

## 5 Gli erogatori privati accreditati: struttura e attività

di Clara Carbone e Francesco Petracca<sup>1</sup>

### 5.1 Introduzione

Il fine istituzionale di tutela della salute del SSN non è un compito esclusivo del sistema pubblico, ma deve diventare un obiettivo dell'intero sistema sociale cui concorrono, sebbene con diversi ruoli, soggetti pubblici e privati con pari dignità. Pertanto, il carattere pubblicistico del SSN, più volte richiamato dalla normativa del sistema sanitario del nostro paese, non è da associare a un'idea di esclusività dell'offerta sanitaria da parte di strutture di proprietà pubblica, quanto, piuttosto, all'unicità pubblica del governo delle regole e delle relazioni tra i soggetti del sistema, siano essi pubblici o privati. In questa prospettiva assume particolare rilevanza l'insieme degli erogatori privati accreditati in quanto in essi si combinano diverse caratteristiche che ne producono il posizionamento (Carbone, 2013):

- ▶ in quanto aziende del settore sanitario, esse sono caratterizzate da processi produttivi in cui sono presenti nello stesso momento temporale il paziente (cliente) e il medico (produttore)<sup>2</sup> e, trattandosi di aziende brain intensive, da rilevanti meccanismi di gestione dei professionisti sanitari;
- ▶ in quanto aziende private, sono interessate dalle logiche e dalle regole del mondo delle imprese, vale a dire la presenza di un forte meccanismo di mercato e una significativa reattività alle condizioni dello stesso che comporta, generalmente, una maggiore spinta alla specializzazione;
- ▶ in quanto aziende accreditate, subiscono alcune delle dinamiche proprie dei

<sup>1</sup> Nonostante il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca congiunto degli autori, i §§ 5.1 e 5.4 sono da attribuire a Clara Carbone; i restanti a Francesco Petracca. La ricerca è stata realizzata grazie al contributo incondizionato di AIOP, ANISAP, ASSOLOMBARDA, ARIS e Confindustria Lombardia Sanità Servizi.

<sup>2</sup> Va però sottolineato come lo sviluppo di innovative soluzioni tecnologiche ed informatiche (come ad esempio, la telemedicina) abbia consentito, in alcuni casi, di superare il vincolo della distanza spaziale (Villa, 2012).

sistemi pubblici, come, per esempio, l'assenza di prezzo per tutti quei casi in cui i pazienti ricevono servizi sanitari erogati in nome e per conto del SSR senza un esborso monetario diretto o intermediato da assicurazioni/fondi e la dipendenza, per la programmazione dei flussi di cassa e la pianificazione di medio-lungo periodo, dalle contingenze regionali di contenimento della spesa e dagli adempimenti nazionali/regionali di rispetto degli standard.

Su quest'ultimo punto giocano un ruolo importante i nuovi indirizzi nazionali, primi fra tutti il Patto della salute 2012–2014 ed il successivo D.M. 70 del 2 Aprile 2015, contenente il “Regolamento per la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”. Tali provvedimenti pongono l’attenzione su requisiti organizzativi e di produttività per la rete ospedaliera nazionale e, quindi, anche per le strutture di ricovero private accreditate. La tensione verso il raggiungimento di tali requisiti sta avviando nel mondo della sanità privata accreditata meccanismi di sviluppo organizzativo grazie alla definizione e l’attuazione di strategie di integrazione: da strategie di collaborazione interaziendale alla costituzione di vere e proprie reti d’impresa, fino alla creazione di grandi gruppi sanitari privati. Se queste sono le tendenze verso cui tale settore si sta orientando, altrettanto vero è che nell’ambito dei produttori accreditati permangono elevati livelli di differenziazione: grandi gruppi sanitari, distribuiti geograficamente e focalizzati su alti livelli di specializzazione, così come, all’opposto, vi sono tanti piccoli produttori locali con una *mission* generalista a bassa intensità specialistica. Queste distribuite eterogeneità si riscontrano casualmente in funzione delle stratificazioni storiche, senza un apparente disegno organico nazionale. Ogni regione italiana racconta una propria storia di stratificazione dell’erogazione privata accreditata. Davanti a *mission* e configurazioni d’impresa così diversificate, bisogna immaginare categorie di analisi e logiche di *policy* distinte e specifiche.

#### Box 5.1 – Obiettivi e fonti dell’indagine

	Obiettivo	Fonti
§ 5.2 <i>Spesa privata accreditata</i>	Analisi della rilevanza economica delle prestazioni e dei servizi offerti da strutture accreditate rispetto alla spesa totale del SSN	Relazione generale sulla situazione economica del paese (2012)
§ 5.3 <i>Struttura del privato accreditato</i>	Analisi delle caratteristiche dimensionali degli erogatori accreditati in termini di numero di strutture e posti letto destinati all’attività ospedaliera e territoriale	Dati Ministero della Salute (2013) Health for All (HFA) – Istat (2012) Attività economiche e gestionali (2012)
§ 5.4 <i>Livelli di produttività e appropriatezza organizzativa</i>	Analisi dei ricoveri erogati da strutture private accreditate, con particolare focus sulle linee di attività presidiate, le specializzazioni regionali, la mobilità attratta e l’appropriatezza	Dati SDO (2013)

Questo capitolo presenta un aggiornamento delle analisi dell'Osservatorio Sanità privata accreditata che da ormai 10 anni il CER GAS, all'interno della propria attività istituzionale, ha avviato grazie al contributo di AIOP, Assolombarda, Confindustria LSS e ANISAP. In particolare, come evidenziato dal Box 5.1, si illustra l'insieme degli erogatori privati accreditati evidenziandone la rilevanza dal punto di vista economico (§ 5.2), delle caratteristiche dimensionali (§ 5.3) e dei livelli quantitativi e qualitativi di produttività (§ 5.4).

## 5.2 La spesa privata accreditata

Un primo indicatore della rilevanza del settore privato accreditato in sanità è dato dal suo peso all'interno della spesa complessiva del SSN. La Tabella 5.1 evidenzia la valorizzazione della spesa pro-capite per le prestazioni a carico del SSN erogate da soggetti privati in regime di accreditamento, suddivisa per le varie tipologie di attività. Nel 2012, la spesa privata per prestazioni accreditate rappresenta il 19% della spesa complessiva del SSN, corrispondente ad un valore pro-capite complessivo di 368 €. Tale incidenza varia sensibilmente, passando dal massimo registrato in Lombardia (28%), seguito da Lazio e Molise (23%), ad un minimo del 7,6% in Valle d'Aosta. Tutti i valori riportati sono al lordo della mobilità attiva, considerando quindi anche la spesa sostenuta dalle strutture private accreditate per prestazioni destinate a pazienti non residenti nel territorio regionale. Si rileva, inoltre, una consistente crescita di tale importo, pari, nel periodo 2005–2012, ad un tasso annuale composto del 2,9%.

Per quel che riguarda la composizione della spesa, quasi il 40% della spesa complessiva (146 € pro-capite) è costituito da spesa per ricoveri ospedalieri in strutture accreditate, mentre un altro 30% è da imputare all'assistenza territoriale presso strutture quali le strutture sanitarie residenziali – RSA (voce “altra assistenza convenzionata e accreditata”).

Quest'ultima è la spesa che ha registrato, nel periodo 2005–2012, il tasso di crescita maggiore a livello nazionale, pari al 56%, soprattutto per effetto di una vigorosa crescita nell'ultimo lustro del decennio scorso (40% circa).

Anche analizzando le differenti componenti della spesa privata accreditata, a livello regionale emerge una situazione eterogenea: in alcuni contesti l'assistenza ospedaliera rappresenta più del 40% (Lombardia, Emilia Romagna, Lazio, Molise, Puglia e Sicilia), con un valore massimo registrato in Lazio pari al 50,5%, per un totale annuo pro-capite di 237€. In altre regioni, invece, è la voce di spesa “altra assistenza accreditata e convenzionata” a coprire la metà o più della spesa totale (PA Trento, in cui si registra il valore massimo del 67%, PA Bolzano e Umbria), mentre in ben dieci SSR, compresi quelli in cui il privato accreditato è più sviluppato (Lazio e Lombardia su tutti), non raggiunge il valore del 10%.

Infine, alcuni SSR, come la Basilicata, allocano una consistente fetta della spesa accreditata nella riabilitazione (80 € pro capite, pari al 35% del totale), in controtendenza rispetto al dato nazionale (9%).

Tabella 5.1 **La spesa sanitaria privata accreditata pro capite – (2005–2012)**

	Ospedaliera accreditata	Specialistica convenzionata e accreditata	Altra assistenza convenzionata e accreditata*	Riabilitativa accreditata	Totale spesa privata accreditata pro capite	Totale spesa sanitaria nei Ssr per la gestione corrente pc	% Spesa sanitaria privata sul totale
Piemonte	124	64	131	40	359	1.961	18,3%
Valle d'Aosta	50	18	60	43	171	2.260	7,6%
Lombardia	228	103	182	25	539	1.926	28,0%
PA Bolzano	46	12	124	12	194	2.291	8,5%
PA Trento	109	51	331	2	494	2.265	21,8%
Veneto	102	75	174	7	358	1.862	19,2%
Friuli VG	55	43	45	51	194	2.127	9,1%
Liguria	120	73	113	58	365	2.043	17,8%
Emilia Romagna	144	45	142	2	333	2.037	16,4%
Toscana	71	46	105	23	245	1.995	12,3%
Umbria	49	19	94	9	171	1.904	9,0%
Marche	68	30	82	47	227	1.834	12,4%
Lazio	237	94	100	38	469	2.048	22,9%
Abruzzo	95	41	72	57	264	1.825	14,5%
Molise	223	138	73	38	472	2.074	22,8%
Campania	141	131	31	49	353	1.713	20,6%
Puglia	174	66	66	45	351	1.746	20,1%
Basilicata	31	62	58	80	231	1.843	12,5%
Calabria	96	61	65	33	255	1.731	14,7%
Sicilia	144	104	73	35	357	1.743	20,5%
Sardegna	57	72	64	38	231	1.995	11,6%
<b>ITALIA</b>	<b>146</b>	<b>79</b>	<b>112</b>	<b>32</b>	<b>368</b>	<b>1.903</b>	<b>19,4%</b>
<b>Tasso di crescita ITALIA 2005–2012</b>	<b>8%</b>	<b>48%</b>	<b>56%</b>	<b>-12%</b>	<b>22%</b>	<b>18%</b>	
<b>Tasso di crescita ITALIA 2005–2009</b>	<b>10%</b>	<b>27%</b>	<b>40%</b>	<b>-9%</b>	<b>16%</b>	<b>13%</b>	
<b>Tasso di crescita ITALIA 2009–2012</b>	<b>-2%</b>	<b>16%</b>	<b>12%</b>	<b>-3%</b>	<b>5%</b>	<b>4%</b>	

\* La voce "altra assistenza convenzionata e accreditata" include: termale, medicina dei servizi, psichiatria, anziani, tossicodipendenza e alcolisti, contributi, sussidi vari e rimborsi. La voce più cospicua è rappresentata dalla spesa per l'assistenza territoriale offerta dalle strutture sanitarie private accreditate, principalmente dedicate alla lungodegenza.

Fonte: Elaborazione OASI su Relazione generale sulla situazione economica del paese, 2012

### 5.3 Gli erogatori privati accreditati: strutture e dati dimensionali

Il presente paragrafo analizza tutte le strutture private accreditate e convenzionate, distinguendole per ambito assistenziale di riferimento, con focus sull'attività ospedaliera e su quella territoriale.

#### 5.3.1 L'assistenza ospedaliera privata accreditata

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, si analizza la distribuzione dei posti letto e la loro recente evoluzione. Le strutture private accreditate preposte all'offerta di posti letto sono:

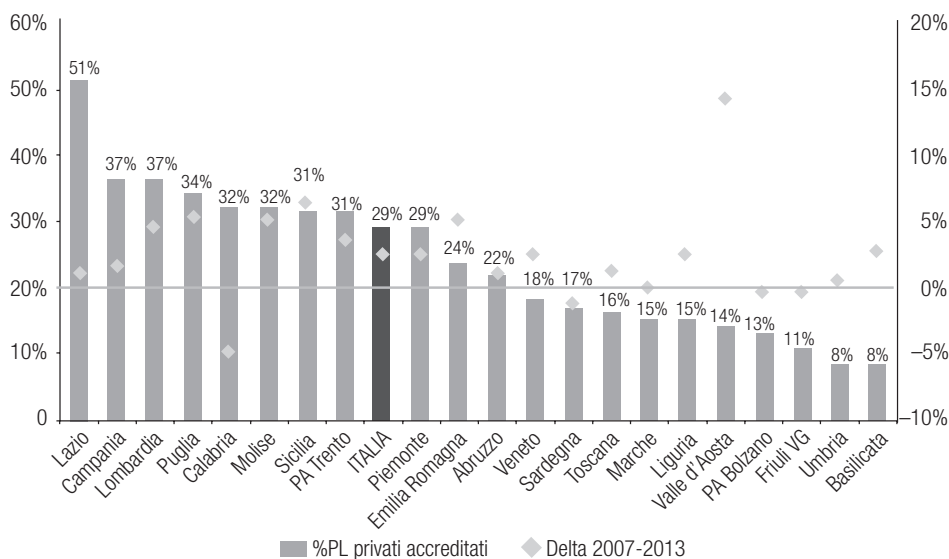
- ▶ gli ospedali privati accreditati (o Case di Cura private accreditate);
- ▶ gli IRCCS (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) di diritto privato e gli IRCCS Fondazione privati;
- ▶ i Policlinici privati a gestione diretta dell'Università;
- ▶ gli ospedali classificati;
- ▶ gli istituti qualificati presidio di ASL.

Considerando la dotazione complessiva di PL delle strutture del SSN, l'insieme degli erogatori privati accreditati detiene il 29% dei posti letto totali a livello nazionale, per oltre i due terzi concentrati presso gli ospedali privati accreditati (67,9% dei posti letto accreditati). IRCCS e policlinici privati hanno in dotazione il 17,6% del totale dei posti letto accreditati (14,8% presso gli IRCCS, 2,8% nei Policlinici privati), mentre il restante 14,5% è suddiviso tra ospedali classificati (10,1%) e istituti qualificati (4,4%).

Il ruolo delle strutture di ricovero private accreditate nei sistemi di offerta dei SSR dipende dalle differenti scelte istituzionali da parte dei livelli regionali: si passa da una realtà come il Lazio, dove circa la metà dei posti letto totali è allocata presso strutture private accreditate (51%), ad una situazione, come quella delle regioni Umbria e Basilicata, in cui meno di un posto letto su dieci (8%) si trova presso strutture accreditate (Figura 5.1). Complessivamente, nel periodo considerato (2007–2013) si registra un delta positivo nell'incidenza dei PL accreditati pari a 2 punti percentuali a livello nazionale, con una crescita distribuita piuttosto equamente su tutto il territorio del Paese. Gli unici casi in controtendenza sono la Calabria, che registra una riduzione dei PL accreditati di 5 punti percentuali, e la Valle d'Aosta in cui, nel 2013, è stato effettuato l'accredimento dell'Istituto Clinico Valle d'Aosta (struttura specialistica interamente dedicata all'assistenza riabilitativa, neurologica ed ortopedica), unica struttura accreditata in regione.

Analizzando la situazione in termini dimensionali, oltre il 60% delle aziende accreditate ha una dotazione di posti letto limitata, inferiore ai 100 PL, mentre solo l'11% delle strutture supera i 200 PL. Le grandi strutture sono concentrate

Figura 5.1 **Incidenza PL privati accreditati per regione 2013 e variazione 2007-2013**



Fonte: Elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, 2013

soprattutto in Lazio e Lombardia, nelle quali sono localizzate 38 delle 68 strutture con dimensionamento superiore ai 200 posti letto (56%). Ad ogni modo, anche in queste regioni le strutture con dotazione superiore ai 200 PL non superano il 25% del totale delle strutture.

L'ambito dimensionale delle strutture private accreditate è stato recentemente disciplinato dal legislatore tramite il "Regolamento per la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", i cui lavori erano stati avviati nell'estate del 2012 e sono stati ultimati con l'Intesa Stato-Regioni il 5 Agosto 2014, poi confluita nel D.M. 70 del 2 Aprile 2015. Tra i provvedimenti, è stata prevista una soglia di accreditabilità, per cui, a partire dal 1° gennaio 2015, le Regioni non possono più sottoscrivere accordi con strutture dotate di meno di 60 PL per acuti, con le seguenti specifiche:

- ▶ per le strutture monospécialistiche resta in vigore la valutazione regionale dei singoli contesti;
- ▶ per le strutture che risultano già accreditate al 1° gennaio 2014 e presentano una dotazione di PL per acuti compresa tra 40 e 60 sono favoriti i processi di riconversione e/o fusione da ultimare entro il 30 settembre 2016 di modo da poter consentire la piena operatività dal 1° gennaio 2017. Dal 1° gennaio 2017 non potranno essere sottoscritti contratti con le strutture accreditate con posti letto per acuti compresi tra i 40 e 60 che non sono state interessate da pro-

cessi di aggregazione. Per il nuovo soggetto giuridico che viene così a formarsi la soglia prevista si alza fino agli 80 PL, le preesistenti strutture devono garantire l'erogazione di attività affini e complementari e ciascuna deve possedere una dotazione di PL per acuti accreditati non inferiore a 40;

- ▶ già dal 1° luglio 2015 non è possibile sottoscrivere contratti con strutture dotate di meno di 40 PL accreditati per acuti.

Diventa, dunque, interessante leggere l'aspetto dimensionale delle strutture private accreditate alla luce della recente normativa e valutare l'impatto che questa potrebbe avere sulla configurazione del sistema. L'analisi si è focalizzata sulle strutture di ricovero private accreditate con meno di 60 PL per acuti, separando le aziende specializzate esclusivamente in attività per acuti<sup>3</sup> (Gruppo I) da quelle che, oltre all'attività per acuti, erogano prestazioni di riabilitazione e/o lungodegenza (Gruppo II).

Al primo gruppo appartengono 90 delle attuali 595 strutture private accreditate, distribuite in 16 diverse regioni e pari a circa il 15% del totale.

Queste strutture sono state ulteriormente suddivise in tre differenti sottogruppi: strutture monospecialistiche<sup>4</sup>, strutture con PL per acuti tra 40 e 60, strutture con meno di 40 PL per acuti. La Tabella 5.2 evidenzia, per ognuno dei tre sottogruppi individuati a partire dalla normativa, la distribuzione percentuale delle strutture del Gruppo I nelle singole Regioni. Ad eccezione della Lombardia, le regioni in cui il privato accreditato è più rilevante sono anche quelle in cui tali strutture appaiono maggiormente rappresentate. Sono 31 le strutture private (34% delle aziende del Gruppo I) che, a partire dallo scorso 1° Luglio, non potrebbero più sottoscrivere contratti di accreditamento con il SSN: 8 di queste, il 26% del totale, sono localizzate in Lazio, 5 in Calabria e 4 rispettivamente in Campania e Sicilia.

Altre 34 aziende (38% del totale – sottogruppo con PL per acuti compresi tra 40 e 60) hanno a disposizione 18 mesi per programmare ed effettuare i processi di fusione e riconversione. In questo sottogruppo è la Campania a presentare il maggior numero di aziende (14, il 41%), mentre 7 strutture (21%) sono localizzate in Sicilia. Infine, sono 25 le strutture monospecialistiche, 7 delle quali nel Lazio (28%), mentre le restanti 18 sono diffuse in altre nove regioni.

La situazione è parzialmente diversa quando si analizza il Gruppo II, di cui fanno parte 118 aziende, pari al 20% delle strutture private accreditate, accomunate dal non superare la soglia dei 60 PL per acuti e dal fatto di erogare anche prestazioni di riabilitazione e/o lungodegenza per conto del SSN. Per le aziende del Gruppo II, dunque, l'eventuale interruzione dell'accreditamento per acuti non implicherebbe necessariamente la chiusura dell'attività aziendale per conto del SSN.

<sup>3</sup> Sono state considerate strutture specializzate esclusivamente nell'attività per acuti tutte quelle strutture che sono dotate di soli posti letto accreditati per acuti

<sup>4</sup> Si intendono monospecialistiche le strutture in cui tutte le schede di dimissione ospedaliera (SDO) afferiscono ad un'unica specialità clinica.

Tabella 5.2 – Distribuzione aziende Gruppo I – 2013

Regione	Monospecialistiche	40<PL<60	PL<40	Totale
Campania	8%	41%	13%	22%
Lazio	28%	9%	26%	20%
Sicilia	8%	21%	13%	14%
Calabria	12%	3%	16%	10%
Toscana	12%	3%	10%	8%
Puglia	4%	6%	10%	7%
Lombardia	8%	6%	3%	6%
Piemonte	12%			3%
Sardegna		3%	3%	2%
Emilia Romagna	4%			1%
Liguria			3%	1%
PA Bolzano	4%			1%
Umbria			3%	1%
Basilicata		3%		1%
Marche		3%		1%
Molise		3%		1%
<b>Totale complessivo</b>	<b>25 (100%)</b>	<b>34 (100%)</b>	<b>31 (100%)</b>	<b>90 (100%)</b>

Fonte: Elaborazione OASI su dati Ministero della Salute, 2013

In questo gruppo si denota una netta polarizzazione nel terzo sottogruppo: il 70% delle aziende (83), infatti, ha una dotazione di posti letto per acuti inferiore a 40. Rispetto al Gruppo I, molto limitata è l'incidenza della monospecialità con soli 4 casi, 3 dei quali in Calabria. Le strutture che rientrano nella categoria con dotazione compresa tra 40 e 60 PL sono invece 31 (Tabella 5.3). Cambia parzialmente anche la distribuzione di queste strutture sul territorio nazionale: Lombardia ed Emilia Romagna, poco rappresentate nel Gruppo I, presentano un cospicuo numero di strutture con PL<40 nel secondo gruppo. Al contrario, Lazio e Campania, più rappresentate nel Gruppo I, hanno un numero esiguo di strutture appartenenti a questo secondo raggruppamento.

Complessivamente, la questione sembra avere una portata rilevante: circa il 20% delle strutture accreditate dovrebbe essere escluso dalla rete di offerta SSN già a partire da quest'anno. L'alternativa per queste strutture potrebbe essere quella di attivare processi guidati di trasformazione per rimodulare nuovi e diversi *setting* assistenziali, più coerenti col quadro epidemiologico esistente. Di norma questi *setting* sono a minore intensità assistenziale (ad esempio, subacuti



Tabella 5.3 **Distribuzione aziende Gruppo II – 2013**

Regione	Monospecialistiche	40<PL<60	PL<40	Totale
Lombardia		10%	17%	14,4%
Sicilia		32%	7%	13,6%
Emilia Romagna		6%	13%	11,0%
Calabria	75%	3%	10%	10,2%
Puglia		3%	13%	10,2%
Piemonte		10%	7%	7,6%
Veneto		3%	8%	6,8%
Toscana	25%	6%	5%	5,9%
Lazio		3%	6%	5,1%
Campania			4%	2,5%
Umbria		6%	1%	2,5%
Marche		6%	1%	2,5%
PA Bolzano			2%	1,7%
Abruzzo		3%	1%	1,7%
Sardegna			1%	0,8%
PA Trento		3%		0,8%
Friuli VG			1%	0,8%
Valle d'Aosta			1%	0,8%
Molise		3%		0,8%
<b>Totale complessivo</b>	<b>4 (100%)</b>	<b>31 (100%)</b>	<b>83 (100%)</b>	<b>118 (100%)</b>

Fonte: Elaborazione OASI su dati Ministero della Salute, 2013

o strutture protette) richiedendo, così, una riorganizzazione delle capacità produttiva e una modifica degli skill mix impiegati.

Con riferimento agli IRCCS, ospedali di eccellenza che accompagnano all'attività assistenziale di alta specialità le finalità di ricerca, essi rappresentano (considerando IRCCS pubblici e privati) il 7% dei posti letto totali del SSN. Valutando solo le strutture private accreditate, invece, i posti letto presenti negli IRCCS di diritto privato e negli IRCCS Fondazione di natura privata coprono il 15% di quelli offerti da privati per conto del SSN. Al 2013, si contano 39 IRCCS di diritto privato, dei quali 7 Fondazioni, a cui si aggiungono 2 Policlinici privati a gestione diretta dell'Università (entrambi a Roma, il Policlinico Gemelli e il Campus Bio-medico). Come evidente in Tabella 5.4, anche in questo ambito Lombardia e Lazio rappresentato i contesti in cui il privato accreditato risulta più sedimentato: nella Lombardia si concentra il 49% delle strutture che rappresentano il 42% del

Tabella 5.4 **Numerosità e PL di IRCCS e Policlinici Universitari Privati (2013)**

	Numerosità strutture		Posti letto	
	Totale IRCCS accreditati e Policlinici universitari privat	%	Totale PL	%
Piemonte	3	7,3%	769	6,6%
Lombardia	20	48,8%	4.833	41,7%
Veneto	2	4,9%	180	1,6%
Liguria	1	2,4%	67	0,6%
Emilia Romagna	1	2,4%	64	0,6%
Toscana	2	4,9%	151	1,3%
Lazio	6	14,6%	3.555	30,7%
Molise	1	2,4%	302	2,6%
Campania	1	2,4%	180	1,6%
Puglia	3	7,3%	1.141	9,8%
Sicilia	1	2,4%	352	3,0%
<b>Italia</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>	<b>11.594</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborazione OASI su dati Ministero della Salute, 2013

totale posti letto in IRCCS e Policlinici Privati; nel Lazio, invece, le strutture sono più limitate (6, il 15% del totale) ma rappresentano il 31% del totale PL, soprattutto grazie al contributo del Policlinico A. Gemelli che, da solo, offre più di 1.500 PL. Le restanti 17 strutture sono disperse in 9 diverse regioni e rappresentano il 28% del totale posti letto (Puglia 10% del totale, Piemonte 7% ecc.).

### 5.3.2 L'assistenza territoriale privata accreditata

Le principali strutture territoriali private accreditate sono: gli ambulatori e i laboratori, le strutture residenziali (ad esempio, RSA e case protette) e semiresidenziali (come i centri diurni integrati per malati di Alzheimer) e gli istituti di riabilitazione. Se nel caso dell'attività ospedaliera l'offerta è prevalentemente pubblica (circa il 70% dei PL sono gestiti da strutture di ricovero pubbliche contro il 30% del privato accreditato), il peso e l'incidenza delle strutture private accreditate cresce vistosamente quando si considerano le attività territoriali: nel periodo 2007–2012 gli ambulatori privati accreditati sono passati dal 54% al 59% del totale, mentre le strutture territoriali accreditate, sia residenziali che semiresidenziali, sono cresciute esponenzialmente, passando, rispettivamente, dall'8% e dal 5% del 1997 al 64% e al 77% nel 2012. Per ulteriori approfondimenti si rimanda al Capitolo 3 del presente Rapporto.

Anche l'offerta della riabilitazione a livello territoriale è prevalentemente ge-

stata dal privato accreditato. Le strutture di riferimento sono gli Istituti di riabilitazione ex art. 26, che svolgono attività di riabilitazione in regime residenziale, diurno, ambulatoriale e talvolta domiciliare al fine di garantire il completamento del processo di recupero nel caso di disabilità transitorie o semplicemente una riabilitazione estensiva nel caso di disabilità importanti. Ben l'85% dei PL destinati alla riabilitazione in regime residenziale sono gestiti da strutture private accreditate, mentre tale valore cresce fino al 94% per quel che riguarda il regime semiresidenziale (Tabella 5.5). Nell'offerta di PL degli istituti di riabilitazione ex art. 26 si rileva una variabilità interregionale più limitata di quanto constatato finora per le strutture ospedaliere: in tutte le regioni i posti letto risultano gestiti per più dei tre quarti del totale da strutture accreditate, con l'unica eccezione della Lombardia (che si attesta al 55% nell'assistenza residenziale).

Tabella 5.5 **Distribuzione PL presso Istituti di riabilitazione (2012)**

Regione	% PL Privato Accreditato per assistenza residenziale	% PL Privato Accreditato per assistenza semiresidenziale
Piemonte	100%	100%
PA Bolzano	100%	100%
PA Trento	100%	100%
Veneto	100%	100%
Friuli VG	100%	100%
Umbria	100%	100%
Abruzzo	100%	100%
Molise	100%	100%
Basilicata	100%	100%
Sicilia	100%	100%
Puglia	100%	86%
Emilia Romagna	100%	
Marche	99%	92%
Sardegna	99%	100%
Calabria	95%	100%
Lazio	90%	94%
Campania	88%	97%
Liguria	86%	63%
Toscana	76%	87%
Lombardia	55%	83%
<b>Italia</b>	<b>85%</b>	<b>94%</b>

Fonte: HFA – Istat, 2012

La sopracitata eterogeneità torna a manifestarsi quando si analizzano gli Ambulatori e i Laboratori privati accreditati, strutture che operano per lo più a livello extra-ospedaliero ed erogano prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (laboratorio, diagnostica per immagini e visite specialistiche). In questo caso, il contributo del privato accreditato in termini di numero di strutture è del 59%, con un *range* che passa dall'81% della Campania fino al 18% del Piemonte. In generale, si rileva una prevalenza dell'assistenza ambulatoriale accreditata nel Sud e nelle Isole. Per ulteriori approfondimenti si veda il Capitolo 10 del presente Rapporto.

## 5.4 Gli erogatori privati accreditati: dati di attività

### 5.4.1 Livelli di produttività e segmenti di attività presidiati

Per quanto riguarda l'attività di ricovero, prendendo in considerazione tutte le tipologie di attività, le strutture private accreditate contribuiscono complessivamente per il 25% dell'offerta di prestazioni di ricovero del SSN, rispetto ad una quota di prestazioni garantite dalle strutture pubbliche del 75%.

Nel privato accreditato, come evidenziato dalla Tabella 5.6, il 15,7% delle 9.788.346 dimissioni SSN del 2013 è stato effettuato da case di cura private accreditate, mentre gli IRCCS e i Policlinici privati hanno garantito circa il 5% dei ricoveri; gli ospedali classificati e gli istituti qualificati il rimanente 4,5%.

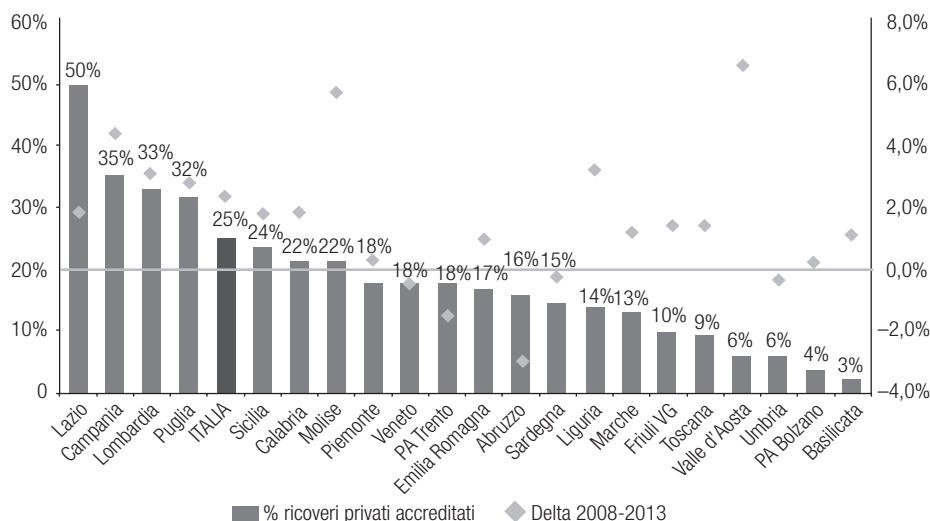
Anche per quanto riguarda i ricoveri si notano forti differenze a livello regionale. Il Lazio è l'unica regione in cui il peso del privato accreditato è equivalente a quello pubblico (50% dei ricoveri), mentre altre tre regioni di grandi dimensioni, Campania, Lombardia e Puglia, presentano un dato superiore alla media nazionale: in esse il peso dell'accreditato si assesta nell'ordine di un terzo del

Tabella 5.6 **Distribuzione dei ricoveri presso strutture pubbliche e private accreditate (2013)**

	Tipo struttura	Distribuzione ricoveri
<b>Pubblico</b>	Azienda ospedaliera	23,4%
	Ospedale a gestione diretta	39,5%
	AOU Integrata con l'Università (ex Policlinici pubblici)	8,4%
	IRCCS Pubblico/Enti di ricerca	3,4%
<b>Privato accreditato</b>	IRCCS Privato/Policlinico privato	5,2%
	Ospedale classificato e istituto qualificato presidio USL	4,5%
	CC Accreditate	15,7%

Fonte: Elaborazione OASI su Dati SDO, 2013

Figura 5.2 **Incidenza dei ricoveri da strutture private accreditate 2013 e variazione 2008–2013 per regione**



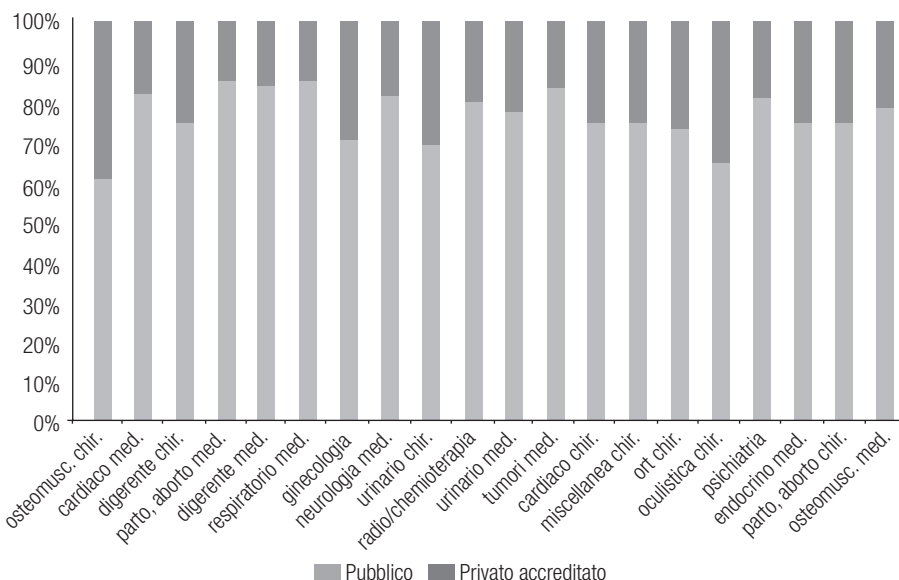
Fonte: Elaborazione OASI su Dati SDO, 2013

totale. Tutte le altre regioni si trovano al di sotto della media nazionale e sono 5 i territori in cui i ricoveri garantiti da attori privati accreditati per conto del SSN sono inferiori al 10% del totale regionale (Figura 5.2). Il peso percentuale dei ricoveri da strutture accreditate è cresciuto di 2 punti percentuali a livello nazionale negli ultimi 5 anni, con un delta positivo in quasi tutte le regioni italiane. Le uniche regioni a mostrare tassi di crescita negativi sono l’Abruzzo (–3 punti percentuali), insieme a Veneto, PA Trento, Umbria e Sardegna, che presentano delta negativi più contenuti.

Rispetto alle linee di attività presidiate dai player privati, è interessante analizzarne il contributo in termini di volumi di ricoveri<sup>5</sup> e confrontarlo con quello delle aziende pubbliche. La Figura 5.3 mostra la distribuzione tra pubblico e

<sup>5</sup> L'utilizzo delle linee produttive per analizzare i volumi di attività delle strutture ospedaliere è un metodo per raggruppare gli eventi di ricovero sulla base dei dati SDO, con l'obiettivo di riuscire a rappresentare la produzione ospedaliera secondo un'ottica gestionale, di sintesi e funzionale alle analisi di *benchmarking*. Questo metodo riesce a superare i principali limiti dei tradizionali strumenti di analisi della produzione ospedaliera (sistema DRG, sistema MDC, sistema di classificazione per reparto di dimissione). Per esempio, il sistema DRG parcellizza le prestazioni ed è poco funzionale all'elaborazione di un dato di sintesi e, in alcuni casi, non è possibile distinguere specifici fenomeni patologici di estremo interesse per l'analisi di mercato (per esempio, ricoveri di natura oncologica); il sistema MDC rappresenta un criterio di aggregazione basato sull'organo anatomico e, quindi, poco adeguato per le analisi gestionali; il sistema basato sulla segmentazione per reparto di dimissione può essere poco attendibile per la possibile eterogeneità delle prestazioni di ricovero afferenti allo stesso reparto (Bensa et al., 2008; Baldino e Parma, 2003).

Figura 5.3 **Confronto pubblico–privato accreditato nelle prime 20 linee produttive per numerosità di ricoveri per acuti (2013)**



Fonte: Elaborazione OASI su Dati SDO, 2013

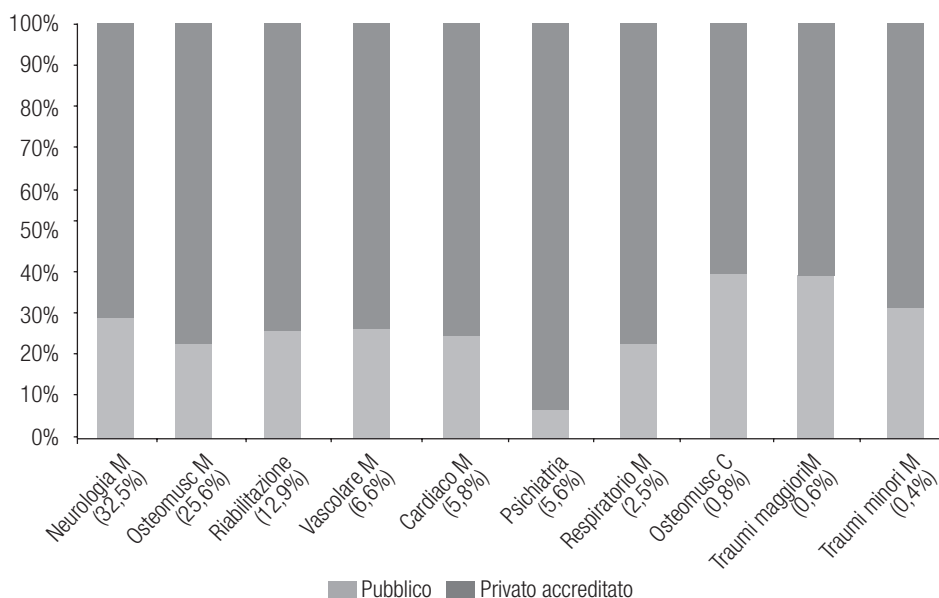
privato in termini di volumi di ricoveri per acuti nelle 20 principali linee produttive, che rappresentano l'81% dei ricoveri per acuti erogati nel 2013 per conto del SSN: in tutte le linee produttive il pubblico registra percentuali significativamente maggiori rispetto al privato accreditato. Il peso del privato accreditato oscilla tra il 15% ed il 40% nelle singole linee produttive, con una prevalenza nei ricoveri per DRG chirurgici afferenti a patologie osteomuscolari (40%), oculistiche (36%) e urinarie (31%).

La situazione cambia radicalmente quando si considerano i ricoveri per lungodegenza e riabilitazione ospedaliera. In questo caso, valutando la distribuzione delle giornate di degenza nelle prime 10 linee produttive, oltre il 60% delle giornate sono erogate dal privato accreditato in ogni LP. Considerando tutte le linee produttive, il privato accreditato gestisce il 74% delle giornate di degenza, il pubblico il restante 26% (Figura 5.4).

Dopo aver effettuato un confronto tra pubblico e privato accreditato nelle principali tipologie di attività, si analizza ora la suddivisione dei ricoveri privati accreditati per classe di attività e per regione (Tabella 5.7). A livello nazionale, prevale l'attività per acuti che rappresenta l'87% dei ricoveri erogati da strutture accreditate<sup>6</sup>. Alcuni

<sup>6</sup> Considerando le strutture pubbliche, invece, il peso dell'attività per acuti sale al 97,7%, mentre riabilitazione (1,4%) e lungodegenza (0,9%) costituiscono classi di attività marginali.

Figura 5.4 **Confronto pubblico-privato accreditato nelle prime 10 linee produttive per giornate di degenza in riabilitazione (2013)**



Fonte: Elaborazione OASI su Dati SDO, 2013

SSR, però, denotano un peso dell'attività per acuti inferiore: è principalmente il caso di alcune piccole regioni (PA Bolzano, con un valore minimo pari a 18,6%, PA Trento, Valle d'Aosta e Basilicata) e del Piemonte, in cui si registra un peso dell'attività per acuti inferiore all'80% (68,7%). In tutte queste regioni, per converso, il privato accreditato è maggiormente focalizzato sui ricoveri di riabilitazione e lungodegenza, che a livello nazionale coprono rispettivamente l'11% ed il 2% delle prestazioni erogate da soggetti privati accreditati. Le cinque regioni sopracitate, infatti, sono le uniche in cui il peso dei ricoveri per riabilitazione supera il 20% del totale dei ricoveri accreditati, con il valore massimo della PA di Bolzano (66%). Relativamente alla lungodegenza, le PA di Trento e Bolzano presentano ancora i valori percentuali più alti (18% per Trento e 16% per Bolzano) insieme alla Basilicata (9,6%); in valore assoluto, invece, è l'Emilia Romagna ad erogare il maggior numero di ricoveri accreditati per lungodegenza, con oltre 12 mila ricoveri, il 9% dei ricoveri erogati da privati accreditati in regione.

A questo punto risulta interessante incrociare i dati di attività con quelli dimensionali descritti nel paragrafo precedente. Si considera ora la relazione tra la percentuale di posti letto RO per acuti accreditati e il corrispettivo peso delle giornate di degenza accreditate sul totale, per singolo SSR. Esiste una correlazione lineare positiva tra le due variabili, con margini di efficientamento possibi-

Tabella 5.7 **Suddivisione per tipologia dei ricoveri erogati dai privati accreditati, per regione (2013)**

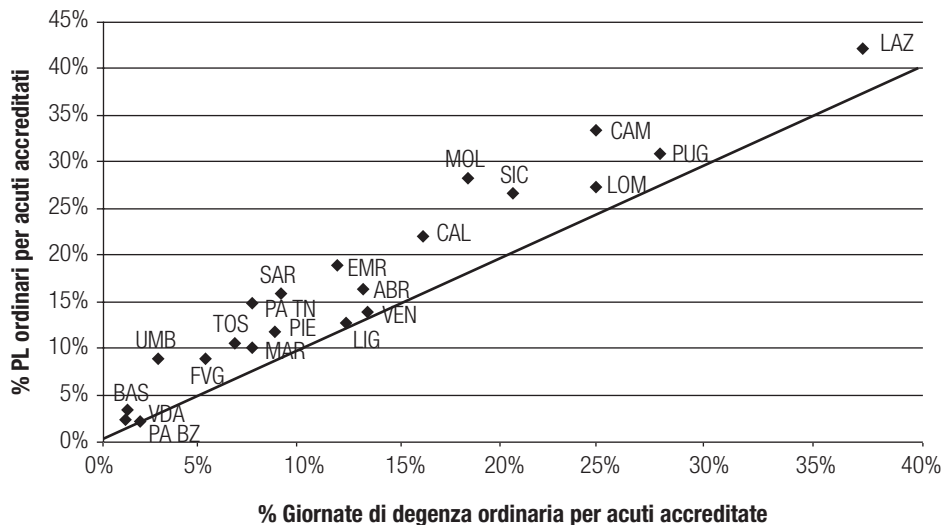
	Acuti	Lungodegenza	Riabilitazione
Piemonte	68,7%	6,2%	25,1%
Valle d'Aosta	53,8%	0,0%	46,2%
Lombardia	84,5%	0,8%	14,7%
PA Bolzano	18,6%	15,5%	65,9%
PA Trento	49,4%	18,3%	32,2%
Veneto	81,9%	1,3%	16,8%
Friuli VG	92,6%	0,3%	7,2%
Liguria	86,6%	0,1%	13,3%
Emilia Romagna	80,1%	8,8%	11,1%
Toscana	83,7%	4,8%	11,4%
Umbria	94,3%	0,0%	5,7%
Marche	87,7%	3,1%	9,2%
Lazio	91,4%	1,2%	7,4%
Abruzzo	84,5%	0,9%	14,7%
Molise	93,0%	0,0%	7,0%
Campania	94,5%	2,2%	3,3%
Puglia	89,8%	0,3%	9,9%
Basilicata	66,0%	9,6%	24,5%
Calabria	88,3%	2,1%	9,5%
Sicilia	91,6%	0,7%	7,7%
Sardegna	92,3%	2,6%	5,1%
<b>Italia</b>	<b>87,1%</b>	<b>2,1%</b>	<b>10,8%</b>

Fonte: Elaborazione OASI su Dati SDO, 2013

li per la maggior parte dei SSR: maggiore è la distanza dalla bisettrice, maggiore è la capacità produttiva inutilizzata (Figura 5.5). Anche quest'anno, quindi, si conferma con una certa evidenza come tutte le strutture private accreditate hanno capacità produttiva non utilizzata per significative riduzioni dei budget riconosciuti dalle singole regioni, con tagli fino al 15% dei volumi di ricovero. Il quadro che emerge impone delle riflessioni al sistema. Le alternative di policy che si propongono possono essere riconducibili a (Carbone et al., 2014): (i) un aumento dei budget dei sistemi sanitari regionali per i privati accreditati (diffici-



Figura 5.5 **Relazione % PL ordinari per acuti accreditati e % giornate di degenza per ricoveri ordinari per acuti accreditate (2013)**



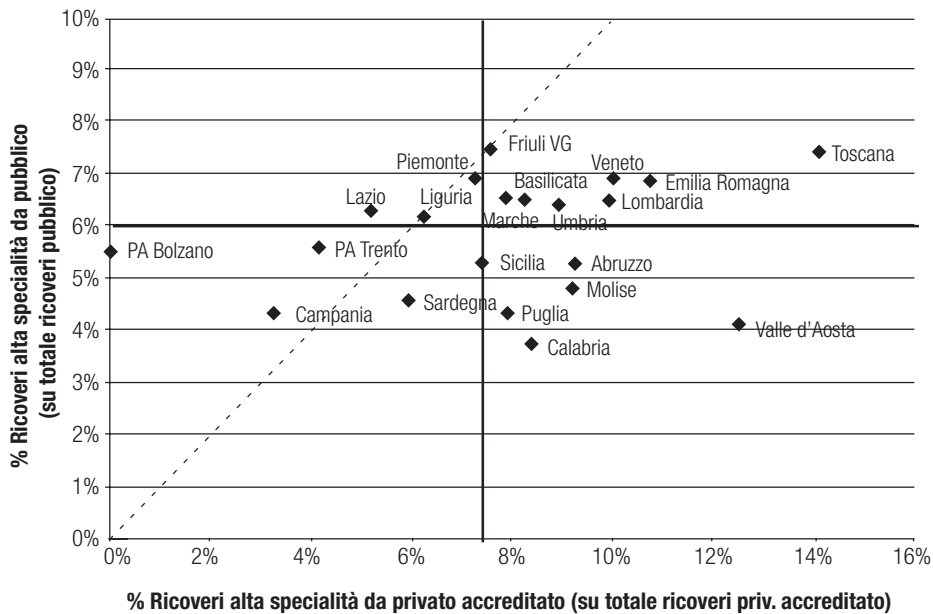
Fonte: Elaborazione OASI su Dati SDO, 2013

le nell’attuale congiuntura pubblica), (ii) una riduzione “lineare” uguale a tutti i produttori oppure (iii) una maggiore concentrazione presso alcuni grandi produttori. Lo scenario peggiore è, sicuramente, lasciare rilevanti quote di capacità produttiva inutilizzate impedendo l’attivazione di processi di trasformazione e di riorganizzazione da parte dei soggetti imprenditoriali in un quadro di indirizzi certi.

Rispetto alle tipologie di attività erogata, è interessante rilevare il peso dei ricoveri classificabili come “alta specialità”<sup>7</sup>, a dimostrazione del fatto che il privato accreditato costituisce un pilastro fondamentale dell’intero SSN in quanto riveste un ruolo importante anche nel trattare le casistiche più complicate. Come mostra la Figura 5.6, la quota di ricoveri classificabile come “alta specialità”, infatti, è pari al 7,4% nel privato accreditato, superiore al dato del pubblico (6%). Analizzando i singoli contesti regionali, il privato accreditato mostra un peso della casistica complessa superiore in tutti gli SSR (regioni al di sotto della bisettrice), ad eccezione di PA di Trento e Bolzano, Campania e Lazio in cui prevale l’alta specialità nei ricoveri pubblici. Rilevante è il caso della Toscana, polo di riferimento per l’alta specialità, che riporta il maggiore peso dell’alta

<sup>7</sup> Per l’identificazione dei DRG di “alta specialità” si sono considerate le discipline di alta specialità individuate nel DM del 1992 e successivi aggiornamenti della TUC fino alla versione 24 del Groupin in cui si contano 84 DRG ad alta complessità (TUC 2008).

Figura 5.6 **Percentuale ricoveri Alta Specialità: pubblico vs privato accreditato per regione (2013)**



Fonte: Elaborazione OASI su Dati SDO, 2013

specialità nel privato accreditato (14% dei ricoveri accreditati) come pure nel pubblico, seppure con un'incidenza inferiore (7,4%, in linea con il Friuli).

Il divario tra settore accreditato e pubblico si amplifica ulteriormente se si considerano soltanto i ricoveri per acuti, per i quali il peso dell'alta specialità resta intorno al 6% nel pubblico (6,4%) mentre sale fino all'8,5% nel privato accreditato. È evidente, dunque, che, sebbene il peso del settore accreditato nell'attività per acuti risulti piuttosto esiguo, il privato non appare confinato alle casistiche più semplici ma, anzi, in proporzione tratta più casi complessi rispetto al pubblico.

Un altro elemento da tenere in considerazione è la presenza della rete assistenziale ospedaliera di "emergenza-urgenza", che rappresenta la seconda fase di risposta prevista dal sistema di emergenza sanitaria del nostro Paese, dopo la fase di allarme assicurata dalla centrale operativa. La risposta ospedaliera alle emergenze è garantita dalla rete degli ospedali sede di Pronto Soccorso (PS), di Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA di I e II livello) e di Dipartimento di Emergenza di alta Specialità (EAS). Anche le strutture private accreditate garantiscono in alcuni casi i servizi di emergenza ospedaliera. La Tabella 5.8 riporta la quota di strutture pubbliche e private accreditate dotate di dipartimenti dedicati all'emergenza. Il contributo del privato accreditato è

Tabella 5.8 **Distribuzione dei servizi di emergenza–urgenza presso strutture pubbliche e private accreditate (2012)**

Regione	Strutture pubbliche ed equiparate				Strutture private accreditate			
	% dotata di DE *	% dotata di PS	% dotata di PSP**	% dotata di CR***	% dotata di DE	% dotata di PS	% dotata di PSP	% dotata di CR
Piemonte	64,9	73,0	29,7	67,6	–	–	–	7,9
Valle d'Aosta	100,0	100,0	100,0	100,0	–	–	–	–
Lombardia	63,9	72,1	37,7	73,8	8,5	22,5	2,8	16,9
PA Bolzano	42,9	100,0	14,3	57,1	–	–	–	–
PA Trento		87,5	12,5	25,0	–	–	–	–
Veneto	60,5	76,3	10,5	68,4	6,7	6,7	–	–
Friuli VG	76,9	76,9	23,1	76,9	–	–	–	–
Liguria	72,7	81,8	45,5	90,9	–	–	–	25,0
Emilia Romagna	82,1	89,3	10,7	75,0	–	–	–	13,3
Toscana	82,9	80,5	9,8	70,7	–	–	–	3,6
Umbria	60,0	90,0		70,0	–	–	–	–
Marche	75,0	93,8	12,5	75,0	–	–	–	–
Lazio	35,5	69,4	9,7	54,8	–	6,7	–	6,7
Abruzzo	38,9	100,0	5,6	66,7	–	–	–	36,4
Molise	60,0	60,0		100,0	–	–	–	–
Campania	51,0	87,8	34,7	67,3	7,8	15,6	–	12,5
Puglia	50,0	92,1	5,3	63,2	–	–	–	12,1
Basilicata	22,2	88,9		66,7	–	–	–	–
Calabria	53,6	89,3	7,1	42,9	6,7	3,3	–	3,3
Sicilia	25,4	89,6	9,0	59,7	–	–	–	6,3
Sardegna	29,0	77,4	16,1	45,2	–	–	–	–
<b>ITALIA</b>	<b>52,2</b>	<b>82,2</b>	<b>16,8</b>	<b>64,4</b>	<b>2,7</b>	<b>6,2</b>	<b>0,4</b>	<b>9,4</b>

\* Dipartimento di Emergenza

\*\* Pronto Soccorso pediatrico

\*\*\* Centri Rianimazione

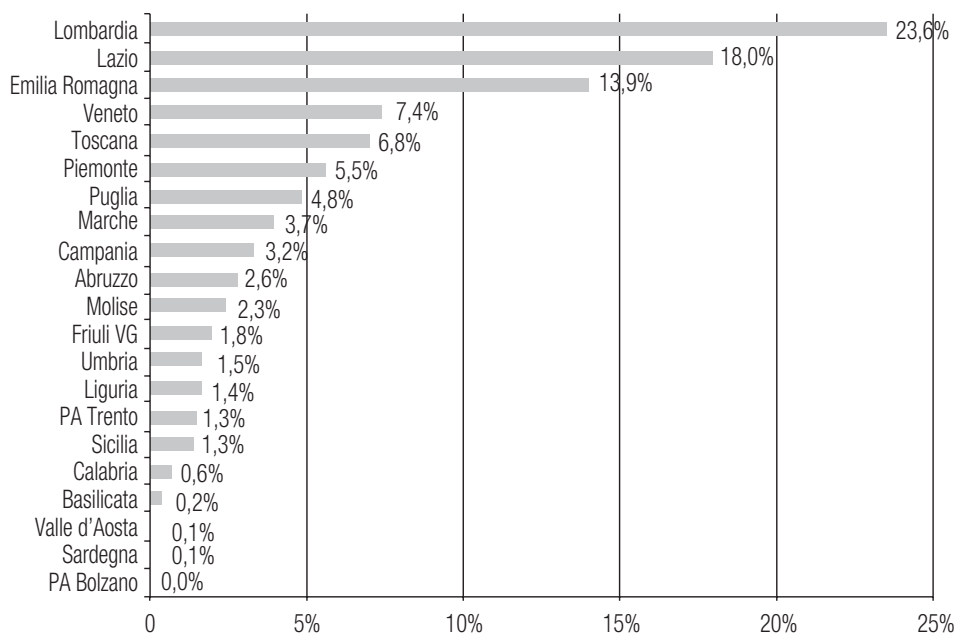
Fonte: Ministero della Salute, Attività gestionali ed economiche (AGE) delle ASL e delle AO, 2012

limitato, con una concentrazione più elevata in Lombardia (quasi il 9% delle strutture accreditate è dotato di dipartimento di emergenza, quasi il 23 di un pronto soccorso, il 3 di un PS pediatrico ed il 17 di un centro di rianimazione) ed in Campania (l'8% ha un dipartimento di emergenza, il 16 un PS ed il 13 un centro di rianimazione). Il dato del privato accreditato, però, è sottostimato perché sconta il limite di rilevazione dei dati ministeriali, che includono tra le strutture pubbliche anche quelle equiparate. Così, sia gli IRCCS di diritto privato che i Policlinici privati a gestione diretta dell'Università che hanno in dotazione servizi per l'emergenza vengono conteggiati insieme alle strutture pubbliche.

### 5.4.2 Qualità e appropriatezza organizzativa

Oltre ai livelli di attività, è opportuno valutare l'offerta di prestazioni sanitarie in termini qualitativi e di appropriatezza. Un aspetto quindi da affrontare è il tema della mobilità, ovvero la possibilità di fruire dei servizi sanitari presso una struttura situata in una regione differente da quella di residenza. L'analisi dei flussi di migrazione sanitaria, dunque, può essere una *proxy* efficace per valutare la reputazione e la qualità percepita dei servizi offerti dalle singole regioni. In questo caso, si analizzano i flussi di mobilità orientati verso strutture sanitarie private accreditate localizzate in altre regioni. Nella Figura 5.7 si mostra l'attrazione della mobilità sanitaria da parte del privato accreditato di ogni singola regione, calcolata come rapporto tra la mobilità attiva di una regione (totale ricoveri di pazienti extraregione effettuati in strutture private accreditate) e la mobilità accreditata totale a livello nazionale (totali ricoveri in strutture private accreditate effettuati in regioni diverse da quelle di residenza del paziente). Come si può notare, tre sole regioni attraggono metà della mobilità totale, con la Lombardia capofila (23,6%), seguita da Lazio ed Emilia Romagna che attraggono rispettivamente il 18% ed il 14% della mobi-

Figura 5.7 **Assorbimento della mobilità del privato accreditato (2013)**

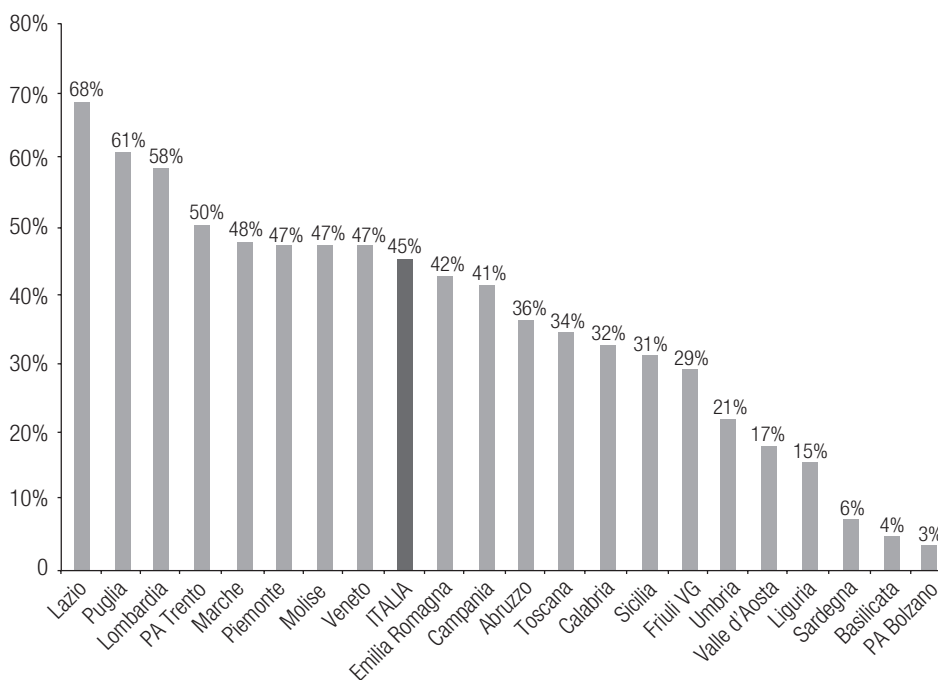


Fonte: Elaborazione OASI su Dati SDO, 2013

lità totale. Tali dati, espressione dei volumi di mobilità assorbiti dagli erogatori privati di ogni specifica regione, risultano influenzati dall'estensione del privato accreditato in ogni SSR, con alcune eccezioni: si veda il caso della Campania che, pur rappresentando uno dei tre contesti in cui il privato accreditato è più sedimentato<sup>8</sup>, attrae soltanto il 3,2% della mobilità totale.

Diversamente, la Figura 5.8 mostra il peso del privato accreditato rispetto alla mobilità totale attratta da ogni singola regione. Complessivamente, il 45% degli oltre 750.000 ricoveri effettuati in regioni diverse da quella di residenza è erogato da strutture private accreditate, in crescita di 4 punti percentuali rispetto al 2010. In 3 regioni, tutte di rilevanti dimensioni, Puglia, Lombardia e Lazio, le strutture accreditate attraggono la maggioranza dei ricoveri extraregione, mentre regioni più piccole e con minore presenza di erogatori privati presentano livelli di ricoveri per pazienti extraregione inferiori al 10% (Sardegna, Basilicata, PA Bolzano).

Figura 5.8 **Attrazione del privato accreditato per regione (2013)**



Fonte: Elaborazione OASI su Dati SDO, 2013

<sup>8</sup> Con oltre 370.000 ricoveri totali da parte di erogatori privati per conto del SSN, pari al 15% dei ricoveri privati accreditati totali, la Campania è preceduta, in termini di volumi di prestazioni, solo da Lombardia e Lazio

Considerando che il privato accreditato gestisce per conto del SSN il 25% dei ricoveri totali (Figura 5.2) e che questa percentuale sale al 45% quando si tiene conto esclusivamente dei pazienti in mobilità, si può esprimere un giudizio positivo sui livelli di qualità percepita dei servizi sanitari erogati da strutture ospedaliere private accreditate.

La crescente attenzione a monitorare la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera ha portato all'individuazione, nel Patto della salute 2010–2012, di otto indicatori che valutano l'appropriatezza organizzativa in ambito ospedaliero. Quest'ultima (già definita nel PSN 1998–2000) concerne la scelta dell'ambito nel quale erogare le prestazioni sanitarie, ovvero la ricerca e l'applicazione delle azioni per massimizzare la sicurezza e il benessere del paziente (per esempio, programmi mirati a ridurre il rischio delle infezioni ospedaliere), incluso il concetto di ottimizzazione dell'efficienza produttiva e del consumo di risorse (massimizzazione del numero di pazienti che possono accedere ad interventi efficaci). Di seguito si effettua un confronto analitico tra strutture pubbliche e *player* privati accreditati relativamente a due di questi indicatori (il primo per l'ambito chirurgico, il secondo per quello medico): la degenza media preoperatoria e la percentuale di ricoveri ordinari medici brevi (0–2 gg) sul totale dei ricoveri ordinari medici.<sup>9</sup>

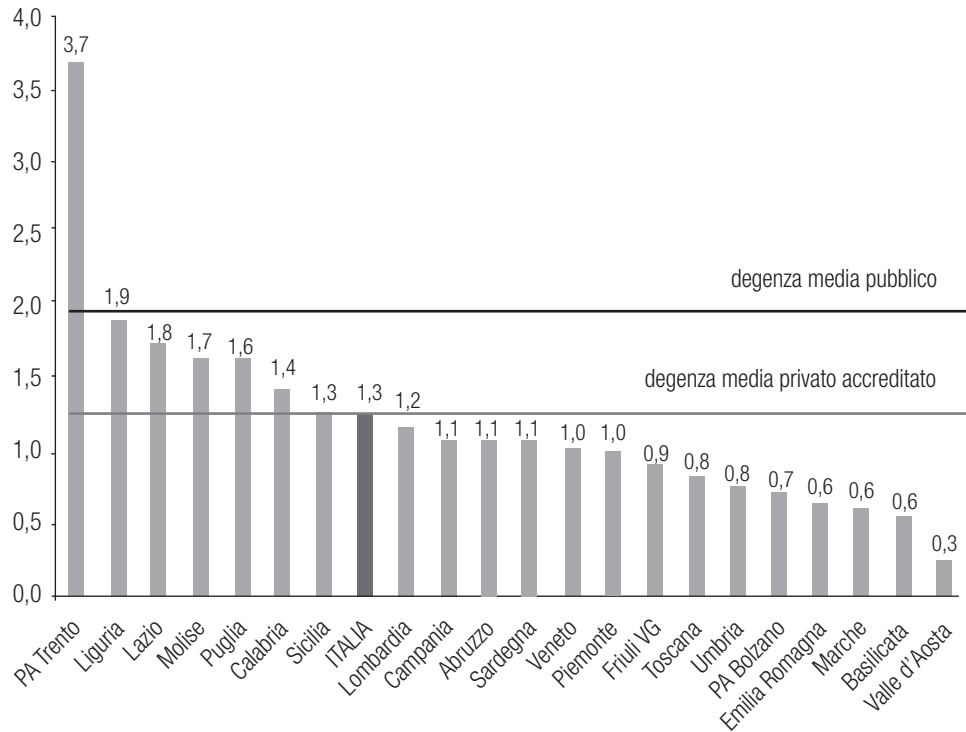
La degenza media preoperatoria, calcolata come il rapporto tra la somma delle giornate che intercorrono tra il ricovero e la data dell'intervento ed il totale dei dimessi, è un indicatore che esprime la capacità programmatica di una struttura e l'abilità della stessa nell'utilizzare le risorse a propria disposizione, fisiche ed umane, nel progettare il percorso preoperatorio.

La Figura 5.9 mostra la degenza media preoperatoria nelle strutture private accreditate dei singoli SSR, riportando inoltre il dato medio nazionale per il pubblico ed il privato accreditato<sup>10</sup>. La degenza media preoperatoria nelle strutture pubbliche (2 giorni) è superiore a quella registrata nel privato accreditato, pari a 1,3 giorni. Tutte le regioni, ad eccezione della PA di Trento, presentano nelle strutture accreditate valori medi della degenza preoperatoria inferiori rispetto a quelli delle strutture pubbliche. Nel privato accreditato i valori minimi si registrano in Valle d'Aosta (0,3 giorni), mentre nella PA di Trento si raggiungono i 3,7 giorni di degenza media prima dell'operazione. Nel pubblico, invece, tutti i valori medi regionali sono

<sup>9</sup> I restanti indicatori proposti nel Patto della Salute 2010–2012 sono: la percentuale di fratture del femore operate entro 2 giorni dal ricovero; la percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico; la percentuale di ricovero con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri; la percentuale di ricoveri ordinari sul totale dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately; la percentuale di ricoveri DH medici diagnostici sul totale dei ricoveri DH medici; la percentuale dei ricoveri oltre soglia sul totale dei ricoveri ordinari medici di pazienti con età  $\geq 65$  anni.

<sup>10</sup> I valori sono calcolati come media delle degenze preoperatorie registrate nelle singole strutture ponderate per il numero di interventi. Nel calcolo non sono state considerate le strutture che riportano un dato di degenza media preoperatoria superiore a 5 giorni.

Figura 5.9 **Degenza media preoperatoria in strutture private accreditate per regione (2013)**

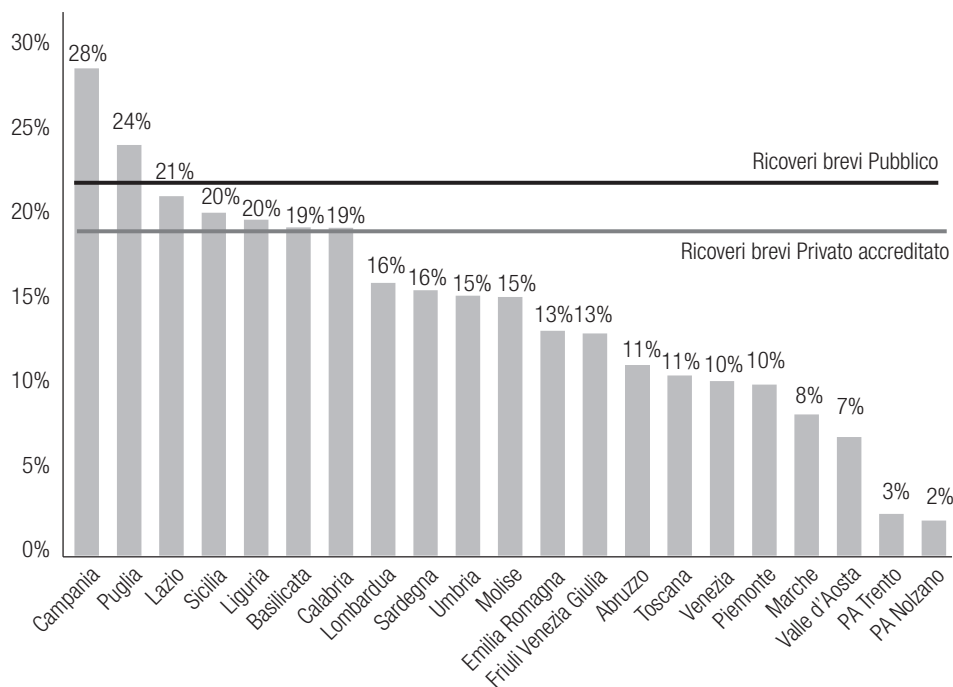


Fonte: Elaborazione OASI su Dati SDO, 2013

superiori a 1,5 giorni con massimi rilevati in Lazio (2,6 giorni) e Molise (2,5 giorni).

La percentuale di ricoveri medici brevi è un altro valido indicatore per monitorare l'appropriatezza organizzativa delle degenze per acuti. Calcolato come rapporto tra il numero di ricoveri medici ordinari con degenza minore o uguale a 2 giorni ed il totale dei ricoveri ordinari con DRG medico, l'indicatore si focalizza su quei ricoveri che, per la bassa complessità delle prestazioni erogate (tanto da non richiedere alcun intervento chirurgico) e la brevità della degenza, dovrebbero più efficacemente essere trattati presso *setting* assistenziali diversi. La Figura 5.10 presenta il valore di questo indicatore presso le strutture accreditate dei 21 SSR, mostrando anche il dato medio nazionale nel pubblico e nel privato accreditato. L'incidenza dei ricoveri medici brevi nel privato accreditato varia dal massimo del 28% registrato in Campania, seguito dal 24% della Puglia, fino ai valori minimi registrati nelle PA di Trento e Bolzano, rispettiva-

Figura 5.10 **Percentuale di ricoveri medici brevi nel privato accreditato per regione (2013)**



Fonte: Elaborazione OASI su Dati SDO, 2013

mente pari al 3% e al 2%. A livello nazionale, l'incidenza dei ricoveri medici brevi è superiore nel pubblico (22% vs 19%). Nel privato accreditato, invece, è maggiore la variabilità interregionale, con valori del range e della deviazione standard superiori rispetto a quelli delle strutture pubbliche.

Dai dati emerge un'incidenza dei ricoveri evitabili limitata e in riduzione rispetto al passato<sup>11</sup>. Tuttavia, in alcuni contesti l'alta incidenza di ricoveri medici brevi nel privato accreditato può essere indice di inappropriately organizzativa in sede di accettazione del paziente o di una inadeguata diffusione dei servizi territoriali sul territorio locale.

<sup>11</sup> Nell'Ottobre 2010, in una precedente pubblicazione del Dipartimento della qualità della DG Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, la percentuale di ricoveri medici brevi risulta pari al 25% nel pubblico ed al 28 nel privato accreditato per l'anno 2009.



## **Bibliografia**

- Baldino L., e Parma E. (2003), «Linee di prodotto: segmentazione del mercato dei ricoveri», *Mecosan*, 12(45), pp. 103-119.
- Bensa G., Carbone C. e Lega F. (2008), «Le reti ospedaliere dei SSR: un'analisi comparativa», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2008*, Milano, Egea.
- 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.