

## In sanità cresce il ruolo del “privato accreditato”

**Gianluca Bruttomesso**

*I dati del terzo “Osservatorio sulla sanità privata in Italia e in Lombardia” mostrano un incremento della presenza del privato accreditato soprattutto nell’ambito dell’assistenza territoriale, in modo particolare nell’area delle patologie cronico-degenerative e della disabilità*

**S**i incrementa il “privato accreditato” nella sanità italiana: lo rivelano i dati del terzo “Osservatorio sulla sanità privata in Italia e in Lombardia”, un documento elaborato dal Gruppo Sanità di Assolombarda e dal Cergas Bocconi, in cui vi è un approfondimento dedicato al sistema nosocomiale.

Rispetto al totale del costo regionale, la percentuale di spesa pro capite per le tipologie di assistenza erogate dai diversi soggetti accreditati nel 2007 è pari al 20.7%. La Lombardia è prima col 28.1%, seguita dal Lazio col 27%, mentre Toscana e Umbria sono in coda con l’11% circa. “Se a questo 20% aggiungiamo farmaci, beni, servizi e *l’out of pocket* - ha spiegato **Francesco Longo**, direttore del Cergas Bocconi - la sanità privata rappresenta almeno il 60% del totale”.

La ricerca rileva un incremento della presenza del privato accreditato soprattutto nell’ambito dell’assistenza territoriale, in modo particolare nell’area delle patologie cronico-degenerative e della disabilità. Tuttavia non esiste una significativa correlazione tra l’incidenza dei costi per l’assistenza convenzionata, da un lato, e la spesa pubblica pro-capite delle Regioni o i disavanzi cumulati, dall’altro. Ne deriva che l’aspetto più critico nel dibattito sul ruolo del privato in sanità sono le caratteristiche dei soggetti erogatori e la capacità delle Regioni di governare il Ssr. Il panorama nazionale è alquanto disomogeneo da questo punto di vista: Emilia-Romagna, Lombardia, Toscana hanno messo a regime il sistema e lo stanno affinando; Abruzzo, Basilicata, Bolzano, Calabria, Friuli, Marche, Piemonte, Sardegna, Sicilia e Valle d’Aosta hanno dato nuovo im-

pulso all’accreditamento; infine Campania, Lazio, Liguria, Molise, Puglia, Trento, Umbria e Veneto non risultano attive al riguardo. Ed è per questo che **Ferruccio Fazio**, sottosegretario di Stato a Lavoro, Salute e Politiche Sociali, aprendo il convegno di Assolombarda “*Welfare e salute. Il ruolo degli erogatori, regole e sistemi tariffari*” ha commentato: “Bisogna mettere la sanità a regime e controllare che cosa ne esce”.

### La specificità lombarda

A proposito dell’evoluzione del posizionamento strategico degli ospedali pubblici e privati accreditati in Lombardia, l’analisi conferma le specificità di questo territorio, in cui il privato, come sottolineato anche dall’assessore regionale alla Sanità **Luciano Bresciani**, non svolge un ruolo di complemento rispetto all’offerta pubblica, ma si pone come concorrente. La rete ospedaliera di questo Ssr è composta da 197 strutture di ricovero, di cui 105 pubbliche e 92 private. Queste ultime hanno dimensioni medie più elevate rispetto al dato nazionale, sono prevalentemente dedicate all’attività di ricovero per acuti (64 strutture su 92), attraggono il 50% dei pazienti con degenza in Lombardia, ma provenienti da fuori Regione, sono coinvolte nella rete di emergenza/urgenza e nella ricerca sanitaria. Gli ospedali privati si focalizzano maggiormente sulle attività specialistiche: l’11%, rispetto al 7% di quelle pubbliche. Secondo i dati del Cergas, in Lombardia la presenza e l’incidenza dell’ospitalità privata accreditata sono aumentate negli ultimi anni: i ricoveri erogati sono passati dal 26% nel 2001 al 30% nel 2006; la corrispon-

dente quota di mercato a valore è passata dal 32% al 36%.

**Carlo Lucchina**, direttore generale dell’assessorato alla sanità della Lombardia, ha contestato questi dati: “in Lombardia il privato sta diminuendo da ben 4 anni”.

Rispetto ai comportamenti degli erogatori, in seguito ai cambiamenti del tariffario regionale per i ricoveri, secondo la ricerca del Cergas, le aziende private hanno mantenuto o aumentato le degenze, mentre quelle pubbliche le hanno diminuite, in modo abbastanza indipendente. Anche i tariffari regionali presentano forti disuguaglianze: se in Veneto e in Basilicata quello definito nel ’97 a livello nazionale è stato abbattuto, rispettivamente, del 14.7% e del 13.2%, in Umbria e in Friuli-Venezia Giulia è stato incrementato rispettivamente del 35.2% e del 34.1%. Per quanto riguarda l’incidenza delle remunerazioni a tariffa, percepite da soggetti pubblici e privati, sul totale del Fsr, il massimo è rappresentato proprio dalla Lombardia (circa il 45%) e il minimo dalla Valle d’Aosta (circa il 6%). Tale variabilità, secondo il report, non è pienamente spiegata dal mix di prestazioni, ma sembra conseguenza di scelte territoriali. Il direttore del Cergas suggerisce alle Regioni di non guidare il comportamento dei fornitori di servizi verso i propri obiettivi di politica sanitaria solo attraverso il sistema tariffario. Sembra dunque fondamentale che le modifiche del sistema tariffario vengano inserite in un quadro coordinato: “Siamo sicuri - ha sottolineato Longo - che l’accreditamento debba essere regionale? In tutti i sistemi federali il monitoraggio delle *performance* viene attuato centralmente”.