

**Collana CERGAS**

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

**Rapporto OASI 2016**

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

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

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2016:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività e spesa) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale;
- approfondisce questioni di *policy* rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende, quali i recenti riordini di molti SSR, la mappatura della rete ospedaliera alla luce dei nuovi standard, il governo dell'assistenza farmaceutica, l'implementazione del programma nazionale HTA per dispositivi medici;
- a livello aziendale, discute la trasformazione delle unità operative, confrontando le esperienze dei team multidisciplinari e delle équipes itineranti; si focalizza su percorsi di selezione del *top management* e sviluppo imprenditoriale nella sanità pubblica; descrive i differenti approcci alle cure intermedie a livello internazionale e nazionale e ne analizza i modelli organizzativi, i target di utenti e le formule di servizio; analizza i risultati preliminari della sperimentazione dei CReG; approfondisce le sfide della gestione centralizzata degli acquisti e l'impatto della crisi della finanza pubblica sui sistemi di programmazione e controllo nelle aziende del SSN.

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

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



Science For A Better Life

ISBN 978-88-238-5142-9



9 788823 851429

€ 65,00

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

Rapporto OASI 2016

CERGAS - Bocconi



a cura di  
CERGAS - Bocconi

# Rapporto OASI 2016

## Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università Commerciale  
Luigi Bocconi

Centro di ricerche sulla  
Gestione dell'Assistenza  
Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi  
School of Management





**Collana CERGAS**

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi





a cura di  
CERGAS - Bocconi

# Rapporto OASI 2016

## Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università Commerciale  
Luigi Bocconi

Centro di ricerche sulla  
Gestione dell'Assistenza  
Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi  
School of Management

 Egea



Tutti i contributi del Rapporto OASI sono stati sottoposti al processo di doppio referaggio prima della pubblicazione.

*Impaginazione:* Compos 90, Milano

Copyright © 2016 EGEA S.p.A.  
Via Salasco, 5 – 20136 Milano  
Tel. 02/5836.5751 – Fax 02/5836.5753  
egea.edizioni@unibocconi.it – www.egeaeditore.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi la traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione, la comunicazione al pubblico e la messa a disposizione con qualsiasi mezzo e/o su qualunque supporto (ivi compresi i microfilm, i film, le fotocopie, i supporti elettronici o digitali), nonché la memorizzazione elettronica e qualsiasi sistema di immagazzinamento e recupero di informazioni.

Date le caratteristiche di Internet, l'Editore non è responsabile per eventuali variazioni di indirizzi e contenuti dei siti Internet menzionati.

Prima edizione: novembre 2016

ISBN 978-88-238-5142-9

Stampa: Geca Industrie Grafiche, San Giuliano Milanese (Mi)



*Questo volume è stampato su carta FSC® proveniente da foreste gestite in maniera responsabile secondo rigorosi standard ambientali, economici e sociali definiti dal Forest Stewardship Council®*

## 5 **Gli ospedali privati accreditati: struttura, attività e attrazione di mobilità interregionale**

di Francesco Petracca e Alberto Ricci<sup>1</sup>

### 5.1 **Introduzione**

Il fine istituzionale di tutela della salute del SSN non è compito esclusivo del sistema pubblico, ma deve diventare un obiettivo dell'intero sistema sociale cui concorrono, sebbene con ruoli diversi, soggetti pubblici e privati, con pari dignità. Pertanto, il carattere pubblicistico del SSN non implica che l'erogazione di servizi sanitari sia un'esclusiva delle strutture di proprietà pubblica. Significa, piuttosto, che il pubblico deve governare in maniera unitaria le regole e le relazioni tra i soggetti del sistema, siano essi pubblici o privati, *for profit* o *not-for profit*, riconoscendo il contributo peculiare di ciascuno di essi nel rispondere ai bisogni di salute. In questa prospettiva, assume particolare rilevanza nel SSN il ruolo degli erogatori privati accreditati. In essi si combinano diverse caratteristiche specifiche che ne determinano la natura e le relative scelte di posizionamento strategico (Carbone, 2013):

- ▶ in quanto aziende di servizi appartenenti al settore sanitario, i processi produttivi necessitano la compresenza dell'utente (paziente) e dell'erogatore (medico o altro professionista sanitario)<sup>2</sup>;

<sup>1</sup> Il capitolo aggiorna e amplia i contenuti del capitolo 5 del Rapporto OASI 2015 (Carbone e Petracca, 2015). Nonostante il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca congiunto degli autori, i §§ 5.1, 5.2, 5.3 e 5.4 sono da attribuire a Francesco Petracca, i §§ 5.5 e 5.6 ad Alberto Ricci. Si ringraziano Marco Stegani per il supporto nell'estrazione dei dati ed Elisabetta Barzan per il contributo nella fase di analisi. Si ringraziano Francesco Longo ed Elena Cantù per gli spunti e i suggerimenti. Si ringrazia il Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, ufficio VI, per aver messo a disposizione l'Archivio delle Schede di Dimissione Ospedaliera 2010-2014. La ricerca è stata realizzata grazie al supporto incondizionato di AGeSPI, AIOP, ARIS, Assolombarda e Confindustria Lombardia Sanità Servizi.

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

- ▶ in quanto aziende *brain intensive*, sono contraddistinte da rilevante complessità nella gestione dei professionisti sanitari;
- ▶ in quanto aziende private, sono interessate dalle logiche e dalle regole del mondo delle imprese, vale a dire la presenza di un forte meccanismo di mercato e una significativa reattività alle condizioni dello stesso, il che comporta, generalmente, una maggiore spinta alla specializzazione;
- ▶ in quanto aziende accreditate, subiscono alcune delle dinamiche proprie dei sistemi pubblici, come, per esempio, prezzi politici (tariffe) per tutti quei casi in cui i pazienti ricevono servizi sanitari in regime SSN. Inoltre, per la pianificazione di medio-lungo periodo e la programmazione dei flussi di cassa, queste aziende dipendono fortemente dalle scelte di pianificazione del sistema operate dal pubblico a livello nazionale e regionale. Un esempio di tali scelte è la regolazione della mobilità interregionale.

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

#### Box 5.1 Obiettivi e fonti dell'indagine

Paragrafo	Obiettivo	Fonti
§ 5.2 Spesa privata accreditata	Analisi della rilevanza economica delle prestazioni e dei servizi offerti da strutture accreditate rispetto alla spesa totale del SSN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministero della Salute (2015)</li> </ul>
§ 5.3 Dotazione strutturali degli ospedali privati accreditati	Analisi delle caratteristiche dimensionali degli erogatori accreditati in termini di numero di strutture e posti letto destinati all'attività ospedaliera	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministero della Salute, Open Data, posti letto pubblici e privati accreditati (2014)</li> </ul>
§ 5.4 Attività degli ospedali privati accreditati	Analisi dei ricoveri erogati da strutture private accreditate, con particolare focus sulle discipline presidiate e le specializzazioni regionali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministero della Salute, Archivio delle Schede di Dimissione Ospedaliera SDO (2014)</li> <li>• Ministero della Salute e AGENAS, Programma Nazionale esiti, accessi al pronto soccorso</li> </ul>
§ 5.5 Flussi di mobilità ospedaliera interregionale	Focus sui dati di mobilità, con valorizzazione dei flussi generati dal privato accreditato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministero della Salute, Archivio delle Schede di Dimissione Ospedaliera SDO (2011-2014)</li> </ul>

(§ 5.3) e dei livelli quantitativi e qualitativi di attività (§ 5.4). Il § 5.5, infine, approfondisce il tema della mobilità ospedaliera interregionale, analizzando nel dettaglio i flussi generati dagli erogatori privati accreditati. Il § 5.6 raccoglie le conclusioni.

## 5.2 La spesa privata accreditata

Un primo indicatore della rilevanza del settore del privato accreditato in sanità è dato dal suo peso all'interno della spesa complessiva del SSN<sup>3</sup>. La Tabella 5.1 evidenzia la spesa pro-capite per le prestazioni a carico del SSN erogate da soggetti privati accreditati, suddivisa per le varie tipologie di attività. Nel 2015, la spesa privata accreditata rappresenta il 18,9% della spesa complessiva del SSN, corrispondente ad un valore per abitante di 350 €. Tale incidenza varia sensibilmente a livello regionale, passando dal massimo registrato in Lombardia (27,4%), seguito da Lazio (24,9%) e Molise (24,3%), al minimo del 7,4% in Valle d'Aosta. Tutti i valori riportati sono al lordo della mobilità attiva<sup>4</sup>. Rispetto ai dati comparabili<sup>5</sup> dell'anno 2012 riportati nel Rapporto OASI 2015, si nota una riduzione della spesa accreditata per abitante, sia a livello ospedaliero (-4% nel periodo 2012-2015) sia soprattutto in ambito riabilitativo (-12%).

Per quel che riguarda la composizione della spesa, il 40% della spesa complessiva (140 € pro-capite) è costituito da spesa per ricoveri ospedalieri in strutture accreditate, mentre un altro 31% è da imputare alla «Altra assistenza accreditata», costituita prevalentemente dall'assistenza territoriale socio-sanitaria presso strutture residenziali.

A livello regionale si denota forte eterogeneità anche nelle singole voci che compongono la spesa privata accreditata. La variabilità è massima per quanto riguarda la spesa ospedaliera privata accreditata: si passa da un valore pro capite massimo registrato in Molise pari a 233 €, con valori simili in Lombardia e Lazio (226 € e 216 €, rispettivamente), ad un minimo di soli 39 € pro capite in Basilicata, seguita da Liguria, PA Bolzano e Umbria.

Anche per le altre voci, il range tra valore massimo e minimo resta considerevole, ma con variabilità interregionale complessivamente più contenuta.

<sup>3</sup> Per un quadro completo della spesa sanitaria si rimanda al cap. 4 del presente Rapporto.

<sup>4</sup> Si include quindi anche la spesa per prestazioni destinate a pazienti non residenti nel territorio regionale.

<sup>5</sup> Rispetto a quanto riportato nel Rapporto OASI 2015, è stato possibile scorporare la spesa privata accreditata da quella convenzionata (spesa per acquisto di servizi sanitari da altre aziende pubbliche della regione o extraregione non soggetto a compensazione). Le voci «Specialistica accreditata» e «Altra assistenza accreditata», dunque, non risultano immediatamente comparabili con quelle passate.

Tabella 5.1 Spesa sanitaria privata accreditata (valori pro capite – 2015), €

	Ospedaliera accreditata	Specialistica accreditata	Riabilitativa accreditata	Altra assistenza accreditata*	Totale spesa privata accreditata pro capite	Totale spesa sanitaria nei Ssr per la gestione corrente	% Spesa sanitaria privata sul totale
Piemonte	112	55	32	113	312	1.866	16,7%
Valle d'Aosta	55	12	38	49	153	2.071	7,4%
Lombardia	226	100	16	181	523	1.908	27,4%
PA Bolzano	42	15	12	112	180	2.293	7,9%
PA Trento	101	51	2	84	237	2.182	10,9%
Veneto	107	69	6	128	310	1.824	17,0%
Friuli VG	51	39	10	57	157	1.936	8,1%
Liguria	40	29	57	107	233	2.027	11,5%
Emilia Romagna	129	42	1	129	301	1.999	15,1%
Toscana	66	35	22	98	220	1.939	11,4%
Umbria	46	22	9	106	184	1.878	9,8%
Marche	64	32	41	71	208	1.804	11,5%
Lazio	216	84	36	123	460	1.844	24,9%
Abruzzo	95	35	49	70	249	1.791	13,9%
Molise	233	123	57	87	500	2.059	24,3%
Campania	141	125	48	39	353	1.700	20,8%
Puglia	181	69	39	90	380	1.744	21,8%
Basilicata	39	65	72	56	232	1.807	12,9%
Calabria	96	62	33	70	261	1.710	15,3%
Sicilia	136	98	35	88	357	1.704	21,0%
Sardegna	53	76	33	83	245	1.958	12,5%
<b>ITALIA</b>	<b>140</b>	<b>74</b>	<b>28</b>	<b>109</b>	<b>350</b>	<b>1.851</b>	<b>18,9%</b>

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

Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, 2015



Nella voce «Altra assistenza accreditata» si passa da una spesa pro capite massima in Lombardia (181 €) a minima in Campania (39 €), con un valore medio nazionale che si posiziona nel mezzo tra i due valori e una deviazione standard pari a 32 (rispetto alla deviazione standard di 62 dell'ospedaliera accreditata).

Le restanti voci di attività, specialistica e riabilitativa, presentano variabilità interregionali minori, con valori particolarmente elevati in Molise e Campania per la specialistica (123 € e 125 € pro capite, rispettivamente) e in Basilicata per la riabilitativa (72 €).

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

Il presente paragrafo analizza la dotazione strutturale degli ospedali privati accreditati. Per un approfondimento sulle strutture territoriali private accreditate, non essendo disponibili dati più aggiornati rispetto alla precedente edizione del Rapporto, si rimanda al cap. 5 di OASI 2015<sup>6</sup>.

L'analisi si focalizza sui posti letto e sulla loro recente evoluzione. Le strutture private accreditate dotate di posti letto (PL) sono:

- ▶ le Case di Cura private accreditate;
- ▶ gli IRCCS (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) di diritto privato e gli IRCCS Fondazione privati;
- ▶ i Policlinici Universitari privati;
- ▶ gli Enti di ricerca;
- ▶ gli ospedali classificati;
- ▶ gli istituti qualificati presidio di ASL.

Considerando la dotazione complessiva di PL disponibile nel SSN al 2014, l'insieme degli erogatori privati accreditati detiene circa il 30% dei posti letto totali a livello nazionale, per oltre i due terzi concentrati presso le case di cura accreditate (67,8% dei PL accreditati, in linea con il dato 2013). IRCCS, Policlinici privati ed Enti di ricerca hanno in dotazione il 17,7% dei posti letto accreditati (il 14,4% presso gli IRCCS e gli IRCCS Fondazione privati, il 2,8% presso i due Policlinici Universitari privati e lo 0,5% presso Enti di ricerca), mentre il restante 14,5% è suddiviso tra ospedali classificati (10%) e istituti qualificati (4,5%). Ragionando per tipologia di attività, i posti letto degli erogatori privati accreditati sono prevalentemente destinati ad attività per acuti (64% dei PL accreditati), mentre il 29% è utilizzato per riabilitazione ospedaliera ed il restante 7% per lungodegenza. Per quanto riguarda l'attività per acuti, la distribuzione percentuale dei PL accreditati tra le varie tipologie di erogatore è in massima parte al-

<sup>6</sup> Alcuni dati sono peraltro ripresi nel cap. 3 del presente Rapporto.

lineata con quella generale, con un'incidenza leggermente inferiore delle case di cura (64,8%) a cui si contrappone un peso maggiore degli ospedali classificati (13,4%). Riguardo ai PL per la riabilitazione ospedaliera, invece, IRCCS e IRC- CS Fondazione privati detengono il 21,5% dei posti letto; i PL accreditati per lungodegenza, infine, sono quasi esclusivamente localizzati presso case di cura accreditate, che ne detengono il 96,3%.

Il ruolo delle strutture di ricovero private accreditate nei sistemi di offerta dei SSR dipende dalle differenti scelte istituzionali da parte dei livelli regionali: si passa da una realtà come il Lazio, dove circa la metà dei PL totali è situata presso strutture private accreditate (50%), a situazioni, come quelle delle regioni Umbria e Basilicata, in cui meno di un posto letto su dieci (rispettivamente 9% e 8%) si trova presso strutture accreditate (Figura 5.1). Complessivamente, nel periodo considerato (2007-2014), si registra un delta positivo nell'incidenza dei PL accreditati pari a 3 punti percentuali a livello nazionale, con una crescita distribuita piuttosto equamente su tutto il territorio del Paese. L'unico caso vistosamente in controtendenza è quello della Calabria che, pur restando tra le regioni in cui il peso strutturale dei privati accreditati risulta maggiore del dato nazionale, registra una riduzione dell'incidenza dei PL accreditati pari a 4 punti percentuali nel periodo osservato. Il forte aumento della quota privata in Valle d'Aosta è dovuto all'accreditamento dell'Istituto Clinico Valle d'Aosta<sup>7</sup>, avvenuto nel 2013.

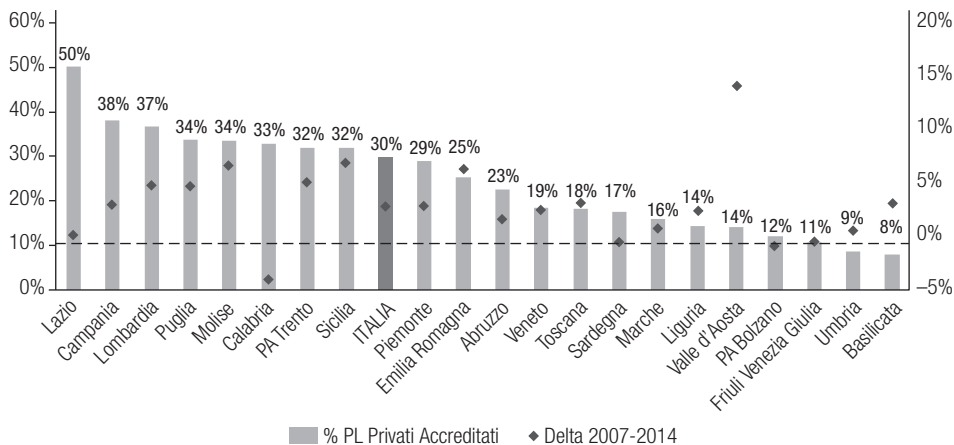
Analizzando gli ospedali privati accreditati in termini dimensionali, oltre il 60% ha una dotazione di posti letto molto limitata, inferiore ai 100 PL accreditati, mentre soltanto l'11% delle strutture supera i 200 PL accreditati. Le grandi strutture sono concentrate soprattutto in Lazio e Lombardia, regioni nelle quali sono localizzate 35 delle 64 strutture con più di 200 posti letto (55%). Del resto, in queste due regioni si concentrano circa 2/3 degli IRCCS e dei Policlinici Universitari privati, sia in termini di sedi<sup>8</sup>, sia di posti letto. Ad ogni modo, anche in queste regioni le strutture con dotazione superiore ai 200 PL non superano il 25% del totale delle strutture.

La dimensione degli ospedali privati accreditati è particolarmente rilevante anche perché di recente è stata oggetto dell'intervento del legislatore tramite il «Regolamento per la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera» (D.M. 70 del 02.04.15). Il provvedimento normativo prevede una soglia di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali, per cui le Regioni non potrebbero più accreditare, a partire dal 1° gennaio 2015, nuove strutture dotate di meno di 40 PL per acuti né sottoscrivere dal 1° luglio 2015 contratti con strutture già accreditate

<sup>7</sup> Si tratta dell'unico ospedale privato accreditato presente nella regione.

<sup>8</sup> Consultando l'elenco pubblicato sul sito del Ministero della Salute al 24/07/16, 19 dei 28 IRCCS privati hanno sede tra Lombardia e Lazio. A questi si aggiungono i due Policlinici Universitari Privati.

Figura 5.1 **Incidenza PL privati accreditati per regione 2014 (asse sx) e variazione 2007-2014 (asse dx)**



Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, 2014

con meno di 40 PL per acuti<sup>9</sup>. A partire dal 1° gennaio 2017, invece, non potranno essere sottoscritti contratti con le strutture con posti letto per acuti compresi tra 40 e 60, a meno che non siano state interessate dai processi di riconversione e aggregazione favoriti dal Decreto<sup>10</sup>.

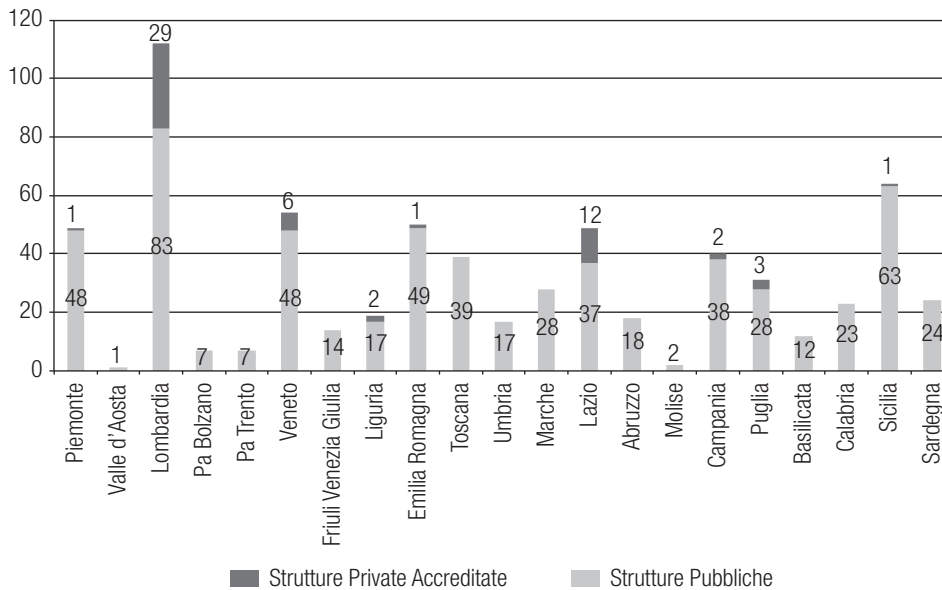
Il problema è senz'altro rilevante: nel 2014, agli albori dell'introduzione del decreto, circa il 22% delle strutture accreditate risultava dotato di meno di 40 PL per acuti, mentre un altro 10% aveva una dotazione compresa tra 40 e 60 PL per acuti. Gli sviluppi futuri permetteranno una migliore interpretazione dell'effettivo impatto del DM 70 sulla riorganizzazione della capacità produttiva degli erogatori privati accreditati (per ulteriori approfondimenti, si vedano il cap. 5 del Rapporto OASI 2015 e il cap. 9 del presente Rapporto).

Secondo lo stesso DM 70/15, la rete dell'Emergenza-Urgenza è la «dorsale» dell'offerta ospedaliera del SSN. La risposta ospedaliera alle emergenze è garantita dagli ospedali sede di Pronto Soccorso (PS) e di Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Accettazione (DEA di I e II livello); questi servizi devono essere accompagnati da specifiche discipline a complessità crescente, coerentemente con il bacino di utenti servito (cfr. capitolo 9 del presente Rapporto). Anche le strutture private accreditate garantiscono, in alcuni casi, i servizi di emergenza ospedaliera e ciò le integra ancora più strettamente nella rete di of-

<sup>9</sup> Dal suddetto provvedimento sono escluse le strutture monospécialistiche, per le quali resta in vigore la valutazione regionale dei singoli contesti.

<sup>10</sup> Per il nuovo soggetto giuridico che viene a formarsi, la soglia prevista si alza fino agli 80 PL per acuti.

Figura 5.2 **Distribuzione dei servizi di emergenza-urgenza presso strutture pubbliche e private accreditate, per regione (2014)**



Fonte: Ministero della Salute e AGENAS, Programma Nazionale Esiti 2015

ferta del SSN. La Figura 5.2 riporta la distribuzione geografica dei 660 ospedali pubblici e privati accreditati dotati di PS o DEA nelle regioni italiane<sup>11</sup>; di questi, 57 (8,6%) sono privati accreditati. Quasi la metà degli ospedali privati accreditati con servizi di emergenza è situata in Lombardia (29 strutture, pari al 25,9% degli ospedali dotati di servizi di emergenza a livello regionale); seguono Lazio (12; 24,5%) e Veneto (6; 11,1%). Complessivamente, soltanto il 10% delle strutture private accreditate è sede di PS o DEA.

#### 5.4 Attività degli ospedali privati accreditati

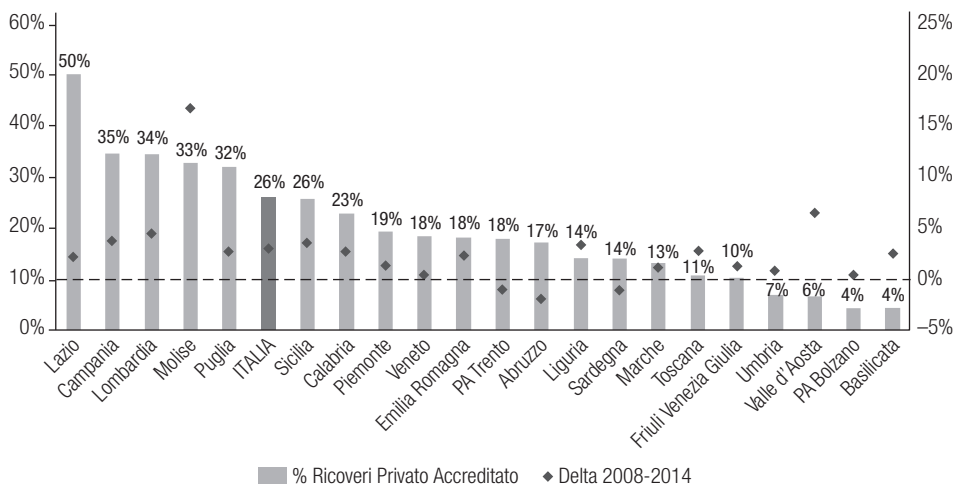
Nel 2014, le strutture private accreditate hanno erogato il 26% dei ricoveri in regime SSN. Più nel dettaglio, il 15,9% delle 9.088.869 dimissioni SSN è stato effettuato da case di cura accreditate, mentre gli IRCCS e i Policlinici privati hanno garantito quasi il 6% dei ricoveri; gli ospedali classificati e gli istituti qualificati il rimanente 4,5%.

<sup>11</sup> Si considerano i PS con almeno 400 accessi annui; sono inclusi i PS nelle strutture monospécialistiche e questo spiega la differenza rispetto al numero riportato nel capitolo 9 (622 strutture).

Naturalmente, anche per quanto riguarda i ricoveri si notano forti differenze a livello regionale<sup>12</sup>. Il Lazio è l'unica regione in cui il peso del privato accreditato è equivalente a quello pubblico (50% dei ricoveri), mentre altre tre regioni di grandi dimensioni, Campania, Lombardia e Puglia, insieme al Molise, presentano un dato superiore alla media nazionale: in esse il peso dell'accreditato, in termini di ricoveri, equivale a circa un terzo del totale. Tutte le altre regioni si trovano al di sotto della media nazionale; sono 4 le realtà in cui la quota del privato accreditato è inferiore al 10% del totale regionale (Figura 5.3). Il peso percentuale dei ricoveri da strutture accreditate è cresciuto di 3 punti percentuali a livello nazionale negli ultimi 6 anni, con un delta positivo in quasi tutte le regioni italiane<sup>13</sup>. Le uniche regioni a mostrare differenziali negativi sono l'Abruzzo (-2 punti percentuali), insieme alla Provincia Autonoma di Trento e alla Sardegna, che presentano delta negativi di un solo punto.

Il peso dei ricoveri accreditati varia notevolmente a seconda della tipologia di attività considerata. L'attività per acuti è principalmente presidiata dal pubblico e gli erogatori privati accreditati garantiscono il 24% dei ricoveri, con un picco del 48% in Lazio e 7 SSR al di sotto del 10%. Per converso, nelle restanti classi

Figura 5.3 **Incidenza dei ricoveri da strutture private accreditate 2014 e variazione 2008-2014, per regione**



Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, SDO, 2014

<sup>12</sup> I dati sono calcolati sui ricoveri complessivi erogati dalle strutture localizzate nella regione, a prescindere dalla residenza dei pazienti. Includono quindi la mobilità.

<sup>13</sup> Il volume dei ricoveri privati accreditati si è ridotto tra il 2008 e il 2014 del 9,8%, soprattutto per effetto della riduzione dei budget ospedalieri. Tuttavia, questa riduzione è più contenuta rispetto a quanto occorso tra gli erogatori pubblici (-25,8%), il che spiega l'aumento percentuale della componente delle strutture accreditate.

di attività il privato occupa una posizione più focale: garantisce il 48% dei ricoveri per lungodegenza, con valori sopra il 90% in 4 regioni, tra cui Lazio e Toscana, e il 72,5% dei ricoveri totali per riabilitazione.

Le discipline presidiate dai player privati rispetto ai pubblici possono essere analizzate sulla base della valorizzazione dei ricoveri, utilizzando le tariffe di riferimento nazionali ex D.M. 18/10/12<sup>14</sup>. La Figura 5.4 mostra la distribuzione tra pubblico e privato in termini di valorizzazione dei ricoveri nelle 20 principali discipline, che rappresentano l'86% del valore totale dei ricoveri erogati nel 2014 per conto del SSN. Considerando tutta la produzione di ricoveri, la valorizzazione dei ricoveri del privato accreditato è pari al 28,5% del totale SSN. Ad eccezione dei codici 56 (Riabilitazione Funzionale, 76% privato accreditato) e 60 (Lungodegenza, 55%), il pubblico registra percentuali significativamente maggiori rispetto al privato accreditato. Nelle restanti discipline, il peso del privato accreditato oscilla tra il 10% e il 41%, con una prevalenza nei ricoveri afferenti alle discipline ortopediche (40% del valore totale) e chirurgiche (cardiochirurgia, 41% e chirurgia generale, 27%).

La situazione si conferma sostanzialmente stabile quando l'analisi si concentra sui soli ricoveri ad alta complessità<sup>15</sup>, ambito in cui il privato accreditato eroga il 31% dei ricoveri totali. In questo caso, valutando la distribuzione complessiva del valore dei ricoveri, al privato accreditato può essere attribuito il 28,7% del valore complessivo. Considerando le prime 20 discipline per valorizzazione, che rappresentano il 95% del valore totale, l'unica branca ad alta complessità in cui gli erogatori privati accreditati superano quelli pubblici è l'oncologia (50,1%), mentre per ortopedia (48,6% del valore teorico dei ricoveri) e cardiocirurgia (41,4%) il peso del privato accreditato è superiore alla media (Figura 5.5).

I dati di attività possono essere incrociati con quelli dimensionali (incidenza dei posti letto accreditati) descritti nel paragrafo precedente.

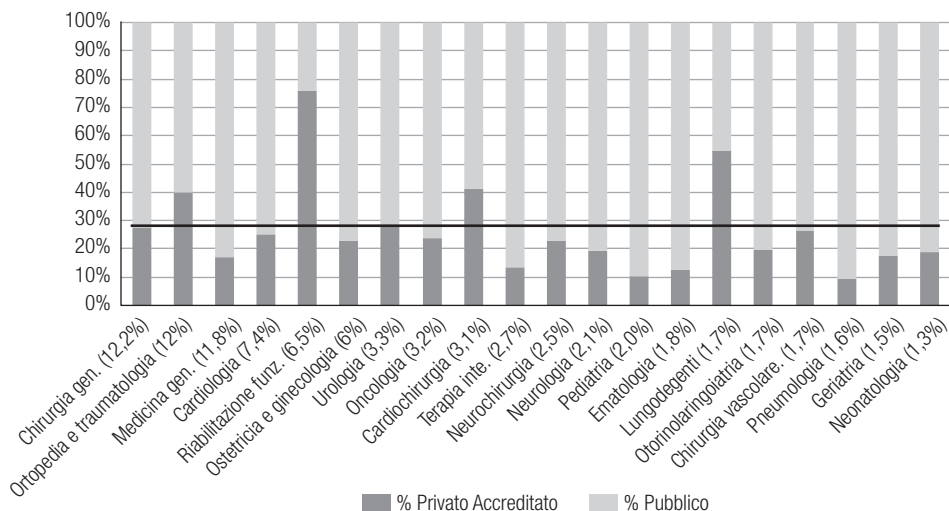
Si consideri ora la relazione tra la percentuale di posti letto per ricoveri ordinari acuti gestita da erogatori privati accreditati e il corrispettivo peso delle giornate di degenza accreditate sul totale, per singolo SSR. Esiste una ovvia correlazione lineare positiva tra le due variabili, con margini di efficientamento nell'utilizzo della dotazione strutturale per la quasi totalità dei SSR: per le

<sup>14</sup> Sono state utilizzate:

- le tariffe DRG per ricoveri acuti ordinari o diurni;
- le tariffe a giornata per MDC per i ricoveri di riabilitazione e lungodegenza;
- le integrazioni tariffarie (acuti) e gli abbattimenti tariffari (non acuti) per le degenze oltre soglia, facendo riferimento alle soglie definite dal sistema DRG – versione 24 ex D.M. 18/10/2012;
- la lista di 86 DRG contenuta nella TUC 2013, attuale riferimento a livello nazionale, per l'alta complessità.

<sup>15</sup> Per l'identificazione dei DRG di «alta complessità» il riferimento è alla lista della TUC 2013.

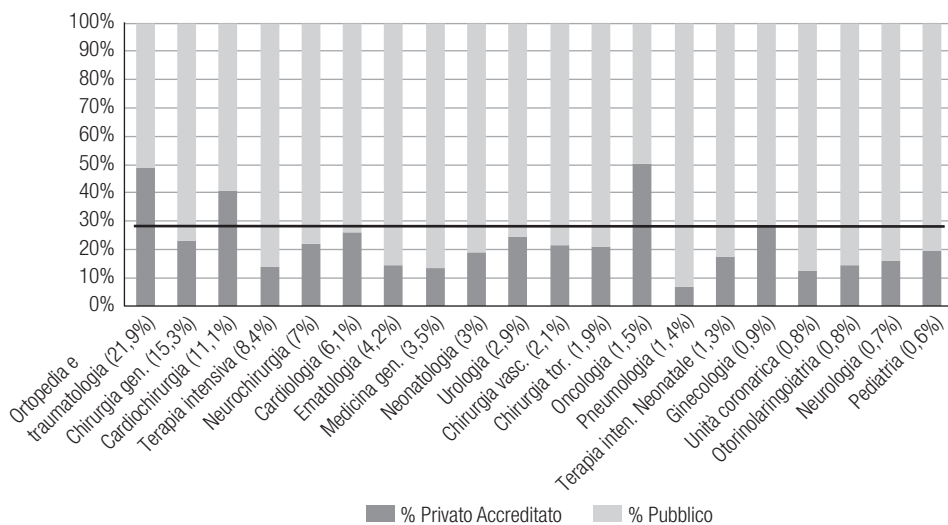
Figura 5.4 **Suddivisione del valore dei ricoveri SSN tra strutture pubbliche e private accreditate: prime 20 discipline in ordine decrescente di incidenza sulla valorizzazione totale (2014)**



N.B. La linea orizzontale indica l'incidenza del privato accreditato sul valore totale dell'attività di ricovero.

Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, SDO, 2014

Figura 5.5 **Suddivisione del valore dei ricoveri SSN ad alta complessità tra strutture pubbliche e private accreditate: prime 20 discipline, in ordine decrescente di incidenza sulla valorizzazione totale (2014)**



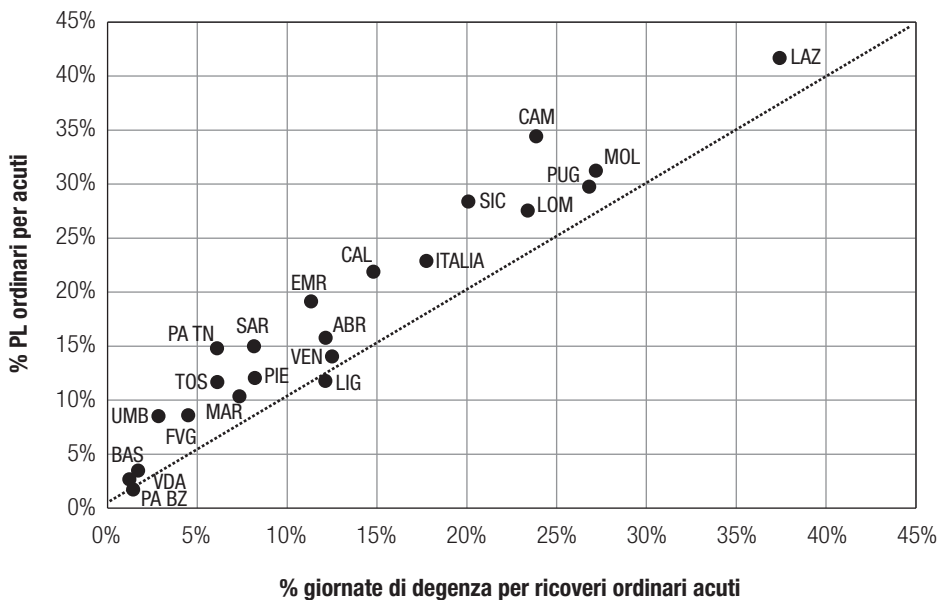
N.B. La linea orizzontale indica l'incidenza del privato accreditato sul valore totale delle attività di ricovero ad alta complessità.

Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, SDO, 2014

regioni al di sopra della bisettrice, infatti, si registrano tassi di occupazione dei posti letto per ricoveri ordinari acuti inferiori rispetto alle strutture pubbliche, con un delta che è tanto superiore quanto maggiore è il rapporto tra percentuale di posti letto accreditati e percentuale di giornate di degenza accreditate (Figura 5.6).

Complessivamente, il tasso di occupazione delle strutture pubbliche per questa tipologia di ricoveri è pari al 75%, mentre nel privato accreditato si ferma al 66%, con 11 regioni al di sotto del 50%. L'unica regione in cui gli erogatori accreditati mostrano tassi di occupazione superiori al pubblico è la Liguria (88% vs 85%). Anche nel 2014, quindi, una rilevante quota di capacità produttiva è rimasta inutilizzata. La causa è da ricondurre al calo dei finanziamenti per l'assistenza ospedaliera accreditata e allo spostamento dell'attività in regime ambulatoriale (cfr. § 5.2; Carbone *et al.*, 2014). Se non si dovesse modificare il quadro programmatico e di risorse pubbliche disponibili, questa evidenza impone di lavorare sulla quantità di letti formalmente accreditati, cercando di farla convergere sui posti letto effettivamente utilizzati dal SSN, per ridare valore e attendibilità all'informazione sui posti letto riconosciuti dal sistema pubblico.

Figura 5.6 **Relazione tra % di PL ordinari per acuti accreditati e % di giornate di degenza per ricoveri ordinari per acuti in strutture private accreditate (2014)**



Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, SDO, 2014



## 5.5 Flussi di mobilità ospedaliera interregionale: confronto pubblico-privato

Il tema della mobilità ospedaliera interregionale<sup>16</sup> appare particolarmente rilevante per diverse motivazioni. Innanzitutto, coinvolge un numero non trascurabile di pazienti: nel 2014, 725.541 pazienti sono stati ricoverati in regioni diverse dalla propria. Alcuni flussi sono fisiologici, perché dovuti agli spostamenti tra regioni confinanti, o all'ampiezza dei bacini di utenza delle alte specialità. Altri flussi sono patologici, perché dovuti alla scarsa qualità (reale o anche solo percepita) delle cure nei territori di origine, con forti risvolti sul piano dell'equità. Inoltre, la mobilità ha tradizionalmente rappresentato un «mercato» interessante per i privati accreditati, data l'assenza o la scarsa incisività dei tetti regionali sui pazienti extraregione.

In sede di analisi sono stati considerati tutti i ricoveri in istituti pubblici e privati accreditati a totale carico del SSN o di altri enti pubblici<sup>17</sup> presenti nel database SDO 2014 messo a disposizione dal Ministero della Salute. La valorizzazione (remunerazione teorica) dei ricoveri è stimata utilizzando i valori di riferimento nazionali ex D.M. 18/10/2012.

La mobilità è stata ulteriormente analizzata suddividendola in due componenti: mobilità di confine, in caso di regioni confinanti, e mobilità di lungo raggio, in tutti gli altri casi.

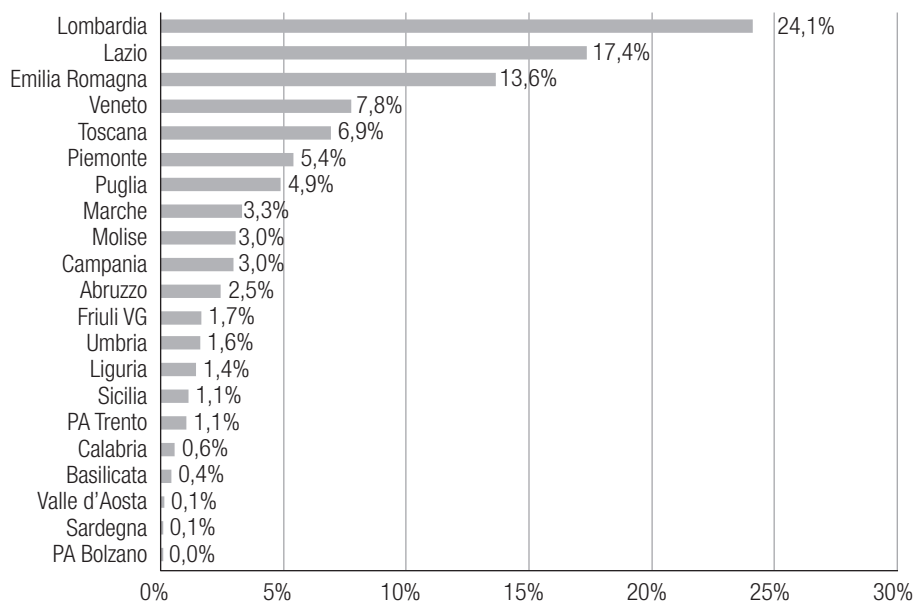
Nella Figura 5.7 si mostra l'assorbimento da parte di ogni singola regione della mobilità sanitaria generata dal privato accreditato, calcolato come rapporto tra la mobilità accreditata attiva di una regione (totale ricoveri di pazienti extraregione effettuati presso strutture private accreditate) e la mobilità accreditata totale a livello nazionale (totale ricoveri in strutture private accreditate effettuati in regioni diverse da quelle di residenza). Tre sole regioni attraggono oltre metà della mobilità accreditata totale, con la Lombardia capofila (24,1%, +0,5% rispetto al 2013), seguita da Lazio ed Emilia Romagna (17% ed 14%).

Questi dati, espressione dei volumi di mobilità assorbiti dagli erogatori privati di ogni specifica regione, risultano influenzati sia dalla dimensione territoriale della regione, sia dalla diffusione del privato accreditato in ogni SSR, seppure con alcune eccezioni. Ad esempio, la Campania, pur rappresentando uno dei contesti regionali in cui il privato accreditato è più presente<sup>18</sup>, attrae soltanto il 3% della mobilità nazionale.

<sup>16</sup> In questa sede si intende la possibilità di fruire dei servizi sanitari presso una struttura situata in una regione differente da quella di residenza in regime SSN. Dall'analisi sono esclusi i valori di mobilità internazionale, legati al ricovero di pazienti stranieri in Italia.

<sup>17</sup> Sono inclusi i ricoveri di stranieri indigenti a carico del Ministero dell'Interno (onere della degenza contrassegnato da «A») e i ricoveri richiesti da INAIL o altri enti (della degenza contrassegnato da 9).

<sup>18</sup> Con circa 350.000 ricoveri totali da parte di erogatori privati per conto del SSN, pari al 15% dei ricoveri privati accreditati totali, la Campania è preceduta, in termini di volumi di prestazioni, solo da Lombardia e Lazio.

Figura 5.7 **Assorbimento della mobilità del privato accreditato (2014)**

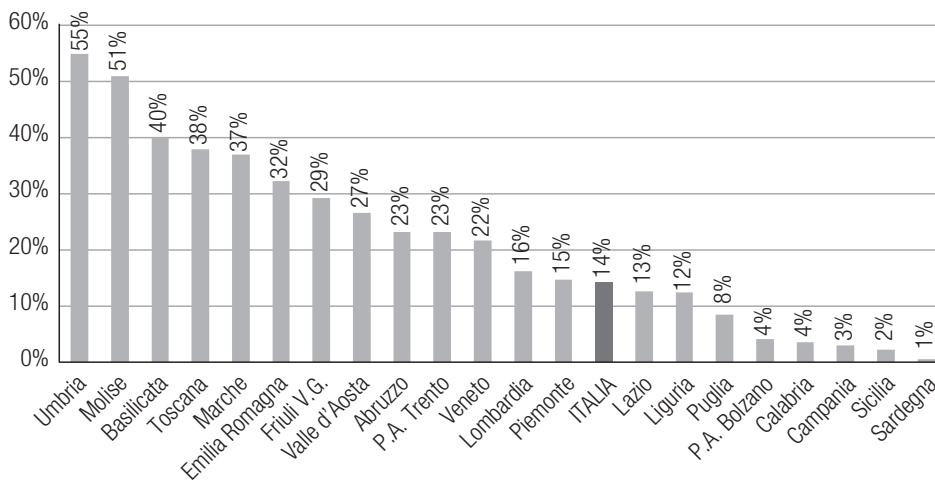
Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, SDO, 2014

Il posizionamento regionale si modifica notevolmente quando si considera l'incidenza della mobilità accreditata rispetto al volume dei ricoveri erogati dalle strutture private accreditate della Regione. La Figura 5.8 mostra per ogni SSR il tasso di attrazione degli erogatori privati accreditati, ovvero la quota parte di ricoveri che è destinata a pazienti fuori Regione.

A livello nazionale, l'entità complessiva della mobilità è pari al 14% dei ricoveri presso strutture accreditate, con una forte variabilità interregionale. I valori più alti si registrano in Umbria e Molise, dove i ricoveri presso strutture accreditate di pazienti provenienti da altre Regioni risultano superiori rispetto a quelli dei residenti (55% e 51%, rispettivamente). In sei regioni, invece, la mobilità ha un'incidenza inferiore al 10% dei ricoveri accreditati, con valori minimi nelle Isole (Sardegna, 1%; Sicilia, 2%) e nelle principali Regioni meridionali (Campania, 3%; Calabria, 4%; Puglia, 8%), oltre che nella Provincia Autonoma di Bolzano (4%). Questi dati, pur eliminando la distorsione legata alle dimensioni relative delle regioni, ve ne sostituiscono un'altra, di senso opposto, per cui territori più piccoli sono naturalmente inclini a ricevere, e generare, maggiore mobilità sanitaria.

Diversamente, la Figura 5.9 mostra il peso del privato accreditato rispetto alla mobilità totale attratta da ogni singola regione. Complessivamente, il 46% degli oltre 720.000 ricoveri effettuati in regioni diverse da quella di residenza è eroga-

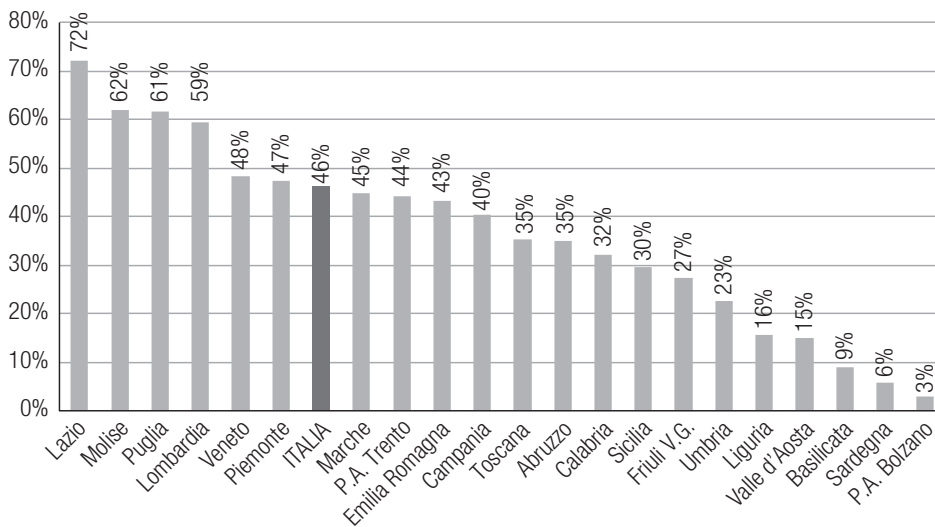
Figura 5.8 **Tasso di attrazione (\*) degli erogatori privati accreditati, per Regione (2014)**



(\*) Vengono considerati solo i ricoveri di pazienti provenienti da altre regioni italiane, mentre non si considerano quelli di pazienti esteri e quelli di pazienti di provenienza sconosciuta (a causa dell'incompletezza nella compilazione delle corrispondenti SDO).

Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, SDO, 2014

Figura 5.9 **Attrazione della mobilità da parte del privato accreditato, per Regione (2014)**



Fonte: elaborazione OASI su Dati SDO, 2014

to da strutture private accreditate, in crescita di un punto percentuale rispetto al 2013. In tre regioni di rilevanti dimensioni (Lazio, Puglia e Lombardia) e nel Molise le strutture accreditate attraggono la maggioranza dei ricoveri extraregione (tra il 72% e il 59%), a fronte di quote di ricoveri totali notevolmente più ridotte (tra il 50% e il 32%, cfr. Figura 5.3).

Passando all'analisi del valore dei ricoveri in mobilità, rispetto alla valorizzazione dei ricoveri in regime SSN (pari a circa 29 miliardi di euro), la quota riferita ai ricoveri fuori regione (in strutture pubbliche e private accreditate) ammonta a circa 2,6 miliardi, pari al 9,1% del valore totale dei ricoveri e pari al 2,3% della spesa SSN. Di tale valore dei ricoveri in mobilità, poco più del 50% è erogato da strutture private accreditate, con un'incidenza del 13% degli IRCCS privati accreditati e del 3% per Policlinici universitari ed Enti di ricerca (Tabella 5.2). I valori riportati cambiano a seconda della tipologia di attività analizzata: per quanto riguarda la mobilità per ricoveri acuti, i produttori privati accreditati garantiscono il 44% dei ricoveri e il 46% della remunerazione teorica. Focalizzandosi sulla sola attività ad alta complessità, i ricoveri erogati da privati accreditati salgono al 55% dei volumi e al 51% della valorizzazione. Nel caso dei ricoveri non acuti, si conferma la netta prevalenza dei privati accreditati, che garantiscono l'82% dei circa 55.000 ricoveri erogati in mobilità per riabilitazione e lungodegenza, corrispondenti all'81% della remunerazione teorica degli stessi.

La Tabella 5.3 mostra l'evoluzione della valorizzazione dei ricoveri in mobilità nel periodo 2010-2014, suddivisa per natura dell'erogatore e tipologia di attività. Le strutture ospedaliere sono state classificate in quattro categorie: struttu-

Tabella 5.2 **Confronto tra principali valori di spesa sanitaria pubblica e valorizzazione della mobilità (2014), €**

Voce	Valore, € (2014)	Incidenza su spesa sanitaria pubblica	Incidenza su valorizzazione ricoveri	Incidenza su valorizzazione mobilità
Spesa sanitaria pubblica	113.968.082.862	100,00%	/	/
Valorizzazione ricoveri, ospedali pubblici e privati	29.062.707.665	25,50%	/	/
Spesa sanitaria ospedaliera accreditata	8.576.753.000	7,50%	/	/
Valorizzazione ricoveri privati accreditati	8.031.085.395	7,00%	27,60%	/
<b>Valorizzazione mobilità totale (pubb e priv.)</b>	<b>2.646.937.100</b>	<b>2,30%</b>	<b>9,10%</b>	<b>/</b>
<b>Valorizzazione mobilità privati accreditati</b>	<b>1.334.097.676</b>	<b>1,20%</b>	<b>4,60%</b>	<b>50,40%</b>
Valorizzazione mobilità IRCCS privati accreditati	351.250.493	0,30%	1,20%	13,30%
Valorizzazione mobilità Policlinici Univ. priv. ed Enti ricerca	87.972.519	0,10%	0,30%	3,30%

Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute: spesa sanitaria; DM 18/10/12 di definizione delle tariffe di riferimento; SDO,2014

re pubbliche; privati accreditati generalisti (Ospedali classificati, Istituti qualificati e Case di cura private accreditate); IRCCS e IRCCS Fondazione privati; Policlinici privati ed Enti di ricerca.

Complessivamente, la remunerazione teorica dei ricoveri in mobilità è cresciuta nel periodo osservato per tutte le tipologie di attività: i ricoveri acuti mostrano una crescita dell'1,2%, con il sottoinsieme dei ricoveri ordinari acuti ad alta complessità che presenta il tasso di crescita più vistoso, pari al 13%. I ricoveri per riabilitazione e lungodegenza sono invece cresciuti del 3,4%. Considerando la natura delle strutture d'erogazione, si può notare che la quota del privato

Tabella 5.3 **Valorizzazione ricoveri in mobilità, per tipologia e natura erogatore (2010-2014), €**

Ricoveri Acuti	Strutture pubbliche	Ospedali priv. acc. generalisti	IRCCS priv. acc.	Policlinici universitari privati, Enti di ricerca privati	Totale SSN	Quota privato accreditato
2010	1.364.979.425	565.031.121	269.690.500	85.996.413	2.285.697.459	40,3%
2011	1.339.559.399	595.509.516	276.090.850	81.443.871	2.292.603.636	41,6%
2012	1.306.223.613	612.236.737	273.931.905	81.890.999	2.274.283.254	42,6%
2013	1.267.504.124	658.954.997	279.696.641	80.904.522	2.287.060.284	44,6%
2014	1.246.626.003	700.804.355	279.411.298	86.654.481	2.313.496.137	46,1%
<i>Delta valore 10-14</i>	<i>-8,7%</i>	<i>24,0%</i>	<i>3,6%</i>	<i>0,8%</i>	<i>1,2%</i>	<i>/</i>
RO Acuti ad Alta complessità	Strutture pubbliche	Ospedali priv. acc. generalisti	IRCCS priv. acc.	Policlinici universitari privati, Enti di ricerca privati	Totale SSN	Quota privato accreditato
2010	499.177.110	205.147.097	130.944.805	33.268.949	868.537.961	42,5%
2011	496.597.720	222.930.034	135.160.261	34.731.171	889.419.186	44,2%
2012	494.692.944	248.901.485	138.885.669	38.112.842	920.592.940	46,3%
2013	486.971.473	284.163.747	142.645.815	38.133.014	951.914.049	48,8%
2014	480.450.762	313.139.564	145.130.850	42.595.852	981.317.028	51,0%
<i>Delta valore 10-14</i>	<i>-3,8%</i>	<i>52,6%</i>	<i>10,8%</i>	<i>28,0%</i>	<i>13,0%</i>	<i>/</i>
Ricoveri Non acuti	Strutture pubbliche	Ospedali priv. acc. generalisti	IRCCS priv. acc.	Policlinici universitari privati, Enti di ricerca privati	Totale SSN	Quota privato accreditato
2010	63.733.478	172.524.318	78.196.200	1.768.463	316.222.459	79,8%
2011	66.426.064	173.183.356	77.220.580	1.080.367	317.910.367	79,1%
2012	65.330.498	182.565.843	74.994.130	1.087.742	323.978.214	79,8%
2013	63.940.044	189.579.670	72.388.233	1.107.376	327.015.323	80,4%
2014	61.032.301	192.802.469	71.797.195	1.262.038	326.894.003	81,3%
<i>Delta valore 10-14</i>	<i>-4,2%</i>	<i>11,8%</i>	<i>-8,2%</i>	<i>-28,6%</i>	<i>3,4%</i>	<i>/</i>

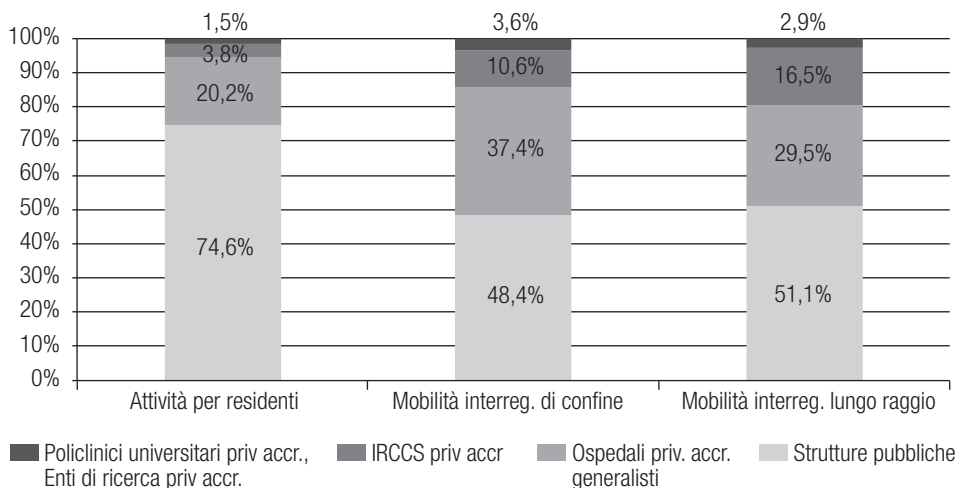
\* La classe «Privato accreditato generalista» include: Case di cura private accreditate, Ospedali classificati, Istituti qualificati presidi ASL.

Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute SDO, 2010-2014

accreditato sia costantemente cresciuta, per tutte le tipologie di ricoveri, in particolare nei ricoveri ordinari (RO) acuti ad alta complessità dove il peso del privato accreditato è cresciuto dal 42,5% al 51%. Le aziende pubbliche hanno ridotto la valorizzazione dei ricoveri in mobilità di tutte le tipologie, con una riduzione marcata soprattutto negli acuti (-8,7%). Viceversa, la crescita del privato è stata trainata soprattutto dal privato generalista, che ha più che raddoppiato la propria valorizzazione nei ricoveri ordinari acuti ad alta complessità (+52,6%) e mostra incrementi positivi in tutte le restanti tipologie. La crescita consistente della valorizzazione dei ricoveri ordinari acuti ad alta complessità si estende anche alle altre due classi di erogatori privati, con tassi positivi del 28% per i Policlinici privati ed Enti di ricerca e dell'11% per gli IRCCS privati. Queste due classi di erogatori presentano andamenti simili anche nelle altre due tipologie di attività in mobilità: riduzione della remunerazione teorica nei ricoveri per non acuti e tassi di crescita positivi, ma prossimi allo zero, nell'attività per acuti.

La Figura 5.10 inserisce un ulteriore elemento d'analisi classificando l'attività erogata secondo la provenienza dei pazienti: attività per residenti, attività per mobilità di confine e per mobilità a lungo raggio<sup>19</sup>, come precedentemente definite. Come evidenziato in figura, i ricoveri per residenti vedono una prevalenza d'attività delle strutture pubbliche (74,6%), con un apporto del privato generalista

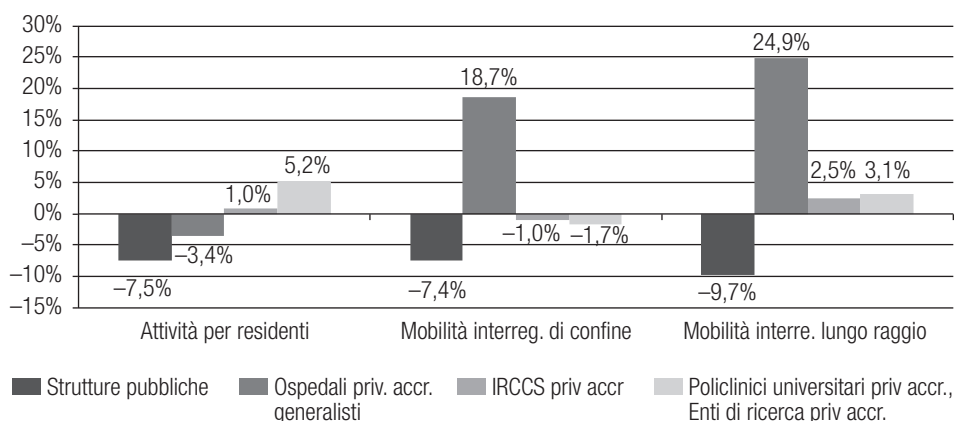
Figura 5.10 **Valore dei ricoveri (acuti e non) per natura erogatore e provenienza dei pazienti (2014), %**



Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute SDO, 2014

<sup>19</sup> All'interno della valorizzazione dei ricoveri ospedalieri, l'incidenza dell'attività per residenti è pari al 90,2%, quelle di mobilità di confine e di lungo raggio sono rispettivamente pari al 5% e al 4,1%. Resta esclusa dalla presente analisi l'attività per stranieri, pari allo 0,6% del valore totale.

Figura 5.11 **Valorizzazione ricoveri totali: trend per provenienza dei pazienti e per natura erogatore (2010-2014), %**



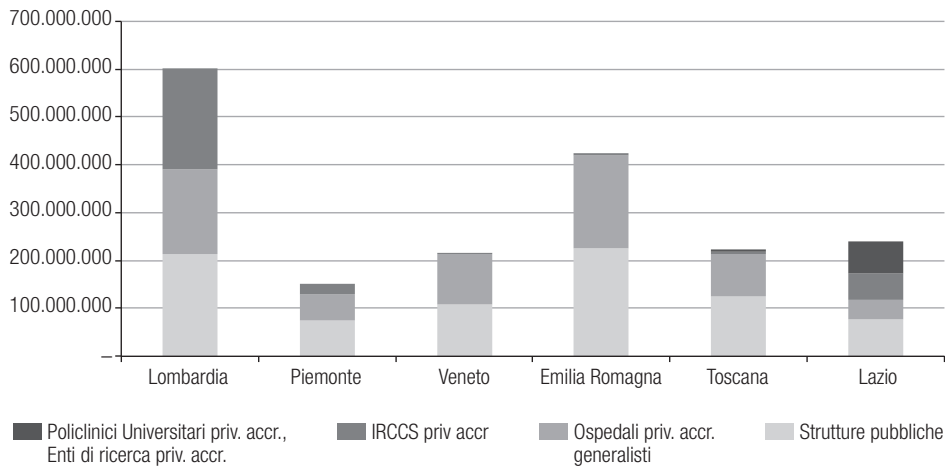
Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, SDO, 2010-2014

(20,2%) e, in via residuale, di IRCCS e Policlinici privati. Nel caso di ricoveri erogati in regioni diverse da quella di residenza, invece, strutture pubbliche e private accreditate si equivalgono a livello di valorizzazione dei ricoveri. La principale differenza è riscontrabile nella suddivisione interna tra classi di strutture d'erogazione private, con un peso superiore degli IRCCS privati in caso di mobilità a lungo raggio (16,5% vs 10,6%) e, per converso, un'incidenza maggiore delle Case di cura non specialistiche per la mobilità interregionale di confine (37,4% vs 29,5%).

La stessa analisi può essere effettuata in ottica longitudinale, valutando il trend nel periodo 2010-2014 (Figura 5.11). In linea con le precedenti analisi, la valorizzazione dei ricoveri erogati da strutture pubbliche in mobilità si riduce nel periodo osservato, con tassi di riduzione simili per la mobilità di confine e di lungo raggio. Il trend viene riconfermato anche nell'attività per residenti, in cui il valore dei ricoveri si è ridotto del 7,5%. Viceversa, il dato del privato accreditato generalista presenta due trend divergenti: se il valore dei ricoveri in mobilità delle Case di cura accreditate è cresciuto vistosamente, soprattutto per la mobilità di lungo raggio (+24,9%), nell'attività per residenti si registra una riduzione pari al 3,4%. Nel caso di IRCCS e Policlinici privati, infine, i trend di mobilità di confine e lungo raggio sono discordi, con un andamento positivo della valorizzazione dei ricoveri per mobilità a lungo raggio (2,5% per gli IRCCS e 3,1% per i Policlinici privati), mentre si riduce il valore dell'attività per mobilità di confine (rispettivamente -1% e -1,7%).

La Figura 5.12 presenta la valorizzazione dei ricoveri totali in mobilità per natura dell'erogatore in Lombardia, Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Toscana e

Figura 5.12 **Valorizzazione ricoveri totali in mobilità, per natura erogatore, principali regioni (2014), €**



Fonte: elaborazione OASI su Dati SDO, 2014

Lazio, le regioni che erogano i maggiori volumi di mobilità attiva. Rispetto al dato nazionale, per cui il 50% del valore dei ricoveri totali in mobilità è garantito da erogatori privati accreditati, a livello regionale si nota una discreta eterogeneità. Lombardia e Lazio confermano il solido posizionamento del proprio privato accreditato, che eroga rispettivamente il 64,5% e il 68% del valore dei ricoveri in mobilità; Piemonte e Veneto risultano sostanzialmente allineati con il dato nazionale, mentre Emilia Romagna e Toscana presentano una quota del privato accreditato inferiore alla media, con valore minimo del 43,7% in Toscana. Il peso degli IRCCS tocca il 35,1% in Lombardia, mentre in Lazio il 28% della mobilità è erogato dai due Policlinici privati. Per i restanti sistemi regionali, invece, l'attività accreditata in mobilità è prevalentemente erogata da strutture generaliste.

Il quadro risulta simile qualora si circoscriva l'analisi ai soli ricoveri ordinari acuti ad alta complessità: sebbene, a livello nazionale, il peso del privato accreditato cresca fino al 64,4% e, all'interno di questo, quello degli IRCCS salga fino al 39,7%, i sei SSR oggetto d'analisi presentano dati in linea con quanto emerso per la Figura 5.12. Si segnalano le quote particolarmente elevate del privato accreditato in Lazio (65,9%), Lombardia (64,4%) e Toscana (52,6%).

## 5.6 Conclusioni

Le aziende sanitarie private accreditate rappresentano una componente fondamentale dell'offerta ospedaliera del SSN: erogano il 26% dei ricoveri totali. In



alcuni ambiti assistenziali, il loro contributo è ancora più sostanziale, a partire dalla post-acuzie: il privato accreditato eroga il 48% dei ricoveri in lungodegenza e il 73% di quelli riabilitativi<sup>20</sup>. Anche nel segmento dell'alta complessità, il privato accreditato ha quote di mercato superiori al 40% in specialità ad ampia diffusione e impatto sociale come l'ortopedia, l'oncologia e la cardiocirurgia (cfr. Figura 5.5). Del resto, 28 su 48 IRCCS<sup>21</sup> sono di natura giuridica privata: anche una rilevante attività di ricerca traslazionale e di formazione con forti ricadute sul SSN è legata al mondo privato accreditato. Sul piano geografico, dal 2007 in poi il privato accreditato ha consolidato, almeno in rapporto all'offerta totale del SSN, la sua rilevanza nelle tre regioni più popolose ed urbanizzate del Paese: Lombardia, Campania e Lazio (Figura 5.1; Figura 5.3). In Lombardia e Lazio, i privati accreditati rappresentano un quarto degli ospedali dotati di servizi di emergenza, entrando a pieno titolo come nodi della rete di offerta.

Allo stesso tempo, sarebbe improprio inquadrare l'insieme del privato accreditato come un blocco monolitico. Gli ospedali privati accreditati variano molto almeno rispetto a tre parametri: natura giuridico – istituzionale (*profit versus not for-profit*), posizionamento produttivo (*mono – specialistico versus generalista*) e dimensionamento. In gran parte, però, le strutture private accreditate sono di medio – piccole dimensioni, con solo il 60% che supera i 100 PL. A questo proposito, i nuovi standard ospedalieri hanno stabilito l'accorpamento dei piccolissimi ospedali privati accreditati generalisti al di sotto dei 60 PL entro il 2017. Tale soglia minima dimensionale può essere considerata un pre-requisito per garantire assistenza di buona qualità, coerentemente con la letteratura internazionale (cfr. Posnett, 1999<sup>22</sup>). Questa indicazione normativa potrebbe da sola condurre a un significativo ridisegno del settore; al di là di questo, sarebbe auspicabile un esercizio più mirato della funzione di committenza regionale e locale, che dovrebbe dotarsi di criteri il più possibile chiari, ragionevoli e stabili per individuare i migliori erogatori e allocare le risorse di conseguenza. In particolare, la stabilità delle indicazioni pianificatorie potrebbe garantire migliori spazi di efficientamento al settore. Infatti, le riduzioni lineari dei budget ospedalieri regionali, che appaiono come politiche contingenti ed emergenziali, hanno lasciato una notevole quota di capacità produttiva inutilizzata (Figura 5.6) a cui non viene prospettato alcun destino futuro certo, su cui poter basare strategie di impresa solide. Questa è una significativa evidenza che denota il livello di aspettative incerte presenti nel settore, che determinano inefficienza di sistema e quindi in entrambi i lati della relazione, pubblico e privato.

<sup>20</sup> Considerando le giornate, la quota del privato è ancora superiore, rispettivamente pari al 52% e al 75%.

<sup>21</sup> Il riferimento è al sito del Ministero della Salute che riporta l'elenco istituzionale degli IRCCS aggiornato a luglio al 2016. In altre sezioni del Rapporto (cfr. cap. 3) sono invece conteggiate le strutture riconducibili ad IRCCS (60).

<sup>22</sup> La dimensione ottimale dell'ospedale per acuti sarebbe compresa tra i 200 e i 500 PL.

Un ambito che necessita approfondimento da parte di studiosi e *policy maker* è la mobilità ospedaliera interregionale e il ruolo svolto dal privato accreditato. Tra 2010 e 2014, i ricoveri a totale carico del SSN sono calati del 15,5% in termini di volumi e del 5,5% in termini di valore; nello stesso periodo, i ricoveri in mobilità sono invece calati del 9%, ma in termini di valore sono aumentati dell'1,5%. Questo trend è in realtà dovuto ad un aumento dell'attività del privato accreditato pari a un valore 159 milioni che compensa un calo degli ospedali pubblici di 121 milioni. Nel 2014, la quota del privato sul totale della mobilità in termini di valore ha raggiunto il 50,4%, circa il doppio rispetto alla quota relativa ai ricoveri per i residenti (25,4%). L'aumento è stato particolarmente evidente con riferimento al privato accreditato «generalista», cioè Case di Cura, Ospedali Classificati e Istituti qualificati. Questi ospedali perdono il 3,4% della loro attività valorizzata per i residenti in regione, ma crescono del 18,7% considerando la mobilità di confine e del 24,5% considerando la mobilità a lungo raggio. In termini assoluti, compensano un calo di attività per i residenti dei SSR pari ad un valore di 186 milioni, con un aumento della mobilità da fuori regione pari ad un valore di 155 milioni. In sintesi, nell'ultimo quinquennio i privati accreditati hanno intercettato una quota di domanda<sup>23</sup> che non viene più soddisfatta né all'interno della regione, né da parte di ospedali pubblici al di fuori dei confini regionali.

Questa dinamica solleva diverse questioni per i regolatori del SSN. La «valvola di sfogo» della mobilità deve restare libera da vincoli e budget, oppure va regolata? Gli impatti finanziari dei flussi restano limitati (cfr. Tabella 5.3); tuttavia, i rischi della opzione «piena libertà di mobilità» stanno soprattutto in termini di funzionalità ed equità del sistema: a parità di prestazione comunque erogata dal SSN, è poco sensato che il paziente debba essere curato lontano dalla sua residenza, con disagi e costi che non tutti possono affrontare. D'altra parte, in un SSN con rilevanti variabilità inter-regionali in termini di efficacia e offerta complessiva dei sistemi è difficile impedire l'opzione della mobilità, sia come stimolo ai sistemi più deboli, sia come diritto ai cittadini.

Se una regolazione è necessaria, chi deve regolare i flussi? Un'opzione potrebbe essere un'autoregolazione degli stessi produttori, che si concentrano sulle prestazioni in cui la mobilità è più necessaria e fisiologica cercando di rimanere entro limiti di sostenibilità finanziaria per il SSN. La regolazione pubblica può avvenire da parte delle singole regioni attraverso gli accordi bilaterali previsti dal Patto della Salute, oppure da parte del livello centrale, attraverso un coinvolgimento più o meno forte della Conferenza Stato-Regioni. Le due opzioni di regolazione pubblica non sono necessariamente contrapposte. La prima opzione sembra valorizzare le complementarità e l'imprenditorialità delle regioni «for-

<sup>23</sup> Limitata ma non trascurabile: equivale allo 0,5% del valore totale delle attività di ricovero SSN (pubbliche e private).

ti» e/o confinanti, mentre la seconda, politicamente più difficile, può offrire un quadro flessibile ma unitario di pianificazione nazionale dell'offerta.

Con quali strumenti deve essere regolata la mobilità? Si possono introdurre tetti solo per la bassa complessità, oppure per le discipline con un bacino d'utenza limitato<sup>24</sup>, oppure escludendo dai tetti selezionati centri di riferimento nazionale. Alcune di queste opzioni sono già state introdotte dalla Legge di Stabilità 2016<sup>25</sup>.

Infine, nel caso si decida per una limitazione incisiva delle attività in mobilità attiva, in che modo rispondere alla domanda che in alcuni territori resterebbe insoddisfatta? Sicuramente bisogna sviluppare sia dal punto di vista qualitativo, sia quantitativo l'offerta in alcune regioni. Paradossalmente, quando questo fosse avvenuto, la regolazione della mobilità non risulterebbe più così necessaria, perché una diminuita eterogeneità inter-regionale dei servizi garantirebbe l'auto-regolamentazione di mercato. Il problema principale rimane pertanto, per il SSN, riuscire a sviluppare competenza e produttività nelle regioni più deboli, e una crescente o un eccesso di mobilità non è altro che un indicatore che ciò non è ancora avvenuto compiutamente.

## Bibliografia

- Carbone C. (2013), *Le aziende sanitarie private accreditate: regole e posizionamento strategico*, Milano, Egea.
- Carbone C., Longo F., Ricci A. (2014), «Il posizionamento strategico degli ospedali privati accreditati: analisi delle leve competitive», in CERGAS Boccioni (a cura di), *Rapporto Oasi 2014*, Milano, Egea, pp. 437-462.
- Posnett J. (1999), «Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care», *BMJ*, 319(7216), pp. 1063-1065.

<sup>24</sup> Si veda a proposito il DM 70/15.

<sup>25</sup> Disapplicazione delle decurtazioni ai contratti previste dalla *Spending Review* (-2% rispetto al 2014) agli IRCCS per le prestazioni in mobilità e a tutti i privati accreditati per le prestazioni dell'alta complessità.