



Osservatorio sull'assistenza sanitaria privata in Italia

*Ricerca del CERGAS Bocconi per il Gruppo Merceologico Sanità di
Assolombarda*

EXECUTIVE SUMMARY

Introduzione: il progetto “Osservatorio sull’assistenza sanitaria privata in Italia”

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). In seguito alle riforme del SSN, iniziate negli anni ’90, le aziende sanitarie private hanno visto una significativa modificazione del proprio ruolo, che da integrativo rispetto agli erogatori pubblici e regolato da convenzioni è diventato più concorrenziale e governato dai sistemi regionali di accreditamento (integrati da accordi contrattuali) e di finanziamento. A seguito del processo di regionalizzazione, peraltro, il ruolo attuale e prospettico del privato accreditato varia significativamente da Regione a Regione.

Il progetto “Osservatorio sull’assistenza sanitaria privata in Italia” avviato dal Gruppo Merceologico Sanità di Assolombarda in collaborazione con il Cergas Bocconi è finalizzato:

- a fotografare la sanità privata accreditata e, in misura molto limitata a causa dell’assenza di fonti informative esaustive, quella non accreditata, nonché le relazioni che intercorrono tra le strutture private accreditate e il mondo della sanità pubblica;
- ad approfondire due tematiche specifiche su un campione di aziende sanitarie pubbliche e private accreditate: (i) caratteristiche dell’attività svolta da alcuni reparti ospedalieri e correlati costi; (ii) indagine sui sistemi retributivi di alcuni profili professionali.

Il presente documento sintetizza i principali risultati emersi dai tre ambiti di ricerca.

L'assistenza sanitaria privata in Italia – quadro generale

I risultati della parte della ricerca, finalizzata alla descrizione delle caratteristiche dei soggetti privati che forniscono assistenza sanitaria in Italia e delle relazioni che intercorrono tra le strutture private accreditate e il mondo della sanità pubblica, mostrano un panorama molto differenziato all'interno delle Regioni e tra le Regioni. I risultati della ricerca sono presentati come segue:

- si articola l'assistenza sanitaria in segmenti, mostrando, in generale, una rilevante presenza di strutture private in ciascun segmento. Si evidenzia, in particolare, come la complessa rete delle strutture private accreditate non si limiti alle case di cura ma si estenda ad un'ampia gamma di strutture differenziate per natura giuridica e per ambiti di intervento (degenza per acuti, per riabilitazione, lungodegenza, ambulatori e laboratori, strutture socio-sanitarie), nonché assoggettate a logiche e strutture di governo del sistema differenziate da parte degli organi regionali (es. modelli di finanziamento e accreditamento delle strutture che erogano assistenza sanitaria vs modelli di finanziamento e accreditamento delle strutture che erogano assistenza socio-sanitaria);
- si analizzano le caratteristiche delle strutture che operano nel mercato prettamente sanitario mostrando come non si tratti di un sistema unitario ed uniforme, ma di un settore che vede la compresenza di piccole strutture che offrono prestazioni di base e di strutture di grandi dimensioni e fortemente orientate all'alta specialità; allo stesso modo si evidenziano profonde differenze in termini di presenza e caratteristiche del privato accreditato nelle diverse regioni;
- si evidenzia l'assenza di una significativa correlazione tra la spesa sanitaria pubblica pro-capite delle regioni e l'incidenza della spesa per assistenza convenzionata e accreditata: la scelta di mix tra produzione interna ed esterna (cioè affidata al privato convenzionato e accreditato) non sembra essere una variabile sufficiente per spiegare le diverse performance economico-finanziarie dei SSR; ne deriva come conseguenza che l'aspetto più critico non sia la presenza del privato accreditato nel SSR quanto piuttosto la capacità delle Regioni di governare il SSR nel suo complesso e il ruolo del privato accreditato in particolare;
- con riferimento a quest'ultimo tema, l'analisi evidenzia come i sistemi di governo del SSR siano estremamente disomogenei in termini sia di caratteristiche tecniche, sia di grado di formalizzazione e trasparenza, sia di correlazione con le caratteristiche quali-quantitative delle strutture e delle prestazioni erogate.

I segmenti in cui opera il privato in sanità

Per descrivere la complessa rete dei soggetti privati accreditati del nostro Paese, le strutture possono essere classificate in base a due dimensioni (Tabella 1):

- l'ambito di afferenza della struttura (assistenza ospedaliera e assistenza distrettuale)¹;
- il livello di intensità di cura (emergenza, specialistica, riabilitazione e lungodegenza).

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

¹ 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.

preventivi). In prospettiva non si esclude uno sviluppo di investimenti nel campo della prevenzione da parte della sanità privata, eventualmente collegati all'attività di ricerca svolta all'interno di queste strutture.

Tabella 1 Attori della sanità privata accreditata

Intensità di cura	Ambito di afferenza*	
	Assistenza distrettuale	Assistenza ospedaliera
Emergenza-urgenza	Aziende per il trasporto pazienti (es. servizio Ambulanze) Aziende per la ricezione delle richieste di intervento per l'emergenza sanitaria e coordinamento degli interventi nell'ambito territoriale.	Case di Cura dotate di servizi per l'emergenza Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto privato dotati di servizi per l'emergenza Ospedali classificati (ex art. 41 L. 833/1978) dotati di servizi per l'emergenza Istituti qualificati presidio ASL (ex art. 43 L. 833/1878) dotati di servizi per l'emergenza Policlinici privati a gestione diretta dell'Università dotati di servizi per l'emergenza
Specialistica	Ambulatori e laboratori (ospedalieri ed extraospedalieri) Altre strutture territoriali: Centro trasfusionale, Centro dialisi, stabilimenti idrotermali	Case di Cura Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto privato Ospedali classificati (ex art. 41 L. 833/1978) Istituti qualificati presidio ASL (ex art. 43 L. 833/1878) Policlinici privati a gestione diretta dell'Università
Riabilitazione	Strutture residenziali (ad esempio, Istituti di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78, Comunità terapeutica per il recupero dei tossicodipendenti) Strutture semiresidenziali (ad esempio, Istituti di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 e Centri diurni psichiatrici)	Case di Cura Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto privato Ospedali classificati (ex art. 41 L. 833/1978) Istituti qualificati presidio ASL (ex art. 43 L. 833/1878) Policlinici privati a gestione diretta dell'Università
lungodegenza	Strutture residenziali (ad esempio, strutture per l'assistenza agli anziani - RSA e Case protette - ai disabili fisici e psichici)	Case di Cura Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto privato Ospedali classificati (ex art. 41 L. 833/1978) Istituti qualificati presidio ASL (ex art. 43 L. 833/1878) Policlinici privati a gestione diretta dell'Università

*Nell'ambito dell'assistenza distrettuale 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.

Fonte. nostra elaborazione

E' opportuno segnalare che i dati attualmente disponibili (rilevazioni ministeriali dei dati di struttura e attività e rilevazione dei dati di spesa attraverso i modelli CE): (i) fanno riferimento ad aggregati non sempre corrispondenti ai segmenti identificati e sono variamente definiti; (ii) non coprono sistematicamente tutti i segmenti e (iii) non sono tempestivamente aggiornati (ultimi dati ministeriali disponibili al 2004, ancora incompleti). Con riferimento al primo problema è utile, ai fini dell'interpretazione dei dati, sottolineare due aspetti.

- Il primo riguarda la rilevazione dei flussi ministeriali per tipologia di struttura di ricovero che identifica tre categorie: 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 case di cura private accreditate e non. Ciò significa che spesso i dati delle strutture equiparate alle pubbliche vengono forniti a livello aggregato senza distinzione per tipologia (non potendo, ad esempio, scorporare gli IRCCS privati dal dato complessivo degli IRCCS) e in alcuni confronti pubblico-privato le strutture equiparate vengono addirittura aggregate alle pubbliche;
- Il secondo è relativo al metodo di aggregazione dei dati di spesa privata accreditata e convenzionata provenienti dai CE e rielaborati nella Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese (RGSEP). Ad esempio, la spesa per assistenza ospedaliera accreditata includeva (almeno fino al 2005) le prestazioni di ricovero ospedaliero (per acuti, riabilitazione e lungodegenza) effettuate anche da IRCCS e policlinici universitari pubblici; un altro esempio è relativo alla spesa riabilitativa

accreditata/convenzionata che include solo gli 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 acquistati da strutture private accreditate come i centri di riabilitazione accreditati e gli Istituti di riabilitazione ex art. 26 l. 833/78.

Le caratteristiche degli attori della sanità privata accreditata

All'interno dell'ambito ospedaliero operano diverse tipologie di strutture di ricovero.

La Tabella 2 presenta la distribuzione geografica delle Case di Cura private (accreditate e non), nonché 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 2. Case di cura private accreditate e non e variazione in valore assoluto (1997-2004)

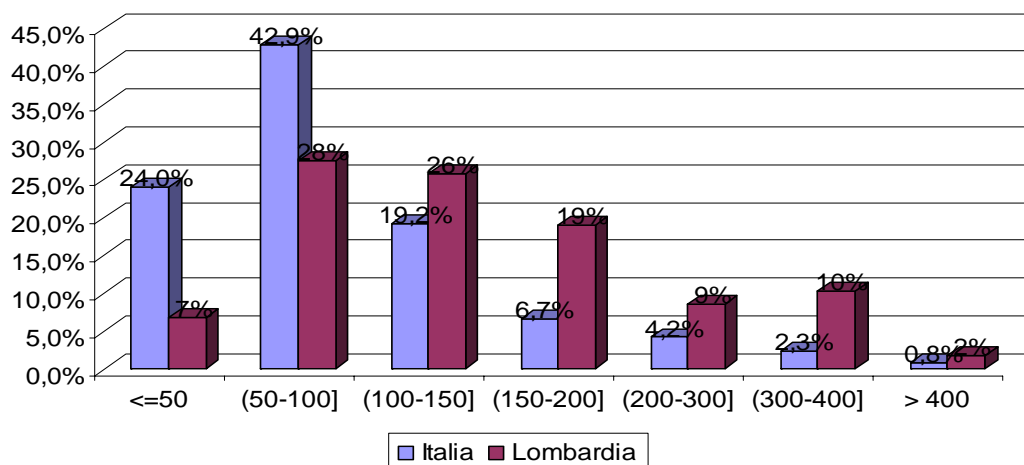
	Case di cura private accreditate			Case di cura private non accreditate		
	1997	2004	Variazione 1997-2004	1997	2004	Variazione 1997-2004
PIEMONTE	39	41	2	9	5	-4
VALLE D'AOSTA			0			0
LOMBARDIA	55	61	6	10	13	3
PROV. AUTON. BOLZANO	8	5	-3	3	2	-1
PROV. AUTON. TRENTO	5	5	0			0
VENETO	16	15	-1	4	3	-1
FRIULI 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: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

I posti letto delle case di cura accreditate rappresentano mediamente a livello nazionale il 19% di quelli disponibili nel SSN, con profonde differenze a livello interregionale (oltre il 30% in Calabria, Campania e Lazio, inferiore al 6% in Valle d'Aosta, Veneto, Liguria e Basilicata).

Le case di cura hanno mediamente dimensioni modeste (86% ha una dotazione di posti letto accreditati² inferiore a 150 e solo il 3% una dotazione superiore a 300, cfr Figura 1). La Lombardia si caratterizza per strutture mediamente più grandi rispetto al dato nazionale e, infatti, 8 delle prime 20 Case di cura del nostro Paese per dotazione di posti letto accreditati sono localizzate in Lombardia. Le restanti sono ubicate nel Lazio (6 strutture), in Campania, Calabria, Abruzzo, Sicilia e Toscana.

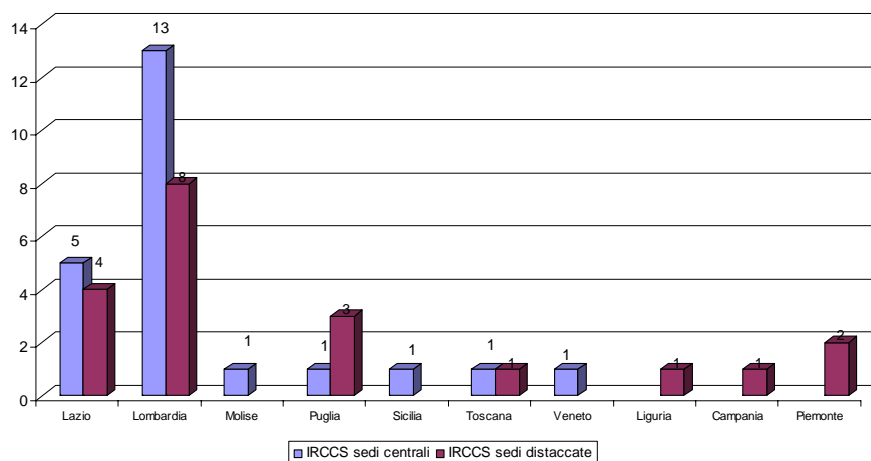
Figura 1. Distribuzione percentuale delle case di cura private accreditate per classe dimensionale di posti letto (2003)



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero Salute

La Lombardia rappresenta anche la Regione in cui si concentra il maggior numero di IRCCS di diritto privato che rappresentano centri di eccellenza con riferimento a specifiche aree di ricerca. Gli unici due 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) sono invece localizzati nel Lazio.

Figura 2. Numero assoluto di IRCCS di diritto privato per regione – sedi centrali e sedi distaccate (2006)



Fonte: nostra elaborazione

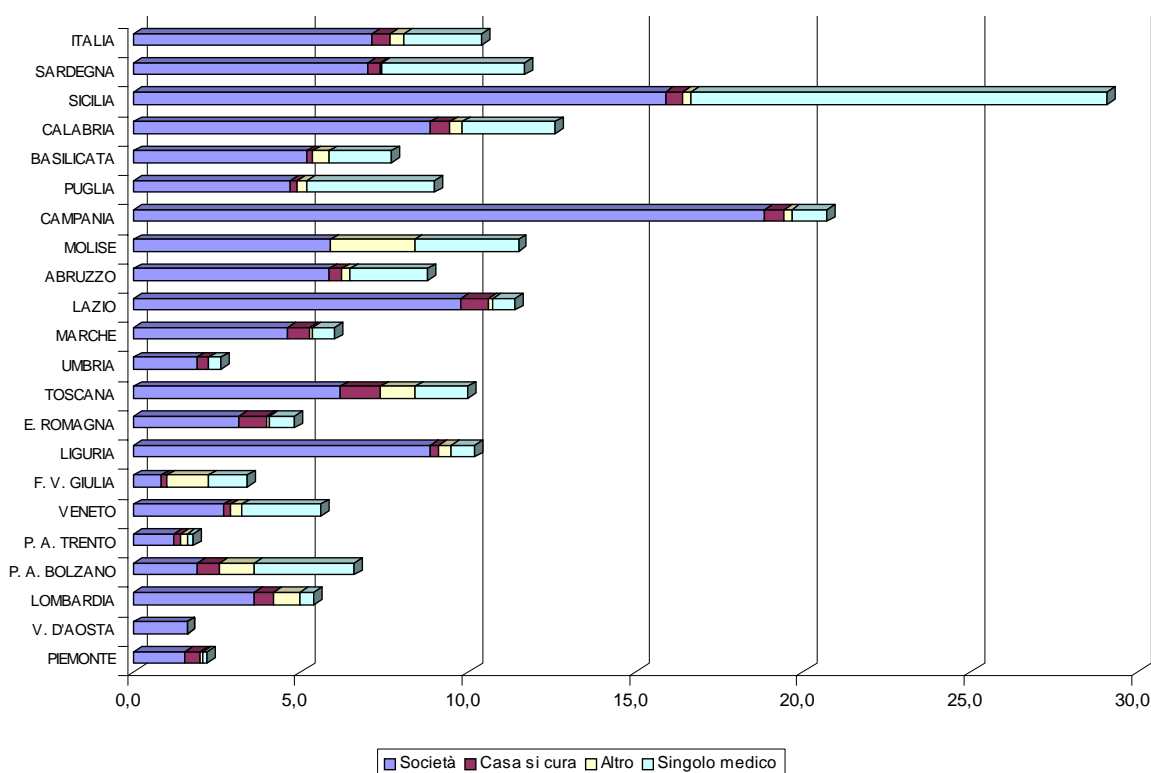
Gli ospedali classificati³ e gli istituti qualificati presidio ASL⁴, infine, sono costituiti complessivamente da 56 strutture, mediamente di dimensioni inferiori ai 200 posti letto accreditati e si caratterizzano per essere tipicamente degli ospedali generalisti.

² 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.

³ Gli ospedali classificati (ex art. 41 L. 833/1978) sono strutture di proprietà di Enti religiosi.

Riguardo all'assistenza territoriale di tipo specialistico, gli ambulatori e i laboratori privati accreditati sono concentrati prevalentemente nelle regioni del sud (soprattutto Sicilia e Campania) 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. Figura 3). 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). Quasi il 70% di queste strutture assistenziali fanno riferimento ad una società benché si registri una certa variabilità tra i vari SSR.

Figura 3. Numero di ambulatori e laboratori privati accreditati per 100.000 abitanti e titolarità (2004)



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

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 3). 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 4). Nell'ambito di tali istituti l'attività è svolta sia in regime residenziale che semiresidenziale.

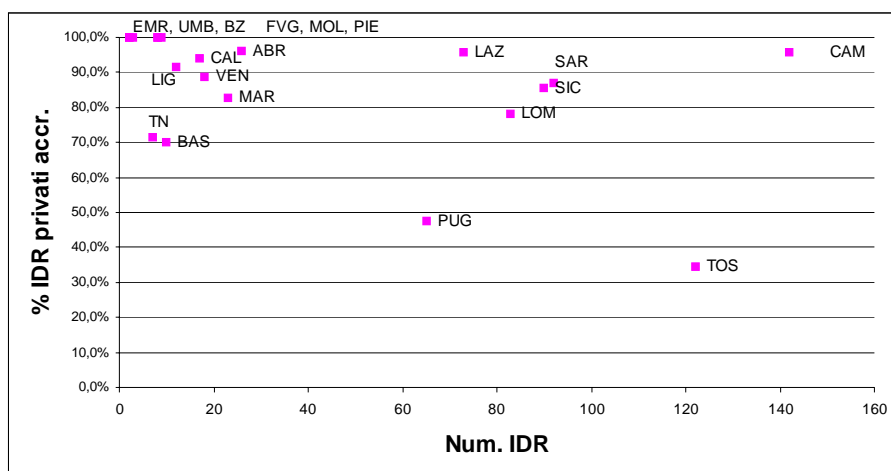
⁴ Gli istituti qualificati presidio di ASL (ex art. 43 L. 833/1978) rappresentano una categoria residuale di strutture di ricovero di proprietà di Enti religiosi o di soggetti privati.

Tabella 3 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	
	Numero	di cui privati accreditati	Numero	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: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Figura 4. Numero e incidenza privato accreditato degli Istituti di riabilitazione (ex art. 26 della Legge 833/1978 - 2004)



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

I dati disponibili si concentrano sulle singole strutture trascurando l'attuale tendenza in atto nella sanità privata verso la concentrazione che si manifesta in forme diverse (non solo fusioni o costituzione di gruppi propriamente intesi). La concentrazione riguarda strutture che operano:

- in diverse regioni (es. HSS, Humanitas e GVM);
- in ambiti assistenziali diversi (per esempio, servizi di riabilitazione, lungodegenza, psichiatria come nei casi di HSS e Tosinvest);
- in regime di accreditamento e non (es. Papiniano).

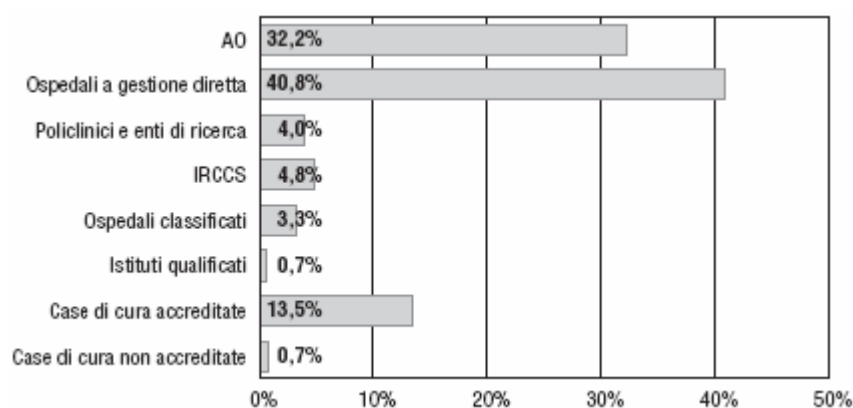
Le attività svolte dagli attori della sanità privata accreditata

Di seguito si presentano alcuni dati relativi al contributo che gli erogatori privati accreditati forniscono al SSN in termini di volumi e tipologie di attività ospedaliera, mentre l'attività territoriale non è indagabile per la limitatezza delle informazioni disponibili.

I dati presentati nelle Figure 5, 6 e 7 mostrano la distribuzione dei dimessi per tipo di attività (rispettivamente acuti, riabilitazione e lungodegenza) e per tipo di istituto. Per gli IRCCS non è disponibile la distinzione tra pubblici e privati. Si tenga, tuttavia presente che i posti letto accreditati degli IRCCS privati rappresentano il 52,3% del totale.

Rispetto all'attività per acuti emerge un peso relativamente limitato (18,2%, di cui 13,5% case di cura accreditate, 0,7% non accreditate, 4% ospedali classificati e istituti qualificati) degli erogatori privati, peso che rimarrebbe limitato anche qualora si attribuisse l'intera attività degli IRCCS sia pubblici sia privati (4,8%).

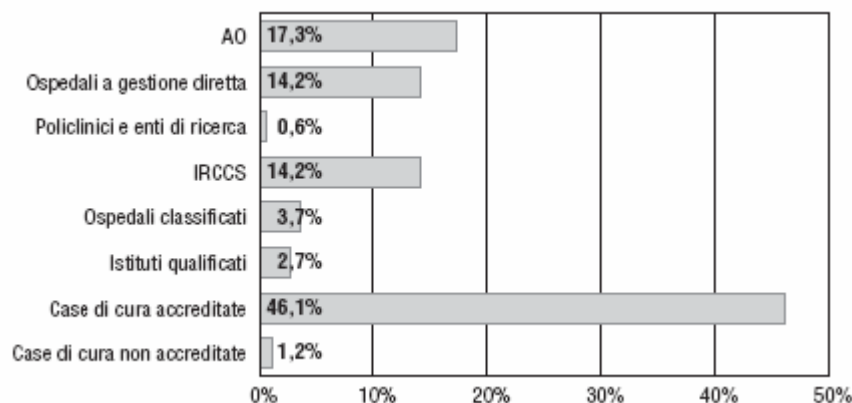
Figura 5. Distribuzione dei dimessi per acuti (RO+DH) per tipo di istituto (2004)



Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

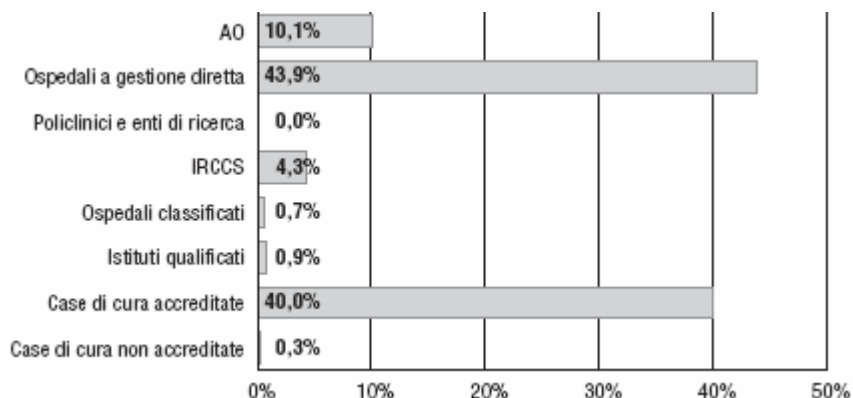
Al contrario è possibile constatare l'elevato peso del privato nell'attività di riabilitazione e soprattutto della lungodegenza.

Figura 6. Distribuzione dei dimessi per riabilitazione (RO+DH) per tipo di istituto (2004)



Fonte: Elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Figura 7. 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, Lazio, Campania, Lombardia, Puglia e Calabria sono le regioni in cui gli erogatori privati 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%). Allo stesso modo, 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).

Si deve segnalare che le forti differenziazioni tra le regioni riguardano anche la partecipazione delle aziende sanitarie private alla rete dell'emergenza urgenza. La Tabella 4 presenta un confronto tra le strutture di ricovero pubbliche e quelle private accreditate in termini di concentrazione di servizi per l'emergenza. La regione a più elevata concentrazione, per quanto riguarda le strutture private accreditate, è la Lombardia (il 14,8% ha un dipartimento di emergenza, il 26,2% un PS e il 21,3% un centro di rianimazione). Si sottolinea peraltro come tale dato sia sottostimato in quanto sconta il limite di rilevazione dei dati ministeriali che include tra le strutture pubbliche anche quelle equiparate, pur essendo queste ultime caratterizzate da una quota rilevante di istituti privati. 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'emergenza (PS, DEA ecc.) vengono conteggiati insieme alle strutture pubbliche (questo è, ad esempio, il caso del San Raffele in Regione Lombardia o del Policlinico Gemelli in Lazio).

Tabella 4. 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: elaborazioni OASI su dati 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 5).

Tabella 5 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	II.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

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 più attrattivi.

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 integrativa⁵). Non sono disponibili informazioni complete rispetto alla composizione della spesa privata corrente; le rilevazioni campionarie dei consumi delle famiglie (RGSEP) 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).

I dati raccolti attraverso i modelli CE delle aziende sanitarie permettono invece di analizzare la quota di spesa pubblica destinata alla remunerazione delle prestazioni effettuate da strutture private accreditate o convenzionate. La Tabella 6 mostra la spesa procapite sostenuta nei diversi SSR per assistenza ospedaliera, specialistica, riabilitativa, integrativa, protesica ed altre forme di assistenza (ad esempio, cure termali, medicina dei servizi, assistenza psichiatrica e agli anziani, ai tossicodipendenti, agli alcolisti, ai disabili, comunità terapeutiche) erogata da strutture accreditate e convenzionate. Risulta evidente la forte

⁵ 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).

differenziazione regionale, conseguenza sia di eredità storiche, sia di 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).

Tabella 6. Spesa pro capite per assistenza convenzionata e accreditata per regione e per tipologia (2005)

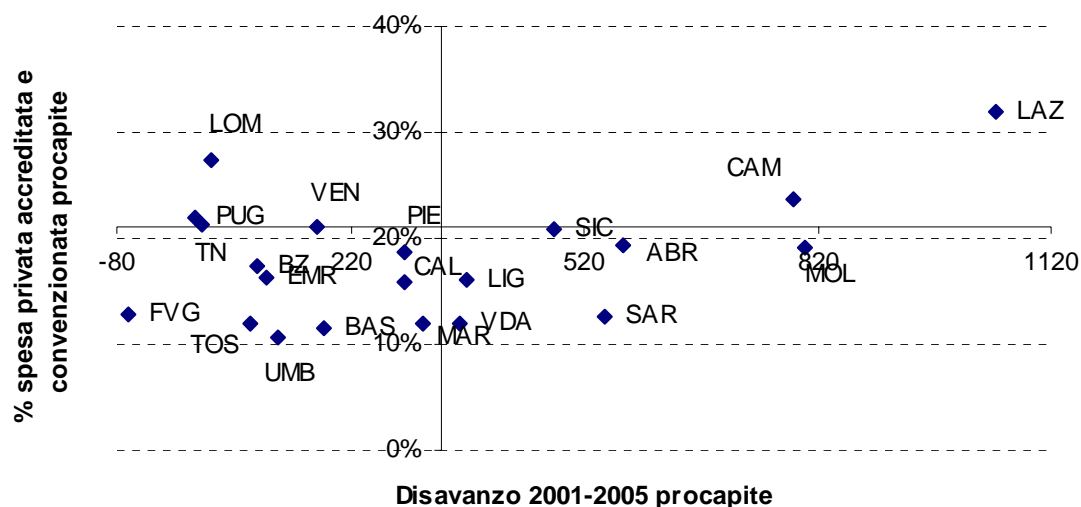
	Specialistica convenz. e accr.	Riabilitativa accreditata	Integrativa e protesica convenz. e accr.	Altra assistenza convenz. e accr.	Ospedaliera accreditata	Totale spesa privata accreditata	Totale spesa sanitaria nei SSR per la gestione corrente	% spesa sanitaria privata sul totale
Piemonte	41	24	39	87	114	305	1.635	19%
Val d'Aosta	55	8	26	70	63	222	1.854	12%
Lombardia	59	27	19	120	207	432	1.572	27%
Bolzano	10	12	55	243	41	360	2.076	17%
Trento	22	3	26	215	98	365	1.721	21%
Veneto	59	23	21	124	112	340	1.616	21%
Friuli V. G.	39	10	38	59	67	214	1.658	13%
Liguria	35	100	24	22	114	294	1.833	16%
Emilia R.	29	2	21	121	103	276	1.686	16%
Toscana	31	21	15	63	65	196	1.637	12%
Umbria	14	26	35	55	45	174	1.618	11%
Marche	24	36	13	53	57	183	1.542	12%
Lazio	101	50	31	61	336	580	1.816	32%
Abruzzo	31	106	17	38	133	325	1.688	19%
Molise	61	75	18	16	184	354	1.854	19%
Campania	91	64	21	37	167	380	1.603	24%
Puglia	51	61	14	36	150	313	1.431	22%
Basilicata	24	69	30	39	8	170	1.475	12%
Calabria	38	38	21	30	96	224	1.404	16%
Sicilia	80	42	30	35	138	324	1.556	21%
Sardegna	48	45	22	21	62	198	1.572	13%
ITALIA	57	38	24	74	148	341	1.618	21%

Fonte: elaborazioni OASI su dati RGSEP

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%), 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 procapite per assistenza convenzionata e accreditata non implica necessariamente un'elevata spesa pro-capite complessiva (cfr Tabella 6), né un elevato disavanzo cumulato procapite (cfr Figura 8), a conferma della non significativa correlazione tra scelte di mix tra produzione interna ed esterna dei servizi sanitari e andamento della spesa. Ne deriva come conseguenza che l'aspetto più critico non sia la presenza del privato accreditato nel SSR quanto piuttosto la capacità delle Regioni di governare il SSR nel suo complesso e il ruolo del privato accreditato.

Figura 8 Spesa sanitaria privata e disavanzo cumulato (valori procapite)



Fonte: elaborazioni OASI su dati RGSEP

Capacità e modalità di governo del SSR

L'attività dei soggetti privati accreditati si interfaccia quotidianamente con l'insieme delle regole nazionali e dei singoli SSR che riguardano in particolare:

- 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
- i sistemi di controllo della spesa e dell'appropriatezza delle prestazioni.

Con riferimento all'accreditamento, l'ultimo monitoraggio svolto dall'ASSR evidenzia come formalmente solo 4 Regioni (Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e Bolzano) abbiano concluso l'iter legislativo che definisce il nuovo sistema di accreditamento istituzionale. Nelle altre 17 regioni le strutture operano ancora in regime di accreditamento provvisorio, benché in molti casi la fase di progettazione del sistema (definizione del manuale di accreditamento, attivazione di tavoli tecnici di monitoraggio e valutazione) sia completata. Si deve rilevare una sostanziale non sovrapposibilità dei modelli di accreditamento proposti dalle singole regioni rispetto a: (i) oggetto dell'accreditamento che in alcuni casi riguarda le singole strutture (es. Lombardia), in altri le singole discipline (es. Emilia Romagna); (ii) modalità di applicazione del modello alle strutture pubbliche e a quelle private (es. parità di trattamento in Lombardia, criteri differenziati in Toscana). La tendenza evolutiva in atto più innovativa riguarda lo sviluppo di sistemi di accreditamento dell'eccellenza che valutano le strutture sanitarie in termini di qualità delle prestazioni, outcome indicators e sicurezza attraverso lo sviluppo di sistemi di accreditamento dell'eccellenza (es. Progetto Joint Commission in Lombardia, accreditamento su sicurezza e rischio clinico in Emilia Romagna, Toscana, Veneto).

Per ciò che riguarda i sistemi di finanziamento dell'assistenza ospedaliera si rilevano sostanziali differenze tra i SSR in termini di:

- modalità di definizione del tariffario: due regioni hanno adottato il sistema dei pesi (Piemonte e Sicilia)⁶ e sei il metodo analitico (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Lazio e Umbria). Le restanti

⁶ 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).

tredecim regioni hanno basato il proprio tariffario sul DM Sanità 178/1997, con variazioni percentuali in aumento o in diminuzione secondo i contesti regionali;

- Grado e frequenza degli aggiornamenti tariffari;
- Eventuale modulazione delle tariffe in funzione delle diverse tipologie di erogatori: quasi tutti i SSR definiscono una differenziazione delle tariffe per tipologia di azienda combinando anche più di un criterio di classificazione delle strutture (cfr Tabella 7).

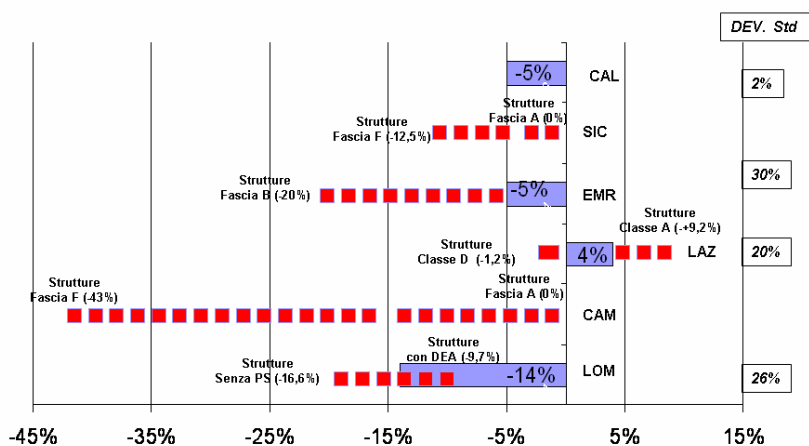
Tabella 7. Criteri di differenziazione delle tariffe adottati dalle regioni (maggio 2006)

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

Fonte: nostra elaborazione

In particolare, è stato svolto un approfondimento sui tariffari regionali di 6 regioni di medie-grandi dimensioni con una presenza significativa del privato accreditato (Lombardia, Emilia Romagna, Lazio, Campania, Calabria e Sicilia). A partire dal tariffario nazionale è stato calcolato lo scostamento tariffario per ogni DRG, lo scostamento medio e la deviazione standard per MDC e complessivamente. I risultati sono sintetizzati in Figura 9 che mostra lo scostamento medio dei tariffari regionali 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 con pronto soccorso, incrementando tale decurtazione al 16,6% per le strutture senza PS e diminuendo tale decurtazione al 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 il Lazio. Anche in questa regione viene applicata una differenziazione tariffaria a seconda delle caratteristiche delle strutture di ricovero tale per cui alle strutture di classe A viene riconosciuta una tariffa che è mediamente superiore del 9,2% rispetto a quella nazionale.

Figura 9 Scostamento tariffari regionali per ricoveri ordinari dal DM Sanità del 1997 in 6 regioni (maggio 2006)



Fonte: nostra elaborazione

Con riferimento al sistema di finanziamento dell'assistenza specialistica ambulatoriale, ad oggi, tutte le regioni hanno determinato le tariffe del nomenclatore tariffario a partire dal DM del 1996 apportando sistematicamente degli aggiornamenti (cfr. Tabella 8). 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 8. Delibere di aggiornamento del Nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (maggio 2006)

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

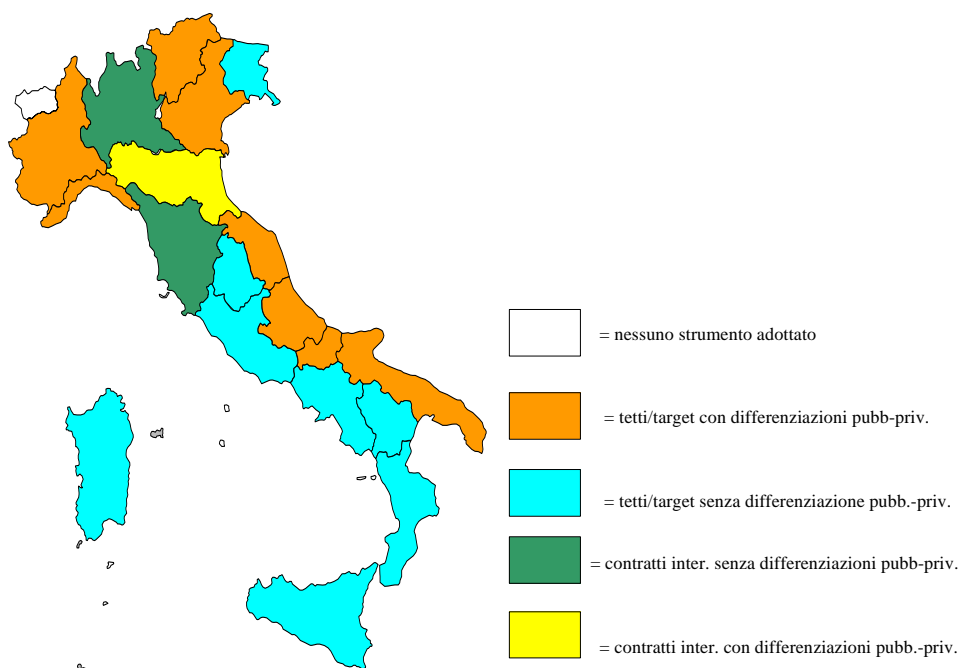
Fonte: nostra elaborazione

Le revisioni si sono generalmente focalizzate su specifiche branche specialistiche (soprattutto sulle 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. 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.

L'introduzione di meccanismi tariffari può rappresentare un incentivo a comportamenti virtuosi generati dalla competizione, ma implica anche alcuni rischi. 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 su volumi/spesa)⁷, 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 10 rappresenta la fotografia delle politiche adottate dai vari SSR riguardo al tema degli strumenti di programmazione e controllo della spesa distinguendo tra le seguenti tendenze: adozione di strumenti decentrati o accentrati, rispettivamente con e senza differenziazione tra strutture pubbliche e strutture private.

⁷ 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.

Figura 10. Strumenti di programmazione e controllo dei volumi / spesa per prestazioni tariffate (maggio 2006)



Fonte: nostra elaborazione

Le azioni di governo dei comportamenti opportunistici collegati al finanziamento a tariffa per prestazione possono riguardare anche l'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:

- 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 per i 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 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).

Anche per le prestazioni specialistiche ambulatoriali sono state introdotte forme di programmazione e controllo dei relativi volumi / spesa, che, in alcuni contesti regionali (come ad esempio Veneto, Marche, Toscana) si distinguono per l'aver applicato vincoli più stringenti per il privato accreditato.

Primo approfondimento: caratteristiche dell'attività svolta da alcuni reparti ospedalieri e correlati costi

Obiettivo della ricerca è stato quello di arrivare alla determinazione di un costo per output all'interno di un campione di cinque strutture private accreditate lombarde (case di cura e IRCCS) e cinque aziende ospedaliere pubbliche lombarde.

Si è quindi proceduto con un approfondimento relativo alla tipologia di attività di ricovero svolta da nove reparti-campione (individuati in base alla loro presenta all'interno della quasi totalità delle strutture analizzate) e ai correlati costi.

L'analisi delle attività ha mostrato forti eterogeneità delle strutture in termini di specializzazione dell'attività (Figura 11) e, all'interno dei medesimi reparti, in termini di complessità della casista trattata, di degenza media, di appropriatezza (

Figura 11. Grado di specializzazione dell'attività delle strutture analizzate

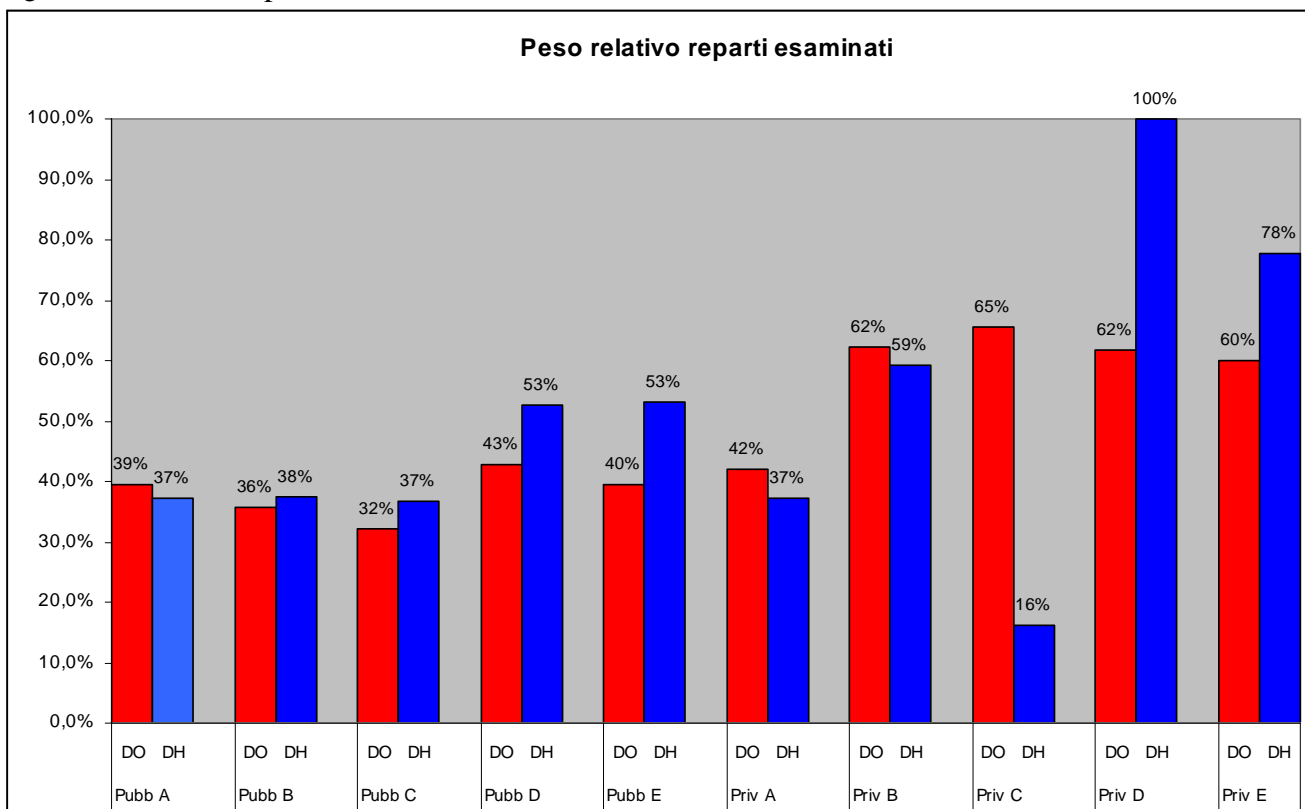


Figura 12 e Figura 13) e di caratteristiche dei pazienti trattati (**Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**).

Figura 11. Grado di specializzazione dell'attività delle strutture analizzate

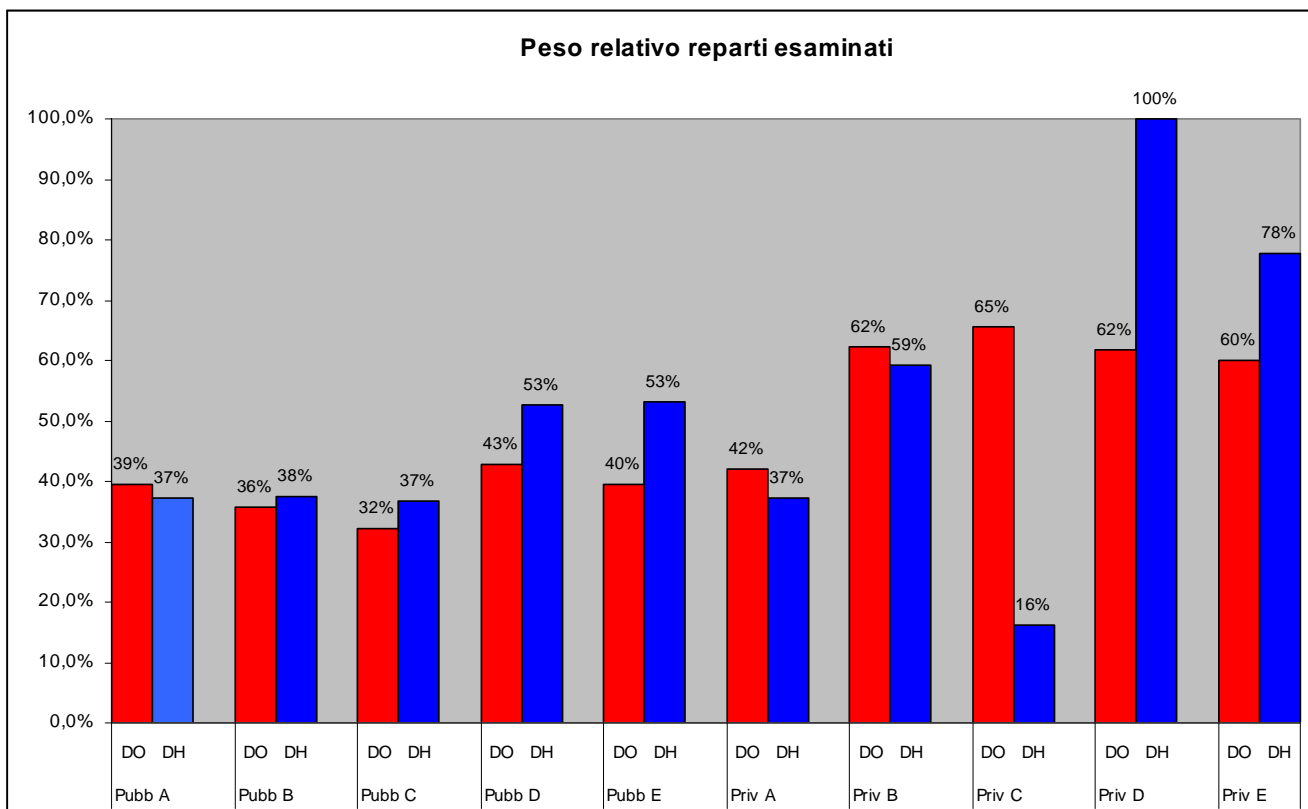


Figura 12. Reparto di Chirurgia Generale: peso medio e degenza media

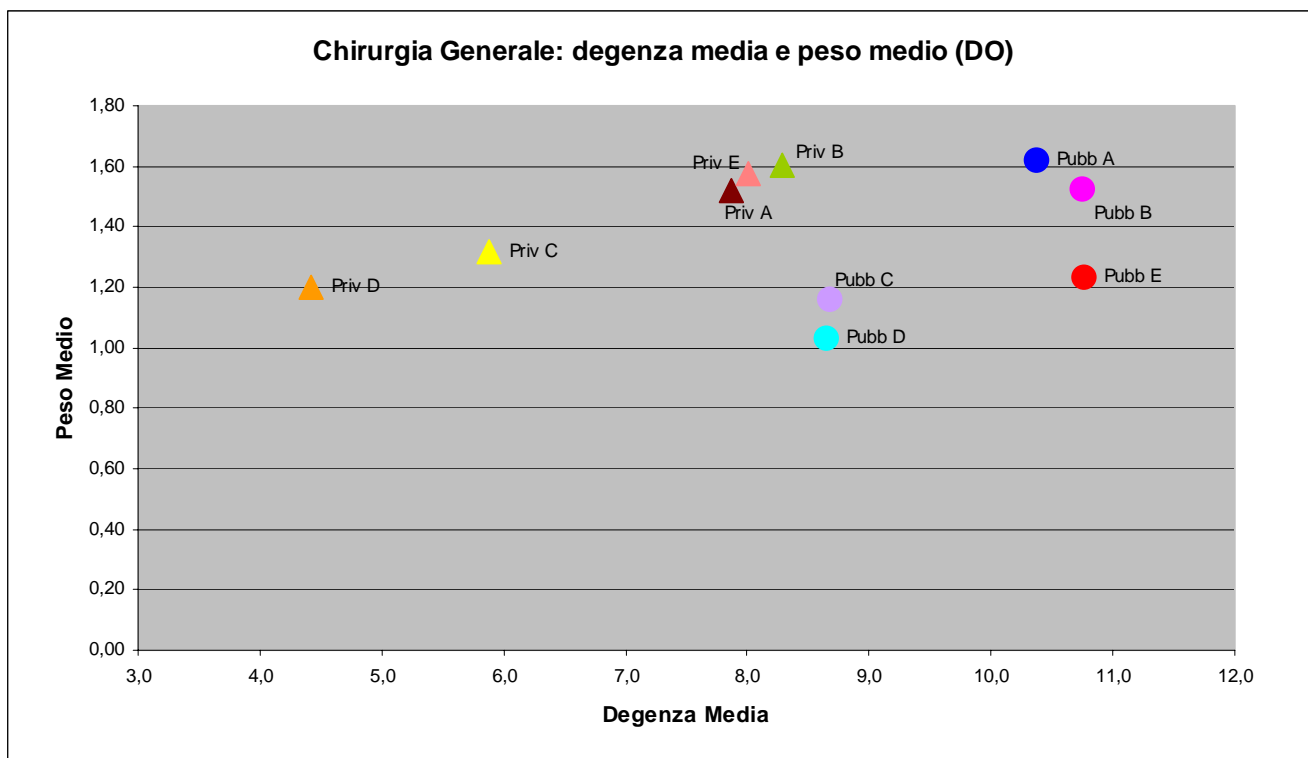


Figura 13 Reparto di Urologia: casi di un giorno, casi OVS e casi LEA

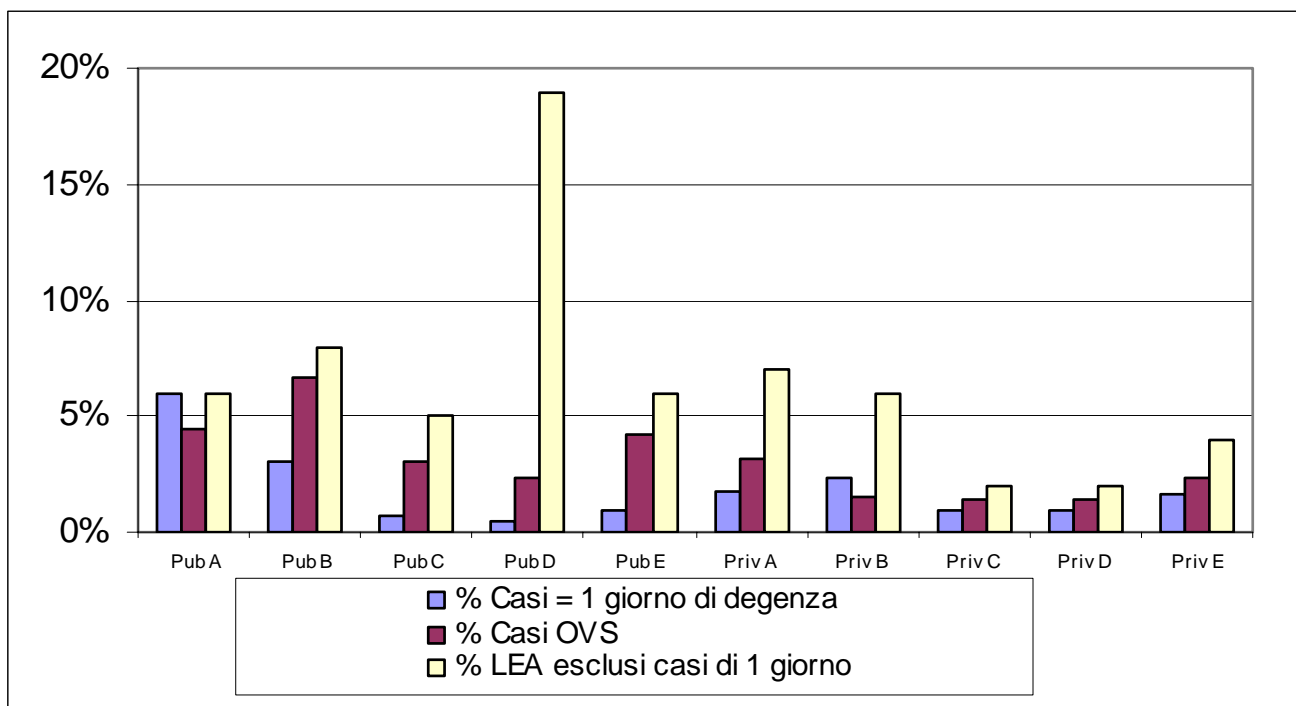
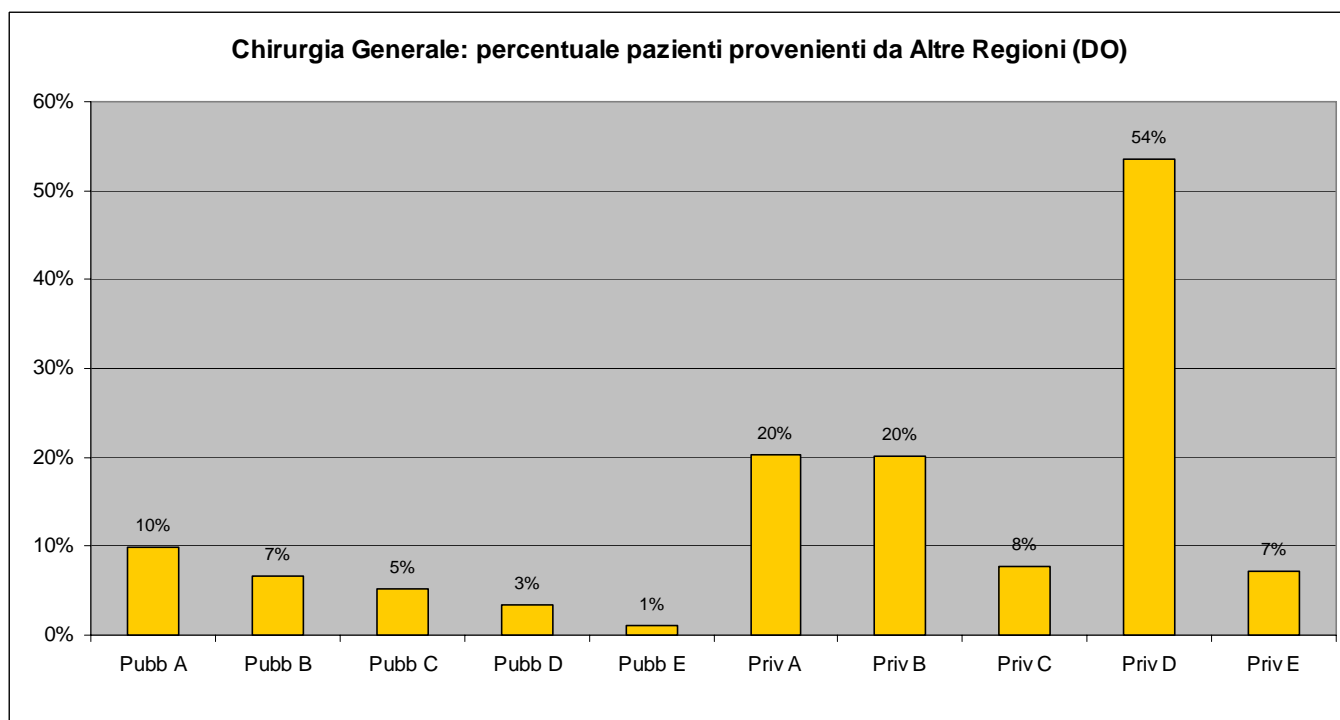


Figura 14 Reparto di Chirurgia generale: percentuale di pazienti provenienti da altre regioni



Sul fronte dell'analisi dei costi si è scelto di confrontare una configurazione di costo che comprendesse esclusivamente i costi che dovrebbero essere trattati come diretti di reparto in tutte le strutture e specificamente:

- Costi del personale dipendente
- Costi di "altro personale"

- Consumi sanitari
- Consumi non sanitari
- Acquisto di servizi sanitari (ad esclusione di quelli erogati da strutture interne, per la possibilità che fossero adottati criteri di valorizzazione delle prestazioni interne differenziati)
- Manutenzione attrezzature sanitarie
- Noleggi di attrezzature sanitarie
- Ammortamenti di attrezzature sanitarie.

E' stato costruito in questo modo un costo diretto di reparto per punto DRG prodotto e per giornata di degenza. I risultati mostrano valori molto diversi tra i diversi reparti e tra le varie strutture.

Figura 15. Costi diretti dei reparti di Chirurgia Generale

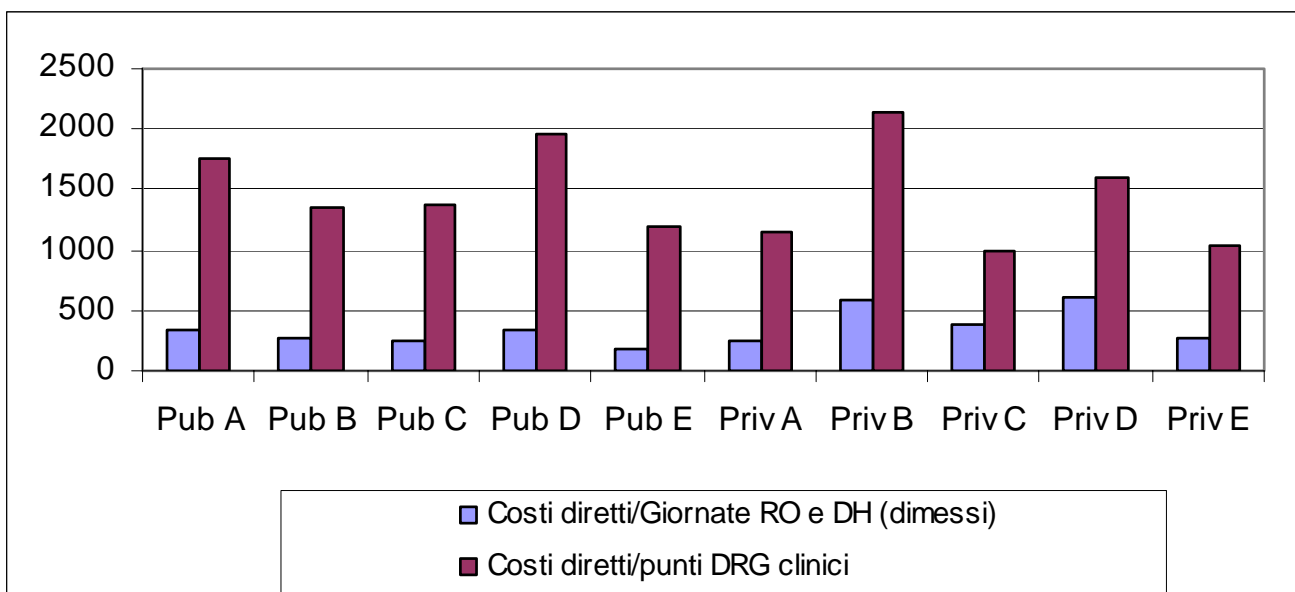
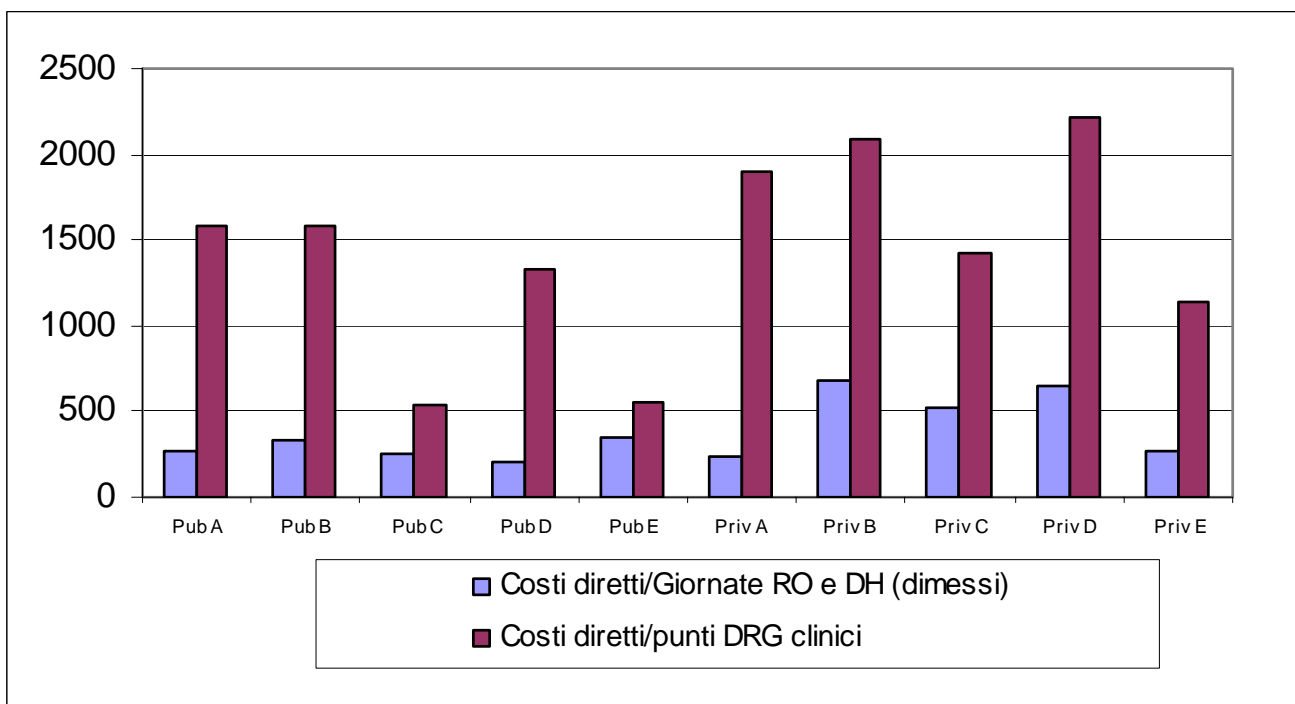


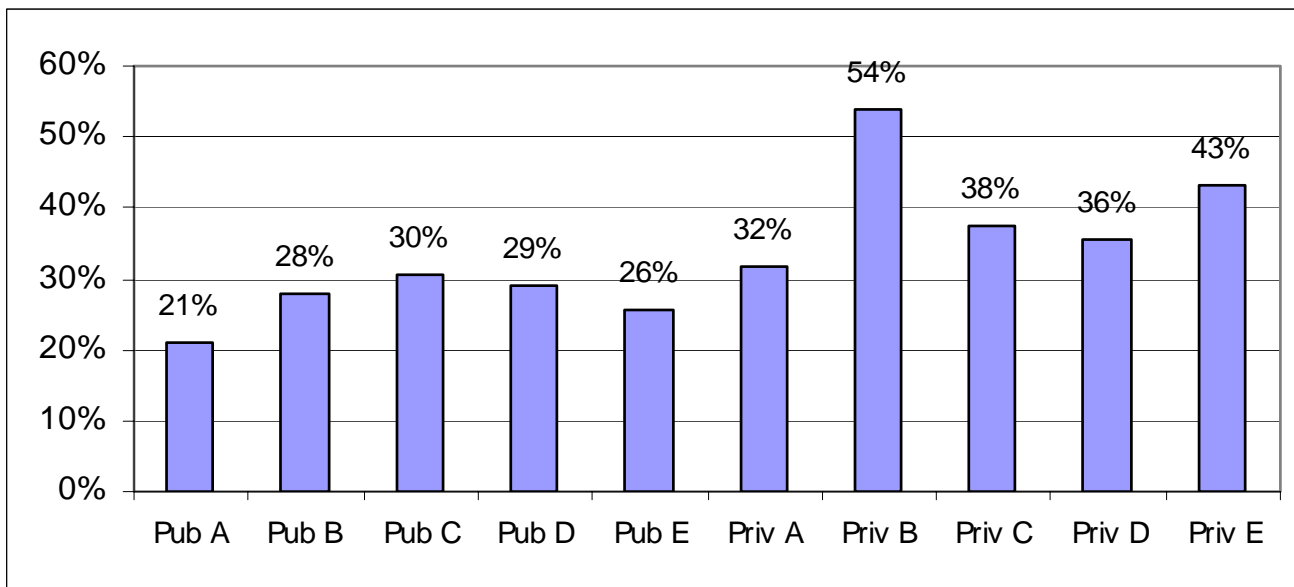
Figura 16. Costi diretti dei reparti di Urologia



Tali differenze sono solo in parte potenzialmente riconducibili a diversi livelli di efficienza, in quanto sono fortemente influenzati da due elementi.

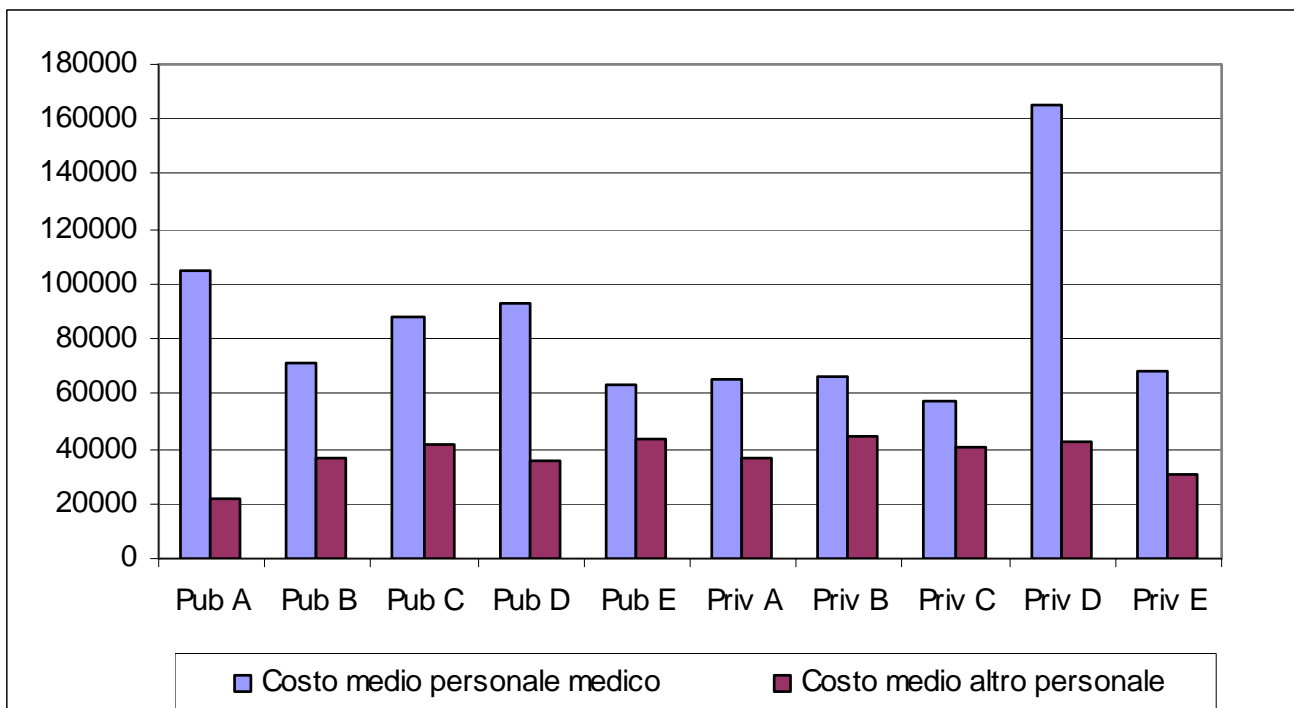
Il primo elemento critico è dato dalla disomogeneità nella struttura e nei criteri di imputazione dei sistemi di contabilità analitica in termini di natura di costo diretto o indiretto di alcune classi di costo. A titolo esemplificativo la Figura 17 mostra la diversa incidenza della quota di costi diretti imputati ai reparti rispetto ai costi complessivi aziendali, da cui si evincono scelte non solo contabili, ma anche gestionali e organizzative molto differenziate e tali da impedire confronti omogenei.

Figura 17. Incidenza costi diretti dei reparti su costi complessivi aziendali



Un secondo elemento è rappresentato dal fatto che la differenziazione dei modelli organizzativi adottati dalle strutture, in particolare in termini di personale e spazi dedicati all'attività per solventi e libera professione, per DH, per prestazioni ambulatoriali, comporta anche un disallineamento tra i dati di attività e di costo disponibili. A titolo esemplificativo la Figura 18 mostra il costo medio del personale di un reparto. Le forti differenziazioni nella retribuzione media del personale medico sono solo parzialmente riconducibili al livello di anzianità e professionalità, ma possono risentire dell'inclusione o meno della retribuzione per attività in libera professione e solventi.

Figura 18. Reparto di Urologia: costo medio annuo del personale



Secondo approfondimento: Indagine sui sistemi retributivi di alcuni profili professionali.

Assolombarda produce annualmente un'indagine retributiva che coinvolge le aziende private associate al GM Sanità di Assolombarda. Quest'anno l'analisi è stata arricchita includendo anche tre aziende pubbliche. Si prevede in futuro di ampliare il campione delle aziende pubbliche, dimostrare loro l'utilità di tale tipo di analisi e vincendo alcune comprensibili resistenze mostrate finora.

L'obiettivo dell'analisi è capire se esistono differenze sistematiche per i profili professionali presi in considerazione oppure se, al contrario, il partecipare ad uno stesso mercato del lavoro locale – compreso l'essere partecipi di stesse politiche sindacali – implica una sostanziale convergenza nei livelli retributivi.

Oggetto di rilevazione sono le retribuzioni mensili medie lorde 2005. Convenzionalmente per la rilevazione è stato scelto il mese di ottobre 2005, integrando o modificando la retribuzione in modo da attribuire a quel mese un dodicesimo della retribuzione di performance (produttività) e degli eventuali ricavi da libera professione intramuraria.

Le figure professionali oggetto d'indagine sono state le seguenti:

- TSRM: Tecnico sanitario di radiologia medica
- TLAB: Tecnico di laboratorio
- PERF: Perfusionista
- ACRIT: Infermiere di area critica
- ACHIR: Infermiere di area chirurgica
- FESTR: Ferrista e strumentista
- DEG: Infermiere di degenza
- ALTRO: Altro infermiere
- FISIO: Fisioterapista
- OSS: Operatore socio-sanitario.

L'indagine retributiva mostra differenze importanti nelle politiche retributive delle diverse aziende sanitarie. Differenze retributive importanti tra aziende che insistono sullo stesso bacino di reclutamento possono essere lette in due modi diversi. Da un lato, esse potrebbero essere il frutto di ostacoli alla mobilità interaziendale: sappiamo però che in questo settore la mobilità è elevata tra le aziende dell'area metropolitana milanese, per cui la spiegazione sembra poco convincente. Una spiegazione più probabile è quindi da ricercare in politiche retributive aziendali capaci di riconoscere le competenze dei singoli professionisti ma anche di politiche retributive coerenti con le vocazioni caratteristiche delle singole aziende o con le loro visioni strategiche.

Allo stesso modo, differenze retributive importanti all'interno del personale infermieristico mostrano come le retribuzioni riescano a sganciarsi – almeno in un certo grado – da una determinazione puramente basata sull'appartenenza professionale, ma siano invece in grado di rispettare le attività svolte e le concrete condizioni di lavoro (turni, emergenza, ecc.).

Un secondo punto relativo alle retribuzioni riguarda la suddivisione tra RAL e VAR per il personale medico delle aziende pubbliche. Per alcune figure tra quelle indagate la parte variabile costituisce una quota importante delle retribuzioni. Ciò si spiega con l'apporto dei ricavi da libera professione (intramoenia o "intramoenia allargata") e dai ricavi frutto di accordi specifici con la direzione aziendale, di "acquisto di prestazioni" suppletive per ridurre le liste di attesa.

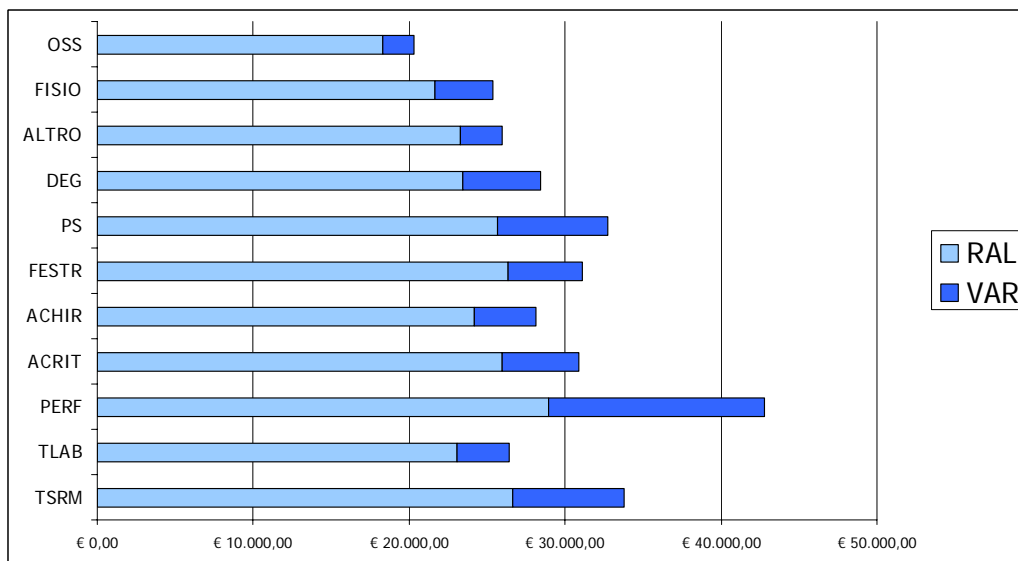
Guardando al confronto pubblico/privato per il personale del comparto, le aziende pubbliche mostrano retribuzioni più omogenee tra le diverse figure infermieristiche di quanto succeda nelle aziende private. In tal senso, queste ultime sembrano più capaci di adattare i livelli retributivi alle caratteristiche del lavoro svolto.

Dal confronto per singola figura professionale (

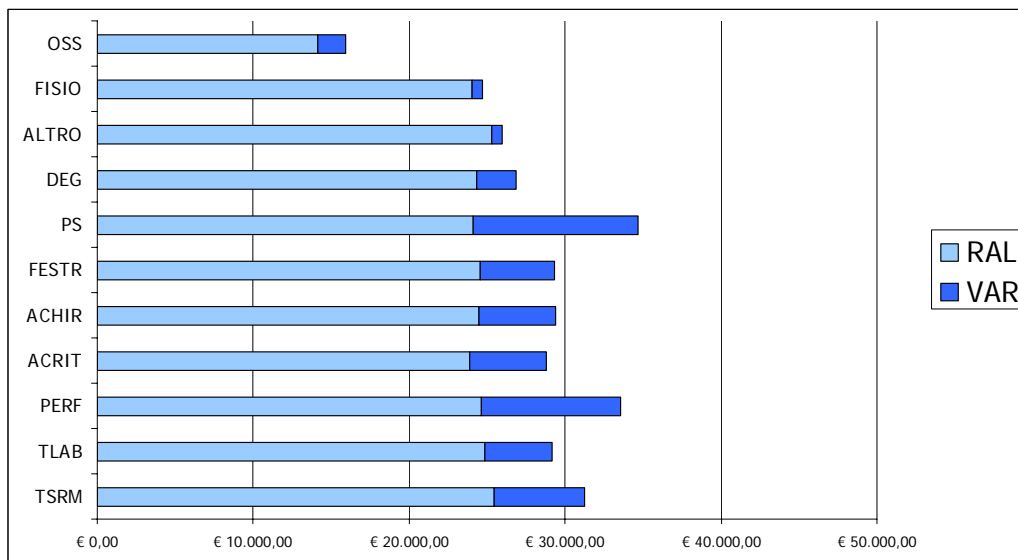
Figura 19), le principali differenze relative al personale tecnico sanitario riguardano retribuzioni più alte nel privato per i tecnici di radiologia medica e più basse per i tecnici di laboratorio biomedico. Per il personale infermieristico il privato paga di più i perfusionisti e di meno il personale di pronto soccorso. Infine, le aziende private pagano meglio gli OSS. In generale, le differenze rimangono comunque limitate (le maggiori eccezioni riguardano perfusionisti e, soprattutto, OSS).

Figura 19. Retribuzioni annue 2006 per profili professionali

STRUTTURE PRIVATE



STRUTTURE PUBBLICHE



Oltre all'analisi retributiva relativa al personale dipendente, l'Indagine 2006 ha introdotto una rilevazione di alcune figure contrattuali atipiche relative a personale medico e infermieristico. Risulta difatti evidente che il considerare soltanto personale dipendente a tempo indeterminato non permette di cogliere fenomeni che, sebbene rimangano limitati nell'entità complessiva, sono significativi di orientamenti e tendenze, anche per il futuro.

Benché la rilevazione dei contratti atipici mostri limiti importanti che impediscono di trarre conclusioni affidabili e rilevanti, l'analisi relativa al personale del comparto ha mostrato:

- un ricorso in generale limitato a tali tipologie contrattuali;
- un uso di forme contrattuali diverse per professioni diverse (CoCoPro per terapisti della riabilitazione e infermieri "altro"; somministrazione per gli infermieri impegnati nei reparti di degenza medica o chirurgica; ecc.), senza peraltro offrire adeguate spiegazioni di ciò.

Per il personale medico impegnato nelle aziende private risulta importante il ricorso a contratti libero professionali per gli anestesisti e, soprattutto, i radiologi. Praticamente non presenti le altre forme contrattuali considerate (tempo determinato, CoCoPro).

Il CERGAS Bocconi

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) è stato fondato nel 1978 per promuovere, coordinare e svolgere attività di ricerca di base e applicata sugli assetti, le dinamiche e le performance delle aziende e dei sistemi di aziende operanti nei settori sanitario, socio-sanitario, socio-assistenziale e socio-educativo.

Il Centro utilizza i principi, le metodologie e gli strumenti propri dell'economia aziendale e del management pubblico per supportare le istituzioni e le aziende che rispondono ai bisogni di salute, di benessere e di sviluppo delle persone. Particolare attenzione è rivolta alle dinamiche evolutive delle aziende del sistema di *welfare* e ai loro processi di innovazione, monitorati e verificati tramite appositi Osservatori a carattere settoriale.

Team di ricerca

Al progetto hanno partecipato i seguenti ricercatori CERGAS: Eugenio Anessi Pessina, Giuliana Bensa, Elena Cantù, Clara Carbone, Carlo De Pietro, Francesca Lecci, Francesco Longo.

Per informazioni e chiarimenti:

CERGAS - Università Bocconi - Viale Isonzo, 23 – 20135 Milano

Tel.: 02-5836.2602-2767, Fax: 02-5836.2598 - E-mail: cergas.oasi@uni-bocconi.it

<http://www.cergas.info>