliche di impiegare, a valle di ulteriore accordo, il personale dipendente delle strutture accreditate.

### *Piemonte*

In Piemonte, al 2018, l'offerta di posti letto privati accreditati corrispondeva a 4.787 PL, pari al 29% del totale SSR. Diversamente dalla Lombardia, dove quasi la metà dei PL accreditati afferiva alle discipline per acuti, in Piemonte oltre due terzi dei posti letto era relativa al segmento riabilitativo e lungodegenziale; i posti letto accreditati acuti alla vigilia della crisi erano 1.400, corrispondenti al 12% del totale del SSR piemontese.

Il 13 marzo la regione riorganizzava la rete delle terapie intensive, sub-intensive, delle pneumologie e dei posti letto per malattie infettive<sup>39</sup>. In particolare, la previsione era di ottenere un totale di posti letto destinabile ai pazienti Covid pari a 2.251, potenziando o riconvertendo la dotazione dei soli ospedali pubblici. A fronte dell'impennata dell'epidemia, però, i posti letto necessari per i pazienti Covid sono stati circa 4.000<sup>40</sup>; i posti in terapia intensiva totali sono

<sup>37</sup> Le reti del trauma maggiore e delle urgenze neurochirurgiche sono invece state costituite entrambe da 4 ospedali pubblici.

<sup>38</sup> È il caso di diversi presidi della Fondazione Maugeri (Pavia, Lumezzane, Castel Goffredo, Montescano).

<sup>39</sup> DGR 11224 del 13/03/20.

<sup>40</sup> Il picco dei ricoverati totali in Piemonte (incluse le terapie intensive) si registra il 7 aprile con 3.985 pazienti ospedalizzati (incluse le terapie intensive).

cresciuti dai 300 del pre-covid ai 475 previsti dal piano, per raggiungere i 590<sup>41</sup>. In tale contesto, le strutture private accreditate hanno messo a disposizione dei pazienti Covid 589 posti letto, di cui 31 in terapia intensiva<sup>42</sup>; rappresentando il 12%-15% dell'offerta totale per pazienti Covid<sup>43</sup> e il 5% delle terapie intensive attive durante l'emergenza. Diverse strutture di dimensione media o piccola sono state interamente dedicate ai pazienti Covid<sup>44</sup>; altre, più grandi, hanno mantenuto sia reparti Covid che *Covid-free*<sup>45</sup>; infine, alcune realtà private accreditate hanno preso accordi locali con le ASL per lo svolgimento delle sole attività non procrastinabili per pazienti non affetti da Covid<sup>46</sup>.

### *Emilia Romagna*

In Emilia Romagna, al 2018, l'offerta di posti letto privati accreditati era pari 4.214, corrispondente al 24% del totale SSR. L'Emilia Romagna alla vigilia dell'epidemia ne registrava una presenza piuttosto rilevante nel segmento dell'acuzie, con quasi 2.400 posti accreditati, pari al 17% dell'offerta SSR.

Al 6 aprile, la rete ospedaliera emiliano-romagnola aveva approntato 5.196 PL per i pazienti Covid<sup>47</sup>. I ricoverati totali hanno raggiunto un massimo di 4.310. Sul versante delle terapie intensive, i posti totali sono saliti da 449 a 573. In tale contesto, il contributo del privato accreditato è stato delineato attraverso l'Accordo-quadro del 17 marzo<sup>48</sup> tra AIOP e Regione. Le 44 strutture private dell'Emilia Romagna hanno messo a disposizione personale, spazi e attrezzature per i pazienti Covid acuti e stabilizzati, ma anche per la presa in carico delle urgenze chirurgiche e internistiche trasferite dalle aziende pubbliche, soprattutto in area cardiovascolare. Con riferimento a quest'ultimo caso, l'accordo ha previsto anche la possibilità di svolgere l'attività operatoria da parte dei chirurghi delle Aziende pubbliche all'interno dei locali delle strutture private, riconoscendo alla struttura privata una tariffa regionale decurtata del 15%. Per l'assistenza dei pazienti Covid, è invece stata proposta una tariffa giornaliera crescente con l'intensità del setting assistenziale: 225 €/die per i pazienti in fase post-acuta; 250 per i ricoveri in fase acuta; 700 €/die per la terapia sub-intensiva; 1.100 €/die per la terapia intensiva. In termini quantitativi, il privato emiliano-romagnolo ha messo a disposizione 886 PL per pazienti Covid, pari al 17% dei posti letto attivati in regione. Per i pazienti non-Covid sono invece stati utilizza-

<sup>41</sup> Comunicazione regione Piemonte 11/04/2020, <https://bit.ly/3ktD0li>.

<sup>42</sup> Comunicazione Regione Piemonte 06/04/2020, <https://bit.ly/3kiUYx0>.

<sup>43</sup> A fronte di 3.985 pazienti ospedalizzati, si può stimare un totale di posti letto predisposti per i pazienti Covid tra i 4.000 e 4.800, in analogia alla regione Emilia Romagna.

<sup>44</sup> È il caso delle cliniche Gradenigo, Maria Pia Hospital e Pinna Pintor nell'area torinese.

<sup>45</sup> È il caso dell'ospedale Cottolengo di Torino.

<sup>46</sup> È il caso dell'ospedale Koelliker di Torino.

<sup>47</sup> Aggiornamento regionale 6 aprile

<sup>48</sup> Accordo recepito con DGR 344/2020 del 16/04/2020.

ti 1.901 posti. Sul piano delle terapie intensive, sulla base dell'accordo quadro, i privati hanno messo a disposizione 84 posti, pari al 15% dell'offerta regionale, a cui si sono aggiunti una decina di posti sub-intensivi. In Emilia Romagna solo poche strutture di maggiori dimensioni hanno mantenuto l'accesso per pazienti Covid e non Covid, mentre la maggioranza ha optato tra diventare centro interamente dedicato ai malati con coronavirus oppure rimanere ospedale *Covid-free* a vocazione chirurgica o internistica<sup>49</sup>.

### *Veneto*

In Veneto, al 2018, i posti letto privati accreditati erano 3.422, pari al 20% del totale del SSR. La dotazione di posti letto per acuti era pari a 2.223, corrispondente al 15% dell'offerta regionale; in termini comparativi, una dotazione in assoluto poco inferiore a quella dell'Emilia Romagna ma del 56% superiore a quella piemontese. Il 15 marzo l'Unità di crisi regionale ha elaborato il Piano di emergenza Covid-19 contenente anche le indicazioni per il potenziamento dell'offerta ospedaliera. A livello regionale, sono stati previsti 2.241 posti letto in più in reparti ospedalieri per acuti di terapia intensiva (331), pneumologia sub-intensiva (298) e malattie infettive (1.612). A questi venivano aggiunti 110 posti letto in strutture intermedie e 740 in ex ospedali riattivati per prendere in carico pazienti post-acuti o paucisintomatici. L'offerta complessiva di 3.091 posti letto si è rivelata sufficiente ad ospitare tutti i pazienti ricoverati, che hanno lambito quota 2.100 nei primi giorni di aprile. Il Piano ha previsto un aumento dei posti letto privati accreditati di 381 unità, di cui 21 in terapia intensiva, 38 in pneumologia semi-intensiva, 322 nei reparti di malattie infettive e tropicali, 74 in strutture intermedie riconvertite al ricovero ordinario. Nel complesso, l'aumento di posti letto in strutture private è stato pari al 15% dei posti aggiuntivi regionali per prendere in carico i pazienti Covid-19, in linea con l'incidenza degli acuti, mentre la quota di terapie intensive previste per fronteggiare l'epidemia è stata dell'8%, anche in questo caso in linea con l'incidenza pre-Covid (9%). In termini di riorganizzazione della rete, il Piano ha indicato l'individuazione di 11 Covid-Hospital dedicati ad accogliere i pazienti affetti dal virus: tra questi, sono stati individuati due accreditati, l'ospedale classificato Villa Salus di Mestre e la CdC S. Camillo di Treviso, nei quali è stata prevista l'attivazione, rispettivamente, di 217 e 120 posti letto. Infine, anche in Veneto è stata aperta la possibilità di impiegare il personale delle strutture accreditate per svolgere le attività indicate dalle singole ULSS, previo accordo con i singoli erogatori<sup>50</sup>.

La Tabella 4.5 presenta un quadro di sintesi del contributo del privato nell'emergenza Covid, con riferimento alle quattro regioni approfondite.

<sup>49</sup> Intervista dott. A. Orta di AIOP Emilia Romagna, 28/04/2020, <https://bit.ly/33x9GKX>.

<sup>50</sup> DGR 444 del 07/04/20.

Tabella 4.5 **Il contributo del privato accreditato (PA) nell'emergenza Covid-19: quadro nelle regioni più colpite**

	Lombardia	Piemonte	Emilia Romagna	Veneto
Posti letto privati accreditati (PA), per acuti e totali, 2018	8.101, 14.145	1.426, 4.787	2.386, 4.214	2.223, 3.422
<b>% su totale SSR</b>	<b>29%, 37%</b>	<b>12%, 29%</b>	<b>17%, 24%</b>	<b>15%, 20%</b>
Posti letto PA per emergenza Covid, 2020	4.975	589	886	381
<b>% su totale SSR</b>	<b>40%</b>	<b>12%-15%</b>	<b>17%</b>	<b>15%</b>
Posti letto PA di Terapia intensiva (TI), pre crisi, 2020	270	0	78	44
<b>% su totale SSR</b>	<b>30%</b>	<b>0%</b>	<b>17%</b>	<b>9%</b>
Posti letto PA di TI, per emergenza Covid	484	31	84	65
<b>% su totale SSR</b>	<b>28%</b>	<b>5%</b>	<b>15%</b>	<b>8%</b>
Delta e delta % PL PA in TI, confronto pre-post crisi	+214; +79%	n.a	+6; +8%	+21; +48%
Trasformazione di strutture PA in Covid-hospital	Sì	Sì	Sì	Sì
Collaborazioni pubblico-privato su attività no-Covid non procrastinabile	Sì, strutturate a livello regionale	Sì, locali	Sì, strutturate a livello regionale	Sì, locali
Partecipazione di strutture PA nella revisione delle reti tempo-dipendenti	Sì	No	No	No

*Fonti:* tutti i dati sui PL 2018 sono elaborati dal sito Open Data del Ministero della Salute. Lombardia: DGR 2906/20 del 08/03/2020; DDG Welfare 335 del 15/03/2020; Comunicazione congiunta Regione Lombardia AIOP-ARIS-CLSS, 11/04/2020. Piemonte: DGR 11224 del 13/03/2020; comunicazione Regione Piemonte 06/04/2020, <https://bit.ly/3kiUYx0>; articolo quotidiano La Stampa, 25/03/20, <https://bit.ly/3a7IEMr>; Emilia Romagna: DGR 344/2020 del 16/04/2020; comunicato stampa regionale 08/04/2020, <https://bit.ly/3ki0ShN>; intervista dott A.Orta 28/04/2020, <https://bit.ly/33x9GKX>. Veneto: Piano di Emergenza COVID-19 del Veneto; DGR 444 del 07/04/20; DGR 782 del 16/06/2020.

Nel complesso, negli ospedali accreditati, sia il numero dei PL destinati ai pazienti Covid, sia l'incremento delle terapie intensive risultano proporzionali e coerenti al ruolo svolto dalla sanità privata nelle singole regioni alla vigilia della crisi. Nella regione più colpita, la Lombardia, il coinvolgimento del privato sui posti letto per pazienti Covid (40% del totale) ha oltrepassato ampiamente la quota percentuale dei PL privati del segmento acuti (29%) e anche dei posti letto privati complessivi (37%). Inoltre, i centri privati lombardi di alta specialità, in qualità di Hub delle diverse reti predisposte per l'emergenza, hanno rivestito un ruolo cruciale nel mantenimento delle attività tempo-dipendenti, soprattutto in area cardiovascolare e cerebrovascolare, o elettive ma non procrastinabili in area ortopedica e oncologica. Anche in Emilia Romagna il contributo del privato è stato significativo: sia per i pazienti Covid, con il 17% dei PL messi a disposizione a livello regionale, sia nel gestire in maniera integrata con le Aziende pubbliche l'attività non-Covid non procrastinabile, soprattutto in area cardiovascolare. In Piemonte e Veneto, invece, il ruolo del privato è stato orientato prevalentemente alla gestione del paziente con coronavirus. Da segnalare che in tutte le regioni analizzate, strutture di media o piccola dimensione sono state trasformate in *Covid-hospital*.

In termini di meccanismi di finanziamento, tre le regioni analizzate, l'Emilia Romagna risulta l'unica che già durante la Fase 1 abbia proposto una tariffa specifica per i pazienti Covid (cfr. supra, relativo paragrafo). A maggio 2020, il Decreto Rilancio (DL 34/20, art. 4) ha stabilito che le regioni possono remunerare attraverso una specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti, ai costi sostenuti per i cd. "posti letto d'attesa" e più in generale alla gestione dell'emergenza, secondo le disposizioni dei piani regionali, e un incremento tariffario per le attività rese a pazienti affetti da Covid-19. A definire concretamente le modalità di determinazione della nuova "funzione Covid" e l'incremento tariffario correlato dovrà essere un decreto attuativo del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, previa intesa con la Conferenza Stato-Regioni, sulla base delle informazioni ricevute dalle Regioni, e comunque sulla base dei costi effettivi sostenuti Covid. Al momento della chiusura del presente capitolo (30 settembre 2020) tale decreto non è stato ancora pubblicato.

In parallelo, lo stesso DL Rilancio ha riconosciuto alle regioni la possibilità di riconoscere su base mensile, a titolo di acconto, fino al 90% del valore dei contratti già negoziati per l'anno 2020, anche per le strutture che non hanno ricoverato pazienti Covid, ma hanno risentito della temporanea sospensione delle attività ordinarie disposte dal Decreto "Cura Italia".

Nel complesso, il quadro regolatorio attuale, benché incompleto, suggerisce la sostanziale disponibilità da parte del governo centrale e delle regioni di riconoscere i budget negoziati per il 2020 e di remunerare gli ulteriori sforzi messi in campo, anche dagli erogatori privati accreditati, per fronteggiare l'emergenza sanitaria connessa al Covid-19.

#### **4.6.2 La risposta a livello organizzativo: casi studio**

Per comprendere le caratteristiche della risposta all'emergenza offerta dai privati accreditati a livello organizzativo aziendale ("micro"), sono stati analizzati i casi di sei realtà fortemente impegnate nel contrasto al Covid-19. Il relativo profilo è riportato nella Tabella 4.6. Complessivamente, prendendo a riferimento i dati 2018 del Ministero della Salute, le realtà studiate disponevano di 9.222 PL, corrispondenti al 14% della dotazione nazionale privata accreditata. Cinque delle sei realtà hanno la sede principale e un forte radicamento in Lombardia, con sedi in province fortemente investite dall'epidemia come Milano, Brescia e Pavia; Humanitas e Gruppo San Donato (GSD) evidenziano anche una rilevante presenza a Bergamo. Considerando la sola Lombardia, il campione raggruppa il 52% dei posti letto del privato accreditato regionale. Due gruppi (Maugeri e Humanitas) sono presenti anche in Piemonte, la seconda regione più colpita. Il Gruppo San Donato è presente anche in Emilia Romagna, la terza regione più interessata dalla pandemia. Il Campus Bio-Medico, con sede

Tabella 4.6 **Profilo dei casi studio**

Erogatore	Sede	Regioni di operatività	Natura istituzionale	Vocazione erogativa prevalente	PL ospedalieri accreditati*, 2018
Gruppo Humanitas	Rozzano (Mi)	Lombardia, Piemonte, Sicilia	Società	Pluri-specialistica, chirurgica	1.663
Centro Cardiologico Monzino	Milano	Lombardia	Società	Specialistica, cardiovascolare	219
Fondazione Poliambulanza	Brescia	Lombardia	Fondazione	Pluri-specialistica, chirurgica	573
Policlinico Campus Bio-medico	Roma	Lazio	Ente universitario, no profit	Pluri-specialistica, chirurgica	288
Istituti Clinici Scientifici Maugeri	Pavia	Lombardia, Piemonte, Veneto, Liguria, Campania, Puglia, Sicilia	Società benefit	Specialistica, riabilitativa	2.089
Gruppo San Donato (GSD)	Milano	Lombardia, Emilia Romagna	Società	Pluri-specialistica, chirurgica	4.590

Fonte: siti aziendali. (\*) I posti letto, per ragioni di omogeneità metodologica, sono stati ricavati dal database open source del Ministero della Salute.

a Roma, rappresenta un caso di *Covid hospital* in un'area urbana caratterizzata da una diffusione del virus medio-bassa ma altissima densità abitativa e dunque forte rischio potenziale.

#### *Il cambiamento del mix di attività e il ruolo dell'ospedale durante l'emergenza*

Durante i mesi di maggiore emergenza epidemiologica (marzo-aprile), le strutture localizzate in Lombardia, Piemonte, Emilia Romagna e Lazio hanno sperimentato incisive variazioni nel mix di attività e, dunque, nel ruolo ricoperto nella rete di offerta. Volendo schematizzare, si possono individuare i profili sotto elencati, ricavati considerando tre variabili: (a) il grado (parziale o totale) di riconversione della struttura a *Covid-hospital*, (b) la focalizzazione o meno su specifici segmenti di pazienti con coronavirus, (c) lo svolgimento della funzione di hub nelle reti per i trattamenti urgenti non legati al Covid.

- i. Ospedale polispecialistico per acuti, dotato di DEA di II livello, hub in una o più reti per le urgenze e per la chirurgia non procrastinabile, con, allo stesso tempo, una quota rilevante di capacità erogativa originaria (25%-70%) dedicata ai pazienti Covid. È il caso degli IRCCS Humanitas, S. Raffaele e S. Donato nell'area milanese e della Fondazione Poliambulanza di Brescia.
- ii. Ospedale originariamente polispecialistico per acuti, a vocazione soprattutto chirurgica, sostanzialmente riconvertito per l'assistenza ai pazienti Covid. È il caso, ad esempio, di alcune strutture Humanitas e GSD collocate nei territori maggiormente colpiti (Gradenigo e Cellini a Torino; Gavazzeni, S. Pietro e S. Marco a Bergamo).

- iii. Ospedale polispecialistico per acuti, a vocazione soprattutto chirurgica, allestito in percentuali variabili (tra il 10% e il 50%) per l'assistenza ai pazienti Covid, in parallelo allo svolgimento ordinario delle attività medico-chirurgiche non procrastinabili. È il caso di strutture Humanitas, come S. Pio X a Milano e Mater Domini a Varese; di numerose strutture del GSD, tra cui l'IRCCS Galeazzi, ma anche del Policlinico Campus Bio-medico di Roma. Quest'ultima struttura, in particolare, ha allestito un *Covid-hospital* nei locali del pronto soccorso la cui apertura era originariamente prevista ad aprile 2020.
- iv. Ospedale monospecialistico per acuti, dotato di pronto soccorso, hub in una o più reti per le urgenze o la chirurgia non procrastinabile, che nell'ambito di tali attività ospita sia pazienti Covid che non Covid. È il caso dell'IRCCS Centro Cardiologico Monzino.
- v. Ospedale a vocazione principalmente riabilitativa, in parte riallestito per accogliere pazienti Covid, sia in fase acuta che sub-acuta. È il caso delle strutture di Maugeri situate in Lombardia e Piemonte, che nel complesso hanno messo a disposizione 570 posti letto, destinando in media il 30% della loro capacità ai pazienti affetti da coronavirus.

Nel complesso, in termini di ruolo ricoperto, emerge come le realtà indagate abbiano offerto contributi coerenti, da un lato, con la propria vocazione erogativa originaria e dall'altro, con le necessità di rapido adeguamento dell'offerta ai bisogni dei pazienti Covid. Gli ospedali per acuti più grandi, dotati di DEA, hanno mantenuto una vocazione polispecialistica svolgendo il ruolo di hub per un ventaglio più o meno ampio di attività non procrastinabile, destinata a pazienti non Covid; in parallelo, hanno riconvertito una quota rilevante o molto rilevante della loro capacità di assistenza per i pazienti Covid. Ospedali polispecialistici di dimensione media o piccola, a vocazione prevalentemente chirurgica, hanno rappresentato una risorsa in termini di aree ad alta intensità di cura (sale operatorie e terapie intensive) e del relativo personale specializzato. Molti di questi ospedali sono stati interamente riconvertiti a *Covid-hospital*, altri, magari localizzati in territori meno colpiti, hanno sperimentato una riconversione parziale. I centri a marcata vocazione specialistica, accanto al presidio dell'attività non procrastinabile, hanno messo a disposizione le proprie competenze specifiche: nei casi analizzati, per affrontare i casi Covid affetti da multi-morbilità cardiovascolari o per costruire percorsi integrati dall'assistenza sub-intensiva fino alla riabilitazione.

In aggiunta all'interruzione prolungata delle attività elettive procrastinabili e/o in regime privato previste a livello centrale e regionale, tutte le strutture hanno dichiarato un marcato calo delle attività per pazienti extraregione, che in alcuni ospedali tende a permanere anche a distanza di due mesi dalla rimozione dei limiti alla mobilità personale tra le regioni. Dal mese di maggio, in maniera

progressiva, è invece iniziato il ritorno alle attività ordinarie, comprese quelle elettive riprogrammate. In termini di recupero delle liste di attesa e di raggiungimento dei budget erogativi, le realtà indagate hanno segnalato situazioni e percezioni differenti: alcuni direttori si sono detti fiduciosi di raggiungere i livelli di attività programmati almeno per i pazienti residenti in regione, altri si sono dichiarati più scettici. Difficoltà nel recupero delle attività, comunque, sono state segnalate sia sul versante ospedaliero che ambulatoriale, anche se è da quest'ultimo che emergono criticità da parte di tutte le strutture. L'attività libero professionale e a pagamento è stata completamente sospesa nei mesi del lockdown e rappresenta un'area di sicura perdita di ricavi per il periodo, anche per la sua ripresa molto lenta nell'esercizio 2020.

#### *La riorganizzazione interna e gli approvvigionamenti*

Fronteggiare l'emergenza Covid ha richiesto una riorganizzazione in tempi rapidissimi, tra i pochi giorni e le poche settimane. Per molti ospedali pubblici e privati accreditati dei territori colpiti, si è trattato innanzitutto di approntare posti letto di terapia intensiva e di pneumologia semi-intensiva, talvolta con numeri imponenti. A titolo esemplificativo, per citare le strutture del campione dimensionalmente più grandi e coinvolte, Fondazione Poliambulanza, IRCCS Humanitas di Rozzano e IRCCS S. Donato hanno dedicato rispettivamente 430, 300 e 280 posti letto ai pazienti Covid, corrispondenti a oltre il 70% della capacità produttiva residua nelle settimane di maggiore virulenza. Anche Humanitas Gavazzeni e IRCCS S. Raffaele hanno messo a disposizione circa 250 PL (90% e 25% della capacità produttiva), mentre IRCSS Maugeri di Pavia 150 (50%). Ragionando a livello di gruppo, la realtà di maggiori dimensioni, il Gruppo San Donato, a inizio aprile aveva destinato ai pazienti Covid 2.100 posti letto, distribuiti in 6 province lombarde e a Bologna. Un secondo cruciale ambito di riorganizzazione è stata la separazione netta delle aree e dei percorsi per i pazienti Covid dal resto dell'ospedale.

Tutte le realtà analizzate hanno quindi affrontato processi accelerati di radicale cambiamento. Le strutture, con gradienti differenti a seconda della loro vocazione originaria, disponevano di professionalità preziose per fare fronte all'emergenza, come anestesisti, infermieri intensivisti, personale urgentista, ma anche cardiologi, internisti, terapisti della riabilitazione. Tuttavia, nessuna delle realtà presenti disponeva di grandi unità organizzative di malattie infettive o di laboratori di virologia dedicati. Tra le azioni di riorganizzazione prioritarie segnalate in maniera trasversale dalle strutture, si elencano:

- ▶ l'introduzione e la comunicazione dei protocolli di accesso, di triage e di trattamento dei pazienti, spesso di derivazione nazionale o regionale ma adattati alla singola realtà;
- ▶ la gestione della continuità assistenziale dei pazienti già ricoverati o in cura;



- ▶ la riorganizzazione delle attività non Covid con criteri più o meno stringenti di intensità di cura, trasversali alle discipline mediche, come del resto previsto dalle delibere regionali della Lombardia;
- ▶ la formazione accelerata dei professionisti su temi infettivologici e pneumologici;
- ▶ la riconversione di molti reparti, con l'introduzione di modifiche infrastrutturali, impiantistiche e nella disposizione degli spazi;
- ▶ la redistribuzione del personale e delle turnistiche;
- ▶ il reperimento di alcune apparecchiature e dei materiali di laboratorio per le strutture che si sono attrezzate per l'effettuazione dei test sierologici e/o dei tamponi in house;
- ▶ il reperimento dei ventilatori, dei dispositivi di protezione individuale (DPI) e dell'ossigeno in quantità del tutto eccezionale rispetto ai consumi storici.

Da più strutture, gli approvvigionamenti sono stati segnalati come un aspetto particolarmente critico, che, del resto, ha toccato tutto il sistema sanitario. Nonostante le difficoltà, tutte le realtà indagate sono riuscite a garantire la continuità delle forniture di DPI, attraverso diversi accorgimenti, tra i quali si riportano:

- ▶ la comprensione immediata della gravità della crisi, con l'attivazione rapida di canali di approvvigionamento supplementari e l'attenzione diretta da parte della Direzione Generale;
- ▶ la programmazione centralizzata e delle scorte e dei consumi per singola unità operativa;
- ▶ il raccordo con le centrali di acquisto regionali;
- ▶ la costituzione di cabine di regia locali per l'acquisto e la distribuzione tra strutture pubbliche e private locali, con fondi resi disponibili grazie alle donazioni raccolte da realtà no profit e media del territorio;
- ▶ la disponibilità a sopportare costi di acquisto molto superiori allo storico (anche tre-quattro volte per alcuni DPI), contando sulla copertura dei costi grazie al successivo fundraising;
- ▶ il ricorso ad alcuni canali di acquisto mediati e coordinati dalle associazioni confindustriali;
- ▶ il ricorso ai canali di approvvigionamento della capogruppo.

Per favorire sinergie, dalle prime fasi dell'emergenza, le realtà più grandi hanno sviluppato forme di coordinamento di gruppo. Significativo, a questo proposito, la formula di raccordo messa in campo dal GSD, che ha attivato un coordinamento strategico quotidiano tra gli amministratori delegati del Gruppo, il rettore dell'Università Vita-Salute, la Sovrintendenza sanitaria e le funzioni centrali a maggiore rilievo strategico (personale, procurement, relazioni esterne, ecc).

A questo raccordo si sono aggiunti tre tavoli tecnici coordinati dalla Sovrintendenza sanitaria della holding: quello delle direzioni sanitarie, dedicato al risk management, alle operations e agli aspetti gestionali; un secondo tavolo focalizzato sui temi clinico-terapeutici calati nei tre ambiti assistenziali maggiormente critici (unità COVID, Pronto Soccorso e Terapia Intensiva); un terzo tavolo per coordinare le attività di ricerca.

Da fine aprile-inizio maggio, è iniziato il processo diverso di ritorno alle attività ordinarie, anch'esso complesso e articolato: durante le interviste è stato segnalato che i tempi di riconversione di un reparto Covid al suo precedente assetto richiede mediamente 8-10 giorni, sia per le fisiologiche operazioni logistiche, ma anche per approntare le innovazioni apprese durante il periodo e la gestione delle azioni preventive per il Covid. A ciò si aggiunge la delicata gestione del *burn out* e dell'affaticamento del personale. I professionisti hanno dapprima abbandonato la propria attività specialistica per dedicarsi ai pazienti Covid; poi hanno dovuto velocemente rientrare nel proprio ruolo precedente, senza poter godere di un necessario periodo di rielaborazione e decantazione psicologica.

### *La gestione del personale*

La crisi del Covid-19 ha richiesto uno sforzo straordinario, non solo in termini di ore di lavoro, ma anche di carico psicologico e di sconvolgimento delle precedenti abitudini organizzative. Tutti i top manager intervistati hanno sottolineato come la risposta del personale sia stata eccezionalmente generosa e al di sopra delle aspettative, permettendo l'attivazione dei *Covid hospital* dedicati e la riconversione di centinaia di posti letto seguendo a ruota, e in alcuni casi anticipando spontaneamente, le richieste delle autorità pubbliche. I direttori generali hanno ricondotto l'impegno fuori dal comune del personale (medico e non) alla combinazione di diversi fattori motivazionali, vissuti a livello personale e organizzativo, con varie gradazioni a seconda delle singole realtà. Fondamentale è stata la leva professionale, radicata nei valori deontologici, che si è attivata automaticamente davanti alla sfida di salvare vite umane fronteggiando un virus sconosciuto e altamente aggressivo. È intervenuto il fattore comunitario, cresciuto nei decenni di accreditamento SSN, cioè la consapevolezza di essere in prima linea di fronte a un momento di terribile prova per il Servizio Sanitario e per la società nel suo complesso. È emerso il ruolo di servizio pubblico delle istituzioni private accreditate, che hanno spontaneamente e prontamente riconvertito l'attività, senza conoscere regole e meccanismi finanziari che i diversi SSR non hanno potuto elaborare durante la fase acuta dell'emergenza COVID, quindi assumendo al buio un notevole rischio imprenditoriale. Infine, i direttori dei due ospedali di ispirazione cattolica hanno sottolineato come i valori fondativi di servizio al prossimo siano stati percepiti e compresi in maniera nitida e abbiano giocato un ruolo importante nell'orientare velocemente i professionisti ad affrontare l'emergenza.

Da parte delle strutture, sono stati messi in campo diversi strumenti per supportare il personale. Tra i più rilevanti si elencano:

- ▶ l'effettuazione di test diagnostici a tutti i dipendenti, per tutelare la loro salute e la sicurezza dell'intero ospedale, ma anche per indirizzare l'operatore negativizzato ma positivo agli anticorpi nelle aree Covid o a contatto con pazienti fragili;
- ▶ la fornitura di sufficienti dispositivi di protezione, come già si è detto;
- ▶ la possibilità, per i dipendenti interessati a maggiore esposizione, di alloggiare in una struttura alberghiera messa a disposizione dell'ospedale, in modo da tutelare le famiglie;
- ▶ la circolazione delle competenze specialistiche e delle best practices igienistiche e clinico-terapeutiche, attraverso la stesura di linee guida ma anche di video-tutorial
- ▶ un'attenzione particolare per la comunicazione interna da parte dei vertici ospedalieri, con informative regolari per rappresentare l'evolversi della situazione interna, per sottolineare le priorità e le novità organizzative orientando i comportamenti, per dare una prospettiva e un incoraggiamento;
- ▶ una gestione professionale e quanto più unitaria della comunicazione esterna, orientata a fonire, allo stesso tempo, una visibilità alle diverse forme di impegno all'interno dell'ospedale (diverse mansioni, ruoli professionali, ecc.);
- ▶ l'attivazione dei già accennati moduli formativi specialistici per il personale riallocato, ma anche di counseling psicologico e/o assistenza spirituale per i dipendenti più esposti al burnout;
- ▶ la previsione di periodi di ferie programmati in occasione della chiusura progressiva dei reparti Covid e della relativa sanificazione;
- ▶ l'attenzione a mobilitare, coinvolgere e tenere coese le diverse categorie professionali, ad esempio i ricercatori universitari, in modo da distribuire i carichi di lavoro compatibilmente con le competenze presenti, integrare e valorizzare tutte le risorse possibili;
- ▶ l'impiego, nei limiti del possibile, delle forme di retribuzione accessoria previste dal contratto, o di carattere eccezionale: ore di straordinari, aumenti delle indennità collegate al rischio o alla mansione, premialità e bonus resi possibili da donazioni esterne o accantonamenti interni. Questi strumenti, con impatti finali ovviamente diversi a seconda dei ruoli e dei singoli professionisti, possono aver controbilanciato le voci retributive legate alla libera professione, azzerate durante il picco epidemico. In una realtà, più interessata dall'interruzione delle attività programmate, per una parte dei dipendenti non reimpiegabili nelle attività di assistenza Covid sono stati attivati il Fondo di Integrazione Salariale e altri ammortizzatori sociali introdotti per fronteggiare l'emergenza.

Le interviste hanno fatto emergere anche i contrasti vissuti soprattutto nella fase iniziale della crisi. I principali conflitti interni hanno riguardato le decisioni di interrompere alcune attività specialistiche, di riallocare il personale, oppure di implementare assetti per intensità di cura, che avrebbero inciso sull'organizzazione interna dell'ospedale con orizzonti temporali non determinabili. Questi contrasti, inizialmente superati grazie alla chiarezza delle prerogative decisionali della direzione generale, sono poi stati definitivamente superati al sopraggiungere di indicazioni regionali, al montare dell'epidemia o a seguito dei buoni risultati gestionali che hanno reso più evidente la necessità dei nuovi assetti. Si è trattato di conflitti ritenuti fisiologici e positivi dai direttori che li hanno segnalati. Complessivamente, da parte degli intervistati, è emersa la percezione trasversale che le organizzazioni siano cresciute in termini professionali e di coesione interna, che abbiano bisogno di riposo e supporto per riprendersi dopo uno stress test di tale portata, ma che si presentino preparate alla vigilia dei mesi autunnali.

#### *Alleanze, partnership e nuove opportunità*

Tutte le realtà analizzate hanno dichiarato un rapporto positivo con gli assessorati e gli interlocutori regionali durante l'emergenza. Anche la collaborazione con gli ospedali pubblici del territorio è stata positiva, al netto di alcune farraginosità nell'interscambio del personale coinvolto nel ridisegno delle reti chirurgiche. Alcune realtà hanno dichiarato di aver instaurato collaborazioni molto positive, soprattutto su base locale, anche con altri ospedali privati accreditati. In termini di ulteriori alleanze, hanno giocato un ruolo importante, a seconda delle realtà, la società capogruppo, gli enti ecclesiastici fondatori e la conferenza episcopale, le reti dei donatori (proprie dell'ospedale o costituite su base locale per il sostegno alle strutture del territorio), le associazioni di categoria, i legami con gli enti locali e del no profit come la Croce Rossa, le associazioni locali dei MMG. Questi network hanno permesso, direttamente o indirettamente, di accedere a risorse critiche poi messe a disposizione del SSN: finanziarie, DPI, apparecchiature, forniture in genere, ma anche spazi per l'alloggio temporaneo dei pazienti post acuti, e personale di supporto.

Durante i mesi seguenti al picco epidemico, le strutture hanno avviato alcune partnership e progettualità dirette a intercettare nuovi bisogni. Un primo ambito, trasversale a tutte le realtà, è stato il potenziamento della telemedicina per rafforzare la continuità dei servizi, la sicurezza dei pazienti, l'efficienza interna. Un secondo ambito è quello della medicina del lavoro e dell'igiene collettiva, con la valorizzazione delle competenze e della capacità erogativa costruite durante l'epidemia per svolgere test diagnostici presso enti pubblici, istituzioni sportive e culturali, imprese che svolgono attività per le quali il distanziamento è difficile ed è necessario svolgere attività di screening costante.

*Lezioni apprese*

Gli intervistati hanno evidenziato l'importanza di una lunga serie di elementi, spesso legati ai temi del prevedere, del pianificare, dell'investire e dell'implementare gradualmente, il cui valore non è sempre immediatamente evidente ma è emerso chiaramente nei momenti di crisi. Di seguito alcuni esempi concreti citati durante le interviste.

- ▶ Il rinnovamento progressivo delle infrastrutture sanitarie, con spazi più ampi, funzionali e maggiore flessibilità e resistenza impiantistica, gioca un ruolo importante nella possibilità di ricavare rapidamente spazi per pazienti Covid e di reggere l'urto di fabbisogni enormemente accresciuti (come quello di ossigeno).
- ▶ La capacità di leggere e prevedere lo scenario di medio e breve periodo e di decidere e agire rapidamente, prevedendo i fenomeni in arrivo. Questo ha permesso a questi attori di disporre rapidamente delle tecnologie per ulteriori TI, dei DPI necessari, delle risorse di personale necessarie.
- ▶ L'attenzione agli aspetti igienistici, il rigore nella costruzione dei protocolli di accesso e triage, la disponibilità di adeguate scorte di DPI sono i fattori chiave che consentono di evitare le infezioni ospedaliere di qualsiasi tipo.
- ▶ L'applicazione di logiche di risk management e del principio di prudenza, anche sacrificando qualcosa sul lato dell'efficienza, permette di non trascurare aspetti che possono incidere drammaticamente sulle *operations* in caso di crisi, come appunto la disponibilità di DPI.
- ▶ La promozione dell'integrazione multi-disciplinare e multi-professionale, ma anche tra specialisti delle diverse strutture appartenenti allo stesso gruppo, apporta evidenti benefici di fronte a un contesto totalmente nuovo, ma potrà e dovrà essere conservato anche a epidemia conclusa.
- ▶ La ricerca costante dell'innovazione tecnologica, con lo sviluppo, per esempio, di sistemi informatizzati e centralizzati di bed management, consente di valorizzare al massimo la capacità produttiva e la disponibilità scarsa, rispetto ai fabbisogni, di posti ad alta intensità.
- ▶ La promozione della stabilità lavorativa in un contesto professionalmente stimolante e dal clima positivo favorisce l'identificazione nei valori dell'organizzazione, il contenimento delle logiche prestazionali e contrattualistiche, la disponibilità allo sforzo collettivo di tutte le componenti dell'ospedale. Questo vale per il personale medico, per il personale sanitario, ma anche per profili solo a prima vista meno cruciali durante un'epidemia, come i tecnici manutentori.
- ▶ Lo sviluppo nel tempo di una funzione di comunicazione esterna credibile nel trasmettere il valore generato attraverso le cure è tra i fattori che permette di attivare velocemente, alla necessità, reti ampie di alleanze e donatori.
- ▶ La costruzione di una governance formale e sostanziale chiara, in cui i ruoli e i poteri di proprietà, management e clinici sono ben definiti, favorisce le

assunzioni di responsabilità e le decisioni tempestive. La presenza di un organo monocratico come la direzione generale favorisce la chiarezza su chi, in ultima analisi, deve prendere le decisioni chiave per l'ospedale e indicare le direzioni da prendere, anche attraverso la cura della comunicazione interna e al middle management. Allo stesso tempo, nelle realtà più grandi sono state promosse varie forme di coordinamento, di tipo strategico o focalizzato su aspetti gestionali, igienistici, clinico-terapeutici, di ricerca. È probabile che una parte di queste innovazioni nella governance di gruppo rimangano anche a prescindere dalla pandemia.

- ▶ L'identificazione con il ruolo di servizio pubblico ha reso possibile riorientare rapidamente le strutture a una nuova missione, ma anche di investire con fiducia in questa direzione, senza conoscere ancora le regole del gioco pubbliche soprattutto da un punto di vista finanziario, nella speranza che la piena adesione alla missione del SSN, venisse prima o poi riconosciuta da quest'ultimo.
- ▶ Il rafforzamento delle attività di prevenzione, risposta domiciliare e filtro avrebbe potuto e potrà evitare il sovraccarico degli ospedali. La debolezza del territorio è un aspetto che sollecita tanto gli ospedali pubblici quanto quelli accreditati, anche se le soluzioni efficaci, come le iniziative su screening, tracciamento, trattamenti domiciliari, telemedicina, rimangono in gran parte da costruire.

## 4.7 Conclusioni

Le analisi condotte in questo capitolo consentono alcune riflessioni sul ruolo del privato accreditato nel SSN italiano, prima e durante la crisi del Covid-19.

Alla vigilia dell'epidemia, il privato accreditato costituiva una componente rilevante del SSN, e tendenzialmente in crescita. Ciò è riscontrabile in termini di incidenza sulla spesa sanitaria pubblica (21%, +0,7% rispetto al 2018), così come in termini di volumi erogati (26% dei ricoveri al 2018, +3,3 punti percentuali rispetto al 2008) e come mix di produzione. Rispetto a quest'ultimo punto, si pensi ai setting riabilitativi e di lungodegenza ospedaliera, sempre più rilevanti alla luce dei cambiamenti epidemiologici in corso: in quest'ambito il privato garantisce il 43% dei ricoveri per lungodegenza e il 74% dei ricoveri per riabilitazione. Con riferimento all'acuzie, il ruolo del privato è rilevante soprattutto in area chirurgica: chirurgia generale (30% dei posti letto), ortopedia (35%), cardiocirurgia (40%). Passando al tema della cronicità e dell'assistenza socio-sanitaria, il privato accreditato gestisce il 59% degli ambulatori, l'82% delle strutture residenziali e il 68% di quelle semiresidenziali. Emerge come il privato accreditato sia presente soprattutto nei setting che stanno aumentando

la loro incidenza per rispondere ai bisogni emergenti legati all'invecchiamento, alla cronicità e alla LTC: questo contribuisce a spiegare il lento ma costante aumento dell'incidenza del privato accreditato nel complesso del SSN.

L'area dell'emergenza-urgenza rappresenta ancora per molti pazienti il primo accesso alle cure e il "biglietto da visita" del SSN: anche in questo ambito tradizionalmente presidiato dal pubblico, sulla base degli indirizzi della committenza regionale, il privato accreditato svolge un ruolo rilevante. È il caso delle tre aree più popolose e urbanizzate del Paese: Lazio (28% degli accessi presi in carico dal privato accreditato), Lombardia (18%) e Campania (11%).

L'epidemia di Covid-19 che ha colpito soprattutto l'Italia settentrionale da fine febbraio 2020 ha investito tutte le strutture del SSN. Qual è stato l'apporto del privato accreditato?

Con riferimento alle quattro regioni più colpite (Lombardia, Piemonte, Emilia e Veneto), negli ospedali accreditati sia il numero dei posti letto destinati ai pazienti Covid sia l'incremento delle terapie intensive risultano proporzionali e coerenti al ruolo svolto dalla sanità privata nel SSR. Nella regione più colpita, la Lombardia, il coinvolgimento del privato sui posti letto per pazienti Covid (40% del totale) ha oltrepassato ampiamente la quota percentuale dei PL privati del segmento acuti (29%) e anche dei posti letto privati complessivi (37%). Inoltre, i centri privati lombardi di alta specialità, in qualità di Hub delle diverse reti predisposte per l'emergenza, hanno rivestito un ruolo importante nel mantenimento delle attività non procrastinabili cardiovascolari, cerebrovascolari, ortopediche e oncologiche. Anche in Emilia Romagna il contributo del privato è stato significativo: sia per i pazienti Covid, con il 17% dei PL messi a disposizione a livello regionale, sia nel gestire in maniera integrata con le Aziende pubbliche l'attività non-Covid, soprattutto in area cardiovascolare. In Piemonte e Veneto, invece, il ruolo "emergenziale" del privato è stato orientato prevalentemente alla gestione del paziente con coronavirus. Da segnalare che in tutte le regioni analizzate strutture di media o piccola dimensione sono state trasformate in *Covid-hospital*. Il sistema privato accreditato si è dimostrato quindi parte integrante fondamentale del SSN, con una energia e velocità di ri-orientamento all'emergenza Covid che ha dimostrato un sua cultura di servizio pubblico. Ciò è rafforzato dal fatto che una sostanziale rassicurazione sul riconoscimento dei budget 2020 dei singoli erogatori sia arrivata a maggio, con il DL Rilancio, mentre solo l'Emilia Romagna, tra le regioni più colpite, abbia elaborato e concordato durante la fase 1 tariffe e meccanismi di committenza specifici per i ricoveri di pazienti Covid.

Nonostante il quadro regolatorio prefiguri il riconoscimento di buona parte dei budget regionali 2020, non è scontato che tutte le realtà di settore escano senza significativi danni economici dalla pandemia: si pensi al calo della mobilità interregionale o dell'attività privata, o ad alcuni costi emergenti legati al

Covid i cui riconoscimenti sono ancora da definire. A livello di settore, è quindi possibile un'accelerazione delle dinamiche di concentrazione, se le realtà più piccole e meno solide finanziariamente si troveranno in difficoltà.

Il contributo del privato accreditato è stato approfondito anche a livello organizzativo, indagando come sei realtà ospedaliere con differente vocazione erogativa abbiano affrontato l'emergenza Covid. Tutte le realtà analizzate, come del resto molti altri ospedali pubblici e privati accreditati, hanno affrontato processi accelerati di radicale cambiamento, nel corso di poche settimane o addirittura pochi giorni, superando i fisiologici momenti di contrasto interno e l'estrema imprevedibilità dell'ambiente esterno. La risposta ha contemplato la riconversione in terapie intensive e semi-intensive per pazienti Covid di quote variabili, ma spesso molto significative, della capacità produttiva, fino a 300-400 PL negli ospedali più grandi. In parallelo, le realtà indagate hanno lavorato rapidamente per garantire lo sdoppiamento dei percorsi, il potenziamento del laboratorio, la continuità delle cure nella componente di ospedale Covid-free, la redistribuzione e la formazione del personale, l'adeguatezza degli approvvigionamenti. Le tre realtà dotate di pronto soccorso già operativo hanno mantenuto il ruolo di punto di primo accesso con procedure di triage profondamente riviste, mentre in un caso il pronto soccorso in fase di apertura è stato interamente riadattato a reparto Covid. Un riorientamento così radicale è stato possibile grazie allo sforzo collettivo della stragrande maggioranza del personale, sospinto dalle stesse motivazioni professionali e di servizio alla comunità che hanno caratterizzato molti altri colleghi del pubblico; motivazioni spesso rafforzate dai valori fondativi specifici delle singole istituzioni, percepiti in maniera ancora più pregnante durante l'emergenza. Tutte le realtà analizzate hanno dichiarato un rapporto positivo con gli assessorati regionali durante l'emergenza. Anche la collaborazione con gli ospedali pubblici del territorio è stata positiva, al netto di alcune criticità minori. In alcuni frangenti delle interviste, è emerso il tema della debolezza dell'assistenza territoriale in termini di prevenzione, prima risposta e filtro, che ha impattato la capacità di tenuta delle strutture ospedaliere pubbliche come di quelle private accreditate.

Oltre a ciò, le realtà private accreditate approfondite hanno offerto alcuni contributi specifici, legati alla loro focalizzazione produttiva, alla presenza di competenze specialistiche, alle modalità proprie del privato di gestire il procurement, le relazioni esterne e gli investimenti.

In primo luogo, data la vocazione chirurgica di molte strutture, per il SSN è stata preziosa la disponibilità di terapie intensive, sub intensive e sale operatorie, vale a dire spazi adeguati sul piano del layout e delle caratteristiche impiantistiche per diventare reparti Covid alta intensità.

In secondo luogo, oltre alla disponibilità di anestesisti e personale specializzato delle aree intensive, le strutture private del campione hanno messo a



disposizione il personale di area chirurgica per sostenere le reti tempo-dipendenti, oncologiche e ortopediche profondamente ridisegnate su tutto il territorio. Allo stesso modo, le strutture hanno contribuito, con le loro competenze consolidate in alcune aree specialistiche, a costruire e implementare i percorsi assistenziali per alcune fasi della cura (come quella riabilitativa) o per i pazienti complessi, come quelli affetti da Covid assieme a serie patologie cardiovascolari.

In terzo luogo, il tema degli approvvigionamenti e delle risorse. Grazie all'attivazione delle società capogruppo, delle associazioni di categoria e territoriali, alle flessibilità (anche sul prezzo) delle procedure di acquisto private, alla sensibilizzazione del network dei donatori e delle comunità locali, le forniture di dispositivi medici essenziali non sono mai mancate; di fatto, sono stati aperti canali di approvvigionamento per il SSN complementari rispetto a quelli attivabili dalle centrali di acquisto pubbliche. Il discorso è estendibile anche ad altri ambiti: le proprietà e le reti di relazioni delle singole realtà private hanno consentito di moltiplicare i canali con cui sono state raccolte risorse finanziarie, messi a disposizione spazi, attivate collaborazioni a favore dei pazienti.

In quarto luogo, alcune caratteristiche dei privati più propensi all'innovazione e/o all'investimento, come la disponibilità di sistemi informativi avanzati per il bed management o la telemedicina, di infrastrutture e di impianti rinnovati da pochi anni, hanno rappresentato un punto di forza dei sistemi risposta quantomeno su scala locale; e rappresentano una lezione appresa per tutto il SSN sulla necessità di non trascurare più il rinnovamento infrastrutturale.

Al di là dell'assistenza ai pazienti ricoverati, con l'epidemia è cambiato molto anche il versante dell'assistenza ambulatoriale: necessità di distanziamento, maggiori fragilità e richieste di continuità assistenziali, più riluttanza nell'accesso ai servizi. Questo sollecita al SSN l'aggiornamento del portafoglio di setting e soluzioni assistenziali rimborsabili. Un ultimo punto rilevante emerso dalle interviste è la consapevolezza che sia ormai improrogabile un consistente investimento per rafforzare la risposta territoriale, la cui debolezza, in maniera diretta o indiretta, rappresenta una criticità sia per gli ospedali pubblici quanto per quelli accreditati. Implementare risposte innovative ed efficaci su screening, tracciamento, trattamenti domiciliari, telemedicina, è un aspetto sul quale si coglie una volontà di ragionare e costruire. Se anche da parte pubblica ci saranno le precondizioni (meccanismi di accreditamento, elaborazione delle tariffe, costruzione di percorsi di cura trasversali), potrebbe essere un'occasione per un avanzamento deciso nel segmento assistenziale da tutti e da tempo riconosciuto come più debole.

## 4.8 Bibliografia

- Agenas e Ministero della Salute (2018), Programma nazionale esiti, sezione su Servizi di Emergenza-Urgenza, disponibile on line: <https://pne.agenas.it/>
- Aimone Gigio L., Citino L., Depalo D., Francese M., Petrella A. (2020), «Contrastare l'emergenza. L'espansione della capacità produttiva del sistema sanitario italiano. Progressi conseguiti», *Note Covid-19 Banca d'Italia*, 21 aprile 2020.
- Bobini M., Ricci A. (2019), «Gli erogatori privati accreditati: inquadramento e performance economiche dei grandi gruppi sanitari italiani», in CERGAS Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2019*, Milano, Egea, pp. 153-177.
- Carbone C. (2013), *Le aziende sanitarie private accreditate: regole e posizionamento strategico*, Milano, Egea.
- Carbone C., Longo F., Ricci A., (2014), «Il posizionamento strategico degli ospedali privati accreditati: analisi delle leve competitive», in CERGAS Bocconi (a cura di), *Rapporto Oasi 2014*, Milano, Egea, pp. 437-462.
- Carbone C., Petracca F. (2015), «Gli erogatori privati accreditati: struttura e attività», in CERGAS (a cura di), *Rapporto OASI 2015*, Milano, Egea, pp. 185-209.
- Ministero della Salute (2020), Rapporto SDO 2018, disponibile on line [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2898\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2898_allegato.pdf)
- Ministero della Salute (2020), Database Posti letto per struttura ospedaliera 2010-19, disponibile on line <http://www.dati.salute.gov.it/dati/dettaglioDataset.jsp?menu=dati&idPag=96>
- Petracca F., Ricci A. (2017), «Gli erogatori privati accreditati: attività ospedaliera, distrettuale e valutazione esplorativa degli esiti», in CERGAS Bocconi (a cura di), *Rapporto Oasi 2017*, Milano, Egea, pp. 257-289.