

OSSERVATORIO SULLA
SANITA' PRIVATA
ACCREDITATA

A cura del **CERGAS BOCCONI**

Febbraio 2007

1. La sanità privata accreditata¹

1.1. Introduzione

Il fine istituzionale di tutela della salute del SSN non è un compito esclusivo del sistema pubblico, ma è un obiettivo dell'intero sistema sociale, cui concorrono soggetti pubblici e privati che hanno ruoli diversi ma di pari dignità. Il carattere pubblicistico del SSN, più volte richiamato dalla normativa del nostro Paese, non è ovviamente da associare ad un'idea di esclusività dell'offerta sanitaria pubblica quanto piuttosto all'unicità pubblica del governo delle regole e delle relazioni tra i soggetti del sistema (PSN 2006-2008). L'intensificarsi delle relazioni tra strutture pubbliche e private rappresenta la base di partenza per la realizzazione di un sistema sociale come precedentemente inteso. L'introduzione dell'istituto dell'accreditamento ha agito in questa direzione: si è passati da una fase in cui i soggetti privati erano convenzionati perché capaci di integrare la capacità produttiva delle strutture pubbliche per quei settori ad elevata domanda (determinando così una riduzione delle liste di attesa sul versante dell'assistenza ospedaliera e un miglioramento dell'integrazione socio-sanitaria sul versante delle prestazioni territoriali); ad una fase, come quella attuale, in cui il SSN ha l'obiettivo di rispondere alle priorità assistenziali della popolazione garantendo l'offerta di prestazioni sanitarie, comprese quella ad alta complessità assistenziale e ad elevato contenuto tecnologico, attraverso il potenziamento delle aziende di erogazione sia pubbliche che private. In generale, il sistema di accreditamento rappresenta da una parte uno strumento di selezione dei soggetti che concorrono al fine istituzionale di tutela della salute, seppure con diversi possibili gradi di severità² (Brusoni e Frosini, 2002); dall'altra un indirizzo forte nei confronti del modello organizzativo e gestionale da attuare.

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

¹ Il presente rapporto di ricerca è stato redatto con il contributo dei seguenti ricercatori CERGAS: Eugenio Anessi Pessina, Giuliana Bensa, Elena Cantù, Clara Carbone, Carlo De Pietro, Francesca Lecci, Francesco Longo.

² Il fatto che la definizione del modello di accreditamento sia competenza delle singole regioni può ovviamente determinare processi di selezione più o meno restrittivi.



- gli attori della sanità privata accreditata (tipologia, numero di strutture operanti nel sistema e peso del privato accreditato rispetto alle strutture pubbliche, § 1.2);
- il sistema delle regole in cui operano le strutture private accreditate come, ad esempio, la definizione del loro ruolo nell'ambito dei SSR e i meccanismi di finanziamento (§1.3);
- le scelte di assetto tecnico (configurazione fisico tecnica delle aziende) e di dimensionamento dell'organismo personale (§1.4);
- i dati di output in termini di tipologie e volumi delle prestazioni erogate (§1.5);
- i dati di spesa relativi all'ospedalità privata (§1.6);
- i dati di outcome in termini di soddisfazione della collettività per i servizi offerti dalle strutture private accreditate (§1.7).

1.2. Gli attori della sanità privata accreditata

1.2.1. Identificazione e segmentazione del settore

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

1. l'ambito di afferenza della struttura a partire dalle categorie assistenziali individuate nel D.P.C.M. dei LEA (assistenza ospedaliera e assistenza distrettuale)³;
2. il livello di intensità di cura (emergenza, specialistica, riabilitazione e lungodegenza).

Da questa preliminare fotografia rimangono esclusi gli ambiti legati all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (prevenzione, igiene, sanità pubblica ecc.) e alla medicina generale in quanto, ad oggi, tali

³ Per assistenza ospedaliera si intendono le seguenti prestazioni: a) pronto soccorso, b), degenza ordinaria, c) day hospital, d) day surgery, e) interventi ospedalieri a domicilio (in base ai modelli organizzativi fissati dalle Regioni), f) riabilitazione, g) lungodegenza, h) raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali, i) attività di prelievo, conservazione e distribuzione di tessuti, l) attività di trapianto di organi e tessuti. Per assistenza distrettuale si intendono le seguenti prestazioni: a) assistenza sanitaria di base, b) attività di emergenza sanitaria territoriale, c) assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali, d) assistenza integrativa, e) assistenza specialistica ambulatoriale, f) assistenza protesica, g) assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, h) assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale, i) assistenza termale.



ambiti sono esclusivamente presidiati dalle strutture pubbliche (attraverso i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL) e le strutture private intervengono solo in alcuni programmi di prevenzione (per esempio, lo screening per i tumori a fini preventivi). In prospettiva non si esclude uno sviluppo di investimenti nel campo della prevenzione da parte del mondo della sanità privata.



Tabella 1.1 Attori della sanità privata accreditata

	Ambito di afferenza*	
Intensità di cura	Assistenza distrettuale	Assistenza ospedaliera
Emergenza-urgenza	<p>Aziende per il trasporto pazienti (es. servizio Ambulanze)</p> <p>Aziende per la ricezione delle richieste di intervento per l'emergenza sanitaria e coordinamento degli interventi nell'ambito territoriale.</p>	<p>Case di Cura dotate di servizi per l'emergenza</p> <p>Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto privato dotati di servizi per l'emergenza</p> <p>Ospedali classificati dotati di servizi per l'emergenza</p> <p>Istituti qualificati presidio ASL dotati di servizi per l'emergenza</p> <p>Policlinici privati a gestione diretta dell'Università dotati di servizi per l'emergenza</p>
Specialistica	<p>Ambulatori e laboratori (ospedalieri ed extraospedalieri)</p> <p>Altre strutture territoriali: Centro trasfusionale, Centro dialisi, stabilimenti idrotermali</p>	<p>Case di Cura</p> <p>Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto privato</p> <p>Ospedali classificati</p> <p>Istituti qualificati presidio ASL</p> <p>Policlinici privati a gestione diretta dell'Università</p>
Riabilitazione	<p>Strutture residenziali (ad esempio, Istituti di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78, Comunità terapeutica per il recupero dei tossicodipendenti)</p> <p>Strutture semiresidenziali (ad esempio, Istituti di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 e Centri diurni psichiatrici)</p>	<p>Case di Cura</p> <p>Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto privato</p> <p>Ospedali classificati</p> <p>Istituti qualificati presidio ASL</p> <p>Policlinici privati a gestione diretta dell'Università</p>
Lungodegenza	<p>Strutture residenziali (ad esempio, strutture per l'assistenza agli anziani - RSA e Case protette - ai disabili fisici e psichici)</p>	<p>Case di Cura</p> <p>Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto privato</p> <p>Ospedali classificati</p> <p>Istituti qualificati presidio ASL</p> <p>Policlinici privati a gestione diretta dell'Università</p>

Fonte. nostra elaborazione



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

In particolare (cfr. Tabella 1.1):

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

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera (cfr. Tabella 1.1), i soggetti privati che erogano prestazioni sanitarie sono le Case di Cura private accreditate e parte delle strutture equiparate alle pubbliche (gli IRCCS di diritto privato, gli ospedali classificati⁴, gli ospedali qualificati presidio di ASL⁵ ex art. 43 legge 833/78, i Policlinici privati a gestione diretta dell'Università). In particolare, alcune di queste operano a livello di emergenza-urgenze quando dotate, ad esempio, di un dipartimento di emergenza, un pronto soccorso (PS), un centro di rianimazione, un servizio di ambulanze.

Prima di presentare le principali caratteristiche degli attori che operano nel mondo della sanità privata accreditata è opportuno segnalare alcuni limiti metodologici che vanno considerati soprattutto nella fase di interpretazione dei dati presentati nei paragrafi successivi.

I dati attualmente disponibili (rilevazioni ministeriali dei dati di attività e rilevazione dei dati di spesa attraverso i CE e rielaborati dalla sezione sanità nella Relazione Generale sulla situazione economica del Paese: (i) fanno riferimento ad aggregati non sempre corrispondenti ai segmenti identificati e sono variamente definiti; (ii) non coprono sistematicamente tutti i segmenti e

⁴ Gli ospedali classificati sono strutture di proprietà di Enti religiosi.

⁵ Gli istituti qualificati presidio di ASL rappresentano una categoria residuale di strutture di ricovero di proprietà di Enti religiosi o di soggetti privati.



(iii) non sono tempestivamente aggiornati (ultimi dati ministeriali disponibili al 2004, ancora incompleti). Con riferimento al primo problema è utile, sempre ai fini dell'interpretazione dei dati, sottolineare due aspetti.

- Il primo riguarda la rilevazione dei flussi ministeriali per tipologia di struttura di ricovero che, in alcuni casi, prevede un'elaborazione e articolazione dei dati (soprattutto quelli di attività) in strutture pubbliche (presidi di ASL e AO), strutture equiparate alle pubbliche (IRCCS pubblici e privati, Policlinici a gestione diretta dell'università pubblici e privati, Ospedali classificati, Istituti qualificati presidio ASL, Enti di ricerca) e strutture private accreditate. Ciò significa che spesso i dati delle strutture equiparate alle pubbliche vengono forniti a livello aggregato senza disaggregazione per tipologia (non potendo, ad esempio, scorporare gli IRCCS privati dal dato complessivo degli IRCCS) e che, in alcuni casi, le strutture equiparate vengono addirittura aggregate alle pubbliche nei confronti pubblico-privato.
- Il secondo è relativo al metodo di aggregazione dei dati di spesa privata accreditata e convenzionata rielaborati dalla sezione sanità nella RGSEP. Per ogni voce di spesa privata accreditata e convenzionata, viene riportata, in appendice (tabella B), la definizione ufficiale contenuta nella RGSEP.

1.2.2. Le caratteristiche degli attori della sanità privata accreditata

Fatta questa descrizione dei “segmenti di mercato” in cui opera il privato accreditato, in questo paragrafo approfondiamo il tema in termini di numero di strutture che vi operano. A questo proposito è opportuno, però, segnalare che la presentazione di alcuni dati di confronto tra le strutture pubbliche e private sconta il limite di rilevazione dei dati ministeriali che generalmente aggregano ai dati delle strutture pubbliche quelli delle strutture equiparate alle pubbliche, pur includendo queste ultime una quota rilevante di istituti privati. Nel prosieguo di questo rapporto di ricerca si è cercato, laddove possibile, di scorporare nell'ambito delle strutture equiparate alle pubbliche i dati di quelle private (IRCCS di diritto privato, Ospedali classificati, Istituti privati qualificati presidio ASL e Policlinici privati a gestione diretta dell'Università).

Con riferimento alle Case di Cura private (accreditate e non), la Tabella 1.2 ne presenta la distribuzione geografica e la variazione in valore assoluto nel periodo 1997-2004 nei vari SSR: la riduzione delle case di cura private non accreditate (da 111 a 82) è stata solo minimamente compensata da un aumento di quelle accreditate (da 537 del 1997 a 542 del 2004). La regione che ha accreditato di più nel corso degli anni considerati è stata la Sicilia (+12) seguita da Lombardia ed Emilia Romagna (+6); quella che ha registrato la più elevata



variazione in diminuzione è stata il Lazio (-16). Riguardo alle strutture non accreditate, tutte le regioni registrano dei decrementi ad eccezione di Puglia e Lombardia (+3).

Tabella 1.2 Case di cura private accreditate e non e variazione in valore assoluto (1997-2004)

	Case di cura private accreditate			Case di cura private non accreditate		
	1997	2004	Variazione 1997-2004	1997	2004	Variazione 1997-2004
PIEMONTE	39	41	2	9	5	-4
VALLE D'AOSTA			0			0
LOMBARDIA	55	61	6	10	13	3
PROV. AUTON. BOLZANO	8	5	-3	3	2	-1
PROV. AUTON. TRENTO	5	5	0			0
VENETO	16	15	-1	4	3	-1
FRIULI VENEZIA GIULIA	5	5	0			0
LIGURIA	2	3	1	8	7	-1
EMILIA ROMAGNA	39	45	6	7	3	-4
TOSCANA	30	28	-2	6	3	-3
UMBRIA	4	5	1			0
MARCHE	14	14	0			0
LAZIO	100	84	-16	45	34	-11
ABRUZZO	11	12	1	1		-1
MOLISE	3	3	0			0
CAMPANIA	73	71	-2	6	5	-1
PUGLIA	35	32	-3	3	6	3
BASILICATA	1	1	0			0
CALABRIA	36	38	2			0
SICILIA	49	61	12	9	1	-8
SARDEGNA	12	13	1	0		0
ITALIA	537	542	5	111	82	-29

Fonte: Attività Economiche e Gestionali (Ministero della Salute)

Le prime 20 Case di cura del nostro Paese per dotazione di posti letto accreditati⁶ sono localizzate prevalentemente in due regioni (cfr. Tabella 1.3): Lombardia (8 strutture) e Lazio (6 strutture). Per il resto, le strutture sono ubicate in Campania, Calabria, Abruzzo, Sicilia e Toscana.

Tabella 1.3 Ubicazione delle prime 20 Case di Cura private accreditate per dimensioni dei posti letto accreditati (anno 2003)

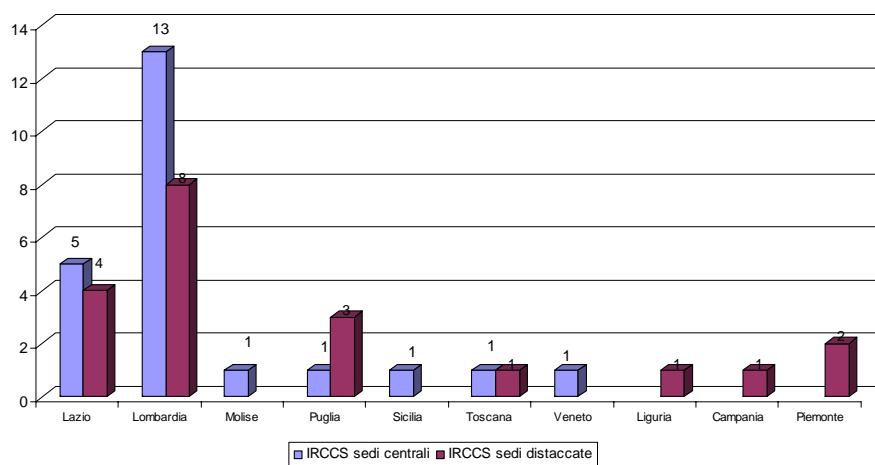
Regione	ASL di afferenza	Casa di Cura privata accreditata	posti letto
LAZIO	RM/H	VILLA DELLE QUERCE-POLIGEST	540
LOMBARDIA	A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MILANO 2	ISTITUTO CLINICO "HUMANITAS"- ROZZANO (dal 2005 IRCCS)	473
CAMPANIA	NAPOLI 1	CASA DI CURA "VILLA RUSSO" S.P.A.	423
LAZIO	LATINA	ISTIT CHIR ORTOP TRAUMATOLOGICO	417
LOMBARDIA	A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MILANO 2	IST.POLICL.S.DONATO SPA-S.DONATO M. (dal 2006 IRCCS)	380
CALABRIA	REGGIO CALABRIA	POLICLINICO MADONNA DELLA CONSOLAZIONE	360
ABRUZZO	PESCARA	C.DI CURA PRIV.VILLA SERENA DR.PETRUZZI	352
LAZIO	RM/G	CENTRO DI SANITA' SRL-NOMENTANA HOSPITAL	344
LOMBARDIA	A.S.L. DELLA CITTA' DI MILANO	ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI SPA (dal 2006 IRCCS)	343
LOMBARDIA	A.S.L. DELLA PROVINCIA DI BRESCIA	POLIAMBULANZA - BRESCIA	338
SICILIA	PALERMO	CASA DI CURA NOTO PASQUALINO S.R.L.	335
LAZIO	RM/H	SAN RAFFAELE_VELLETRI.	330
LAZIO	RM/E	AURELIA HOSPITAL	322
LOMBARDIA	A.S.L. DELLA PROVINCIA DI BRESCIA	IST.CLIN. CITTA' DI BRESCIA SPA-BRESCIA	320
LOMBARDIA	A.S.L. DELLA PROVINCIA DI BERGAMO	POLICLINICO SAN PIETRO S.P.A.	314
LOMBARDIA	A.S.L. DELLA PROVINCIA DI BERGAMO	POLICLINICO SAN MARCO S.R.L.-OSIO SOTTO	310
LAZIO	RM/D	CASA DI CURA S.RAFFAELE	298
LOMBARDIA	A.S.L. DELLA PROVINCIA DI BRESCIA	CASA DI CURA S. ANNA - BRESCIA	294
CAMPANIA	SALERNO 2	CAMPOLONGO HOSPITAL SPA C.E.M.F.R. EBOLI	283
TOSCANA	FIRENZE	CASA DI CURA ULIVELLA E GLICINI	271

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Riguardo agli IRCCS di diritto privato, essi hanno sede (centrale o distaccata) in 10 regioni su 21 e ammontano a 43 strutture (cfr. Figura 1.1): la regione che registra la concentrazione più elevata è la Lombardia (13 sedi centrali e 8 sedi distaccate), seguita dal Lazio (5 sedi centrali e 2 sedi distaccate). Inoltre, la Tabella 1.4 riporta l'elenco delle sedi centrali degli IRCCS di diritto privato con la presentazione di alcuni aspetti caratterizzanti: aree di ricerca, numero e ubicazione delle sedi distaccate.

⁶ Si sottolinea come il numero di posti letto accreditati non rappresenta necessariamente la dimensione effettiva della struttura di ricovero. Questa ultima andrebbe, infatti, indagata con riferimento ai posti letto autorizzati rispetto ai quali, però, non esistono dati confrontabili.

Figura 1.1 Numero assoluto di IRCCS di diritto privato per regione – sedi centrali e sedi distaccate (2006)



Fonte. nostra elaborazione

Tabella 1.4 Gli IRCCS di diritto privato sede centrale con caratterizzazione per area di ricerca e numero sedi e relativa localizzazione (2006)

Regione	Denominazione Struttura	Area di ricerca	Numero sedi distaccate e relativa localizzazione
Lazio (5 IRCCS)	Casa di cura San Raffaele Pisana	riabilitazione neuromotoria e malattie professionali	
	Fondazione G.B. Bietti	oftalmologia	
	Fondazione Santa Lucia	riabilitazione neuromotoria e malattie professionali	
	Istituto Dermatopatico dell'Immacolata (IDI)	dermatologia	1 (Lazio)
	Ospedale pediatrico Bambino Gesù	pediatria	3 (Lazio)
Lombardia (13)	Istituto Eugenio Medea	riabilitazione neuromotoria e malattie professionali	3 (Veneto, Puglia)
	Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli	neurologia e psichiatria	
	Casa di Cura Multimedita	cardiologia	
	Centro Cardiologico Monzino	patologie cardiovascolari	
	Fondazione Centro San Raffaele	Medicina molecolare	
	Fondazione Don Carlo Gnocchi (IRCCS Santa Maria Nascente)	riabilitazione neuromotoria e malattie professionali	1 (Toscana)
	Istituto Auxologico Italiano	auxologia, endocrinologia metabolica, riabilitazione	3 (Lombardia e Piemonte)
	Istituto Europeo di Oncologia	oncologia	
	Istituto Ortopedico Galeazzi	ortopedia	
	Policlinico San Donato	malattie del cuore e dei grandi vasi	
	Fondazione Salvatore Maugeri	medicina occupazionale, riabilitazione, patologie croniche degenerative, disabilitanti	10 (Piemonte, Lombardia, Liguria, Campania e Puglia)
	Fondazione Istituto Neurologico Casimiro Mondino	neurologia e psichiatria	
	Istituto Clinico Humanitas	gastroenterologia	
Molise	Istituto Neurologico Mediterraneo Neuromed	neurologia e psichiatria	
Puglia	Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza	malattie genetiche ed eredo-familiari	
Sicilia	Oasi di Maria Santissima Troina	neurologia e psichiatria	
Toscana	Fondazione Stella Maris	neurologia e psichiatria	
Veneto	Ospedale San Camillo	riabilitazione neuromotoria e malattie professionali	

Le altre strutture ospedaliere equiparate alle pubbliche ammontano nel 2005 a 55 strutture di cui 39 Ospedali classificati, 17 Istituti qualificati presidio ASL (ex art. 43 legge 833/78) e 2 Policlinici privati a gestione diretta dell'Università (Policlinico A. Gemelli dell'Università Cattolica di Roma, con 1973 posti letto, e Policlinico Campus Biomedico, con 123 posti letto). La Tabella 1.5 evidenzia le prime 5 strutture classificate e istituti qualificati per numero di posti letto.

Tabella 1.5 Le prime 5 strutture classificate qualificate presidio di ASL per numero di posti letto (2003)

Regione	Asl di afferenza	denominazione struttura	posti letto	Tipologia
PUGLIA	BA/3	OSPEDALE MIULLI	561	OSPEDALI CLASSIFICATI O ASSIMILATI
LAZIO	RM/E	OSPEDALE SAN PIETRO FATEBENEFRATELLI	468	OSPEDALI CLASSIFICATI O ASSIMILATI
PIEMONTE	TORINO I	OSPEDALE MAURIZIANO "UMBERTO I"- TORINO*	392	OSPEDALI CLASSIFICATI O ASSIMILATI
PUGLIA	LE/2	OSPEDALE GENERALE PROV. CARD. G. PANICO	380	OSPEDALI CLASSIFICATI O ASSIMILATI
LOMBARDIA	A.S.L. DELLA PROVINCIA DI BRESCIA	OSPEDALE S. ORSOLA F.B.F. - BRESCIA	334	OSPEDALI CLASSIFICATI O ASSIMILATI

*L'ospedale Mauriziano dal 2005 è diventato un AO parte del gruppo pubblico

Fonte: nostra elaborazione

Riguardo all'assistenza territoriale di tipo specialistico, gli ambulatori e i laboratori privati accreditati sono concentrati prevalentemente nelle regioni del sud (ad eccezione di Abruzzo, Puglia e Basilicata) e in Lazio, dove si registra una presenza di strutture per 100.000 abitanti superiore al dato medio nazionale (10,4 per 100.000 abitanti – cfr. Tabella 1.6). In generale, tali strutture operano per lo più in ambito extra-ospedaliero (solo il 6% degli ambulatori e laboratori privati accreditati svolge la propria attività all'interno di presidi o stabilimenti ospedalieri). Un ulteriore passaggio può essere effettuato confrontando la titolarità del rapporto. Quasi il 70% di queste strutture assistenziali opera nell'ambito di una società benché si registri una certa variabilità tra i vari SSR: percentuali più elevate si rilevano in Valle D'Aosta (100%), Campania (circa 91%) e Lazio (quasi 86%); quelle più basse in Friuli Venezia Giulia (24,4%) e nella provincia autonoma di Bolzano (29%). Il restante 30% opta per la titolarità

in capo al singolo medico (con un massimo rappresentato dalla Sicilia) o alla singola Casa di cura, oppure sceglie altre tipologie di rapporto.

Infine, per gli ambulatori e i laboratori si evidenzia il forte peso del privato accreditato pari al 57 per cento delle strutture complessive a livello nazionale (cfr. Figura 1.2). Rispetto allo scorso anno vi è stata una diminuzione del numero complessivo (da circa 14.448 nel 2003 a 10541 nel 2004) e un aumento del peso del privato accreditato (da 50% nel 2003 al 57% nel 2004). Tali dinamiche sono dipese soprattutto da fenomeni di accorpamento di laboratori e ambulatori pubblici. La presenza di strutture private accreditate è rilevante (addirittura preponderante) nelle regioni meridionali (insieme a Lazio, Lombardia e Veneto). Inoltre, si sottolinea come Sicilia e Campania contribuiscano in modo rilevante a determinare la percentuale elevata del livello nazionale (57%): queste due regioni, che rappresentano rispettivamente il 9% e il 10% della popolazione italiana, presentano una dotazione di ambulatori e laboratori privati accreditati pari rispettivamente a 20,7 e 29,1 per 100.000 abitanti contro i 10,4 nazionali (cfr. Tab. 1.6).

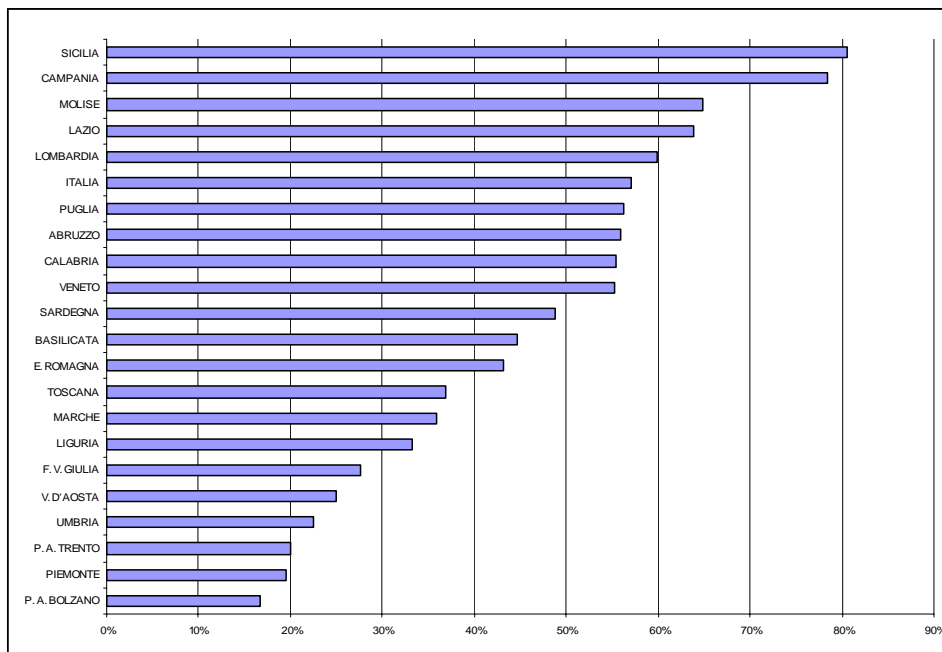


Tabella 1.6 Ambulatori e laboratori privati accreditati (2004)

Regioni	Ambulatori e laboratori strutture private accreditate		
	Totale	per 100.000 abitanti	di cui extraospedalieri
PIEMONTE	92	2,2	78%
V. D'AOSTA	2	1,6	100%
LOMBARDIA	502	5,4	83%
P. A. BOLZANO	31	6,6	71%
P. A. TRENTO	9	1,8	78%
VENETO	261	5,6	93%
F. V. GIULIA	41	3,4	95%
LIGURIA	161	10,2	100%
E. ROMAGNA	195	4,8	84%
TOSCANA	356	10	92%
UMBRIA	22	2,6	86%
MARCHE	91	6	91%
LAZIO	594	11,4	92%
ABRUZZO	113	8,8	96%
MOLISE	37	11,5	97%
CAMPANIA	1194	20,7	96%
PUGLIA	364	9	97%
BASILICATA	46	7,7	100%
CALABRIA	253	12,6	96%
SICILIA	1456	29,1	98%
SARDEGNA	192	11,7	97%
ITALIA	6.012	10,4	94%

Fonte: Attività Economiche e Gestionali (Ministero della Salute)

Figura 1.2 Percentuale ambulatori e laboratori privati accreditati sul totale degli ambulatori e laboratori (2004)



Fonte: nostra elaborazione

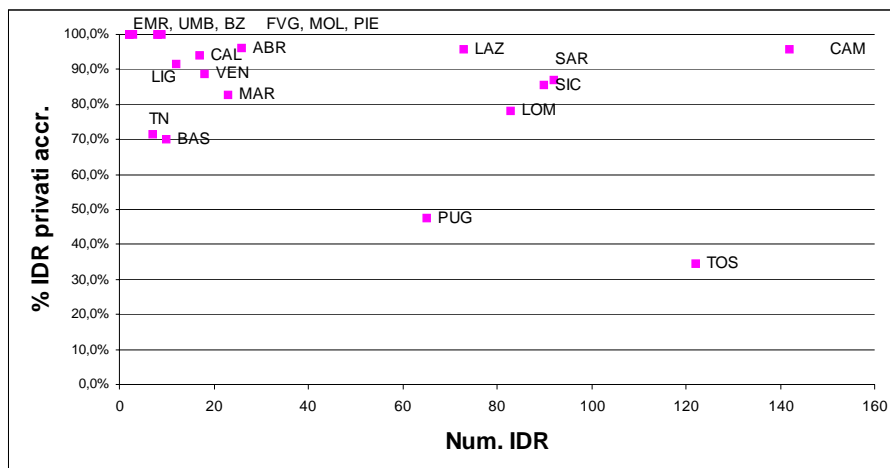
Rispetto alla riabilitazione e lungodegenza, le strutture che operano prevalentemente a livello territoriale sono le strutture semiresidenziali e residenziali volte all'assistenza psichiatrica, agli anziani e ai disabili psichici e fisici. Per entrambe le tipologie di strutture sono le regioni del nord (in particolare Emilia Romagna, Lombardia, Veneto e Valle d'Aosta) a presentare le più elevate percentuali di strutture private accreditate, a cui si aggiungono il Molise, dove tutte le strutture residenziali e semiresidenziali sono gestite dal privato, l'Abruzzo e la Puglia, dove il privato gestisce rispettivamente l'81% e il 73% delle strutture residenziali (cfr. Tabella 1.7). L'attività riabilitazione si svolge anche nell'ambito degli Istituti di riabilitazione ex art. 26 L. 833/1978: in quasi tutte le regioni più del 70% degli istituti di riabilitazione è privato accreditato. Fanno eccezione la Toscana e la Puglia dove l'offerta pubblica supera il 50% e la Valle D'Aosta in cui non si rilevano istituti di riabilitazione ex art. 26 L. 833/1978 (cfr. Figura 1.3). Nell'ambito di tali istituti l'attività è svolta sia in regime residenziale che semiresidenziale.

Tabella 1.7 Percentuale delle strutture residenziali e semiresidenziali private accreditate sul totale per regione per assistenza psichiatrica, agli anziani e ai disabili psichici e fisici (2004)

Regioni	STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI		STRUTTURE RESIDENZIALI	
		di cui privati accreditati		di cui privati accreditati
PIEMONTE	124	49%	494	58%
V. D'AOSTA	1	100%	3	100%
LOMBARDIA	530	61%	949	82%
P. A. BOLZANO	5	0%	23	65%
P. A. TRENTO	0		55	87%
VENETO	333	56%	569	77%
F. V. GIULIA	51	27%	136	58%
LIGURIA	45	36%	132	70%
E. ROMAGNA	447	80%	572	83%
TOSCANA	227	31%	455	57%
UMBRIA	49	35%	68	38%
MARCHE	31	19%	81	35%
LAZIO	52	4%	118	55%
ABRUZZO	8	13%	42	81%
MOLISE	6	100%	8	100%
CAMPANIA	75	21%	126	40%
PUGLIA	40	38%	88	73%
BASILICATA	3	33%	20	60%
CALABRIA	14	50%	50	62%
SICILIA	34	15%	95	52%
SARDEGNA	13	31%	48	56%
ITALIA	2088	53%	4132	69%

Fonte: Attività Economiche e Gestionali, Ministero della Salute

Figura 1.3 Numero e incidenza privato accreditato degli Istituti di riabilitazione (ex art. 26 della Legge 833/1978 - 2004)



Fonte: Attività Economiche e Gestionali, Ministero della Salute

Un'ultima considerazione rispetto al tema degli attori della sanità privata riguarda l'attuale tendenza verso la concentrazione che si manifesta in forme diverse (non solo fusioni o costituzione di gruppi propriamente intesi). La Tabella 1.8 riporta i principali gruppi propriamente intesi, ovvero quelli con una maggiore dotazione di posti letto complessivi, fornendo anche informazioni rispetto alla forma giuridica della Capogruppo, alla denominazione delle strutture di erogazione di servizi sanitari, all'ambito di afferenza della singola struttura. E' opportuno, tuttavia, segnalare che le informazioni sui posti letto autorizzati e accreditati si basano su fonti informative (AIOP e Ministero della Salute) non esaustive: AIOP fornisce dati sui posti letto autorizzati e accreditati, ma limitatamente alle sue associate; il database del Ministero della salute riporta solo i posti letto accreditati. Rispetto a queste dinamiche è rilevante sottolineare come tali processi di formazione dei gruppi si stiano realizzando attraverso l'acquisizione di strutture che operano:

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

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

Tabella 1.8 Principali gruppi della sanità privata

Gruppo	Struttura del gruppo	Regioni in cui il gruppo opera	Strutture di ricovero	Ambito di afferenza	PI complessivi (PL accreditati)
Papiniano	S.P.A.	Lombardia	Casa di Cura Città di Milano	Ospedali e Case di cura generali	3.343 (2.971)
			Casa di Cura Madonnina SPA	Ospedali e Case di cura generali	
			Istituto Clinico Beato Matteo SPA	servizi ospedalieri	
			Istituto Clinico Prof. E. Morelli SPA	servizi ospedalieri	
			Istituto Clinico S.Siro SPA	servizi ospedalieri	
			Istituto clinico Villa Aprica SPA	Assistenza sociale residenziale	
			Istituto Policlinico San Donato	servizi ospedalieri	
			Istituto Ortopedico Galeazzi	servizi ospedalieri	
			Istituto clinico S. Ambrogio	servizi ospedalieri	
			Istituti clinici Zucchi SPA	servizi ospedalieri	
			Istituto clinico Città di Brescia	servizi ospedalieri	
			Policlinico San Pietro SPA	servizi ospedalieri	
			Istituto clinico Anna SPA	servizi ospedalieri	
Istituto di cura Città di Pavia Srl	servizi ospedalieri				



			Policlinico San Marco	servizi ospedalieri	
Giomi	S.P.A.	Calabria	Istituto Ortopedico "Franco Faggiana"	Ospedali e case di cura generali	1.625 (1.567)
		Sicilia	Istituto "Franco Scalabrino"	Ospedali e case di cura generali	
		Lazio	ICOT	Ospedali e Case di cura specializzati	
			RSA Giovanni XXIII	Case di riposo ed altri istituti di ricovero per anziani	
			Madonna del Rosario	Case di riposo ed altri istituti di ricovero per anziani	
			Residenza Cimina	Case di riposo ed altri istituti di ricovero per anziani	
			Residenze Soratte	Case di riposo ed altri istituti di ricovero per anziani	
			Clinica Parioli	Ospedali e case di cura generali	
			S.Anna	Ospedali e Case di cura specializzati	
		Toscana	IFCA	Ospedali e case di cura generali	
			Casa di Cura Santa Chiara	Ospedali e case di cura generali	
		Veneto	Ospedale Cortina Codivilla Putti	Ospedali e case di cura generali	
HSS (Holding Sanità e	S.P.A.	Lombardia	Rehab Srl	Centro di riabilitazione, di recupero e rieducazione	1.200 (nd)



Servizi)			Ospedale di Suzzara	Ospedali e case di cura generali	
			Casa Verde	Assistenza sociale residenziale	
			Physioclinic Srl	Riabilitazione sportivo - agnostica e amatoriale	
			Cima Srl	Ospedali e case di cura psichiatrici	
		Liguria	Villa Margherita	Assistenza sociale residenziale	
			Redancia Srl	Ospedali e case di cura psichiatrici	
S.A.P.A. Raffaele Garofalo & C.		Lombardia	Ospedale meriggia Pelascini – Gravedona	Ospedali e Case di cura generali	1.028 (741)
	S.P.A.	Lazio	Aurelia hospital°	servizi ospedalieri	
			European Hospital S.P.A.	servizi ospedalieri	
			Società per azioni Samadi	servizi ospedalieri	
			Casa di cura S. Antonio da Padova s.r.l.	Ospedali e Case di cura generali	
	S.A.P.A.	Lazio	Larama 98 S.P.A.*	Ospedali e case di cura psichiatrici	
		Veneto	Casa di Cura Villa berica	servizi ospedalieri	
Emilia Romagna		Hesperia Hospital Modela - Srl	servizi ospedalieri		

Sanitari Associati*

20

studi medici specialistici e



Università Commerciale
Luigi Bocconi

				poliambulatori	
			Hesperia Diagnostic Center Modena - Srl*	Studi medici	
		Piemonte	Eremo di Miazzina S.P.A.	Ospedali e case di cura psichiatrici	
Tosinvest Italia SAS di G.P.S. Gestione Partecipazioni Sanitarie	SAS	Abruzzo	Case di Cura San Raffaele di Sulmona	Ospedali e Case di cura specializzati	967 (967)
			IRCCS San Raffaele Pisana	Ospedali e Case di cura specializzati	
		Lazio	Casa di Cura Villa Patrizia SPA*	Residenza sanitaria e assistenziale	
			RSA San Raffaele (5 RSA)	Residenza sanitaria e assistenziale	
			Case di Cura San Raffaele (5 strutture)	Ospedali e Case di cura specializzati	
		Puglia	Consorzio S. Raffele (11 RSA)	Residenza sanitaria e assistenziale	
G.V. M. (Gruppo Villa Maria)	S.P.A.	Emilia Romagna	Villa Maria Cecilia	Ospedali e case di cura generali	933 (245)
			RMC Srl*	Studi medici specialistici e poliambulatori	
			Città di Lecce Hospital Srl*	Case di riposo ed altri istituti di ricovero per anziani	



	Villalba Hospital Srl	Ospedali e case di cura generali
	San Pier Damiano Hospital SPA	Servizi ospedalieri
	Sant'Anna Hospital SRL*	Ospedali e case di cura generali
	GVM Sanità Srl*	Ospedali e Case di cura specializzati
	Villa dei gerani Hospital Srl*	Ospedali e case di cura generali
	Salus Hospital SPA	Servizi ospedalieri
	Primus Srl*	Studi medici specialistici e poliambulatori
	Primus Forlì Medical center Srl*	Studi medici specialistici e poliambulatori
	Salsubium SPA*	Stabilimenti idrotermali
	Sport Medicine Center Srl*	Fisioterapia
Piemonte	Villa Maria Pia Hospital Srl	Ospedali e case di cura generali
Toscana	Villa Maria Beatrice Hospital Srl	Ospedali e Case di cura specializzati
Puglia	Anthea Hospital Srl	Servizi ospedalieri
Sicilia	Villa Maria Eleonora Hospital Srl	Ospedali e case di cura generali
	Agrigento Medical center Srl*	Studi di radiologia e radioterapia
Liguria	Villa azzurra hospital Srl	Ospedali e case di cura generali
Romania	GVM Romania*	Ospedali e case di cura generali



Humanitas	S.P.A.	Piemonte	Casa Cura Cellini SPA	servizi ospedalieri	568(568)
		Sicilia	Centro Catanese Oncologia Srl	servizi ospedalieri	
		Lombardia	Humanitas Mirasole SPA	servizi ospedalieri	
			Cliniche Gavezzani SPA	servizi ospedalieri	

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

** Per la definizione dell'ambito di afferenza è stata presa in considerazione la classificazione delle attività economiche (codice ATECO). In particolare, si fa riferimento alla categoria "N Sanità e Assistenza sociale" con codice "85" che si compone dei seguenti sub-codici "85.1 Attività dei servizi sanitari" (85.11 Servizi ospedalieri con 85.11.1 Ospedali e case di cura generali, 85.11.2 Ospedali e case di cura specializzati, 85.11.3 Ospedali e case di cura psichiatrici, 85.11.4 Istituti, cliniche e policlinici universitari, 85.11.5 Ospedali e case di cura per lunga degenza; 85.12 Servizi degli studi medici con 85.12.1 Studi medici generici convenzionati o meno col Servizio Sanitario Nazionale, 85.12.2 Ambulatori e poliambulatori del SSN e studi medici e poliambulatori specialistici, 85.12.3 Studi di radiologia e radioterapia, 85.12.4 Centri di igiene mentale, 85.12.5 Altre istituzioni sanitarie senza ricovero, centri dialisi, ambulatori tricologici eccetera; 85.13 Servizi degli studi odontoiatrici con 85.13.0 Servizi degli studi odontoiatrici; 85.14 Altri servizi sanitari con 85.14.1 Laboratori di analisi cliniche, igiene e profilassi, 85.14.2 Attività professionali paramediche indipendenti, 85.14.3 Attività professionale svolta da psicologi, 85.14.4 Servizi di ambulanza, delle banche del sangue ed altri servizi sanitari); 85.2 SERVIZI VETERINARI (85.20 Servizi veterinari con 85.20.0 Servizi veterinari); 85.3 ASSISTENZA SOCIALE (85.31 Assistenza sociale residenziale con 85.31.0 Assistenza sociale residenziale; 85.32 Assistenza sociale non residenziale con 85.32.0 Assistenza sociale non residenziale).Fonte: CERVED, AIDA



1.3. Il sistema di regole in cui operano le strutture private accreditate

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

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

1.3.1. Il ruolo del privato nei SSR

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

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

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

I piani sono stati quindi analizzati attraverso gli strumenti della *content analysis* e attraverso l'utilizzo del software TextSmart 1.1.1 di SPSS. Il ruolo del privato è stato indagato e codificato all'interno di 4 categorie:

- *Erogatore di servizi sanitari*. Questa è probabilmente l'accezione più comune del ruolo della componente privata in sanità e si riferisce, di fatto, alle funzioni assegnate alle case di cura private accreditate e alle strutture private equiparate alle pubbliche, nonché alle strutture private convenzionate che operano sul territorio.



- *Erogatore di servizi no core.* A questa categoria appartengono le aziende di servizi che sempre più diventano partner degli erogatori pubblici e privati che esternalizzano la gestione dei servizi no core, per esempio, la gestione del calore, della ristorazione, dei servizi alberghieri in generale, della movimentazione interna ed esterna, ecc.
- *Erogatore di servizi socio-assistenziali.* In questo caso il termine privato viene abbinato agli aggettivi “sociale” o “non profit” e richiama la presenza di questi soggetti nell'erogazione di prestazioni socio-assistenziali, soprattutto quelle rivolte ad anziani, disabili fisici e psichici, soggetti affetti da dipendenze.
- *Finanziatore.* A quest'ultima categoria appartengono quei soggetti privati che di fatto non operano direttamente nella filiera della salute, ma che intervengono con capitali propri o nel finanziamento di nuovi investimenti o nella struttura societaria di aziende già esistenti, come nel caso della realizzazione di fondazioni (Cantù, Longo e Otto 2005).

Di fatto, il ruolo del privato all'interno dei diversi SSR viene delineato non solo all'interno dei PSR, ma anche in altri documenti, quali delibere di accreditamento (si veda § 1.3.2) e di finanziamento (si veda § 1.3.3). Tuttavia, i piani si configurano come una sintesi della programmazione politica sanitaria regionale e rappresentano un elemento importante della pianificazione di sistema in generale, se non altro per la complessità dei processi tecnici e politici ad essi sottesi e per la visibilità che tendono ad avere per i portatori di interesse (Fattore e Lecci 2005).

I risultati dell'analisi sono riassunti nella Tabella 1.9, che evidenzia, nella colonna di destra, anche quelli che sono i messaggi fondamentali rispetto alle azioni che la regione intende promuovere in termini di rapporto con la componente privata e specialmente con gli erogatori di prestazioni sanitarie privati accreditati.

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

- Il contesto delle regole in cui operare e, nel dettaglio, la normativa sull'accREDITamento;
- Il rapporto con gli erogatori pubblici;
- Il dimensionamento dell'offerta privata;
- I controlli e la valutazione dell'attività svolta;
- Le dinamiche relative alla formazione del personale e all'acquisizione di nuove tecnologie;



- Le aree prevalenti di attività.

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

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

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

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



Tabella 1.9 Il ruolo del privato nei PSR in vigore

Regione	Piano Sanitario	Ruolo assegnato al privato				Messaggi-chiave
		Erogatore di servizi sanitari	Erogatore di servizi non core	Erogatore di servizi socio-assistenziali	Finanziatore	
Piemonte	PSR 1997-1999	Documento non disponibile				
Valle D'Aosta	PSR 2002-2004	X		X	X	Aprire il mercato sanitario alla libera concorrenza tra strutture pubbliche e private
Lombardia	PSR 2002-2004	X	X	X	X	1) Orientare l'offerta, sia pubblica che privata, per renderla più flessibile ed in linea con i bisogni dei cittadini 2) Porre le strutture accreditate, pubbliche e private, nelle stesse condizioni 3) Sviluppare progetti in grado di interessare interlocutori pubblici e privati
Provincia Autonoma di Bolzano	PSP 2000-2002	X		X		Mantenere l'equilibrio già consolidato tra pubblico e privato nella produzione dei livelli assistenziali
Provincia Autonoma di Trento	PSP 2000-2002	X	X	X	X	1) Aprire ad un mix di pubblico e privato nella erogazione dei servizi; 2) Promuovere la competizione all'interno del sistema, dando al cittadino la possibilità di scegliere tra luoghi di cura pubblici e privati.
Veneto	PSR 1996-1998	X		X	X	1) Promuovere la partecipazione e lo sviluppo delle diverse forme di collaborazione tra le istituzioni pubbliche, il comparto privato e il privato sociale 2) Superare la tradizionale distinzione fra soggetti pubblici e soggetti privati
Friuli Venezia Giulia	PSR 2000-2002	X		X	X	Stimolare il privato a finalizzare e a ridefinire la sua presenza, orientandola verso i settori e le aree in cui vi è una carente copertura del servizio pubblico



Liguria	PSR 2003-2005	X		X	X	Solo la presenza di una componente privata può rendere effettiva la libertà di scelta del cittadino e costituisce, d'altro canto, un efficace stimolo di miglioramento per le strutture pubbliche
Emilia-Romagna	PSR 1999-2001	X		X	X	1) Favorire la piena integrazione degli erogatori pubblici e privati nell'ambito della programmazione regionale; 2) Attivare sinergie con il privato sociale
Toscana	PSR 2005-2007	X	X	X	X	1) Garantire la partecipazione diffusa dei soggetti pubblici e privati 2) Perseguire gli obiettivi di salute con un efficace ed efficiente servizio pubblico e con l'apporto integrato di tutti i soggetti pubblici e privati
Umbria	PSR 2003-2005	X		X		Raggiungere gli obiettivi di salute con l'apporto congiunto di tutti i settori di attività, pubblici e privati;
Marche	PSR 2003-2006	X		X		I produttori privati di beni e servizi sanitari sono elementi rilevanti del panorama sanitario e sono chiamati a concorrere al progetto di tutela e promozione della salute
Lazio	PSR 2002-2004	X		X	X	1) Realizzare una rete di strutture che prevede una integrazione fra l'offerta pubblica e privata. 2) Regolamentare la concorrenza tra i soggetti pubblici e privati, per orientare i comportamenti allocativi e gestionali verso una maggiore efficienza e qualità dell'assistenza
Abruzzo	PSR 1999-2001	X	X	X		1) Avviare sperimentazioni gestionali pubblico-privato; 2) Integrare l'azione del privato in sanità; 3) Regolamentare i comportamenti del privato e le logiche di competizione con le strutture pubbliche; 4) Valorizzare il privato sociale.
Molise	PSR 1997-1999	Documento non recuperato				



Campania	PSR 2002-2004	X		X		1) Permettere una sana competizione tra pubblico/privato; 2) Integrare le strutture private accreditate nel sistema di controllo previsto per i soggetti pubblici	
Puglia	PSR 2002-2004	X		X	X	Garantire l'integrazione funzionale di strutture pubbliche e private per assicurare la continuità e la gradualità delle cure	
Basilicata	PSR 1997-1999	Documento non recuperato					
Calabria	PSR 2004-2006	X		X	X	1) Non mortificare le iniziative dei privati; 2) Integrare l'approccio dei soggetti pubblici e privati; 3) Razionalizzare il rapporto pubblico-privato; 4) Valorizzare il privato sociale	
Sicilia	PSR 2000-2002	X		X		Migliorare il sistema dei livelli di assistenza anche attraverso l'integrazione delle strutture pubbliche e tra queste e la realtà del privato no profit e del volontariato.	
Sardegna	PSR 2006-2008	X			X	Recuperare lo sviluppo dell'ospitalità privata, rispetto alla situazione nazionale	

Fonte: nostra elaborazione

Inoltre uno dei messaggi chiave ricorrenti riguarda la necessità di razionalizzare il rapporto pubblico-privato, evitando sovrapposizioni e cercando di generare sinergie.

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

Infine il privato può svolgere altre due ruoli:

- Può configurarsi come partner di aziende sanitarie pubbliche o private accreditate per lo svolgimento delle attività no core. Questo ruolo assume sempre maggiore importanza (ed è espressamente previsto ed incentivato nei



piani sanitari di Lombardia, Toscana, Abruzzo e Provincia Autonoma di Trento), e numerose sono le iniziative di esternalizzazioni di servizi e di sperimentazioni gestionali in atto in tal senso;

- Può assumere il ruolo di finanziatore, consentendo il superamento della strutturale carenza di risorse (specie per investimenti) che caratterizza il sistema. L'importanza di questo ruolo è resa evidente dal fatto che in molti dei piani analizzati (ad eccezione della Provincia Autonoma di Bolzano, dell'Umbria, delle Marche, dell'Abruzzo, della Campania e della Sicilia) questa viene delineata come una delle finalità da perseguire e dal fatto che numerose sono le iniziative in atto in tale senso.

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

1.3.2. I sistemi di accreditamento

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

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

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

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

L'introduzione di questo strumento è avvenuta progressivamente negli anni '90: fino ad allora il sistema di erogazione delle prestazioni nell'ambito del SSN si svolgeva prevalentemente nelle strutture pubbliche (ambulatori e presidi delle allora USL) e il privato interveniva nella fornitura delle medesime prestazioni solo in forma integrativa, nel caso in cui le strutture pubbliche non fossero in



grado di soddisfare la domanda in tempi adeguati⁷. Più specificamente, il regime secondo il quale il privato poteva fornire servizi per conto del SSN era definito di convenzionamento⁸.

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

Il percorso di introduzione dell'istituto dell'accREDITAMENTO si è realizzato attraverso continui adattamenti e chiarimenti normativi a partire dal D.lgs. 502/1992 (che introduce anche il concetto di autorizzazione obbligatoria per pubblico e privato), modificato dal D.lgs. 517/1993, dalle indicazioni del PSN 1994-1996 (che ribadisce la necessità di avviare rapidamente le procedure per l'accREDITAMENTO), per finire con il D.P.R. 14 gennaio 1997 (poi meglio specificato dal D.lgs. 229/1999), che stabilisce i criteri per l'autorizzazione e i requisiti minimi autorizzativi e rimanda alle regioni la disciplina dell'autorizzazione, la definizione dei requisiti ulteriori di accREDITAMENTO e la regolazione del sistema.

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

La Tabella 1.10 presenta lo stato dell'arte rispetto alla normativa e al processo di accREDITAMENTO in tutte le regioni: l'iter viene considerato concluso nel momento in cui oltre alle definizioni di criteri e modalità di accREDITAMENTO, sono state accreditate le strutture sanitarie e si è definitivamente concluso il regime dell'accREDITAMENTO provvisorio.

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

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

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



Tabella 1.10 Lo stato dell'arte rispetto alla normativa regionale sull'accREDITAMENTO

Regione	Normativa di riferimento	Indicazioni principali	Stato iter normativo
Piemonte	DCR616/2000 DGR 81-14428/2004	Nel corso del 2002 sono state completate le procedure per l'accREDITAMENTO di alcune strutture private. La Giunta ha approvato inoltre il budget per le attività di ricovero erogate dalle case di cura private provvisoriamente o definitivamente accREDITATE. Il budget, individuato per singola struttura, corrisponde ad un tetto di spesa, e sono fissati gli abbattimenti tariffari in caso di superamento della produzione.	Non concluso
Valle D'Aosta	DGR 4458/1997 LR 5/2000 DGR 1355/2002 DGR 2450/2004	Nell'aprile del 2004 è stato approvato il Manuale per l'accREDITAMENTO delle strutture e delle attività sanitarie e socio- sanitarie svolte da soggetti pubblici e privati, con le modalità ed i termini per l'accREDITAMENTO.	Non concluso
Lombardia	LR 31/1997 DGR 1305/2000 DGR10808/2002	La Regione ha accREDITATO le strutture richiedenti, sulla base della autovalutazione e delle verifiche eseguite dalla ASL	Concluso
Provincia autonoma di Bolzano	DGP 406/2003 DGP 763/2003 DGP 1622/2003	La Regione ha indicato in via definitiva le modalità per l'autorizzazione all'esercizio dell'attività da parte delle strutture sanitarie. L'accREDITAMENTO è disciplinato nelle procedure e anche nei requisiti.	Concluso
Provincia autonoma di Trento	DGP 30-48/2000 DGP 1944/2003	La Provincia Autonoma di Trento ha emanato una serie di provvedimenti normativi, che puntualizzano precedenti norme e inseriscono norme transitorie	Non concluso
Veneto	LR 22/2002 DGR 3714/2002 DGR 2501/2004	Il Veneto ha approvato alcune disposizioni nella legge finanziaria 2004, ed ha in bozza un "Manuale per l'accREDITAMENTO istituzionale" che indica i requisiti ulteriori	Non concluso
Friuli Venezia Giulia	DGR 1852/1997 LR 8/2000 DGR 1292/2002	La regione ha condotto progetti pilota di accREDITAMENTO su un settore limitato, sperimentando requisiti, procedure, relazioni con le aziende, formazione dei valutatori, formazione dei referenti aziendali. Con DGR 1292/2002, la Giunta Regionale ha deliberato la nuova procedura per l'autorizzazione delle strutture sanitarie, unitamente ai corrispondenti requisiti minimi (compresi quelli per gli ambulatori chirurgici e gli studi odontoiatrici). Il documento viene reso al momento operativo esclusivamente per le strutture private.	Non concluso
Liguria	LR 20/1999 DGR 1355/2001 DGR 36/2003	La DGR 36/2003 ha approvato le modifiche ed integrazioni al "Manuale per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie e sociosanitarie" del 2002 e la programmazione dei termini di scadenza per la presentazione delle istanze di accREDITAMENTO delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private transitoriamente e provvisoriamente accREDITATE.	Non concluso



Emilia Romagna	LR 34/1998 DGR 327/2004	La DGR 327/2004, ha rivisto in modo sostanziale l'oggetto e i requisiti di autorizzazione e accreditamento. Ha ricondotto, inoltre, ad un'unica normativa i provvedimenti necessari a dare applicazione alla L.R. 34/98 contenente le "Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private". La delibera riguarda sia l'istituto dell'autorizzazione, per tutte le tipologie di strutture sanitarie e gli studi professionali ex art. 8-ter del d.lgs. 502/92 e modificazioni, sia l'accREDITamento delle strutture di degenza.	Concluso
Toscana	DGR 980/1997 DGR 76/1998 DCR 221/1999 DCR 30/2000 LR 58/2004	IL PSR 2002 – 2004 ha definito le modalità di sviluppo del sistema del accREDITamento confermando il modello previsto dal DCR n. 221/99 e n. 30/00. Nello stesso PSR, la Regione ha fornito indicazioni alle aziende USL per la contrattazione con i soggetti accREDITati delle prestazioni da erogare a carico del SSR e dei reciproci diritti e doveri.	Concluso
Umbria	LR 371998 REGOLAMENTO 2/2002 REGOLAMENTO 3/2002 DGR 570/2003	Il PSR 2003-2005 richiama il Regolamento regionale 25 febbraio 2000, n.2 che disciplina il procedimento delle due fasi autorizzatorie: autorizzazioni alla realizzazione e alla trasformazione; autorizzazione al funzionamento. Per l'autorizzazione al funzionamento, chiarisce che i requisiti minimi di cui al DPR 14 gennaio 1997 trovano immediata applicazione nel caso di realizzazione di nuove strutture o di ampliamento e trasformazione di quelli già esistenti. È stato istituito, presso la Regione, il "Centro per l'accREDITamento" che seguirà tutte le fasi di verifica per l'accREDITamento.	Non concluso
Marche	DGR 7128/1997 LR 20/2000 DGR 2090/2000 DGR 1887/2001 DGR 310/2002	Nel corso degli anni 2000 e 2001, con DGR 2200/00, DGR 1579/01, DGR 2457/00, è stato completato il quadro relativo all'autorizzazione con approvazione del relativo manuale dei requisiti minimi. Con DGR 1889/01 è stato approvato il manuale definitivo contenente i requisiti ulteriori per l'accREDITamento e con DGR 2090/00 è stato emanato l'Atto di determinazione del fabbisogno.	Non concluso
Lazio	DGR 2609/1997 DGR 2610/1997 DGR 355/2000 LR 4/2003	Con la legge quadro 3 marzo 2003, n. 4, la Regione ha dettato le regole generali sull'intera materia, dalle autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, all'accREDITamento istituzionale e agli accordi contrattuali. Il testo stabilisce precise disposizioni solo al fine del rilascio delle autorizzazioni sia per la realizzazione di nuove strutture, sia per l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie da parte di soggetti pubblici e privati.	Non concluso
Abruzzo	LR 62/1998 DGR 1705/2000	La Regione Abruzzo ha adottato una regolamentazione in materia di autorizzazione, ma non ancora sull'accREDITamento. La Regione prevede di adottare entro il 2006 una disciplina	Non concluso



		definitiva sulle autorizzazioni e sull'accREDITamento, con superamento del regime di accREDITamento provvisorio.	
Molise	DGR 898/1998 DGR 453/1999 DGR 1605/2000	La Regione ha disciplinato parzialmente la materia delle autorizzazioni e ha adottato una disciplina organica sull'accREDITamento istituzionale, ancora non in fase operativa. La normativa è attualmente in fase di revisione.	Non concluso
Campania	DGR 6181/1997 DGR 3958/2001 DGR 1526/2004	Nell'anno 2001 la Regione ha adottato una disciplina complessiva in materia di autorizzazioni, a conclusione del lavoro di un'apposita Commissione tecnica istituita dalla Regione. Con la DGR n. 3958 del 2001, sono stati definiti i requisiti minimi e le modalità per il rilascio delle autorizzazioni e approvate le relative procedure. Per quanto attiene l'accREDITamento, la Regione sta attualmente elaborando il proprio modello ed i relativi requisiti ulteriori; attualmente è ancora vigente il regime di accREDITamento provvisorio.	Non concluso
Puglia	LR 8/2004 REGOLAMENTO 3/2005	Sull'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, sull'accREDITamento istituzionale e sugli accordi contrattuali, il PSR richiama le definizioni e i presupposti di legge indicati dal Dlgs. 502/92 e successive modificazioni. Nella fase attuale sono in fase di elaborazione i requisiti ulteriori per l'accREDITamento.	Non concluso
Basilicata	DGR 1318/1999 DGR 3345/1999 LR 28/2000 LR 29/2003	La Regione Basilicata ha regolamentato, a partire dal 1999, l'accREDITamento e il regime autorizzativo. Con la legge n. 29/2003 ha modificato le norme regionali sull'autorizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private, in particolare semplificando i procedimenti che disciplinano la fase transitoria.	Non concluso
Calabria	DGR 3428/1997 DGR 133/1999 DGR 3137/1999 LR 11/2004	Il nuovo PSR 2003–2006 inserisce indicazioni per lo sviluppo del sistema di autorizzazione e accREDITamento. Per l'autorizzazione richiama alcuni criteri generali; per l'accREDITamento, invece, il Piano rileva la criticità della situazione che contraddistingue molte regioni italiane e conferma il sistema dell'accREDITamento provvisorio.	Non concluso
Sicilia	LR 6/2001 DECR. ASSES. 890/2002 DECR. ASSES. 3693/2004	Il decreto assessoriale dell'aprile del 2003, di attuazione al Dec. Ass. 17 giugno 2002, n. 890, stabilisce le direttive per disciplinare le modalità ed i termini per la richiesta ed il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione di nuove strutture sanitarie e socio – sanitarie, le modalità di verifica e controllo sia preventivi che periodici e la permanenza dei requisiti. Le modalità per il rilascio dell'accREDITamento e per le relative verifiche saranno definiti con successivi provvedimenti.	Non concluso
Sardegna	DGR 26-21/1998	Il decreto assessoriale del giugno 1998 (di attuazione della DGR. n. 26/21 del giugno 1998) ha approvato i requisiti e le procedure per l'accREDITamento delle strutture pubbliche e private già autorizzate, ma allo stato attuale si è ancora in regime di accREDITamento provvisorio	Non concluso



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

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

1.3.3. I sistemi di finanziamento

Il presente paragrafo ha l'obiettivo di presentare lo stato dell'arte dei sistemi tariffari regionali per le prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica-ambulatoriale con particolare attenzione agli elementi che incidono sulla gestione delle strutture di ricovero private accreditate (principalmente Case di cura e IRCCS di diritto privato). In questa sede non verranno, quindi, effettuate considerazioni in merito ai sistemi tariffari per le prestazioni di riabilitazione e lungodegenza. L'analisi delle varie realtà regionali è stata effettuata a partire dallo studio della normativa sulla base della documentazione più aggiornata (Assobiomedica, 2005), di siti dedicati (www.e-drg.it) e dei siti regionali.

I sistemi tariffari regionali per le prestazioni ospedaliere

Le regioni, pur nel rispetto degli indirizzi nazionali, sono libere di definire il meccanismo di remunerazione da adottare all'interno del proprio territorio. Ad oggi, con riferimento alle prestazioni di ricovero le regioni possono (Assobiomedica, 2005):

- adottare le tariffe indicate dal Ministero della Salute, eventualmente modificate (in eccesso o in difetto) di specifiche percentuali eventualmente differenziate in base a tipo di ricovero/struttura erogatrice;
- definire le proprie tariffe regionali, mantenendo i pesi nazionali e variando unicamente il valore per punto DRG, ovvero costruire «a tavolino» i costi



standard di produzione attribuibili a determinati DRG¹⁰ (idealmente scelti tra quelli più omogenei in termini di prestazioni sottese) e da questi ricostruire i valori tariffari di tutti gli altri DRG applicando l'apposito sistema di pesi relativi indicato dal Ministero (cosiddetto metodo dei pesi);

- definire le proprie tariffe regionali sulla base di analisi di costo svolte sulle strutture del proprio territorio di riferimento, ovvero attraverso la stima dei costi standard di produzione di un panel di ospedali (idealmente scelti in virtù del fatto che li si reputa in grado di essere dei riferimenti in positivo), depurati dai costi attribuibili a prestazioni erogate in regime ambulatoriale, e la successiva attribuzione a ciascun DRG attraverso specifici algoritmi e tenuto conto del case-mix rilevato (cosiddetto metodo analitico).

La Tabella 1.11 illustra le caratteristiche generali per singolo SSR. Un quadro più analitico è disponibile nell'appendice (tabella A) della presente relazione. Non si può tuttavia trascurare il fatto che gli aggiornamenti tariffari interessano le medesime prestazioni, con qualche variazione marginale a seconda del contesto regionale. Si cita, ad esempio, il caso della Regione Sicilia che ha introdotto in via sperimentale per l'anno 2006 alcuni DRG, aggiuntivi rispetto a quelli del DM del 1997, valorizzandoli sulla base del costo medio determinato dalla Regione Lombardia. Rispetto alla determinazione delle tariffe otto regioni hanno definito un proprio sistema tariffario regionale (Tabella 1.11): due hanno adottato il sistema dei pesi (Piemonte e Sicilia)¹¹ e sei il metodo analitico (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Lazio e Umbria). Le restanti tredici regioni hanno basato il proprio tariffario sul DM Sanità 178/1997, con variazioni percentuali in aumento o in diminuzione secondo i contesti regionali. Al riguardo si evidenzia la tendenza di alcune regioni (ad esempio, PA Bolzano e Marche) a considerare in maniera esplicita per un gruppo limitato di DRG la TUC. Va anche sottolineato come quasi tutte le regioni, al fine di tener conto dell'inflazione e degli adeguamenti contrattuali, modificano sistematicamente il tariffario: più della metà delle regioni (14 su 21) ha approvato delle delibere di aggiornamento nel corso degli ultimi due anni. Riguardo alla classificazione delle prestazioni ospedaliere tutte le regioni, su indicazione nazionale, dovevano adottare entro l'anno 2006 il Codice ICD-9-CM versione 2002 e la versione 19.0

¹⁰ Le componenti di costo da considerare per il calcolo del costo standard di produzione della prestazione sono: costo del personale direttamente impiegato, il costo dei materiali consumati, il costo delle apparecchiature utilizzate, i costi generali dell'unità produttiva della prestazione.

¹¹ I sistemi tariffari di Piemonte e Sicilia, nonostante abbiano mantenuto i pesi ministeriali, sono classificati come tariffari regionali perché hanno variato il valore per punto DRG utilizzando una metodologia di studio dei costi standard di produzione attribuibili a determinati DRG (idealmente scelti tra quelli più omogenei in termini di prestazioni sottese) da cui sono stati poi ricostruiti i valori tariffari di tutti gli altri DRG applicando l'apposito sistema di pesi relativi indicato dal Ministero (cosiddetto metodo dei pesi).



del *Groupier* CMS: la Tabella 1.11 indica la delibera di approvazione con cui le regioni hanno adempiuto a tale obbligo.

Tabella 1.11: Caratteristiche dei tariffari per le prestazioni di ricovero adottati nei SSR

Regioni	Delibera / Anno dell'ultimo aggiornamento delle tariffe	Tariffario		Adozione versione 19° del Groupier
		Nazionale	Regionale	
Piemonte	DGR 44-2139/2006		X (pesi)	DGR 50-1062/2005
Valle D'Aosta	DGR 4986/2004	X		DGR 4986/2004
Lombardia	DGR VIII/1375/2005		X (analitico)	DGR VII/11637/2002
PA Bolzano	DGP 1158/2006	X		DGP 1158/2006
PA Trento	DGP 51/2006	X		DGR 1749/2005
Veneto	DGR 916/2006		X (analitico)	DGR 1918/2005
Friuli Venezia Giulia	DGR 1158/2005	X		DGR 780/2006
Liguria	DGR 379/2002	X		DGR 1759/2004
Emilia Romagna	DGR 2126/2005		X (analitico)	Nota protocollata 44795 del 23/12/2004 Circolare 7 del 25/3/2005
Toscana	DGR 1404/2004		X (analitico)	DGR 1404/2004
Umbria	DGR 199/2005		X (analitico)	DGR 1950/2004
Marche	DGR 2265/2002	X		Circolare interna del 1/01/2006 (non formalizzata con una delibera)
Lazio	DGR 871/2002 e DGR 731/2005		X (analitico)	DGR 143/2006
Abruzzo	DCR 157-1/2004	X		n.r.
Molise	DGR 15/2003	X		n.r.
Campania	DGR 589/2006	X		DGR 512/2005
Puglia	LR 14/2004	X		n.r.
Basilicata	DGR 2686/2005	X		DGR 3226/2004
Calabria	LR 2/2005	X		DGR 121/2005
Sicilia	DA 176/2006		X (pesi)	DA 6845/2005
Sardegna	DGR 9-3/2005	X		Circolare interna del 1/01/2006 (non formalizzata con una delibera)

Legenda - n.r.: non reperito

Un ulteriore elemento di differenziazione tra i tariffari è dato dalla facoltà concessa alle regioni di modulare le tariffe in funzione delle diverse tipologie di erogatori. In generale, quasi tutti i SSR definiscono una possibile differenziazione delle tariffe per tipologia di azienda combinando anche più di



un criterio di classificazione delle strutture. In particolare, due sembrano essere i criteri prevalentemente adottati:

- presenza o meno di caratteristiche organizzative (ad esempio, dotazione posti letto, presenza di PS, DEA ecc.) e/o tipologie di attività di un certo livello di complessità/specializzazione (ad esempio, centro tumori, attività di didattica e ricerca per le AO Universitarie e gli IRCCS ecc.);
- tipologie di azienda come ad esempio, AO, presidio ospedaliero (nel caso di un modello a centralità regionale¹² e nel caso del finanziamento della mobilità attiva, ovvero di prestazioni erogate ai non residenti), struttura equiparata alle pubbliche, casa di cura privata accreditata.

Nel primo caso, le strutture erogatrici pubbliche e private accreditate sono classificate in diverse categorie (in media tre) con l'applicazione di tariffe piene (o addirittura incrementate) alle strutture che rispondono positivamente al criterio richiesto (nella maggior parte casi, sono le AO, le AO Universitarie, gli IRCCS di diritto pubblico o di diritto privato) mentre si applicano delle tariffe decurtate di una certa percentuale (o al massimo piene) a quelle strutture che non presentano i requisiti richiesti (tipicamente, gli ospedali classificati e le case di cura private accreditate). Nel secondo caso, si adottano due classificazioni diverse, quella per le strutture pubbliche e quella per le strutture private, a loro volta distinte in più di una categoria (in media tre) con un riconoscimento implicito della differente complessità organizzativa e della maggiore garanzia di copertura di funzioni generali da parte delle aziende pubbliche (ad esempio, funzioni di PS). Si sottolinea come adottando indifferentemente uno dei due criteri le tariffe applicate alle Case di cura private accreditate, agli ospedali classificati e agli istituti qualificati presidio di ASL sono più basse per un riconoscimento più (se si usa il secondo criterio) o meno (se si usa il primo criterio) esplicito della differente complessità organizzativa di tali strutture.

La Tabella 1.12 individua la distribuzione delle regioni rispetto ai due criteri appena descritti: la maggior parte delle regioni classifica le strutture erogatrici pure (pubbliche e private) sulla base delle caratteristiche organizzative. L'assenza di una differenziazione tariffaria nelle rimanenti cinque regioni può

¹² Secondo il modello a centralità regionale, le aziende produttrici pure (e la mobilità tra Aziende USL) vengono finanziate a tariffa per prestazione. Per le Aziende USL si possono ipotizzare due meccanismi. Nel primo le aziende USL vengono finanziate a quota capitaria, da cui però vengono sottratte le risorse destinate ad Aziende Ospedaliere e Aziende Private Accreditate. Nel secondo anche le Aziende USL vengono finanziate con riferimento alle sole funzioni tariffabili, a tariffa per prestazione (Jommi, 2000).



dipendere dall'assenza o limitata presenza di produttori puri privati (Valle D'Aosta, Veneto, Abruzzo). In altri casi (Sardegna e Calabria) è in corso un riordino del SSR che potrebbe portare in prospettiva ad una politica di differenziazione tariffaria per struttura.

Tabella 1.12: Criteri di differenziazione delle tariffe adottati dalle regioni

Criterio principale di differenziazione	Altro criterio di differenziazione adottato	Regioni
Caratteristiche organizzative (dotazione PL, presenza di PS, DEA ecc.) e/o tipologie di attività caratterizzate da un certo livello di complessità / specializzazione (attività di didattica e ricerca, centro tumori ecc.)		LOM, TOS, MAR, UMB, FVG, PUG; BZ, TN, SIC, EMR, LIG, LAZ
Tipologia di azienda (ad esempio, Azienda ospedaliera, presidio di ASL, struttura equiparata alle pubbliche, casa di cura privata accreditata)		BAS, MOL
	Caratteristiche organizzativa e/o tipologia di attività	CAM, PIE

Inoltre, i Riquadri 1.1 e 1.2 descrivono il meccanismo di differenziazione tariffaria in due contesti regionali particolarmente significativi: Lazio e Piemonte. Entrambe le regioni hanno introdotto un sistema tariffario regionale per la remunerazione delle prestazioni di ricovero sulla base di un'analisi dei costi di produzione delle proprie strutture e hanno adottato una differenziazione tariffaria aderendo però a criteri diversi. In particolare, la regione Lazio ha introdotto la differenziazione tariffaria per struttura solo a partire dal 2006 (D.G.R. 731/2005) sposando il primo criterio; la regione Piemonte ha sin da subito utilizzato lo strumento della differenziazione tariffaria passando nel 2002 dal primo al secondo criterio (D.G.R. 28-8148/2002).



Riquadro 1.1 La differenziazione delle tariffe per tipologia di erogatore in regione Lazio

A seguito di uno studio condotto dall’Agenzia di Sanità Pubblica (ASP) per la definizione delle nuove tariffe regionali si sono evidenziate consistenti differenze nei costi di produzione tra le strutture di ricovero attribuibili sostanzialmente alla diversa complessità strutturale e organizzativa. Si è stabilito, quindi, di classificare tutte le strutture ospedaliere per acuti pubbliche, equiparate al pubblico e private accreditate secondo le caratteristiche che possono influenzare il costo di produzione (DGR 731/2005). La direzione regionale in collaborazione con l’ASP provvede a realizzare un sistematico monitoraggio dei costi di produzione dei ricoveri ospedalieri per valutare la variazione dei costi nel tempo e, quindi, per identificare ulteriori fattori di variabilità tra le categorie di erogatori.

Ai fini della classificazione sono stati identificati i seguenti requisiti:

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

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

	Criteria	Tariffe applicate
Classe A	Strutture ospedaliere di ricovero per acuti che possiedono almeno due dei requisiti indicati.	Tariffa base regionale incrementata del 5%
Classe B	Strutture ospedaliere di ricovero per acuti che possiedono almeno uno dei requisiti indicati, o che siano monospecialistici con riferimento ad una delle alte specialità ex DM 29/01/1992 o che siano strutture pubbliche di riferimento provinciale	Tariffa base regionale incrementata del 3%
Classe C	Strutture ospedaliere di ricovero per acuti che non possiedono alcuno dei requisiti indicati, ma dispongono di almeno 120 PL, o che non hanno 120 PL ma svolgono istituzionalmente attività di didattica e di ricerca, o che siano monospecialistici, o che siano sede del PS, o che siano strutture di secondo livello per l’assistenza perinatale	Tariffa base regionale
Classe D	Altre strutture, comprese quelle nelle quali l’attività per acuti sia minima parte rispetto all’attività di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie.	Tariffa base regionale ridotta del 5%



Riquadro 1.2 La differenziazione delle tariffe per tipologia di erogatore in regione Piemonte

Il primo provvedimento regionale che ha definito la differenziazione tariffaria per tipologia di erogatore è la DGR 70-1459/95 che individuava cinque tipologie di strutture:

- a) ospedale di base con un PS (tariffe decurtate del 19% rispetto a quelle definite dal DM del 1994),
- b) AO e IRCCS (tariffe incrementate del 15% rispetto a quelle definite per gli ospedali di base con PS);
- c) ospedali senza PS o con PS di 12 ore (tariffe decurtate del 10% rispetto a quelle dell'ospedale di base)
- d) erogatori privati che soddisfano determinati requisiti minimi definiti dalla LR 5/87 (tariffe decurtate del 18% rispetto a quelle definite per l'ospedale di base)
- e) erogatori privati "con deroga", ovvero che non rispondono ai requisiti minimi definiti dalla LR 5/87 (tariffe decurtate del 2,5% rispetto a quelle applicate agli erogatori privati del gruppo d).

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

Tipologia di struttura	Criteri	Tariffe applicate
Strutture pubbliche	Ospedale sede DEA sovrazonale	Tariffa base regionale incrementata del 3%
	Ospedale sede DEA zonale	Tariffa base regionale incrementata del 1,5%
	Ospedali monospécialistici di riferimento regionale per quella specialità	Tariffa base regionale incrementata del 3%
	Aziende ospedaliere in cui insiste parte del percorso formativo universitario	Tariffa incrementata da 1% a 2% a seconda dei centri
	Tutti gli ospedali, sulla base della valutazione regionale riguardo all'appropriatezza della rispettiva attività svolta	Tariffa incrementata fino a 4% a seconda dei centri
Strutture private*	Fascia A (elevata complessità organizzativa e della casistica trattata)	100% delle tariffe base regionali
	Fascia B (media complessità organizzativa e della casistica trattata)	92% delle tariffe base regionali
	Fascia C (bassa complessità organizzativa e della casistica trattata)	85% delle tariffe base regionali

* agli IRCCS è comunque applicata una tariffa incrementata del 13%



Infine, considerando due delle precedenti dimensioni di analisi, tariffario utilizzato nelle varie realtà regionali e differenziazione tariffaria per struttura di ricovero, è stato condotto un ultimo approfondimento. Questo ultimo riguarda lo scostamento dei tariffari regionali per RO dal DM'97 in 6 regioni di medie-grandi dimensioni con una presenza significativa del privato accreditato: Lombardia, Emilia Romagna, Lazio, Campania, Calabria e Sicilia. Al fine di una maggiore confrontabilità, sono stati considerati i tariffari regionali delle prestazioni di ricovero per acuti fino al DRG 467¹³. A partire dal tariffario nazionale è stato calcolato lo scostamento tariffario per ogni DRG ed, infine, lo scostamento medio e la deviazione standard per MDC e complessivamente. Si segnala che per due regioni, Campania e Sicilia, non è possibile calcolare un valore della variazione media in quanto in queste realtà regionali sono stati definiti 7 tariffari diversi al variare di classi di strutture di ricovero predeterminate¹⁴. In particolare, la Tabella 1.13 propone il confronto per MDC in cui è possibile dedurre quali sono mediamente gli abbattimenti/incrementi tariffari per MDC rispetto al tariffario nazionale; mentre la Figura 1.3 presenta un confronto sintetico tra i tariffari regionali evidenziando lo scostamento complessivo medio da quello nazionale e l'intervallo di variazione delle tariffe regionali al variare delle caratteristiche delle strutture di ricovero. Ad esempio, la regione Calabria applica mediamente un abbattimento del -5% senza distinguere tra le strutture erogatrici di prestazioni sanitarie; la regione Lombardia applica mediamente un abbattimento del -14% alle strutture di ricovero della regione con PS incrementando tale decurtazione a -16,6% per le strutture senza PS e diminuendo tale decurtazione a -9,7% per le strutture con un DEA. L'unica regione, tra quelle analizzate, che presenta uno scostamento medio positivo (+4%) rispetto al tariffario nazionale è quello della regione

¹³ A partire dal DRG 467 i tariffari regionali presentano forti differenziazioni per via della modifica e dell'introduzione di nuovi DRG.

¹⁴ Le strutture di ricovero della regione Campania sono classificate come segue Fascia A: Aziende ospedaliere, universitarie, policlinici, IRCCS di diritto pubblico; Fascia B: presidi ospedalieri di Asl sedi di DEA, ospedali religiosi classificati Fatebenefratelli di Napoli e Benevento; Fascia C: presidi ospedalieri di Asl senza Dea, IRCCS di diritto privato e ospedali religiosi classificati; Fascia D-E-F: Le strutture private sono divise in tre fasce (D-E-F) in relazione alla complessità dell'attività svolta.

Le strutture di ricovero della regione Sicilia sono classificate come segue Fascia A-B-C: Aziende di Rilievo Nazionale, Aziende Policlinici delle Università e Aziende di Riferimento Regionale per l'Emergenza di III livello distinte per complessità della casistica trattata; Fascia C-D-E: Aziende di Riferimento Regionale Emergenza II livello e Ospedali Classificati distinte per complessità della casistica trattata, Fascia C-D-E Presidi di ASL distinte per complessità della casistica trattata; Fascia F: presidi di ASL e CC accreditate distinte per complessità della casistica trattata



Lazio. Anche in questa regione viene applicata una differenziazione tariffaria a seconda delle caratteristiche delle strutture di ricovero: per un approfondimento sulle classi delle strutture di ricovero della regione Lazio si rimanda al riquadro 1.1.

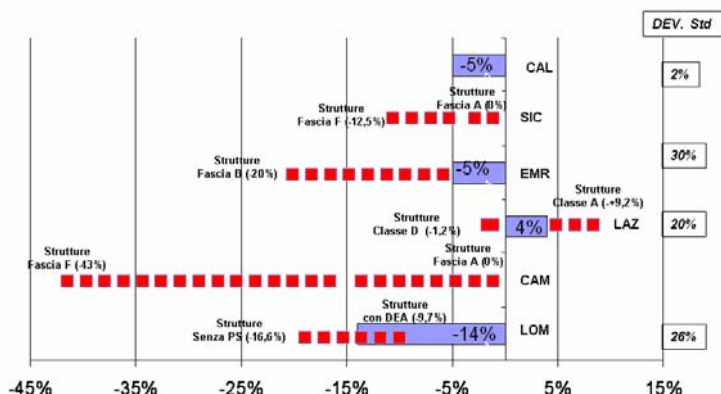
Tabella 1.13 Scostamento dei tariffari regionali per RO dal DM'97 per MDC – variazione media e deviazione standard

	Campania	Lombardia		Lazio		Emilia Romagna		Sicilia	Calabria	
		Variazione media	dev. St.	Variazione media	dev. St.	Variazione media	dev. St.		Variazione media	dev. St.
MDC 1 - MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA		-15%	27%	2%	17%	9%	20%		-5%	2%
MDC 2 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'OCCHIO		11%		1%	16%	9%	13%		-5%	0%
MDC 3 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'ORECCHIO, DEL NASO, DELLA BOCCA E DELLA GOLA		-14%	22%	-4%	19%	-4%	27%		-6%	1%
MDC 4 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RESPIRATORIO		-10%	26%	3%	16%	-6%	25%		-6%	2%
MDC 5 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO		-12%	26%	0%	16%	-3%	30%		-4%	3%
MDC 6 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE		-11%	26%	9%	16%	1%	26%		-5%	2%
MDC 7 - MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS		-5%	25%	18%	15%	6%	20%		-5%	2%
MDC 8 - MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO		-13%	21%	10%	19%	-3%	22%		-6%	1%
MDC 9 - MALATTIE E DISTURBI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTO-CUTANEO E DELLA MAMMELLA		-21%	23%	0%	20%	-22%	20%		-6%	0%
MDC 10 - MALATTIE E DISTURBI ENDOCRINI, NUTRIZIONALI E METABOLICI		-12%	25%	1%	15%	-5%	32%		-5%	2%
MDC 11 - MALATTIE E DISTURBI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE	Tariffario per le strutture di Fascia A, non sono previsti abbattimenti (Abb. n 0%)	-24%	22%	0%	19%	-15%	23%	Tariffario per le strutture di Fascia A: non sono previsti abbattimenti (Abb. n 0%)	-5%	2%
MDC 12 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	Tariffario per le strutture di Fascia F (privati): abbattimento previsto del 43%	-19%	20%	-4%	20%	-14%	26%	Tariffario per le strutture di Fascia F (privati): abbattimento previsto del 12,5%	-5%	2%
MDC 13 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE		-1%	41%	9%	16%	4%	24%		-5%	2%
MDC 14 - GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO		-21%	20%	5%	16%	4%	21%		-6%	0%
MDC 15 - MALATTIE E DISTURBI DEL PERIODO NEONATALE		26%	26%	26%	26%	73%	56%		-4%	3%
MDC 16 - MALATTIE E DISTURBI DEL SANGUE, DEGLI ORGANI EMOPOIETICI E DEL SISTEMA IMMUNITARIO		-11%	41%	5%	23%	0%	40%		-5%	2%
MDC 17 - MALATTIE E DISTURBI NEUROPROLIFERATIVI E NEOPLASIE SCARSAMENTE DIFFERENZIATE		-21%	22%	3%	17%	3%	20%		-3%	3%
MDC 18 - MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE (SISTEMICHE O DI SEDE NON SPECIFICATE)		3%	26%	26%	33%	11%	28%		-6%	0%
MDC 19 - MALATTIE E DISTURBI MENTALI		-13%	22%	1%	22%	-19%	21%		-6%	0%
MDC 20 - ABUSO DI ALCOL, DROGHE E DISTURBI MENTALI ORGANICI INDOTTI		-16%		9%		5%			-6%	0%
MDC 21 - TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI		-12%	19%	8%	18%	0%	20%		-6%	1%
MDC 22 - USTIONI									-6%	0%
MDC 23 - FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE ED IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI		-11%	27%	8%	44%	13%	74%		-6%	0%

Fonte: nostra elaborazione



Figura 1.3 Scostamento dei tariffari regionali per RO dal DM'97 e differenziazione tariffaria per regione



Fonte: nostra elaborazione

L'introduzione di meccanismi tariffari può rappresentare un incentivo a comportamenti virtuosi generati dalla competizione, ma implica anche alcuni rischi¹⁵. Le azioni di programmazione e controllo dei volumi / della spesa collegati a prestazioni tariffate possono essere definite e gestite direttamente dalla regione (tetti/target regionali sui volumi / la spesa)¹⁶, o decentrate attraverso la definizione di accordi interaziendali. Dall'analisi delle delibere regionali è emerso un panorama nazionale molto vario: ogni regione utilizza la formula che meglio risponde alle esigenze del proprio territorio. Per una maggiore semplificazione, la Figura 1.4 rappresenta la fotografia delle politiche adottate dai vari SSR riguardo al tema degli strumenti di programmazione e

¹⁵ Per un approfondimento sui rischi e le opportunità del sistema di finanziamento a tariffa per prestazione, si rimanda al Capitolo 4 del Rapporto OASI 2001 (Jommi e Cantù, 2002).

¹⁶ I tetti sono dei vincoli sulla spesa o sui volumi di attività con meccanismi di abbattimento delle tariffe in caso di avvicinamento al tetto o riduzione proporzionale delle tariffe, fino a rispettare il tetto. I target sulla spesa o sui volumi di attività rappresentano un riferimento per le aziende sanitarie, con abbattimento tariffario una volta superato tale target. Per una declinazione più approfondita dei tetti/target si rimanda al Capitolo 4 del rapporto Oasi 2001 (Jommi e Cantù, 2002).



controllo della spesa distinguendo tra le seguenti tendenze¹⁷: adozione di strumenti decentrati o accentrati rispettivamente con e senza differenziazione tra strutture pubbliche e strutture private.

Ad oggi, solo tre regioni, Lombardia, Toscana ed Emilia Romagna, hanno adottato delle formule decentrate attraverso la definizione di contratti interaziendali tra le ASL e i produttori puri pubblici e privati. In questi casi, l'intervento della regione formalmente è limitato essenzialmente alla definizione di un budget di spesa per ASL (caso della regione Lombardia¹⁸) o per Area Vasta (caso della regione Toscana) nell'ambito dei quali si possono effettuare le contrattazioni sui volumi/tipologia di attività e/o sulla valorizzazione delle stesse. La Regione Emilia Romagna ha, inoltre, sviluppato delle politiche differenziate tra strutture pubbliche e strutture private accreditate definendo *ex-ante*, per queste ultime, dei tetti come indirizzo per la successiva contrattazione tra ASL e ospedalità privata.

Nell'ambito delle scelte di formule accentrate (definizione di tetti/target) si distinguono due tendenze:

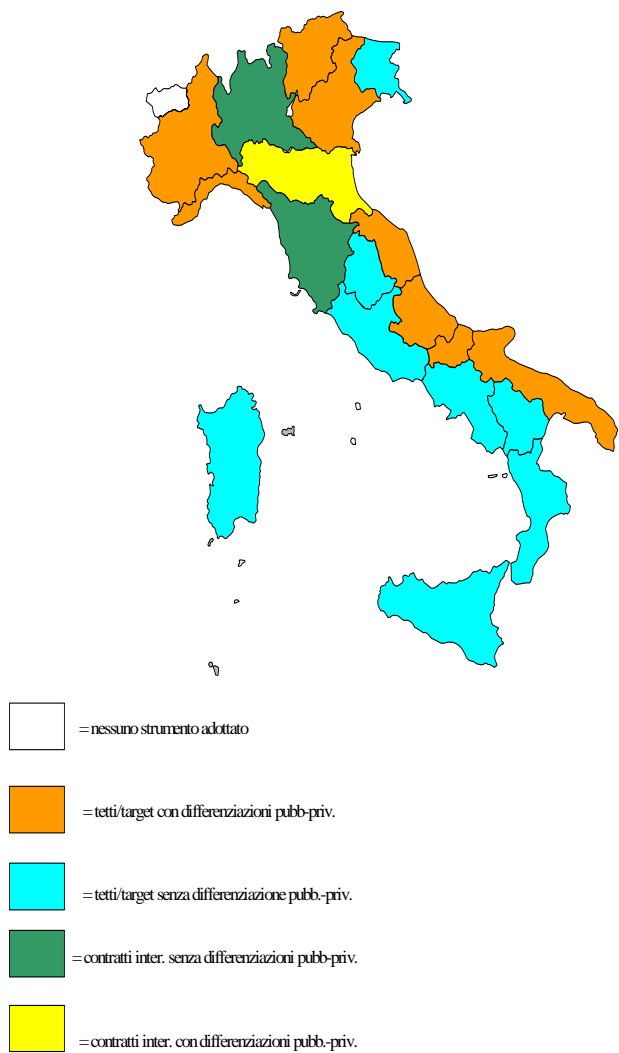
- in alcune regioni i tetti ed i target sono applicati solo alle strutture private accreditate o esiste una combinazione di target per le strutture pubbliche e di tetti per quelle private accreditate oppure, ancora, vengono definiti tetti/target complessivi di zona territoriale per le strutture pubbliche e tetti/target per struttura privata accreditata (Piemonte, Veneto, Bolzano, Trento, Liguria, Marche, Abruzzo, Molise, Puglia). In questi casi sono implicite delle strategie di controllo mirate ed un minore riconoscimento della parità pubblico/privato nel sistema competitivo (soprattutto se target/tetti per il privato accreditato sono accompagnati dal riconoscimento di maggiori tariffe e/o finanziamenti ad hoc di funzioni per le strutture pubbliche);
- in altri contesti regionali (soprattutto del Centro-Sud) vengono applicate le stesse politiche sia ai produttori pubblici che a quelli privati accreditati (Umbria, Lazio, Campania, Basilicata, Sicilia e Sardegna).

¹⁷ La regione Valle D'Aosta non applica nessun strumento di controllo della spesa in quanto non possiede nell'ambito del proprio territorio dei produttori puri di prestazioni ospedaliere pubblici e/o privati.

¹⁸ Si segnala che nella prassi la Regione Lombardia fissa anche dei budget per struttura per le strutture erogatrici pure di prestazioni di ricovero (prevalentemente AO, IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato, Case di cura private accreditate).



Figura 1.4: Strumenti di programmazione e controllo dei volumi / spesa per prestazioni tariffate



Le azioni di governo dei comportamenti opportunistici collegati al finanziamento a tariffa per prestazione possono avere carattere generale (tetti / target) o specifico, ispirandosi a logiche di appropriatezza delle prestazioni ospedaliere erogate. In generale, le regioni hanno puntato su quattro tipologie di azioni combinandole tra loro in base alle esigenze del contesto regionale (cfr. Appendice, tabella A):

- incentivazione dei regimi alternativi al ricovero ordinario (Day Hospital, Day Surgery e prestazioni ambulatoriali) per alcuni specifici DRG (ad esempio, cataratta e tunnel carpale) attraverso il riconoscimento di tariffe incrementate;
- individuazione di valori soglia DRG ad elevato rischio di inappropriatezza (ai sensi del DPCM 30/11/2001, Allegato 2c, LEA) al di sopra dei quali le tariffe subiscono decrementi;
- controllo sui ricoveri ripetuti riconoscendo un peso inferiore, qualora un paziente venga ricoverato più volte presso la stessa struttura di ricovero durante un arco temporale limitato (ad esempio, 30 giorni);
- attivazione di nuclei operativi di controllo a livello regionale e/o aziendale con compiti specifici di controllo della qualità e appropriatezza delle prestazioni (ad esempio controllo DRG più remunerativi, casi con degenza anomala o di quelli ripetuti)¹⁹.

In particolare, in questa sede vengono presentati due casi individuati per l'innovatività e l'affinamento degli strumenti adottati. Per quanto riguarda gli strumenti di programmazione e controllo della spesa, la regione Emilia Romagna ha adottato ad oggi (anni 2005-2006) un sistema di programmazione e controllo della spesa incentrato sugli accordi interaziendali (formula decentrata) e nello stesso tempo corretto con strumenti accentrati per quanto riguarda le relazioni con l'ospedalità privata (cfr. Riquadro 1.3). Riguardo all'appropriatezza viene richiamato il caso della regione Lombardia per il suo investimento continuo sul versante del controllo dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni erogate dalle strutture del SSR.

¹⁹ L'Emilia Romagna ha istituito nel 2005 un «Gruppo di lavoro regionale per il controllo di qualità della codifica della SDO», con l'obiettivo, tra gli altri, di definire criteri comuni a livello regionale sui sistemi di controllo su eventuali comportamenti opportunistici .



Riquadro 1.3 Sistema di P&C della spesa in regione Emilia Romagna

Il sistema di P&C della spesa riferita alle prestazioni tariffate è sostanzialmente decentrato a livello aziendale per quanto concerne le relazioni tra aziende pubbliche: ogni ASL sul cui territorio opera una AO definisce annualmente un accordo contrattuale con le AO ubicate nel territorio sulla base di linee guida regionali definite per la prima volta nel 2000 ed aggiornate in relazione ai successivi atti programmatici regionali annuali. Tali accordi, pur formalizzati, non devono essere approvati dalla Regione, essendo totalmente decentrato il sistema di P&C della spesa. I contratti che hanno previsto un maggiore impegno in termini di razionalizzazione delle prestazioni ed abbattimenti tariffari in caso di sfondamenti dei target sui volumi negoziati sono quelli che si riferiscono alle realtà a più alto tasso di ospedalizzazione (Bologna e, fino al recente passato, Ferrara). La negoziazione di tetti con il privato accreditato avviene invece in due fasi successive. In un primo momento viene negoziato un accordo triennale tra Regione e associazioni di categoria (AIOP e ARIS) sul budget complessivo di spesa (regionale e per singola ASL), distinguendo tra attività ad alta specialità ed attività non ad alta specialità. Successivamente vengono definiti i contratti tra ASL e case di cura private accreditate presenti sul relativo territorio. Tali contratti prevedono non solo obiettivi sul volume massimo di prestazioni, con eventuali abbattimenti tariffari in caso di sfondamento di tale tetto, ma anche altri aspetti, quali obiettivi di appropriatezza delle prestazioni erogate, requisiti in termini di accesso e di tempi di attesa, obblighi informativi per il monitoraggio degli accordi contrattuali, ecc. Va, infine, evidenziato che l'accordo triennale prevede un margine di tolleranza di sfondamento del 5% ed alcune indicazioni in merito all'abbattimento delle tariffe per il rispetto dei tetti (Jommi et al., 2004). Con la DGR 2403/2004 la regione ha approvato l'accordo 2004-2006. La parte normativa dell'accordo ha durata triennale, mentre quella economica è valida per le annualità 2004 e 2005: nello specifico gli adeguamenti budgetari sono fissati al 3% per l'anno 2004 e del 4% per il 2005. Tra le principali novità si evidenziano:

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

Riquadro 1.4 La promozione e il monitoraggio dell'appropriatezza in regione Lombardia

Nel 1997 è stato istituito un NOC (Nucleo Operativo di Controllo) regionale delle attività sanitarie accreditate. Il controllo, di natura campionaria, si è concentrato sui DRG particolarmente remunerativi, sulla durata anomala delle degenze, sulla frequenza dei casi e dei ricoveri ripetuti. Successivamente la Regione ha spinto per un sostanziale decentramento alle ASL dell'attività di controllo di appropriatezza e qualità delle prestazioni delle aziende di erogazione, con l'attivazione di NOC aziendali. Il mandato specifico era quello di verificare sistematicamente almeno il 10% delle cartelle cliniche di ricoveri fruiti dai propri residenti nonché di un campione significativo di prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale. Tale percentuale è stata successivamente (e più realisticamente) portata al 5% (D.G.R. 12693/03). Con riferimento in particolare al finanziamento, l'attività di controllo ha avuto due importanti esiti (Jommi et al., 2004).



- A seguito del Decreto del Direttore Generale della Sanità 16192/2000, per la prima volta sono stati agganciati ai controlli di qualità degli effetti finanziari; è stata infatti data indicazione alle ASL di detrarre dai fatturati delle strutture gli importi non riconosciuti in seguito all'attività di controllo relativa all'anno 1999, prima dell'applicazione delle percentuali di abbattimento delle tariffe. Dal 2003 l'eventuale mancato riconoscimento di tariffe per effetto dei controlli di qualità va ad abbattere il tetto programmato per la singola azienda di erogazione interessata. A consuntivo, quindi, il tetto complessivo di sistema (pari alla sommatoria dei tetti riconosciuti a ogni azienda di erogazione) potrebbe non coincidere con il tetto programmato in sede di assegnazione a preventivo;
- L'attività di controllo ha fornito informazioni utili alla verifica ed all'eventuale revisione delle tariffe, quest'ultima finalizzata anche ad incentivare un appropriato mix di attività tra i diversi regimi assistenziali (ricoveri ordinari / in regime di day hospital / ambulatoriali)

Negli ultimi tre anni, con DGR VIII/15324 del 2003, è stata potenziata l'attività di programmazione e controllo predisponendo degli strumenti ad hoc: il piano dei controlli (strumento operativo in grado di evidenziare le criticità del sistema aziendale ed approntare le contromisure per limitarle) e la BDA (Banca Dati Assistito, strumento per il monitoraggio di tutti i contatti dei malati con i servizi sanitari e per disegnare il caso clinico. La mappatura della popolazione assistita dà la possibilità di valutare la distribuzione delle patologie sul territorio e fare dei confronti spazio-temporali al fine di evidenziare scostamenti significativi meritevoli di approfondimenti sulle possibili cause e favorire l'introduzione di eventuali rimedi. La mappatura della popolazione assistita è stata effettuata a partire dai dati di consumo sanitario dell'anno 2003.

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

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



Infine, è utile richiamare un ultimo aspetto che evidenzia come le strutture private possono essere coinvolte nella definizione delle politiche tariffarie: ad esempio, adeguamenti tariffari per particolari tipologie di prestazioni (di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di riabilitazione), coinvolgimento in gruppi di lavoro per la definizione delle tariffe, definizione di abbattimenti tariffari per le case di cura private accreditate. Su questi aspetti si riporta un approfondimento sul caso della regione Campania (cfr. Riquadro 1.5).

Riquadro 1.5 Accordo con le associazioni dell'ospitalità privata in regione Campania

In Campania, storicamente, i rapporti con le case di cura private accreditate erano gestiti direttamente dalla Regione con ogni singolo erogatore e riguardavano esclusivamente la definizione dei tetti di spesa: per ogni erogatore privato l'Assessorato alla Sanità provvedeva a negoziare i volumi massimi di prestazioni erogabili per singole branche per ciascuna ASL. Queste ultime poi recepiscono tali accordi regionali con la possibilità di negoziare anche volumi più bassi. Dal 2004 è stata avviata una gestione dei rapporti con l'ospitalità privata differente che prevede (i) la definizione da parte della Regione di diversi aspetti, oltre a quelli relativi alla fissazione dei tetti per singolo erogatore e (ii) la stesura di accordi con le rispettive associazioni di categoria (AIOP e ARIS). Con DGR 1573/2004 è stato, infatti, recepito dall'Assessorato alla sanità della regione Campania con l'ospitalità privata un accordo quadro. I principali aspetti affrontati dall'accordo sono:

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

I sistemi tariffari regionali per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

Ad oggi, tutte le regioni hanno determinato le tariffe del nomenclatore tariffario per l'assistenza specialistica ambulatoriale a partire dal DM del 1996 apportando sistematicamente degli aggiornamenti (cfr. Tabella 1.14). In generale, le modifiche apportate dalle regioni sono riassumibili in due tipologie:



- variazioni percentuali (prevalentemente incrementi tariffari in relazione all'aumento dei costi del personale e del materiale e all'evoluzione tecnologica e scientifica);
- accorpamenti di prestazioni, introduzione di nuove prestazioni e/o revisione di gruppi di prestazioni (branche specialistiche) in termini di classificazione e di tariffe relative per branca specialistica.

Tabella 1.14: Delibere di aggiornamento del Nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Regioni	Riferimento normativo	Anno aggiornamento
Piemonte	DGR 44-2323	2006
Valle D'Aosta	DGR 1452	2006
Lombardia	DGR 1379	2003
PA Bolzano	DGP 2701	2005
PA Trento	DGP 2908	2005
Veneto	DGR 917	2006
Friuli Venezia Giulia	DGR 542	2005
Liguria	n.r.	1998
Emilia Romagna	DGR 593	2000
Toscana	DGR 86	2006
Umbria	DGR 1951	2004
Marche	DGR 1552	2004
Lazio	n.r.	2005
Abruzzo	n.r.	n.r.
Molise	n.r.	n.r.
Campania	DGR 1874	1998
Puglia	DGR 2242	2002
Basilicata	DGR 863	2005
Calabria	LR 2	2005
Sicilia	n.r.	2001
Sardegna	n.r.	2004

Legenda - n.r.: non reperito

Le revisioni si sono generalmente focalizzate su specifiche branche specialistiche (soprattutto per le prestazioni di laboratorio e di diagnostica strumentale). A tale scopo le regioni hanno avviato gruppi di lavoro per branca, non necessariamente formalizzati e permanenti nel tempo, coinvolgendo anche i clinici direttamente e/o per tramite delle società scientifiche: delle sette regioni prese a campione, Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Marche hanno attivato



delle commissioni *ad hoc* per branca specialistica (cfr. Tabella 1.15). E' ancora tuttavia piuttosto limitato l'investimento da parte delle regioni nella valutazione dei costi delle prestazioni specialistiche, ai fini di una determinazione delle tariffe più coerente con la realtà dei costi di produzione.

Anche per le prestazioni specialistiche ambulatoriali sono state introdotte forme di programmazione e controllo dei relativi volumi / spesa. Nell'ambito delle sette regioni analizzate è emerso che alcune si distinguono per l'aver applicato vincoli più stringenti per il privato accreditato (Veneto, Marche, Toscana). Nelle Marche, ad esempio, oltre ad un tetto per zona territoriale a cui appartengono sia le strutture pubbliche che le private accreditate, vengono fissati tetti per singola struttura privata accreditata. In Regione Toscana la contrattazione interaziendale per la specialistica ambulatoriale tra ASL e strutture private accreditate riguarda tutte le tipologie di prestazioni; quella tra ASL e strutture pubbliche, che si configura nell'ambito della programmazione di area vasta, riguarda prevalentemente le prestazioni specialistiche più rilevanti e più coerenti con le strategie regionali (cfr.

Tabella 1.16). In Emilia Romagna l'Accordo integrativo tra regione ed ospedalità privata (AIOP ed ARIS) ha previsto l'inserimento delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nel tetto complessivo dell'attività del privato accreditato concordato per il 2004-2006. La Lombardia si distingue da resto delle altre regioni analizzate perché adotta un sistema "decentrato vincolato", ovvero, nell'ambito dei budget per le prestazioni ambulatoriali definiti per ogni ASL, la Regione determina anche i budget per singola struttura erogatrice. Ciò significa che la contrattazione tra la ASL e i produttori di prestazioni di specialistica ambulatoriale riguardano nella sostanza solo i mix e i volumi delle attività.

Tabella 1.15: Processo di definizione del Nomenclatore tariffario per la specialistica ambulatoriale (sette casi regionali)

Regione	Nomenclatore tariffario	Unità operative dedicate	Attivazione gruppi di lavoro
Lombardia	Introduzione tariffario regionale con DGR 42602/1999 e successivi aggiornamenti	Si	"Istituzione del gruppo di lavoro per l'analisi costi di produzione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e per la modifica delle relative tariffe" (DPGR 1301/334 del 1997) e "Costituzione del gruppo di lavoro per l'aggiornamento del nomenclatore tariffario delle prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale" (DDG Sanità 51734/85 del 1998)



Veneto	Introduzione tariffario regionale con DGR 917/2006.	Si	Istituzione non formalizzata di un gruppo di lavoro per la manutenzione del nomenclatore tariffario. Si prevede la partecipazione di referenti aziendali
Toscana	Adozione DM del 1996 ed introduzione tariffario regionale con DGR 229/1997 con successivi aggiornamenti su determinate branche specialistiche (laboratorio, diagnostica per immagini, dialisi ecc.)	Si	Istituzione non formalizzata di un gruppo di lavoro per la manutenzione del nomenclatore tariffario. Si prevede la partecipazione di referenti aziendali
Emilia Romagna	Introduzione tariffario regionale con DGR 593/2000 e successivi aggiornamenti	Si	Istituzione non formalizzata di un gruppo di lavoro per branca specialistica
Marche	Adozione DM del 1996 con successivi aggiornamenti (ultimo aggiornamento DGR 1410/2004). Di recente la D.G.R. n. 1552 del 14.12.2004 ha inoltre provveduto alla "Revisione e aggiornamento del nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale – relativamente alla branca "Laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologiche, microbiologia, virologia, anatomia ed istologia patologica, genetica, immuno ematologia e servizi trasfusionali"		Istituzione non formalizzata di un gruppo di lavoro per la manutenzione del nomenclatore tariffario. Si prevede la partecipazione di referenti aziendali
Campania	Adozione DM del 1996 con successivi aggiornamenti/revisioni (ultimo aggiornamento DGR 1874/1998)	Si	Commissione istituita per l'aggiornamento/revisione del nomenclatore tariffario (partecipazione dell'ARSAN, Aiop ecc.). Non è prevista la partecipazione di referenti aziendali
Sicilia	Adozione DM del 1996 con successivi aggiornamenti (ultimo aggiornamento DA anno 1998)	Si	



Tabella 1.16: Strumenti di programmazione e controllo dei volumi / spesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (sette casi regionali)

Regioni	Strumenti di programmazione e controllo dei volumi / spesa	
	Accentrati	Decentrati (accordi)
Lombardia	Tetto per singole strutture erogatrici pure (strutture pubbliche, strutture equiparate alle pubbliche e case di cura privata accreditata)	Accordi interaziendali tra ASL e produttori pubblici e privati accreditati
Veneto	Target di spesa per strutture private accreditate per macroarea di branca specialistica (DGR 269/2004)	
Emilia Romagna	Riconduzione dell'attività ambulatoriale al più ampio ambito dell'accordo quadro con l'ospedalità privata (AIOP / ARIS), stipulato con DGR 1482 / 2003 (riferito al triennio 2004-2006)	
Toscana		Accordi interaziendali tra ASL e strutture private accreditate e accordi interaziendali tra ASL e strutture pubbliche nell'ambito dell'area vasta limitatamente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale rilevanti da un punto di vista della programmazione regionale
Marche	Combinazione di un tetto di sistema per zona territoriale sui volumi di attività per le strutture pubbliche e di un tetto (definito in base ai dati storici e all'obiettivo per l'anno in questione) per singola struttura privata accreditata (DGR 2265/2002).	
Campania	Target per le strutture pubbliche e private accreditate (DGRC 800/2006)	
Sicilia	Target per le strutture pubbliche e private accreditate (DA Sanità N.17273/95)	



1.4. Le risorse strutturali delle aziende sanitarie private accreditate

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

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

La rete assistenziale ospedaliera di "emergenza-urgenza" rappresenta la seconda fase di risposta prevista dal sistema di emergenza sanitaria del nostro Paese: ad una fase di allarme assicurata dalla centrale operativa, alla quale affluiscono tutte le richieste di intervento sanitario in emergenza tramite il numero unico "118", succedono due fasi di risposta, quella territoriale costituita da idonei mezzi di soccorso distribuiti sul territorio (per esempio, le ambulanze), e quella ospedaliera²⁰ costituita dalla rete degli ospedali sede di PS e di DEA di I e II livello, tra cui le case di cura private accreditate e gli IRCCS di diritto privato, gli ospedali classificati, gli istituti qualificati presidio di ASL e i Policlinici privati a gestione diretta delle Università. La Tabella 1.17 presenta un confronto tra le strutture di ricovero pubbliche (incluse quelle equiparate alle pubbliche) e quelle private accreditate in termini di concentrazione di servizi per l'emergenza. Si evidenzia come meno del 10% delle strutture private accreditate siano dotate di servizi per le emergenze (circa il 4% possiede un dipartimento di emergenza, il 5,5% un PS e il 7,7% un centro di rianimazione) rispetto alla concentrazione di tali servizi presso le strutture pubbliche (oltre il 45% delle strutture di ricovero pubbliche e delle equiparate alle pubbliche risulta dotato di un dipartimento di emergenza, oltre la metà delle stesse di un centro di rianimazione e infine il 79% di un PS). E opportuno, tuttavia, richiamare la precisazione metodologica presentata nel par. 1.2.1: alcune elaborazioni centrate sul confronto tra le strutture pubbliche e private scontano il limite di rilevazione dei dati ministeriali per cui le strutture equiparate alle pubbliche, pur essendo caratterizzate da una quota rilevante di istituti privati, sono associate alle

²⁰ I reparti collegati all'assistenza ospedaliera in regime di emergenza sono quelli di terapia intensiva, terapia intensiva neonatale e unità coronaria.



strutture pubbliche. Ciò significa che gli IRCCS di diritto privato e i Policlinici privati a gestione diretta dell'Università che hanno in dotazione dei servizi per l'emergenze (PS, DEA ecc.) vengono conteggiati insieme alle strutture pubbliche (questo è, ad esempio, il caso del San Raffaele in Regione Lombardia o del Policlinico Gemelli in Lazio). Nell'ambito dei confronti interregionali si evidenzia un'elevata variabilità: le regioni a più elevata concentrazione sono la Lombardia per quanto riguarda le strutture private accreditate (il 14,8% ha un dipartimento di emergenza, il 26,2% un PS e il 21,3% un centro di rianimazione) e l'Emilia Romagna per quanto concerne le strutture pubbliche (circa il 68% per i dipartimenti di emergenza, il 93% per le strutture di PS e il 75% per i centri di rianimazione).



Tabella 1.17 Servizi per l'emergenza: confronto pubblico-privato (2004)

Regioni	Dipartimento di emergenza		Pronto Soccorso		Centro di Rianimazione	
	% su totale strutture di ricovero pubbliche ed equiparate	% su totale strutture di ricovero private accreditate	% su totale strutture di ricovero pubbliche ed equiparate	% su totale strutture di ricovero private accreditate	% su totale strutture di ricovero pubbliche ed equiparate	% su totale strutture di ricovero private accreditate
PIEMONTE	66,7%	0,0%	71,4%	0,0%	57,1%	9,8%
V. D'AOSTA	100,0%		100,0%		100,0%	
LOMBARDIA	67,3%	14,8%	72,7%	26,2%	69,1%	21,3%
P. A. BOLZANO	42,9%	0,0%	85,7%	0,0%	71,4%	0,0%
P. A. TRENTO	0,0%	0,0%	53,8%	0,0%	15,4%	0,0%
VENETO	57,9%	6,7%	81,6%	0,0%	65,8%	0,0%
F. V. GIULIA	61,1%	0,0%	72,2%	20,0%	55,6%	20,0%
LIGURIA	44,4%	0,0%	61,1%	0,0%	50,0%	33,3%
E. ROMAGNA	67,9%	0,0%	92,9%	2,2%	75,0%	6,7%
TOSCANA	45,5%	7,1%	59,1%	7,1%	54,5%	3,6%
UMBRIA	54,5%	0,0%	81,8%	0,0%	54,5%	0,0%
MARCHE	47,1%	0,0%	88,2%	0,0%	38,2%	14,3%
LAZIO	37,7%	2,4%	68,8%	2,4%	44,2%	2,4%
ABRUZZO	59,1%	0,0%	90,9%	0,0%	63,6%	8,3%
MOLISE	50,0%	0,0%	75,0%	0,0%	62,5%	33,3%
CAMPANIA	46,4%	9,9%	88,4%	9,9%	62,3%	12,7%
PUGLIA	50,0%	0,0%	91,7%	0,0%	44,4%	3,1%
BASILICATA	33,3%	0,0%	88,9%	0,0%	66,7%	0,0%
CALABRIA	27,0%	0,0%	81,1%	0,0%	24,3%	0,0%
SICILIA	31,9%	1,6%	90,3%	1,6%	43,1%	3,3%
SARDEGNA	9,1%	0,0%	75,8%	0,0%	45,5%	7,7%
ITALIA	45,5%	4,1%	79,0%	5,5%	52,2%	7,7%

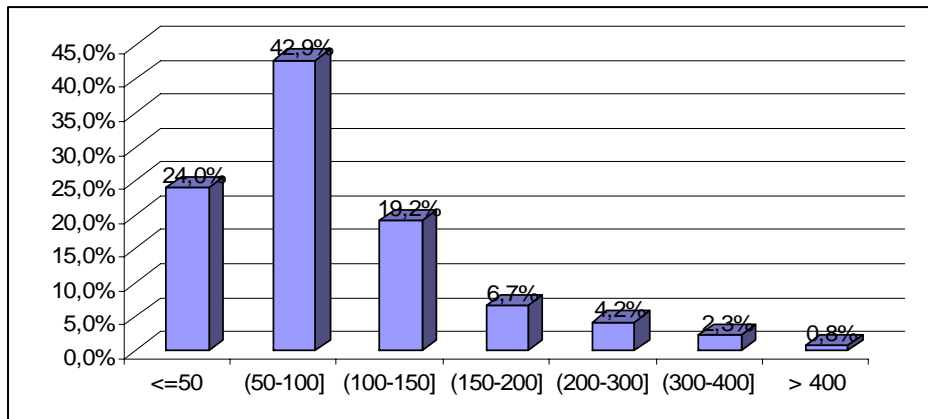
Fonte: Attività Economiche e Gestionali, Ministero della Salute



Con riferimento all'assistenza ospedaliera di tipo specialistico vengono presentate prima le caratteristiche delle Case di Cura private accreditate e successivamente quelle delle strutture equiparate alle pubbliche.

Le case di cura private accreditate sono generalmente di dimensioni ridotte²¹: il 86% ha una dotazione di PL accreditati inferiore a 150 e solo il 3% superiore a 300 (cfr. Figura 1.4).

Figura 1.4 Distribuzione percentuale delle case di cura private accreditate per classe dimensionale di posti letto (2003)



Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

La Figura 1.5 approfondisce le differenze regionali rispetto alla rilevanza del privato accreditato sulla base:

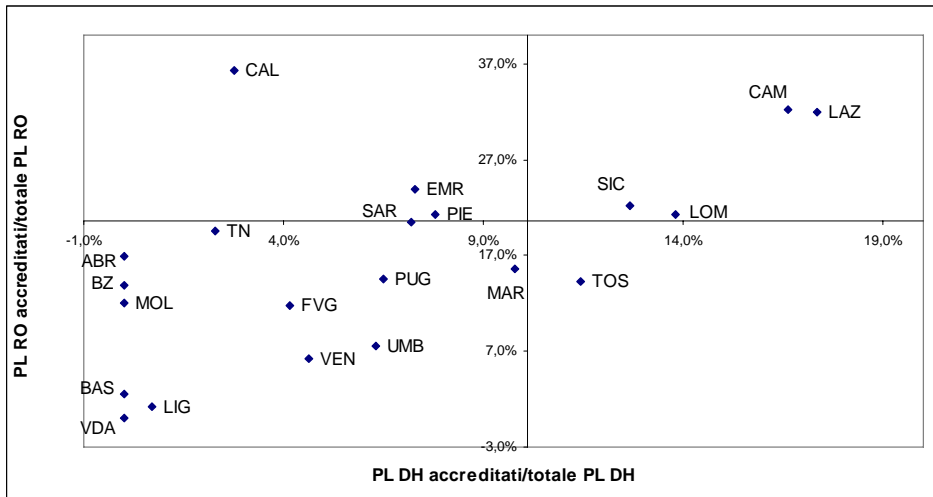
1. dell'incidenza dei PL accreditati in RO sul totale dei PL in RO (pubblici e privati accreditati);
2. dell'incidenza dei PL in DH accreditati sul totale dei PL in DH (pubblici e privati accreditati).

²¹ Cfr. nota 6.



In tutte le regioni l'offerta è prevalentemente pubblica (a livello nazionale solo il 10% dei PL in DH è accreditato e solo il 20,6% dei PL in RO è accreditato), ma il privato accreditato costituisce una quota significativa dell'offerta in regioni quali Lazio (17,3% per DH e 32% per RO), Campania (16,6% per DH e 32,2% per RO), Calabria (2,8% per DH e 36,6% per RO), Lombardia (13,8% per DH e 21,3% per RO) e Sicilia (12,7% per DH e 22,1% per RO). Considerando la distinzione tra PL privati accreditati in RO e DH, si evidenzia come la dotazione di PL in DH sia abbastanza limitata nelle varie regioni: quelle che presentano una dotazione di PL in DH maggiore a quella media nazionale (10%) sono Lazio (17,3%), Campania (16,6%), Lombardia (13,8%), Sicilia (12,7%) e Toscana (11,4%). Si sottolineano, inoltre, i casi di Abruzzo, Provincia Autonoma di Bolzano, Molise e Basilicata dove non sono stati attivati PL privati accreditati in DH, pur registrando dotazioni di PL privati accreditati in RO comunque inferiori a quelli della media nazionale (rispettivamente 16,9% e 13,9%, 12% e 2,6% contro i 20,6% del livello nazionale).

Figura 1.5 Posizionamento delle Regioni sulla base della percentuale di PL previsti privati accreditati RO e DH per acuti e non (2004)

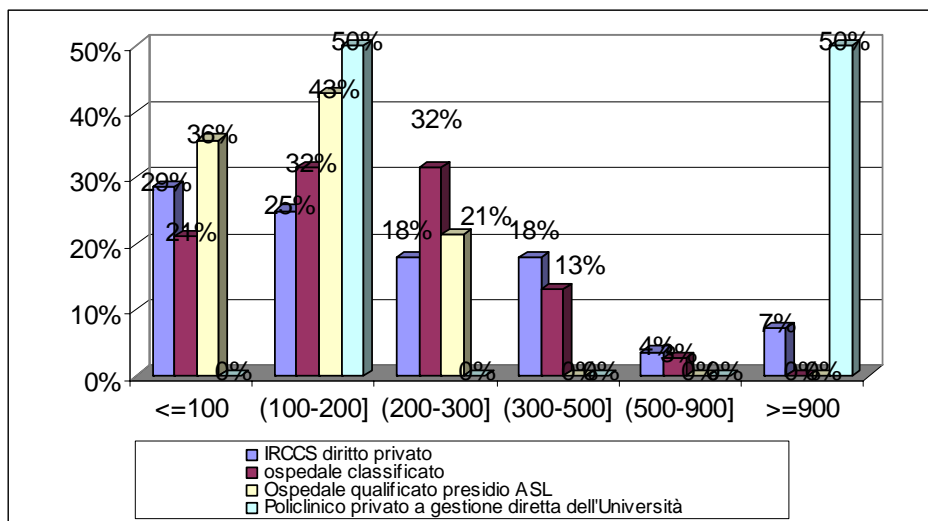


Fonte: Attività Economiche e Gestionali, Ministero della Salute



Riguardo all'assistenza ospedaliera erogata dagli IRCCS di diritto privato, dagli ospedali classificati, dagli istituti qualificati presidio di ASL e dai Policlinici privati a gestione diretta dell'Università, si evidenzia che, per tutte le tipologie di strutture, almeno il 50% di esse ha una dotazione di PL inferiore a 200: uno dei due Policlinici privati a gestione diretta dell'Università, 54% degli IRCCS di diritto privato, 53% degli ospedali classificati, 79% degli istituti qualificati presidio di ASL (cfr. Figura 1.6). Il 4% degli IRCCS di diritto privato e il 3% degli ospedali classificati ha una dotazione tra i 500 e i 900 PL e solo gli IRCCS di diritto privato e i Policlinici privati a gestione diretta dell'Università sono caratterizzati da strutture con una dotazione di PL superiore ai 900 (rispettivamente il 7% degli IRCCS di diritto privato e uno dei Policlinici privati).

Figura 1.6 Distribuzione percentuale di IRCCS di diritto privato, ospedali classificati, istituti qualificati presidio di ASL, Policlinici privati a gestione diretta dell'Università per dimensione di PL (2003)



Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Rispetto alle discipline cliniche (cfr. Tabella 1.18) che caratterizzano l'attività di queste strutture di ricovero, si osserva come gli istituti qualificati presidio di ASL e gli ospedali classificati sono tipicamente strutture che operano nell'ambito della riabilitazione (rispettivamente 83,33 e 44,44%), della chirurgia e della medicina generale (rispettivamente 50 e 72,2% per la chirurgia e 66,7 e 77,8% per la medicina generale) e dell'ortopedia e traumatologia



(rispettivamente 58,3 e 47,2%). Per gli ospedali classificati si aggiungono, inoltre, l'ostetricia e la ginecologia (53%) e la terapia intensiva (42%).

Tra gli IRCCS di diritto privato, invece, una percentuale rilevante di strutture si posiziona rispetto alle discipline riabilitative (74% per la disciplina "Recupero e riabilitazione funzionale" e 44,4% per la "Neuro-riabilitazione"). Infine, i due Policlinici privati a gestione diretta dell'Università presentano un mix abbastanza differenziato di discipline.

Incrociando i dati sulle discipline con quelli relativi alle classi dimensionali in termini di dotazione di PL emerge che le strutture con meno di 100 PL sono prevalentemente monospecialistiche, con riferimento specifico all'area della riabilitazione (riabilitazione e recupero funzionale, neuroriabilitazione), della psichiatria (psichiatria e neuropsichiatria infantile), della neurologia e dell'oncologia e terapia intensiva. Le strutture, invece, con più di 500 PL sono tipicamente polispecialistiche: le discipline più ricorrenti sono quelle di neurologia, ortopedia e traumatologia, terapia intensiva e quelle afferenti all'area materno-infantile (per esempio, neonatologia e pediatria).



Tabella 1.18 Concentrazione delle discipline erogate da IRCCS di diritto privato, ospedali classificati, istituti qualificati presidio di ASL e Policlinici privati a gestione diretta dell'Università (2003, valori percentuali)

Disciplina	IRCCS di diritto privato	Istituti qualificati presidio ASL	Ospedali classificati	Policlinici privati a gestione diretta dell'Università
ALLERGOLOGIA	0,00	0,00	0,00	0,00
ANGIOLOGIA	0,00	0,00	2,78	0,00
ASTANTERIA	3,70	8,33	8,33	50,00
CARDIOCHIRURGIA	7,41	0,00	2,78	100,00
CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	3,70	0,00	0,00	0,00
CARDIOLOGIA	22,22	33,33	41,67	100,00
CHIRURGIA GENERALE	18,52	50,00	72,22	100,00
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	0,00	0,00	0,00	0,00
CHIRURGIA PEDIATRICA	3,70	0,00	0,00	50,00
CHIRURGIA PLASTICA	7,41	8,33	11,11	50,00
CHIRURGIA TORACICA	7,41	0,00	0,00	50,00
CHIRURGIA VASCOLARE	14,81	8,33	16,67	50,00
DERMATOLOGIA	7,41	0,00	2,78	50,00
DETENUTI	0,00	0,00	0,00	0,00
EMATOLOGIA	11,11	0,00	5,56	50,00
EMODIALISI	0,00	0,00	0,00	0,00
FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZION	0,00	0,00	0,00	0,00
GASTROENTEROLOGIA	7,41	8,33	25,00	100,00
GERIATRIA	7,41	25,00	11,11	50,00
GRANDI USTIONI	0,00	0,00	0,00	0,00
GRANDI USTIONI PEDIATRICHE	0,00	0,00	0,00	0,00
IMMUNOLOGIA	0,00	0,00	0,00	0,00
LUNGODEGENTI	7,41	33,33	22,22	0,00
MALATTIE ENDOCRINE, RICAMBIO E N	11,11	8,33	13,89	50,00
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	7,41	0,00	5,56	50,00
MEDICINA DEL LAVORO	7,41	0,00	0,00	50,00
MEDICINA GENERALE	22,22	66,67	77,78	100,00
MEDICINA NUCLEARE	3,70	0,00	2,78	0,00
MEDICINA SPORTIVA	0,00	0,00	0,00	0,00
NEFROLOGIA	7,41	8,33	8,33	0,00
NEFROLOGIA (ABILITAZ, AL TRAPIAN	7,41	0,00	0,00	50,00
NEFROLOGIA PEDIATRICA	0,00	0,00	0,00	0,00



NEONATOLOGIA	11,11	8,33	33,33	0,00
NEUROCHIRURGIA	11,11	8,33	2,78	0,00
NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA	3,70	0,00	0,00	50,00
NEUROLOGIA	29,63	25,00	16,67	0,00
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	11,11	0,00	0,00	0,00
NEURO-RIABILITAZIONE	44,44	8,33	5,56	0,00
OCULISTICA	14,81	25,00	38,89	0,00
ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	3,70	8,33	8,33	0,00
ONCOEMATOLOGIA	3,70	0,00	0,00	0,00
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	0,00	0,00	0,00	0,00
ONCOLOGIA	18,52	0,00	25,00	100,00
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	11,11	58,33	47,22	100,00
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	14,81	33,33	55,56	100,00
OTORINOLARINGOIATRIA	14,81	8,33	30,56	100,00
PEDIATRIA	18,52	0,00	33,33	50,00
PENSIONANTI	3,70	8,33	0,00	0,00
PNEUMOLOGIA	11,11	8,33	13,89	50,00
PSICHIATRIA	0,00	0,00	8,33	0,00
RADIOTERAPIA	7,41	0,00	0,00	50,00
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	0,00	0,00	0,00	0,00
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIO	74,07	83,33	44,44	50,00
REUMATOLOGIA	0,00	0,00	0,00	50,00
TERAPIA INTENSIVA	22,22	41,67	44,44	100,00
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	7,41	8,33	19,44	50,00
TOSSICOLOGIA	0,00	0,00	0,00	0,00
UNITA' CORONARICA	14,81	8,33	22,22	50,00
UNITA' SPINALE	3,70	0,00	2,78	0,00
UROLOGIA	11,11	41,67	33,33	100,00
UROLOGIA PEDIATRICA	3,70	0,00	0,00	0,00

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

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



un milione di abitanti) seguita da Campania e Puglia (dotazione complessiva di attrezzature superiore a 40 apparecchiature per un milione di abitanti).



Tabella 1.19 Apparecchiature tecnico-biomediche di diagnosi e cura presso le strutture di ricovero pubbliche (incluse le equiparate alle pubbliche) e le case di cura accreditate; indicatori per 1000000 abitanti (2004)

Regioni	Strutture pubbliche						Strutture private					
	ALI	EMD	GCC	TAC	TRM	Totale	ALI	EMD	GCC	TAC	TRM	Totale
PIEMONTE	6,1	226,9	707	20,1	7,7	967,8	0,5	0,5	0,5	3,3	3,3	8,1
V. D'AOSTA		237,6	16,4	16,4	24,6	295				8,2		8,2
LOMBARDIA	4,7	185,4	7,9	15,8	5,5	219,3	0,9	17,7	0,3	5,4	5,4	29,7
P. A. BOLZANO		178,1	6,4	14,8	10,6	209,9	4,2			4,2	4,2	12,6
P. A. TRENTO	8,1	385,1	2	14,3	6,1	415,6				2		2
VENETO	5	160	7,5	16,2	8,6	197,3			0,2	0,9	0,9	2
F. V. GIULIA	8,3	236,2	6,7	17,5	7,5	276,2				2,5	3,3	5,8
LIGURIA	5,1	266,9	9,5	17,7	10,8	310						0
E. ROMAGNA	3,2	197,5	6,9	15,2	5,4	228,2	0,5	6,6	0,7	4,4	3,9	16,1
TOSCANA	5	231,1	8,7	14,9	7,3	267		4,2	0,8	1,1	0,3	6,4
UMBRIA	5,9	336,1	3,5	22,4	9,4	377,3			2,4	2,4		4,8
MARCHE	4	287,7	7,3	14,6	10,6	324,2			1,3	4	2,7	8
LAZIO	4	174,8	7,9	19,2	7,9	213,8	0,2	89,9	1,5	6,1	8,8	106,5
ABRUZZO	3,9	213,9	7,8	15,6	6,2	247,4		11,7		5,4	4,7	21,8
MOLISE	6,2	276,7	18,7	24,9	12,4	338,9		3,1	3,1	9,3	3,1	18,6
CAMPANIA	2,1	66,7	10,6	11,1	3,1	93,6	0,3	27,4	3,6	7,5	2,6	41,4
PUGLIA	3	230,4	7,9	12,4	5,9	259,6		31,9	0,2	4,5	1,7	38,3
BASILICATA	1,7	261,3	5	15,1	6,7	289,8				1,7		1,7
CALABRIA	2,5	208,3	5	16,9	4	236,7	1	0,5	2,5	10,4	4,5	18,9
SICILIA	1,4	99,5	5	14,6	3,6	124,1	1,2	3	1,6	7,2	2,4	15,4
SARDEGNA	1,2	182	11	13,4	9,7	217,3		51,1	1,2	4,9	1,8	59
ITALIA	3,9	185,5	7,8	15,7	6,5	219,4	0,4	18,6	1,1	4,7	3,4	28,2

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

Fonte: Attività Economiche e Gestionali, Ministero della Salute

Infine, un'ultima considerazione va fatta per il personale che opera nelle case di cura e, in generale, nelle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche: in queste ultime il personale in servizio presenta caratteristiche diverse, o meglio si



distingue tra personale dipendente, cioè unità con rapporto d'impiego con l'istituto, e personale con altro tipo di rapporto, cioè unità in servizio presso la struttura e dipendenti da altre istituzioni oppure a rapporto di collaborazione professionale coordinativa e continuativa.

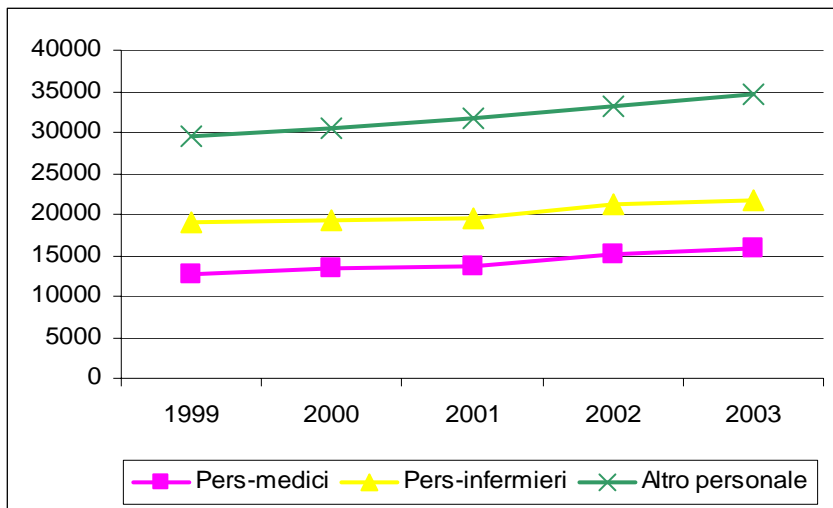
In particolare²²:

- il personale che opera presso le case di cura private accreditate è rappresentato per più del 50% da personale di ruolo sanitario limitatamente ai medici-odontoiatri (20-21%) e agli infermieri (30-31%). L'altro personale include il personale di ruolo sanitario laureato non medico (per esempio, biologi, farmacisti ecc.), gli assistenti sanitari (OSS, OTA ecc.), il personale di ruolo professionale (ad esempio, gli avvocati), il personale di ruolo tecnico e il personale di ruolo amministrativo. Per tutti i raggruppamenti si evidenzia un trend in lieve aumento dal 1999 al 2003 (cfr. Figura 1.7);
- per quanto riguarda il personale operante nelle altre tipologie di strutture di ricovero considerate si sottolinea come: i) nel caso degli ospedali classificati e degli istituti qualificati presidio di ASL più del 50% del personale è inserito nell'ambito del ruolo sanitario con una prevalenza di personale infermieristico (37% infermieri e 18% medici e odontoiatri; cfr. Figura 1.8) e che il 95% del personale totale è dipendente e ii) nel caso degli IRCCS di diritto privato e di policlinici privati a gestione diretta dell'Università il personale complessivo ammonta rispettivamente a circa 15.800 unità (di cui il 95% con rapporto di lavoro dipendente) e a 5.086 unità (di cui il 99% con rapporto di lavoro dipendente).

²² I valori del personale riportati nelle Figure 1.7 e 1.8 comprendono sia quello dipendente che quello operante nella struttura con un altro tipo di rapporto.

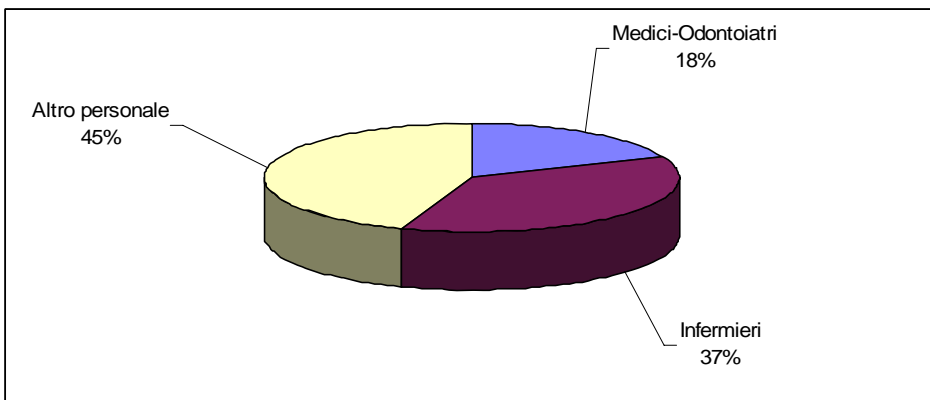


Figura 1.7 Trend del personale presso le case di cura private accreditate (1999-2003)



Fonte: Elaborazioni OASI su dati del Ministero salute

Figura 1.8 Composizione del personale operante negli ospedali classificati e negli istituti qualificati presidio di ASL (2004)

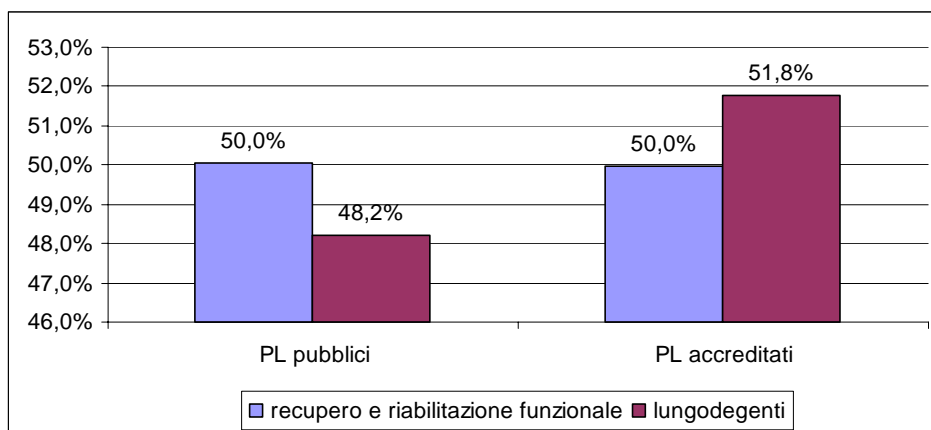


Fonte: Elaborazioni OASI su dati del Ministero della Salute

Infine, sul versante dell'assistenza ospedaliera ai non acuti (riabilitazione e lungodegenza) è possibile effettuare dei confronti tra la percentuale di PL pubblici e privati accreditati considerando le discipline di riferimento: recupero e riabilitazione funzionale (disciplina 56), lungodegenti (disciplina 60) e altre discipline di minore rilevanza in termini di PL, quali residuale manicomiale (disciplina 22), unità spinale (disciplina 28) e neuro riabilitazione (disciplina 75). La Figura 1. evidenzia un'equa distribuzione di PL tra le strutture pubbliche e accreditate per la prima disciplina, una lieve concentrazione dei PL per la lungodegenza nelle strutture private accreditate (circa il 48% pubblici contro quasi il 52% privati accreditati). Anche in questo caso, è opportuno richiamare la precisazione metodologica presentata nel par. 1.2.1: alcune elaborazioni centrate sul confronto tra le strutture pubbliche e private scontano il limite di rilevazione dei dati ministeriali per cui le strutture equiparate alle pubbliche, pur essendo caratterizzate da una quota rilevante di istituti privati, sono associate alle strutture pubbliche.



Figura 1.9 Percentuale di PL pubblici e privati accreditati effettivamente utilizzati per discipline di riabilitazione e lungodegenza (2004)



Fonte: Attività economiche e gestionali, Ministero della Salute

1.5. Dati di attività

La rilevazione dei livelli di attività del SSN è risultata piuttosto difficile a causa della lentezza e dell'incompletezza delle informazioni inviate al Ministero ed alle Regioni, anche perché mancava un collegamento tra i livelli di attività svolta ed i finanziamenti ottenuti dalle aziende. La raccolta delle informazioni per il 2004 da parte del Ministero è risultata particolarmente difficile e sono attualmente disponibili solo alcuni dati di attività, frutto della rielaborazione delle schede di dimissione ospedaliera (SDO).

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

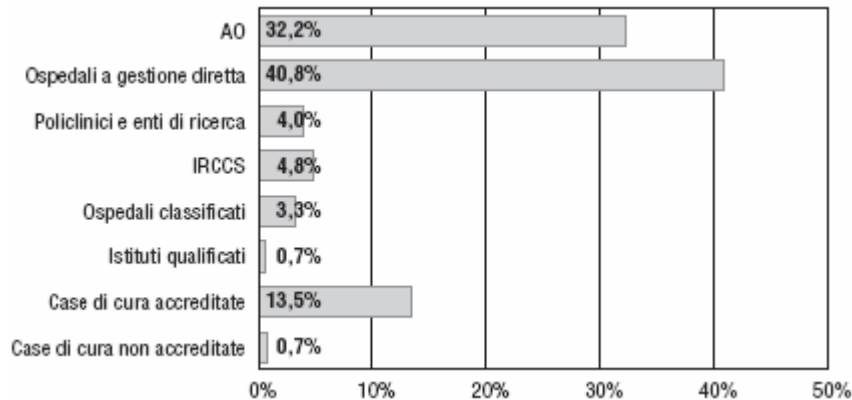
Rispetto all'attività ospedaliera, i dati presentati nelle figure 1.10, 1.11 e 1.12 mostrano la distribuzione dei dimessi per tipo di attività (rispettivamente acuti, riabilitazione e lungodegenza) e per tipo di istituto. Come chiarito nel §1.2.1, i dati forniti dal Ministero, tuttavia, non consentono di distinguere l'attività erogata dagli IRCCS pubblici rispetto a quella degli IRCCS privati e per questo motivo il dato degli IRCCS viene fornito in maniera complessiva: si



tenga, tuttavia presente che una buona misura per valutare il peso degli IRCCS privati rispetto al totale degli IRCCS è rappresentata dal numero di posti letto accreditati pari al 52,3% del totale.

Rispetto al numero di dimissioni per acuti in RO e DH (Figura 1.10), è possibile evidenziare come una percentuale molto elevata delle stesse sia avvenuta in Ospedali a Gestione diretta dell'Asl (40,8%) e, a seguire, in AO (32,2%). Sommando l'attività di ospedali classificati, istituti qualificati e case di cura (accreditate e non) emerge un peso relativamente limitato (18,2%) degli erogatori privati in questo ambito, peso che rimane limitato anche qualora si attribuisse l'intera attività degli IRCCS (sia pubblici sia privati), che però complessivamente effettuano solo il 4,8% dell'attività di ricovero per acuti.

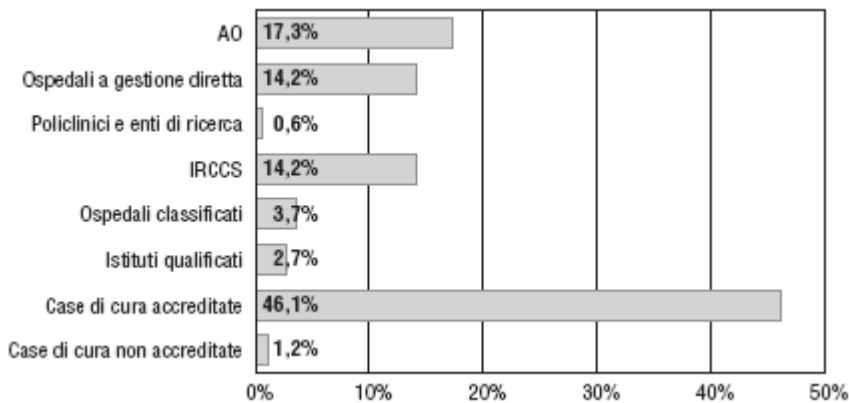
Figura 1.10 Distribuzione dei dimessi per acuti (RO+DH) per tipo di istituto (2004)



Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Al contrario, se si vanno a guardare i dati di attività della riabilitazione in RO e DH (Figura 1.11) è possibile constatare l'elevato peso del privato, che con le sole case di cura accreditate e non copre oltre il 47% del numero di dimissioni e supera il 53% se si include anche l'attività degli ospedali classificati e degli istituti qualificati.

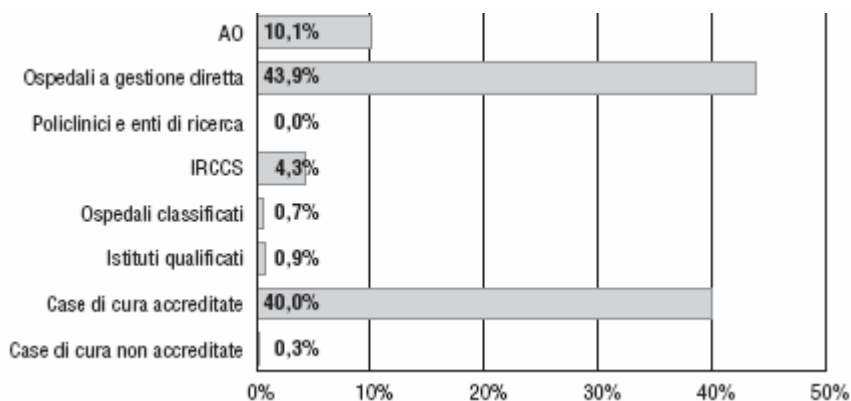
Figura 1.11 Distribuzione dei dimessi per riabilitazione (RO+DH) per tipo di istituto (2004)



Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

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

Figura 1.12 Distribuzione dei dimessi per lungodegenza per tipo di istituto (2004)



Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

La differenziazione rispetto a tali indicatori è però molto accentuata tra le Regioni: rispetto all'attività per acuti (Tabella 1.20), Lazio, Campania, Lombardia, Puglia e Calabria sono le regioni in cui gli erogatori privati



(accreditati e non) coprono una parte rilevante di attività e comunque superiore al 20%, mentre sono le regioni piccole (Basilicata, Molise, Umbria, Bolzano e Friuli Venezia Giulia) e la Toscana a presentare un tasso di attività per acuti degli erogatori privati piuttosto limitato (inferiore al 10%).

Tabella 1.20 incidenza percentuale dei dimessi per acuti (RO+DH) per tipologia di istituto (2004)

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

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

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Allo stesso modo (Tabella 1.21), Lazio, Calabria, Campania (insieme ad Abruzzo e Bolzano) rappresentano le regioni con la più elevata percentuale (superiore al 35%) di ricoveri per riabilitazione in strutture private (accreditate e non).



Tabella 1.21 Incidenza percentuale dei dimessi per riabilitazione (RO+DH) per tipologia di istituto (2004)

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

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

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Infine, per quanto riguarda la lungodegenza (Tabella 1.22), in Toscana e Sardegna sono gli operatori privati a effettuare la totalità dell'attività in questione, ma percentuali molto vicine al 100% si registrano anche in molte altre regioni.



Tabella 1.22 Incidenza percentuale dei dimessi per lungodegenza per tipologia di Istituto
(2004)

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

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

Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

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

Il primo indicatore permette di esprimere una valutazione di prima approssimazione sull'efficienza operativa²³. Negli ultimi anni la degenza media per acuti a livello nazionale si è ridotta, passando dal 7,1 del 1998 al 6,7 nel 2004. Mediamente le strutture private hanno una degenza media inferiore alle

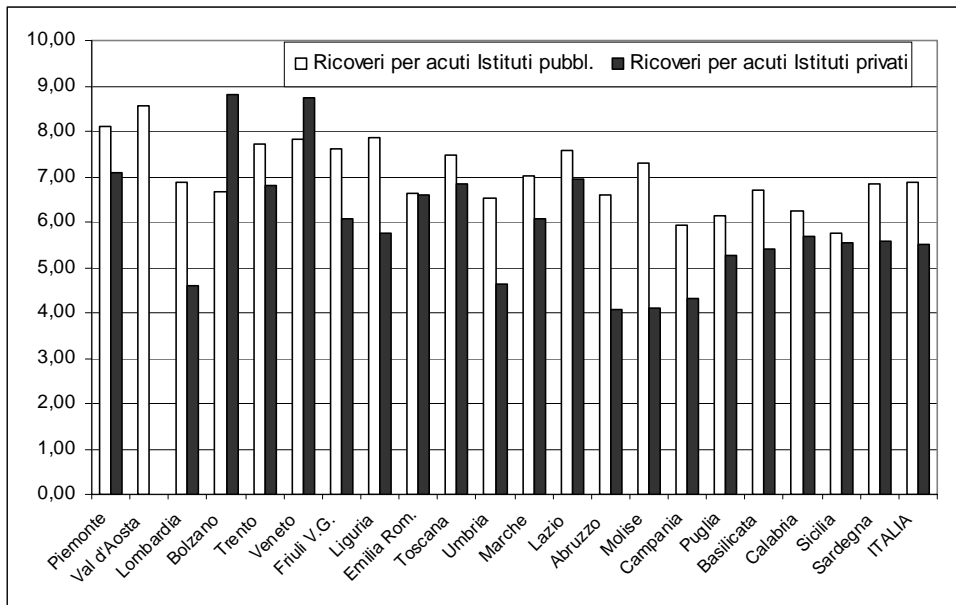
²³ Per valutare l'efficienza operativa sarebbe in realtà necessario utilizzare almeno la degenza media standardizzata per case mix (cioè riportando tutte le Regioni ad un'unica distribuzione dei ricoveri per Drg, quella media italiana), in modo da eliminare l'effetto della diversa casistica trattata. Si consideri inoltre che una degenza media bassa non è necessariamente un indicatore positivo, perché potrebbe essere ottenuta attraverso dimissioni premature o omissioni di terapie (e riducendo quindi l'efficacia del trattamento).



pubbliche per i ricoveri per acuti (5,5 rispetto a 6,9 giorni, cfr. Fig. 1.13), mentre presentano degenze medie simili (Figura 1.13) per la riabilitazione (26,9 rispetto a 25,8) e maggiori (

Figura 1.14) per la lungodegenza (37,4 rispetto a 27). Si rilevano però considerevoli differenze tra le Regioni (Figura 1.), con le Regioni del Sud che presentano generalmente degenze medie per acuti più brevi (soprattutto nelle strutture private). Per la riabilitazione e lungodegenza i valori rilevati sono, invece, estremamente eterogenei.

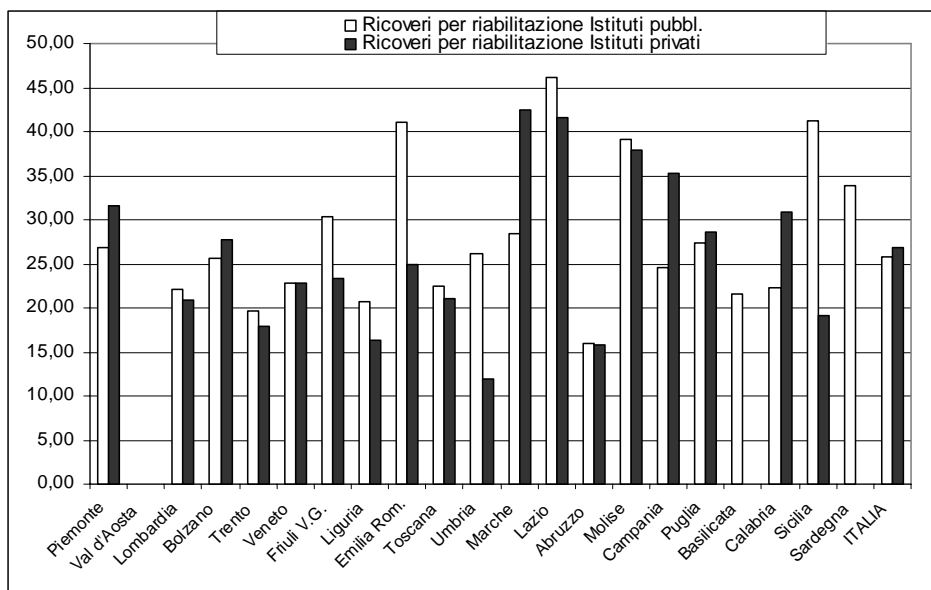
Figura 1.13 Degenza media per acuti per Regione e per tipo di struttura (2004)



Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute



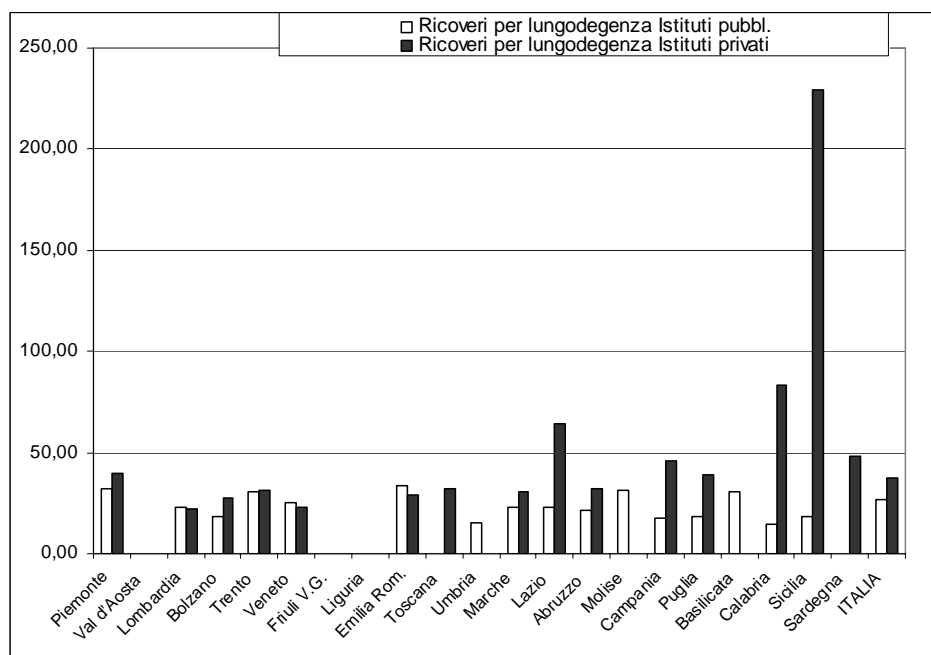
Figura 1.14 Degenza media per riabilitazione per Regione e per tipo di struttura (2004)



Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute



Figura 1.15 Degenza media per lungodegenza per Regione e per tipo di struttura (2004)



Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Il secondo indicatore di efficienza è rappresentato dal tasso di utilizzo dei posti letto²⁴: alla data di pubblicazione del Rapporto non sono ancora stati resi disponibili i dati relativi al 2004, quindi si procede alla presentazione dei valori 2003.

Secondo quanto stabilito dalla L. 662/96, questo indicatore non dovrebbe essere inferiore al 75%. Se analizziamo i ricoveri per acuti (Tabella 1.23), tale indicatore è ancora inferiore a quello minimo solo in alcune Regioni per le strutture pubbliche (Provincia Autonoma di Bolzano e Trento, Friuli Venezia Giulia, Basilicata, Calabria e Sardegna) e con scarti comunque contenuti rispetto

²⁴ Il tasso di utilizzo dei posti letto è calcolato come rapporto tra le giornate di degenza effettivamente erogate e le giornate di degenza teoriche, a loro volta determinate moltiplicando per 360 giorni il numero medio dei posti letto disponibili.



all'obiettivo: lo stesso non vale per le strutture private che in molte regioni fanno registrare tassi di occupazione molto inferiori rispetto allo standard (Friuli Venezia Giulia, Toscana, Umbria, Basilicata, Sardegna e Calabria) e comunque sempre inferiori a quello delle strutture pubbliche (ad eccezione del Veneto).

Tabella 1.23 Tasso di occupazione dei posti letto acuti (2003)

2003	tasso di occupaz. pubbliche acuti	tasso di occupaz. private accr acuti
Piemonte	79,7	74,5
Val d'Aosta	79,7	
Lombardia	79,3	54,5
Bolzano	74,2	57,4
Trento	70,4	
Veneto	79,9	85,5
Friuli V. G.	71,6	34,1
Liguria	81,6	77,3
Emilia R.	76,7	53,0
Toscana	79,8	37,7
Umbria	79,6	39,8
Marche	79,3	62,5
Lazio	86,1	73,4
Abruzzo	81,5	74,7
Molise	85,5	61,6
Campania	84,2	72,5
Puglia	80,4	63,5
Basilicata	64,1	45,4
Calabria	68,7	51,6
Sicilia	75,7	53,8
Sardegna	73,2	52,6
ITALIA	79,1	60,5

Fonte Attività gestionali ed economiche , Ministero della Salute

Invece, per quel che riguarda i ricoveri per non acuti, solo quattro regioni (Marche, Basilicata, Calabria e Sicilia) presentano un tasso di occupazione dei posti letto inferiore al 75%, mentre le strutture private registrano tassi di occupazione decisamente superiori allo standard (ad eccezione del Molise) e molto spesso anche a quello delle strutture pubbliche. Al fine di



un'interpretazione più corretta vanno evidenziati due aspetti: il primo fa riferimento al fatto che in questi confronti pubblico-privato i dati dei tassi di utilizzo delle strutture equiparate alle pubbliche (quindi inclusi IRCCS di diritto privato, ospedali classificati e istituti qualificati presidio di ASL e policlinici privati a gestione diretta dell'Università) vengono aggregati a quelli delle strutture pubbliche; il secondo spiega la differenza tra i tassi di occupazione dei PL tra le strutture pubbliche e private accreditate precisando che le aziende possono utilizzare i PL in modo flessibile rispetto alla dotazione formale di PL per acuti e non acuti.



Tabella 1.24 Tasso di occupazione dei posti letto per non acuti (2003)

2003	tasso di occupaz. pubbliche non acuti	tasso di occupaz. private accr non acuti
Piemonte	88,1	84,4
Val d'Aosta		
Lombardia	88,3	99,3
Bolzano	98,8	122,1
Trento	88,2	
Veneto	83,0	117,8
Friuli V. G.	77,4	81,8
Liguria	103,7	93,1
Emilia R.	121,3	96,5
Toscana	90,1	78,5
Umbria	83,8	82,1
Marche	70,3	87,7
Lazio	89,6	90,6
Abruzzo	92,0	98,6
Molise	88,9	25,6
Campania	90,0	94,0
Puglia	78,5	97,8
Basilicata	69,5	
Calabria	65,3	90,1
Sicilia	66,3	87,7
Sardegna	84,7	85,9
ITALIA	90,5	92,8

Fonte Attività gestionali ed economiche , Ministero della Salute

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



Tabella 1.25 Le prime 20 strutture ospedaliere italiane per numero di dimessi in mobilità attiva (2003)

Posizione	Struttura Ospedaliera	Città	Tipologia	Natura Erogatore	Numero dimissioni in mobilità attiva
1	Ospedale Pediatrico Bambino Gesù	Roma	IRCCS	Privato	21815
2	Policlinico Agostino Gemelli	Roma	Policlinico	Privato	16218
3	Istituto G. Gaslini	Genova	IRCCS	Pubblico	15505
4	A.O. Pisana	Pisa	AO	Pubblico	15159
5	A.O. di Verona	Verona	AO	Pubblico	13636
6	A.O. S. Orsola Malpighi	Bologna	AO	Pubblico	13191
7	Ospedale Policlinico S. Matteo	Pavia	IRCCS	Pubblico	12714
8	IRCCS S. Raffaele	Milano	IRCCS	Privato	12498
9	A.O. Padova	Padova	AO	Pubblico	11614
10	Casa Sollievo della Sofferenza	San Giovanni Rotondo (Foggia)	IRCCS	Privato	11163
11	Il.OO. Rizzoli	Bologna	IRCCS	Pubblico	10484
12	Policlinico Umberto I	Roma	Policlinico	Pubblico	8522
13	A.O. Senese	Siena	AO	Pubblico	8499
14	Istituto Europeo di Oncologia	Milano	IRCCS	Privato	8161
15	Istituto Nazionale per la Cura dei Tumori	Milano	IRCCS	Pubblico	8114
16	A.O. Careggi	Firenze	AO	Pubblico	7923
17	Istituto Clinico "Humanitas"	Rozzano (Milano)	Casa di Cura Privata Accreditata	Privato	7604
18	A.O. Perugia	Perugia	AO	Pubblico	7379
19	A.O. San Martino e Clinica Universitaria Convenzionata	Genova	AO	Pubblico	7040
20	A.O. Spedali Civili	Brescia	AO	Pubblico	6976

Fonte Elaborazioni su dati CENSIS e Ministero della Salute



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

E' significativo che queste strutture siano localizzate tutte al Centro-Nord (a eccezione della Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo) e che delle 20 strutture 6 siano private e coprano oltre il 34% della mobilità attiva generata complessivamente dai 20 poli attrattivi.

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

Alcuni dati a disposizione riguardano non i volumi di attività, bensì la tipologia di attività (clinica, diagnostica e di laboratorio) che svolgono ambulatori e laboratori privati. A questo proposito, i dati riportati in Tabella 1.26 evidenziano un'estrema variabilità a livello regionale, ma consentono ugualmente di individuare alcune caratteristiche fondamentali:

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



Tabella 1.26 Distribuzione di ambulatori e laboratori privati accreditati per tipologia di assistenza per regione (2004, valori percentuali)

Regioni	Ambulatori e laboratori strutture private accreditate		
	Clinica	Diagnostica (prestazioni cod. 87-99, 50.11 e 50.19)	Laboratorio (prestazioni cod. 90-91)
PIEMONTE	40%	34%	26%
V. D'AOSTA	67%	33%	0%
LOMBARDIA	42%	30%	28%
P. A. BOLZANO	70%	14%	16%
P. A. TRENTO	35%	35%	29%
VENETO	58%	21%	21%
F. V. GIULIA	59%	18%	24%
LIGURIA	35%	33%	32%
E. ROMAGNA	50%	31%	20%
TOSCANA	54%	23%	23%
UMBRIA	20%	28%	52%
MARCHE	36%	14%	50%
LAZIO	29%	25%	46%
ABRUZZO	25%	42%	34%
MOLISE	42%	21%	38%
CAMPANIA	25%	20%	55%
PUGLIA	31%	14%	55%
BASILICATA	35%	15%	50%
CALABRIA	33%	18%	49%
SICILIA	44%	11%	45%
SARDEGNA	47%	29%	24%
ITALIA	38%	22%	40%

Fonte: Attività Economiche e Gestionali, Ministero della Salute



1.6. Dati economico-finanziari sul mercato delle aziende sanitarie private

La spesa sanitaria totale in Italia ammonta a circa 122 miliardi di Euro, di cui il 78% a carico del SSN e il restante 22% dei cittadini (out of pocket o coperto da forme di previdenza sanitaria integrativa²⁵). Non sono disponibili informazioni complete rispetto alla composizione della spesa privata corrente; le rilevazioni campionarie dei consumi delle famiglie (riportate dalla Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese) evidenziano che nel 2005 il 47,7% di tale spesa riguardava l'acquisto di prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico, il 35% servizi ambulatoriali ed il 17,3% servizi ospedalieri. Non sono invece disponibili informazioni sulla ripartizione di tali spese tra le strutture sanitarie pubbliche rispetto a quelle private (accreditate e non).

Informazioni dettagliate sono invece disponibili rispetto alla quota di spesa pubblica destinata alla remunerazione delle prestazioni effettuate da strutture private accreditate o convenzionate, così come rilevate dal Ministero della Salute attraverso i modelli CE nell'ambito del SIS. La Tabella 1.27 mostra la spesa complessiva sostenuta dal SSN per assistenza ospedaliera, specialistica, riabilitativa, integrativa, protesica ed altre forme di assistenza erogata da strutture accreditate e convenzionate (ad esempio, cure termali, medicina dei servizi, assistenza psichiatrica e agli anziani, ai tossicodipendenti, agli alcolisti, ai disabili, comunità terapeutiche). Questa categoria di strutture comprende (per la specialistica e l'ospedaliera) i medici convenzionati SUMAI, gli ospedali classificati, gli operatori privati accreditati e, fino al 2004, anche gli IRCCS pubblici e privati e le AO Universitarie integrate con il SSN (precedentemente denominati Policlinici Universitari). Nel 2005 i costi di IRCCS e Policlinici pubblici sono stati riclassificati dalle voci "ospedaliera accreditata" e "specialistica accreditata" e alle voci "personale" e "beni e servizi"²⁶. Per un maggior dettaglio sulle definizioni delle singole voci di spesa accreditata e convenzionata si rimanda all'appendice della presente relazione (cfr. tabella B). La riduzione nel periodo 2004-2005 della spesa ospedaliera accreditata (ed il

²⁵ La previdenza sanitaria integrativa in Italia non è molto sviluppata, ma non è neppure trascurabile. Si stimano (Nomisma 2003) circa 2 milioni di persone coperte da assicurazione privata, a cui si aggiungono circa 3.6 milioni di persone (1.8 milioni di iscritti più i familiari) assistiti da fondi di impostazione mutualistica (casce aziendali e interaziendali, fondi di categoria e professionali, società di mutuo soccorso, casce edili).

²⁶ Tale riclassificazione è stata prevista nell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (cfr § 3.3). Non tutte le Regioni hanno però adeguato i propri flussi informativi a tale nuova disposizione. La RGSEP infatti, quando specifica le voci incluse nella specialistica accreditata e convenzionata e nell'ospedaliera accreditata, riporta che (p. 332): "Per alcune regioni può ancora comprendere gli acquisti di prestazioni di assistenza specialistica da IRCCS pubblici e da Policlinici Universitari pubblici."



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

Tabella 1.27. Spesa pubblica per assistenza accreditata e convenzionata, totale e pro-capite (2002; 2004; 2005)

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

* Cure termali, medicina dei servizi, assistenza psichiatrica e agli anziani, ai tossicodipendenti, agli alcolisti, ai disabili, comunità terapeutiche

Fonte: elaborazioni OASI su dati RGSEP

Se si analizza l'incidenza della spesa per assistenza accreditata e convenzionata nelle diverse Regioni (Tabella 1.28 *supra*) risulta evidente la forte differenziazione regionale, conseguenza delle diverse scelte di assetto del SSR. Questo servizio, benché dipenda anche da eredità storiche, è legato a esplicite politiche in merito al ruolo da assegnare al privato all'interno del servizio pubblico.

Le regioni che presentano i maggiori valori pro capite sono:



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

E' interessante segnalare che la spesa pro-capite per l'assistenza ospedaliera non è necessariamente correlata alla presenza di posti letto accreditati: la Calabria, che presenta la maggiore incidenza di posti letto accreditati sul totale disponibili (32,3%, cfr § 1.3), ha una spesa pro-capite inferiore a quella media nazionale; la Liguria (in cui i posti letto accreditati rappresentano solo 1,2% di quelli disponibili, rispetto ad una media nazionale del 19%) ha una spesa ospedaliera accreditata pro-capite superiore a quella di più della metà delle regioni.

In generale, inoltre, un'elevata spesa pro-capite per assistenza convenzionata e accreditata non implica necessariamente un'elevata spesa pro-capite complessiva, a conferma della non significativa correlazione tra scelte di mix tra produzione interna ed esterna dei servizi sanitari e andamento della spesa.



Tabella 1.28. Costi totale e pro-capite per assistenza convenzionata e accreditata, per regione (2005)

	Totale (.000 euro)						Pro-capite					
	Specialistica convenz. e accr.	Riabilitativa accreditata	Integrativa e protesica convenz. e accr.	Altra assistenza convenz. e accr.*	Ospedaliera accreditata	Totale	Specialistica convenz. e accr.	Riabilitativa accreditata	Integrativa e protesica convenz. e accr.	Altra assistenza convenz. e accr.	Ospedaliera accreditata	Totale
Piemonte	178.935	102.089	169.068	377.928	494.844	5.653.036	41	24	39	87	114	305
Val d'Aosta	6.816	1.031	3.153	8.563	7.745	150.176	55	8	26	70	63	222
Lombardia	553.707	249.273	175.464	1.128.677	1.947.129	13.447.342	59	27	19	120	207	432
Bolzano	4.667	5.547	26.418	115.850	19.335	648.884	10	12	55	243	41	360
Trento	11.000	1.690	13.100	106.878	49.000	679.214	22	3	26	215	98	365
Veneto	276.960	110.009	96.702	583.984	528.243	6.295.848	59	23	21	124	112	340
Friuli V. G.	47.456	12.067	45.403	70.983	81.310	1.461.937	39	10	38	59	67	214
Liguria	55.191	158.901	37.498	34.842	181.432	2.060.173	35	100	24	22	114	294
Emilia R.	121.195	8.571	88.083	501.520	426.806	5.297.544	29	2	21	121	103	276
Toscana	112.726	77.314	52.791	226.411	235.233	4.302.744	31	21	15	63	65	196
Umbria	11.931	21.953	29.798	47.236	38.415	1.008.271	14	26	35	55	45	174
Marche	36.289	54.704	19.320	81.249	86.680	1.797.022	24	36	13	53	57	183



Lazio	534.087	262.098	164.851	322.751	1.771.887	8.325.646	101	50	31	61	336	580
Abruzzo	40.110	137.308	21.606	49.837	172.911	1.721.044	31	106	17	38	133	325
Molise	19.775	24.012	5.813	5.173	59.128	435.854	61	75	18	16	184	354
Campania	524.060	370.128	120.846	213.199	968.834	7.986.053	91	64	21	37	167	380
Puglia	209.128	247.240	58.777	145.668	612.230	5.341.210	51	61	14	36	150	313
Basilicata	14.449	40.975	18.086	23.006	4.605	697.667	24	69	30	39	8	170
Calabria	76.692	76.977	42.251	59.948	193.864	2.459.000	38	38	21	30	96	224
Sicilia	402.187	208.359	148.901	174.993	691.548	6.639.069	80	42	30	35	138	324
Sardegna	78.775	74.178	36.541	34.007	102.902	1.976.455	48	45	22	21	62	198
ITALIA	3.316.136	2.244.424	1.374.470	4.312.703	8.674.081	78.384.189	57	38	24	74	148	341

*Cure termali, medicina dei servizi, assistenza psichiatrica e agli anziani, ai tossicodipendenti, agli alcolisti, ai disabili, comunità terapeutiche

Nota: i valori non sono corretti per i saldi della mobilità sanitaria interregionale
Fonte: elaborazioni OASI su dati RGSEP



1.7. Il rapporto tra le famiglie italiane e gli erogatori privati

La componente privata, soprattutto quella che fa riferimento agli erogatori di prestazioni sanitarie, è saldamente presente all'interno del SSN e si configura molto spesso come alternativa alla componente pubblica.

Questo è tanto più evidente, quanto più si vanno ad osservare gli erogatori di prestazioni ospedaliere: per questo motivo, di seguito vengono riportati i dati relativi ad un'indagine, condotta da Ermeneia (Studi & Strategie di Sistema) per Aiop nel settembre del 2005, volta a ricostruire il rapporto tra famiglie italiane ed ospedalità. L'indagine è stata svolta attraverso la somministrazione di questionari ad un campione rappresentativo di popolazione italiana da 18 anni in su (4.011 persone adulte) e i risultati presentano, con un intervallo di confidenza del 95%, un margine di errore valutabile a $\pm 1,55\%$.

In questo paragrafo verrà dato spazio ai dati che evidenziano un confronto tra strutture pubbliche e strutture private in relazione alla popolazione assistita.

Secondo l'indagine condotta da Ermeneia, gli italiani ricorrono ai servizi ospedalieri offerti dagli ospedali pubblici (Tabella 1.29 e Tabella 1.30) con alcune differenze tra le diverse categorie di utenti. Infatti:

- Uomini e donne ricorrono con le stesse modalità ai servizi ospedalieri, ma sono le donne a far registrare una percentuale di ricorso al privato accreditato più elevata;
- Il ricorso all'ospedale privato accreditato è più elevato tra i 18 e i 24 anni, mentre la percentuale più bassa si registra tra i 25 e i 34 anni;
- Sono i cittadini delle regioni del nord ovest a usufruire con maggior frequenza di prestazioni ospedaliere erogate da strutture private accreditate, con una percentuale di popolazione che per diversi motivi ha fatto ricorso a questa categoria di ospedale superiore al 30%, mentre quelli che ne hanno usufruito meno sono i cittadini delle regioni centrali. Al sud si registra, invece, il maggior ricorso a case di cura private non accreditate;
- I lavoratori autonomi sono la categoria sociale che ricorre meno al privato accreditato e, contestualmente, di più al privato non accreditato rispetto alla media nazionale;
- Il titolo di studio può influenzare fortemente la scelta della struttura a cui rivolgersi ed infatti coloro che hanno un titolo di studio di scuola media superiore e i laureati utilizzano meno le strutture ospedaliere private accreditate e molto più della media nazionale quelle non accreditate.



Tabella 1.29 Struttura presso la quale l'intervistato si è recato l'ultima volta (per sesso, età e ripartizione, 2005)

	Totale	Sesso		Età				Ripartizione			
		Maschio	Femmina	18-24 anni	25-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole
Ospedale pubblico	78,1	80,8	75,6	55,2	79	79,5	79,5	71,5	84,7	85,8	75,1
Ospedale privato accreditato	21,7	20,9	22,3	31,4	18,6	21,8	21,6	30,8	18,6	12,3	19,6
Clinica privata	6,7	6,7	6,7	11,6	11,1	6,2	4,8	6,3	6,3	6,1	8
Non sa distinguere con precisione	2,1	1,9	2,2	7,2	2,1	0,7	2,4	0,5	2,5	1,5	4,1
Non ricorda	0,2	0,1	0,2		0,6	0,1	0,1	-	-	-	0,7
v.a.	1004	480	525	55	178	307	465	328	231	187	259

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

Fonte: AIOP (2006)

Tabella 1.30 Struttura presso la quale l'intervistato si è recato l'ultima volta (per professione e titolo di studio)

	Totale	Professione				Titolo di studio		
		Indipendente	Dipendente	Casalinga/Pensionato	Altro	Nessuno/Elementare	Media Inferiore	Media Superiore/Laurea
Ospedale pubblico	78,1	86,2	78,1	77,3	73	73	79,7	80,5
Ospedale privato accreditato	21,7	16	22,8	22	22,4	27,8	18,3	20
Clinica privata	6,7	9,3	8,8	3,4	12,2	5,1	5,4	9,1
Non sa distinguere con precisione	2,1		0,6	3,4	2,7	3,7	2,6	0,3
Non ricorda	0,2	0,4	0					1
v.a.	1004	112	317	473	103	289	344	372

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

Fonte: AIOP (2006)

Coloro che nel corso dell'ultimo anno hanno fatto ricorso a prestazioni ospedaliere erogate da strutture pubbliche lo hanno fatto prevalentemente all'interno del proprio comune o della propria provincia (Tabella 1.31): questo vale in misura ancora più consistente per coloro che si sono rivolti a strutture private accreditate e che hanno dimostrato un'attitudine a rivolgersi fuori regione piuttosto bassa.



Tabella 1.31 Località dell'ospedale utilizzato l'ultima volta (2005)

	Ospedale Pubblico	Ospedale Privato Accreditato
Nel proprio Comune	44,5	37,8
Fuori del proprio Comune ma nella propria Provincia	45,1	53,9
Fuori della propria Provincia ma in Regione	5,9	5,3
In altre regioni italiane al Nord	2,6	1,6
In altre regioni italiane al Centro	0,6	1
In altre regioni italiane al Sud	1,3	0,2
All'estero	-	0,2
<i>Totale</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
<i>v.a.</i>	<i>785</i>	<i>219</i>

Fonte: Elaborazioni su dati AIOP (2006)

Rispetto ai comportamenti di scelta, emerge come coloro che si sono rivolti a strutture private accreditate tendono a prendere in considerazione le diverse alternative in misura maggiore rispetto a chi si rivolge a strutture pubbliche (Tabella 1.32).

Tabella 1.32 Comportamenti di scelta (2005)

	Ospedale Pubblico	Ospedale Privato Accreditato
Ha preso in considerazione le varie possibilità	21,7	26,1
Ha deciso di recarsi presso quella specifica struttura	78,3	73,9
<i>Totale</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
<i>v.a.</i>	<i>785</i>	<i>219</i>

Fonte: Elaborazioni su dati AIOP (2006)

I motivi che hanno portato gli intervistati a scegliere la struttura nella quale si sono recati sono diversi (Tabella 1.33):

- Per chi ha scelto una struttura pubblica, il motivo prevalente è stato la comodità e la vicinanza al proprio domicilio, seguito dalla presenza di uno specifico medico/chirurgo/specialista e dall'abitudine;
- Per chi ha scelto una struttura privata accreditata, il motivo prevalente è stato la presenza di uno specifico medico/chirurgo/specialista, seguito dalla rapidità dei tempi di prestazione e dall'abitudine;



- Il suggerimento del medico di base ha influenzato molto di più coloro che si sono recati presso un ospedale pubblico, rispetto a chi ha scelto un ospedale privato accreditato;
- La presenza del pronto soccorso ha influenzato fortemente la scelta di chi si è rivolto ad una struttura pubblica e molto meno quella di chi si è recato presso una struttura privata. Il fenomeno opposto si registra, invece, con riferimento ai tempi di attesa;
- Il proprio giudizio sulla struttura condiziona più i pazienti che hanno usufruito di ospedali pubblici e molto meno quelli che hanno usufruito del privato accreditato.

Tabella 1.33 Ragione per la quale l'intervistato ha deciso di recarsi in una specifica struttura ospedaliera

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

NB: Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: Elaborazioni su dati AIOP (2006)

Se si osserva il livello di soddisfazione degli utenti per le prestazioni ricevute (Tabella 1.34), emerge una prevalenza di giudizi positivi e molto positivi per chi si è rivolto a strutture ospedaliere private, rispetto alle quali, di fatto, non si registrano giudizi di totale insoddisfazione (che pure ricoprono una percentuale piuttosto bassa, di poco superiore al 4%, per le strutture ospedaliere pubbliche).



Tabella 1.34 Soddisfazione delle prestazioni rispetto alle diverse strutture ospedaliere (2005)

	Ospedale pubblico	Ospedale Privato Accreditato
Molto soddisfatto	22,2	31,9
Abbastanza soddisfatto	61,2	62,1
Poco soddisfatto	10,9	3,2
Per niente soddisfatto	4,2	0,6
Non saprei esprimere un giudizio	1,5	2,2
<i>Totale</i>		100
<i>v.a.</i>	785	219

Fonte: Elaborazioni su dati AIOP (2006)

Nonostante la presenza sempre più consistente degli operatori privati nel SSN, la concreta consapevolezza di potersi rivolgere alle strutture private accreditate (Tabella 1.35) per ottenere delle prestazioni sanitarie senza, per questo, dover sostenere alcun costo aggiuntivo, è ancora poco diffusa fra i cittadini italiani e un terzo del campione ignora del tutto questa possibilità.

Tabella 1.35 Conoscenza della possibilità di utilizzare indistintamente sia ospedali pubblici che ospedali privati accreditati a parità di costo (2005)

	%
Sì	28
Vagamente	41,6
No	30,4
<i>Totale</i>	100
<i>v.a.</i>	4011



Fonte: Elaborazioni su dati AIOP (2006)

Nonostante ciò, questa possibilità di scelta (Tabella 1.36) è valutata in maniera positiva da oltre il 70% degli intervistati e appena il 2,1% è assolutamente contrario alla previsione di questa facoltà.

Tabella 1.36 Giudizio sulla possibilità di utilizzare indistintamente ospedali pubblici e ospedali privati accreditati (2005)

	v.a.	%
Molto positivo	1027	25,6
Abbastanza positivo	1797	44,8
Un po' negativo	325	8,1
Del tutto negativo	84	2,1
Non sa dare un giudizio	778	19,4
<i>Totale</i>	<i>4011</i>	<i>100</i>

Fonte: Elaborazioni su dati AIOP (2006)

Tuttavia, i dati cambiano nel momento in cui si va a verificare la disponibilità ad utilizzare un ospedale privato, anziché quello pubblico, qualora fosse stata conosciuta tale possibilità (Tabella 1.3231): quasi un terzo del campione non è stato in grado di esprimere una valutazione in merito, mentre quelli che si sono dichiarati sicuramente disponibili sono appena l'11,3% del totale, segno che probabilmente viene apprezzata la possibilità di scelta, ma che questa non cambia necessariamente nell'immediato i comportamenti decisionali.

Tabella 1.37 Scelta di un ospedale privato accreditato in alternativa a quello pubblico se si fosse conosciuta tale possibilità (2005)

	v.a.	%
Sì, certamente	26	11,3
Sì, probabilmente	73	31,6
Probabilmente no	44	19
Certamente no	17	7,5
Non saprei dare una risposta	71	30,6
<i>Totale</i>	<i>231</i>	<i>100</i>

Fonte: Elaborazioni su dati AIOP (2006)



Infine, si riportano alcune considerazioni rispetto al giudizio complessivo (Tabella 1.38) degli italiani rispetto ad ospedali pubblici, privati accreditati e privati non accreditati, indipendentemente da quello a cui si siano rivolti nell'ultima occasione.

In questo caso non emergono differenze di giudizio sostanziali tra gli ospedali pubblici e privati accreditati: nei confronti delle strutture pubbliche si registra la quota più elevata di giudizi molto positivi, mentre complessivamente, se si sommano i giudizi molto positivi e quelli abbastanza positivi, si registra una sostanziale equivalenza tra le due tipologie di erogatori, con una lieve prevalenza delle strutture private accreditate. Decisamente più bassa è, invece, la percentuale di intervistati decisamente soddisfatti delle case di cura non accreditate.

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

Tabella 1.38 Giudizio sintetico sugli ospedali italiani (2005)

	Ospedale pubblico	Ospedale privato accreditato	Casa di cura privata non accreditata
Molto positivo	11,5	7,7	9,7
Abbastanza positivo	46,6	51,3	30,7
Un po' negativo	24,8	13	14,7
Del tutto negativo	5,1	2,1	6,4
Non sa dare un giudizio	12	25,9	38,5
<i>Totale</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
<i>v.a.</i>	<i>4011</i>	<i>4011</i>	<i>4011</i>

Fonte: Elaborazioni su dati AIOP (2006)

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



Bibliografia

- Anessi Pessina E.(2005) “L’equilibrio economico dei SSR e delle loro aziende nel biennio 2001-2002”, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), L’aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005, Milano, EGEA.
- Brusoni M. e Frosini F., (2002), “Il sistema di accreditamento istituzionale: analisi delle regioni e prime considerazioni d’insieme”, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), L’aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001, Milano, EGEA.
- Cantù E., Longo F, Otto M. (2005) “Le fondazioni sanitarie lombarde”, , in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), L’aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005, Milano, EGEA.
- Fattore G.,Lecci F. (2005), "I piani sanitari delle Regioni italiane", in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), L’aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001, Milano, EGEA.
- Jommi (2000), “I meccanismi di finanziamento delle aziende sanitarie”, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), L’aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2000, Milano, EGEA
- Jommi C., Carbone C. e Salvatore D. (2004), “Il sistema di accreditamento istituzionale: analisi delle regioni e prime considerazioni d’insieme”, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), L’aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004, Milano, EGEA
- Ministero dell’Economia e delle Finanze (2006), Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese 2005, Roma.
- Nomisma (2003), I fondi sanitari integrativi. Quale futuro per la sanità italiana?, Milano, Franco Angeli.





Appendice

Tabella A: Approfondimento caratteristiche tariffari regionali

Regioni	Tariffario		Principali prestazioni con rimborso ad hoc extra-tariffa	Principali strumenti di controllo per l'appropriatezza delle prestazioni
	Nazionale	Regionale		
Piemonte		Si adottano i pesi di cui al DM 178/97 incrementati o ridotti in base ai criteri di livello di complessità e di inappropriatezza. I pesi, così determinati, vengono moltiplicati per €2.363,00 per la determinazione finale delle tariffe (DGR 28.8148/2002 aggiornata da DGR 44-2139/2006)	1) impianto di protesi (cocleare, d'anca, di spalla, di caviglia, vertebrale); 2) stimolatori cerebrali; 3) defibrillatore; 4) pompa per infusione intratecale	La DGR 28-8148/2002 prevede: 1) che per i ricoveri ordinari successivi dello stesso paziente (ricoveri ripetuti), di durata superiore a un giorno, effettuati entro 30 giorni dal primo ricovero nello stesso Ospedale, il peso sia ridotto del 20% in quanto i costi relativi per l'assistenza di un paziente già noto clinicamente sono inferiori (tale abbattimento ha l'obiettivo di evitare comportamenti opportunistici volti a frazionare un episodio di ricovero in più episodi successivi e ravvicinati); 2) che per i pesi relativi ai DRG chirurgici, riconosciuti "ad alto rischio di inappropriatezza", si faccia riferimento ai valori tariffari della TUC per le prestazioni erogate in regime di ricovero ordinario
Valle D'Aosta	Applicazione del DM 178/97 per i DRG invariati rispetto alla nuova versione 19 Grouper. Solo per i DRG modificati si applicano delle tariffe regionali sulla base dell'analisi dei costi standard di produzione e dei costi generali(DGR 4986/2004)			La DGR 5191/2002 (integrata da DGR 5192/2002) stabilisce le modalità di erogazione per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza (allegato 2c - DPCM del 2001): per i DRG medici l'ASL provvede ad assicurare il regime di DH in sostituzione a quello ordinario; per i DRG chirurgici l'ASL provvede a ridurre l'incidenza complessiva dei ricoveri in RO del 10% per il triennio (2002-2004)

Lombardia		Tariffario regionale introdotto con la DGR V/62664 del 1994 sulla base dell'analisi dei costi medi di produzione delle strutture della regione (metodo analitico). Ultimo aggiornamento con la DGR VIII/1375 del 2005 in cui il valore del costo per punto DRG, per le attività erogate in acuzie, è incrementato del 1,5% (=€2.737,45) rispetto a quello definito per l'anno 2005	1) impianto di endoprotesi (d'anca, di ginocchio, stent coronarici); 2) alcune procedure di revisione di protesi di anca; 3) endoprotesi ad ombrellino; 4) stent coronarici a rilascio di farmaco; 5) defibrillatori	La DGR VII/13796/2003 ha modificato la tariffazione dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriata utilizzando il criterio tariffario indicato sulla TUC per la mobilità interregionale. Inoltre sempre nell'ambito degli accordi interaziendali possono essere negoziate le variazioni tariffarie incentivanti la qualità delle prestazioni (monitoraggio sull'andamento del case-mix) e variazioni tariffarie per le prestazioni "consumate in eccesso rispetto agli standard regionali". Inoltre, dal 1997 è stato attivato un sistema di controllo dell'appropriatezza delle prestazioni tariffate attraverso l'istituzione dei Nuclei operativi di controllo regionali; dal 1999 sono stati attivati dei nuclei a livello di singola ASL con il compito di concentrarsi sul controllo dei DRG più remunerativi, sui casi con degenza anomala e sui casi ripetuti.
PA Bolzano	Applicazione del DM 178/97 (DGP n. 2835 del 1997). Ultimo aggiornamento è la DGP 1158/2006 con riferimento all'aggiornamento con decorrenza 1 gennaio 2006 del sistema tariffario delle prestazioni di ricovero per acuti in regime ordinario e diurno rese nell'ambito provinciale da strutture pubbliche e private accreditate, in base all'adozione della versione 19 del sistema di classificazione DRG-ROD delle prestazioni ospedaliere.		1) protesi cocleare; 2) procedura di replicazione cellulare	Provvedimenti per la riduzione dell'inappropriatezza del ricovero diurno (DGR 5188/2002)
PA Trento		Applicazione del DM 178/97 (DGP 15046/1996). Successivamente le tariffe sono state aggiornate attraverso variazioni percentuali in aumento in base al rinnovo dei contratti di lavoro del settore sanitario e all'inflazione (metodo dei pesi)	1) impianto di protesi cocleare multielettrodo	Provvedimenti per incentivare regimi assistenziali alternativi al regime di ricovero (DH e DS). Inoltre, il Programma Aziendale di Sviluppo Strategico 2005 - 2009 si propone l'obiettivo i) di sviluppare processi assistenziali appropriati, che integrano tra di loro i diversi LEA e che favoriscono un approccio multi-dimensionale, multi-professionale e interculturale; ii) di aumentare l'appropriatezza clinica e organizzativa, migliorando l'orientamento dei pazienti lungo i percorsi assistenziali e modificando i modelli organizzativi ove necessario.

Veneto		Determinazione di tariffe associate a ciascun DRG utilizzando il costo standard di produzione, calcolato sulla base dei costi pieni rilevati presso un campione di soggetti erogatori, pubblici e privati preaccreditati (DGR 5106/1998 aggiornata da DGR 178/2004 - metodo analitico). Con DGR 916/2006 sono previsti incrementi tariffari medi del 3% nei limiti della TUC 2006 tranne per quei casi in cui la tariffa era già superiore a quella prevista dalla TUC	1) impianti di protesi cocleare multielettrodo; 2) impianti per stimolazione cerebrale profonda; 3) osservazione e prelievo di organi da cadavere; 4) cuore artificiale; 5) trapianto di pancreas	Sistema di controllo dell'appropriatezza a due livelli (DGR 4087/1999 e DGR 4090/2003): 1) sistema di controllo interno attraverso la definizione di vincoli che incentivano l'appropriatezza delle prestazioni erogate (ad esempio, definizione dei valori soglia per DRG ad elevato rischio di inappropriatezza superati i quali si definiscono degli abbattimenti tariffari) e 2) sistema di controllo esterno attraverso l'istituzione di un coordinamento regionale per l'appropriatezza delle prestazioni e il controllo dell'attività sanitaria delle strutture pubbliche e private
Friuli Venezia Giulia	Applicazione delle tariffe del DM 178/97, maggiorate o decurtate a seconda della tipologia di erogatore (DGR 951/2004). L'aggiornamento tariffario del 2005 prevede un incremento del 2,3% rispetto a quello definito nel 2004 (DGR 1158/2005)		1) attività d'osservazione seguita da prelievo d'organo da cadavere per trapianto; 2) calcolosi urinaria; 3) assistenza alberghiera per il genitore che assiste il bambino ricoverato; 4) impianto di protesi mammaria; 5) impianto di stimolatore cerebrale	Sono stati identificati dei DRG (112, 115, 116, 117, 118, 119, 120) per i quali le tariffe in regime DH e con degenza non superiore alle 48 ore sono pari al 100% dell'importo stabilito per i ricoveri in RO; in questi casi quindi la tariffa è la stessa sia in RO che in DH
Liguria	Applicazione del DM 178/97 con variazioni in aumento o in diminuzione a seconda delle strutture erogatrici (DGR 379/2002)		1) DRG relativi alle malattie e traumatismi del midollo spinale 2) prestazioni pediatriche di ricovero giornaliero e diurno 3) DRG con casistica prevalentemente oncologica	La DGR 379/2002 prevede: 1) che le ASL, attraverso i propri sistemi di controllo, verifichino l'inappropriatezza delle prestazioni di ricovero ordinario, e possano, attraverso una contrattazione con gli erogatori pubblici e privati, applicare la tariffa del day hospital, 2) un abbattimento delle tariffe relative al parto cesareo pari al 7,7%, 3) che i DRG considerati a maggior rischio di inappropriatezza (soprattutto quelli definiti dall'allegato 2c dei LEA) debbano essere monitorati in modo da contenere gli effetti impropri della domanda (le tariffe relative ai DRG LEA con peso $\leq 0,59$ vengono decrementate del 10,7% mentre le tariffe dei DRG inappropriati ma non LEA con peso $> 0,59$ vengono decrementate del 7,7% e 4%) che i DRG codificabili come DS sono remunerati con la tariffa intera dei RO superiori ad un giorno di cui al DM sanità 178/97

Emilia Romagna		Tariffario regionale introdotto nel 1994 sulla base dell'analisi dei costi medi di produzione delle strutture della regione (metodo analitico). Ultimo aggiornamento con la DGR 2126/2005	1) sostituzione totale o sostituzione parziale della spalla; 2) artrodesi vertebrale; 3) protesi sfinteriche urinarie; 4) protesi endoaortiche; 5) stimolatore cerebrale; 6) neurostimolatore spinale (compreso elettrostimolatore neuro urologico); 7) pompa per infusione intratecale; 8) protesi metacarpale o metacarpofalangea; 9) protesi biliari; 10) protesi mammarie e inserzione di espansore; 11) protesi cocleare	Sono stati attivati dei contratti interaziendali tra aziende pubbliche e degli accordi quadro regionali con ospedalità privata (AIOP/ARIS). Inoltre, sono stati avviati dei controlli specifici su DRG potenzialmente inappropriati, di congruità tra scheda nosologica e cartella clinica per le variabili rilevanti, per casi specifici (ad esempio controlli ripetuti) ed è stato istituito un "Gruppo Regionale per il controllo di qualità della codifica della SDO", focalizzato sulle problematiche di codifica delle prestazioni (e, in particolare, di allineamento delle linee-guida di codifica con la casistica trattata) e di definizione di criteri comuni per controllo di eventuali comportamenti opportunistici
Toscana		La prima determinazione delle tariffe è avvenuta con DGR 4614/1995 sulla base dell'analisi dei costi di produzione su un campione di strutture ospedaliere (metodo analitico). L'ultimo aggiornamento (DGR 1404/2004) prevede un incremento delle tariffe stabilite dalla DGR 1394/2003 rivalutando il costo unitario per punto di DRG del 2% (fatta eccezione per i DRG trasferibili al regime ambulatoriale, DRG impropri o generici) o dell' 1,5% per i DRG ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime di ricovero ordinario (metodo analitico).		Sono stati approvati dei provvedimenti regionali per incentivare regimi alternativi al ricovero ordinario (DH, DS, prestazione ambulatoriale) per la cataratta, il tunnel carpale, i 52 DRG riconosciuti dalla regione a rischio di inappropriata, per alcuni DRG chirurgici. Inoltre, nel corso del 2006, sempre per ridurre i ricoveri ordinari, sono stati fissati dei tassi di ospedalizzazione come obiettivo da raggiungere da parte delle strutture.
Umbria		Determinazione delle tariffe a partire dal costo medio di produzione rilevato nelle strutture pubbliche a partire dal 1995. Nel 2004 (DGR 1950/2004) le tariffe per i ricoveri in RO sono state ricalcolate sulla base di un'analisi dei costi medi di produzione delle strutture (metodo analitico). Le tariffe in regime di DS rappresentano l'85% di quelle calcolate per il RO (DGR 1950/2004). Un ultimo aggiornamento rispetto a variazioni tariffarie di alcune prestazioni è stato effettuato con DGR 199/2005.		La Giunta Regionale, con lo scopo di disincentivare il ricorso inappropriato al ricovero ospedaliero, ha stabilito che le prestazioni "decompressione del tunnel carpale" e "interventi sul cristallino con o senza vitrectomia" vengano di norma erogate in regime ambulatoriale, disponendone così l'inclusione nel Nomenclatore Tariffario regionale per prestazioni di assistenza ambulatoriale mediante DGR 179/2004

Marche	Il tariffario del 2002 (DGR 2265/2002) fissa le tariffe del DM 178/97, maggiorate o decurtate a seconda della tipologia di erogatore e della complessità della casistica trattata (sia per i ricoveri in RO che per quelli in DH)		1) sostituzione parziale o totale della spalla, 2) artrodesi vertebrale con o senza innesto osseo, 3) protesi urinaria, endoiliaca, endoaortica, biliare 4) defibrillatore cardiaco a permanenza, 5) stimolatore cerebrale, 6) neurostimolatore spinale, 7) pompa per infusione intratecale	La DGR 2265/2002 prevede una minore penalizzazione per le strutture di tipo A nel caso di erogazione di DRG ad elevato rischio di inappropriata, rispetto a quella applicata alle strutture di tipo B. Tale differenziazione avviene in quanto molti dei DRG ad elevato rischio di inappropriata sono erogati in regime di urgenza solo dalle strutture di tipo A così come stabilito nella legge regionale n. 36 del 1998 sull'Emergenza; in questi casi, quindi, la prestazione non può definirsi inappropriata per le strutture di tipo A.
Lazio		Determinazione delle tariffe regionali a partire da uno studio sulla rilevazione dei costi delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti coinvolgendo un campione di 11 ospedali, rappresentativi della rete regionale. I relativi pesi sono stati determinati sulla base della casistica regionale per acuti dell'anno 2004. Il costo per DRG è stato determinato considerando i costi di produzione e i costi generali di funzionamento dell'ospedale (metodo analitico) (DGR 731/2005)	1) decompressione del tunnel carpale, 2) intervento sul cristallino, 3) DRG considerati pediatrici, 4) impianti di protesi cocleare, 5) intervento per protesi d'anca, 6) prelievo pancreas, rene, cornea, fegato, polmone, cuore.	Provvedimenti volti ad incentivare l'appropriatezza: (i) incentivando il ricorso al parto vaginale, redistribuendo le risorse per favorire il miglioramento dell'appropriatezza dell'assistenza al parto (DGR 143/2006); (ii) disincentivando le prestazioni di ricovero ordinario per i DRG a rischio di inappropriata attraverso la fissazione di valori soglia; (iii) incentivando l'attività di DH medico e l'attività ambulatoriale (DGR 731/2005)
Abruzzo	Applicazione del DM 178/97 le cui tariffe vengono decurtate del 10% (da tale decurtazione sono esclusi gli interventi di cardiocirurgia, chirurgia toracica, neurochirurgia e ematologia per i quali si applica la tariffa intera)			Linee guida per le attività in DS ed elenco degli interventi per le procedure chirurgiche effettuabili in DS in alternativa al RO
Molise	Applicazione del DM 178/97 le cui tariffe vengono decurtate del 15% solo alle case di cura private accreditate (DGR 2045/2002). Un ultimo aggiornamento rispetto a variazioni tariffarie di alcune prestazioni è stato effettuato con DGR 15/2003			La DGR 1409/2004 ha approvato le linee guida per la regolamentazione e l'organizzazione delle attività in DH e DS e per la corretta erogazione delle attività dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriata.

Campania	Applicazione del DM 178/97 le cui tariffe vengono abbattute da 0% (tariffa piena) fino ad un massimo del 43% in base alla classificazione delle strutture (DGR 6490/2001). Un ultimo aggiornamento rispetto a variazioni tariffarie di alcune prestazioni è stato effettuato con DGR 589/2006		1) impianto di dispositivi protesici; 2) impianto di dispositivi ortopedici, ottici, audioprotesici; 3) stent medicati con angioplastica	Sono state adottate due tipologie di provvedimenti: 1) al fine di incentivare la percentuale di casi in DS, i casi di RO con degenza superiore ad un giorno, eccedenti il numero atteso, vengono remunerati con la corrispettiva tariffa prevista per il RO abbattuta del 30% (DGR 6490/2001) e 2) si recepiscono i valori soglia di 57 DRG ad elevato rischio di inappropriatazza (43 DRG di cui al DPCM sui LEA e 14 DRG individuati dalla regione) deliberando che le prestazioni eccedenti tali valori saranno remunerate con la tariffa prevista per il DH corrispondente
Puglia	Applicazione del DM 178/97 le cui tariffe vengono abbattute dal 10% fino ad un massimo del 30% in base alla classificazione delle strutture (LR 14/2004)		1) endoprotesi	Sistema di monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni (LR 28/2000): al fine di ridurre i ricoveri ordinari, sono stati individuati i DRG ad alto rischio di inappropriatazza per i quali sono stati definiti i valori soglia di ammissibilità, oltre tali limiti le prestazioni vengono remunerate con tariffe abbattute del 50%
Basilicata	Applicazione del DM 178/97 di cui le tariffe vengono decurtate del 20% solo alle strutture private accreditate (DGR 9645/1997). Un ultimo aggiornamento rispetto a variazioni tariffarie di alcune prestazioni è stato effettuato con DGR 2686/2005			Sono stati introdotti dei provvedimenti per: i) incentivare le prestazioni ad alta specializzazione, ii) ridurre la mobilità passiva, iii) disincentivare il ricorso al RO per quelle prestazioni che possono essere erogate in regime di DH, DS o prestazione ambulatoriale (DGR 275/2000, DGR 1565/2001)
Calabria	Applicazione del DM 178/97 le cui tariffe vengono decurtate del 6% ad eccezione di quelle relative alle prestazioni ad elevata specialità che invece vengono remunerate secondo la tariffa nazionale vigente (LR 2/2005)			Due provvedimenti per il controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate: 1) per gli erogatori che dovessero registrare frequenze di ricoveri inappropriati superiori di almeno il 10% della media regionale dei casi della stessa tipologia, sarà determinato un ulteriore abbattimento pari al 10% della produzione globale (DGR 512/2001); 2) sono stati individuati dei valori soglia per i 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza al di sopra dei quali la tariffa riconosciuta è inferiore a quella prevista per i ricoveri ordinari (per i ricoveri chirurgici la tariffa del DS; per i DRG medici la tariffa per i ricoveri di un giorno) (DGR 591/2002)

Sicilia		Remunerazione pari al peso della tariffa (di cui al DM 178/97) moltiplicato per il valore del punto (pari a euro 2.273,26) ma è previsto un abbattimento per alcune categorie di strutture classificate in base al livello di complessità organizzativa e della casistica trattata (metodo dei pesi). L'abbattimento è compreso da un minimo del 2,5% a un massimo del 12,5%. (DA 878/2002 aggiornato da DA 176/2006)		Per incentivare le forme alternative di assistenza ospedaliera, si prevede l'adozione delle tariffe nazionali per le prestazioni erogate in DH medico, mentre per le prestazioni in DS viene riconosciuta una tariffa pari a quella del ricovero ordinario a prescindere dai casi trattati. Il DA del 15 dicembre 2005 promuove il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero definendo percentuali di abbattimento per diverse tipologie di ricoveri
Sardegna	Adozione del tariffario nazionale (DM 178/97) con incrementi e decrementi a seconda della tipologia e della complessità della casistica trattata, sia per i ricoveri in RO che per quelli in DH (DA 29/2004). Un ultimo aggiornamento rispetto a variazioni tariffarie di alcune prestazioni è stato effettuato con DGR 9-3/2005		1) inserzione di stent coronarico, 2) revisione di sostituzione dell'anca parziale e totale, 3) interventi su dorso e collo con e senza complicazioni, 4) impianto di protesi cocleare	La DGR VII/13796/2003 ha modificato la tariffazione dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza utilizzando il criterio tariffario indicato sulla TUC per la mobilità interregionale.

Allegato B: Descrizione voce di spesa accreditata e convenzionata

Voce di spesa accreditata e convenzionata	Descrizione
Spesa assistenza ospedaliera accreditata	Acquisto di prestazioni di degenza ordinaria per acuti, DH/DS, riabilitazione e lungodegenza in regime di ricovero ospedaliero e ospedalizzazione domiciliare da case di cura private accreditate, policlinici universitari privati, IRCCS privati situati nella regione o extra regione e (fino al 2005) da IRCCS e policlinici universitari pubblici della regione.
Spesa assistenza specialistica accreditata/convenzionata	Prestazioni di specialistica ambulatoriale e prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero acquistate da IRCCS privati, ospedali classificati, Policlinici privati, ambulatori e laboratori privati accreditati, case di cura private accreditate e (fino al 2005) da IRCCS pubblici e Policlinici universitari pubblici della regione
Spesa riabilitativa accreditata/convenzionata	Interventi di riabilitazione extra ospedaliera estensiva o intermedia, a ciclo diurno e/o continuativo rivolti al recupero funzionale e sociale di soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali o miste dipendenti da qualunque causa acquistati da strutture private accreditate sia della Regione sia extra Regione (es. centri di riabilitazione accreditati, Istituti di riabilitazione ex art. 26 l. 833/78, IRCCS privati e pubblici per attività di riabilitazione extraospedaliera)
Spesa altra assistenza accreditata/convenzionata	Acquisto di prestazioni di assistenza termale, medicina dei servizi, assistenza psichiatrica, agli anziani, tossicodipendenti ed alcolisti erogate da strutture private accreditate ubicate nella regione o extra regione.
Assistenza integrativa e protesica	Erogazione alle categorie degli aventi diritto, tramite soggetti privati, per l'assistenza integrativa di: prodotti dietetici per alimentazioni particolari; presidi sanitari; presidi e materiale di medicazione con i limiti e le modalità previste dalla vigente normativa; e per l'assistenza protesica la fornitura delle protesi e degli ausili tecnici inclusi nel nomenclatore delle protesi.