

Quale contributo dagli operatori privati

di Luigi M. Preti, Alberto Ricci*

Dalla riconversione in terapie intensive e semi-intensive di interi reparti o stabilimenti alla messa a disposizione del proprio personale, dalle cruciali attività di procurement all'attivazione di diversi servizi di telemedicina, negli ultimi due anni molti operatori privati hanno fornito un contributo prezioso, in termini organizzativo-gestionali, per la gestione dell'emergenza pandemica. Tuttavia, alcuni di questi si trovano in un contesto esterno molto più imprevedibile del passato e faticano a raggiungere una duratura sostenibilità economica.

Il tema del privato in sanità spesso stimola discussioni, polemiche, prese di posizione più o meno ideologiche; il biennio della pandemia da Covid-19 non ha fatto eccezione. Questo articolo, innanzitutto, concettualizza e inquadra il ruolo che gli operatori privati svolgono nel settore sanitario italiano. In seguito, presenta i principali aspetti che hanno caratterizzato il contributo degli erogatori privati nella risposta alla crisi sanitaria.

Il primo passo è quello di chiarire l'oggetto del nostro approfondimento ponendoci alcune domande. Ci riferiamo a beni e servizi erogati oppure finanziati da soggetti privati? Qual è la rilevanza del privato come erogatore di prestazioni, anche nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale-SSN, al di là delle risorse che provengono da fonti private? Se costruiamo una matrice a partire dalle dimensioni della natura giuridica dell'erogatore e del canale di finanziamento, ricaviamo infatti quattro circuiti che identificano i servizi e aiutano a orientarsi nel settore (Figura 1)¹.

I QUATTRO CIRCUITI DELLA SANITÀ

Il primo circuito è quello delle prestazioni erogate da soggetti di natura giuridica pubblica (principalmente aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere) e finanziate da risorse collettive veicolate dal SSN. Si tratta del circuito più rilevante in termini di valore: circa 104 miliardi di euro nel 2020. Esso corrisponde al 64 per cento delle risorse totali spese per la Sanità nel nostro Paese, pari a 163 miliardi di euro².

Il secondo circuito, meno noto del primo, prevede un erogatore pubblico e un finanziamento privato. È il caso dell'azienda ospedaliera che, attraverso un proprio dipendente, eroga prestazioni in libera professione intramuraria: il paziente paga direttamente o attraverso un intermediario; l'importo della prestazione viene diviso tra il dipendente del SSN e l'azienda di appartenenza. Si tratta di un circuito molto più ridotto sul piano delle risorse: 3-4 miliardi di euro³.

Il terzo circuito è di diretto interesse per la nostra analisi. È infatti caratterizzato dal finanziamento pubblico delle prestazioni, ma a erogarle sono soggetti privati accreditati presso il SSN. Può trattarsi di organizzazioni *for profit* (società) o *not for profit* (fondazioni, enti ecclesiastici). Il cittadino accede al servizio gratuitamente, o pagando una piccola compartecipazione (ticket), mentre il costo della prestazione è rimborsato dal SSN attraverso una tariffa predeterminata. Si tratta di un circuito rilevante, che vale circa 23 miliardi di euro, pari al 14 per cento della spesa totale e al 18 per cento della spesa del SSN⁴. Il ruolo del privato come erogatore di servizi sanitari pubblici appare ancora più importante se consideriamo alcuni parametri di capacità erogativa. Il privato gestisce il 30 per cento dei posti letto ospedalieri del SSN. Raggiunge però livelli molto elevati in alcune Regioni, come nel Lazio (52 per cento), o nelle specialità riabilitative (73 per cento). Inoltre, il privato accreditato gestisce il 60 per cento degli ambulatori e l'83 per cento delle strutture residenziali socio-sanitarie (per esempio le case di riposo).

* Luigi M. Preti è Junior Lecturer in Government, Health and Not for Profit presso SDA Bocconi.

Alberto Ricci è Associate Professor of Practice in Government, Health and Not for Profit presso SDA Bocconi.

Queste percentuali hanno registrato crescite molto significative negli ultimi due decenni. In queste aree, a causa dei crescenti vincoli di finanza pubblica, il SSN ha rincorso i bisogni indotti dall'invecchiamento demografico facendo leva principalmente sulla flessibilità e sulle risorse in conto capitale dei privati.

Il quarto circuito è quello delle prestazioni sia erogate sia finanziate da soggetti privati. Anche questo circuito rappresenta una porzione importante del settore: può essere stimato in 34-35 miliardi di euro, pari al 20 per cento circa della spesa totale. Si tratta di un circuito molto rilevante con riferimento ad alcune categorie di beni e servizi: si pensi all'odontoiatria, dove la copertura del SSN è quasi totalmente assente e che vale da sola oltre 8 miliardi, oppure alle viste specialistiche, che nel 40 per cento dei casi sono finanziate privatamente⁵.

Alcuni operatori ospedalieri, soprattutto not for profit, presentano un fatturato costituito quasi totalmente da rimborsi del SSN. Queste realtà si trovano in una situazione peculiare perché per la pianificazione di medio-lungo periodo e per la programmazione dei flussi di cassa dipendono fortemente dalle scelte di pianificazione del sistema operate dal pubblico, a livello nazionale e regionale⁶. Più spesso, però, gli operatori privati presidiano sia il terzo sia il quarto circuito, e dunque sia il mercato della committenza pubblica sia quello dei pazienti in regime privato. Nel comparto ambulatoriale è frequente trovare operatori per i quali il regime privato costituisce la maggior parte o la totalità del fatturato. Sommando gli ultimi due circuiti si ottiene il valore delle prestazioni erogate dai privati nel 2020: circa 55 miliardi, pari a quasi il 35 per cento della spesa totale. Si tratta di valori rilevanti per l'intero settore,

che non si possono ignorare se si vuole raffigurare in maniera completa la reazione della sanità italiana di fronte al Covid-19. Qual è stato, quindi, il ruolo degli erogatori privati durante la pandemia? Quali forme di collaborazione con il mondo pubblico (regioni, aziende sanitarie) hanno avviato, soprattutto nelle aree più colpite? Quali contributi specifici hanno apportato? Ci sono stati significativi sviluppi in termini di innovazione di servizio? Quali criticità hanno affrontato?

IL RUOLO DEGLI OPERATORI PRIVATI DURANTE LA PANDEMIA

L'epidemia di Covid-19 che ha colpito l'Italia settentrionale da fine febbraio 2020 si è estesa all'intero Paese nelle ondate successive investendo tutte le strutture sanitarie, in particolar modo quelle del SSN. Sia in termini quantitativi sia in termini qualitativi, l'apporto degli operatori privati è stato eterogeneo rispetto alle caratteristiche del sistema sanitario regionale di riferimento, all'intensità con cui le varie ondate hanno colpito i territori interessati, alla tipologia di attività erogata e, soprattutto, alla presenza o meno dello *status* di operatore accreditato. Le esperienze raccolte mostrano, in ogni caso, come il supporto degli operatori privati nella gestione dell'emergenza sia stato complessivamente significativo e contraddistinto da alcune particolarità⁷.

Con riferimento alla prima ondata, è utile prendere in considerazione i quattro Servizi Sanitari Regionali (SSR) più colpiti (Lombardia, Piemonte, Emilia e Veneto) al fine di fornire una rappresentazione ampia dell'apporto degli operatori privati nella risposta all'emergenza (Tabella 1).

Figura 5 - I circuiti del settore sanitario



Fonte: rielaborazione da Del Vecchio, Fenech, Rappini, 2018.

Negli ospedali accreditati delle Regioni menzionate nella Tabella 1, tanto il numero dei posti letto destinati ai pazienti Covid-19 quanto l'incremento delle terapie intensive risultano proporzionali e coerenti al ruolo svolto dagli operatori privati all'interno del SSR. In Lombardia, la Regione in assoluto più colpita, il coinvolgimento del privato sui posti letto per pazienti Covid-19 (40 per cento del totale) ha oltrepassato ampiamente la quota percentuale dei posti letto privati del segmento acuti (29 per cento) e anche dei posti letto privati complessivi (37 per cento). Gli interventi messi in campo dalla Regione fin dalle prime settimane di emergenza hanno inoltre ridisegnato le reti per l'emergenza prevedendo un ruolo importante per i centri privati lombardi di alta specialità in qualità di presidi hub per alcune patologie quali quelle cardiovascolari, cerebrovascolari, ortopediche-traumatologiche e oncologiche. Anche in Emilia-Romagna il contributo del privato è stato significativo. Durante la prima fase pandemica gli operatori ospedalieri privati hanno messo a

disposizione il 17 per cento dei posti complessivamente dedicati a pazienti Covid-19, oltre a gestire in modo integrato con le aziende pubbliche regionali l'attività non-Covid-19, soprattutto in area cardiovascolare. In Piemonte e Veneto, invece, il supporto emergenziale del privato ospedaliero è stato orientato prevalentemente alla gestione del paziente con coronavirus. In tutte le Regioni evidenziate, alcune strutture ospedaliere private di medie o piccole dimensioni sono state trasformate in Covid-hospital, ovvero strutture interamente dedicate a ospitare pazienti positivi a differenti livelli di intensità assistenziale.

LA SITUAZIONE NEGLI OSPEDALI

Quali sono state le principali azioni di riorganizzazione intraprese all'interno degli ospedali? I cambiamenti più rilevanti hanno riguardato la riconversione in terapie intensive e semi-intensive di interi reparti o addirittura interi stabilimenti. La dinamica è stata rapidissima: poche settimane. Nelle realtà più colpi-

Tabella 1 - I numeri degli erogatori privati di alcune Regioni italiane in risposta alla prima ondata da Covid-19 (febbraio-maggio 2020)

Indicatore	Lombardia	Piemonte	Emilia-Romagna	Veneto
Posti letto privati accreditati pre-Covid-19	14.145	4.787	4.214	3.422
di cui per acuti	8.101	1.426	2.386	2.223
Percentuale posti letto privati accreditati pre-Covid-19 su totale SSR	37%	29%	24%	20%
di cui per acuti	29%	12%	17%	15%
Posti letto privati accreditati per emergenza Covid-19 (2020)	4.975	589	886	381
Percentuale su totale SSR dei posti letto privati accreditati attivati per emergenza Covid-19 (2020)	40%	12-15%	17%	15%
Posti letto privati accreditati di terapia intensiva pre-Covid-19	270	0	78	44
Percentuale su totale SSR dei posti letto privati accreditati di terapia intensiva pre-Covid-19	30%	0%	17%	9%
Posti letto privati accreditati di terapia intensiva per emergenza Covid-19	484	31	84	65
Percentuale su totale SSR dei posti letto privati accreditati di terapia intensiva per emergenza Covid-19	28%	5%	15%	8%
Differenza pre/post crisi dei posti letto privati accreditati in terapia intensiva (valore assoluto e percentuale)	+214 e +79%	n.a	+6 e +8%	+21 e +48%
Trasformazione di strutture privati accreditati in Covid-hospital	Sì	Sì	Sì	Sì
Collaborazioni pubblico-privato su attività no-Covid-19 non procrastinabile	Sì, strutturate a livello regionale	Sì, locali	Sì, strutturate a livello regionale	Sì, locali
Partecipazione di strutture privati accreditati nella revisione delle reti tempo-dipendenti	Sì	No	No	No

Fonte: Bobini, Longo, Ricci, 2020.

te, la riconversione ha riguardato quote spesso molto significative della capacità produttiva, fino a 300-400 posti letto negli ospedali più grandi. In parallelo, le realtà indagate hanno lavorato rapidamente per la separazione dei percorsi di accesso alle strutture, soprattutto attraverso il pronto soccorso, il reclutamento del personale, il potenziamento del laboratorio e l'acquisizione degli approvvigionamenti, in particolare dei dispositivi di protezione individuale. Tutte queste dinamiche hanno interessato molte realtà private con modalità molto simili a quelle degli ospedali pubblici. Quali sono stati, invece, gli apporti specifici del privato?

Un primo contributo specifico è derivato innanzitutto dalla vocazione chirurgica di molte strutture, che hanno fornito terapie intensive, sub intensive e sale operatorie, ovvero spazi idonei a ospitare attività Covid-19 ad alta intensità, oltre che attività non-Covid-19 di tipo chirurgico urgente. I privati di medio-grandi dimensioni dispongono, spesso, di impianti di recente costruzione o rinnovati, con maggiore portata e tenuta: si pensi a quelli cruciali per la distribuzione dell'ossigeno. In altri casi, hanno potuto mettere a disposizione spazi ampi (per esempio palestre) dove ricoverare i pazienti sub-acuti.

IL PERSONALE E LE ATTIVITÀ DI PROCUREMENT

Un secondo contributo specifico ha riguardato il personale. Durante le prime fasi dell'emergenza, quando le attività elettive erano state sospese o profondamente rallentate, le strutture private hanno messo a disposizione personale afferente alle discipline più critiche come, per esempio, anestesisti e infermieri di area intensiva. Allo stesso modo, i clinici delle realtà private hanno contribuito a elaborare per la prima volta e implementare i percorsi assistenziali per i pazienti Covid-19, soprattutto nelle fasi post-acute come la riabilitazione, oppure per i malati con comorbidità cardiovascolari.

Un terzo contributo specifico può essere rintracciato nelle attività di procurement. La scarsità di device ha ovviamente rappresentato un'importante barriera per l'operatività, dati una serie di fattori quali la scarsità dell'offerta sui mercati nazionali e internazionali e i processi di acquisizione centralizzati che, in alcuni contesti, hanno riservato una quota preponderante dell'offerta alle strutture pubbliche. Molti erogatori privati si sono comunque attivati in maniera parallela rispetto al SSR, ricevendo supporto dalle società multinazionali capogruppo, dalle associazioni di categoria, dalle collettività locali, e più in generale delle reti di relazione che le singole realtà hanno nel tempo costruito. Inoltre, i privati hanno potuto acquisire beni sanitari essenziali con immediata e ampia flessibilità sul lato

economico. Tutto questo ha consentito di moltiplicare e arricchire i canali di approvvigionamento del SSR a beneficio ultimo dei pazienti. Simili meccanismi sono stati avviati per la raccolta delle risorse finanziarie e per la messa a disposizione degli spazi.

SISTEMI INFORMATIVI, TELEMEDICINA E ATTIVITÀ DIAGNOSTICA

Un quarto contributo specifico del privato ha riguardato, almeno in diverse realtà, la disponibilità di sistemi informativi avanzati per il *bed management* o la telemedicina. Gran parte degli operatori di medio-grandi dimensioni hanno attivato servizi di telemedicina, tramite tele-visite o tele-monitoraggio, sia in ambito Covid-19 sia soprattutto in ambito non-Covid-19. L'attivazione dei servizi di telemedicina è avvenuta in un primo momento al di fuori di un percorso istituzionale, e dunque da ogni forma di rendicontazione e riconoscimento economico da parte dei SSR. Alla domanda dei singoli utenti, sia per una effettiva impossibilità di raggiungere le strutture sanitarie, sia per un effettivo riconoscimento dello strumento telemedicina, si è presto affiancata anche la domanda da parte di imprese, assicurazioni e fondi sanitari integrativi che, oltre a prevedere forme di copertura specifica e addizionale per i lavoratori o gli assistiti affetti da Covid-19, hanno presto inserito all'interno dell'insieme di prestazioni rimborsabili anche quelle effettuate in regime di telemedicina.

Un quinto contributo specifico dei privati è riferibile al territorio e fa riferimento all'attività diagnostica. Nella prima fase dell'emergenza si osservava una generale diffidenza verso il potenziale contributo degli operatori privati alle attività di laboratorio analisi (diagnostica in vitro). A partire dall'estate del 2020, il contributo del privato al prelievo e analisi dei tamponi è stato definitivamente sdoganato e rappresenta attualmente una quota estremamente rilevante della capacità diagnostica giornaliera, che ha sfiorato gli 1,5 milioni di tamponi giornalieri (tra molecolari e antigenici) durante il picco della cosiddetta quarta ondata nel gennaio 2022⁸. A titolo di esempio, in Lombardia sono privati oltre il 55 per cento dei laboratori di riferimento autorizzati all'analisi dei tamponi molecolari al febbraio 2022⁹.

GLI OSTACOLI ORGANIZZATIVI ED ECONOMICO-FINANZIARI

L'impatto dell'emergenza sugli operatori, come abbiamo visto, è stato rilevante dal punto di vista organizzativo, ma anche sul piano economico-finanziario. La prima fase emergenziale è stata infatti caratterizzata, a differenza delle successive, da un drastico blocco di tutte quelle attività ritenute procrastinabili e

non legate alla gestione dell'emergenza, tanto in ambito ospedaliero quanto soprattutto in ambito ambulatoriale. Per le attività riconducibili al sistema pubblico, nel corso del 2020 sono state fornite sostanziali rassicurazioni circa il riconoscimento dei budget storici assegnati agli operatori a prescindere dall'effettiva attività erogata. Molte Regioni, inoltre, hanno elaborato e concordato assieme alle associazioni di rappresentanza tariffe e meccanismi specifici di committenza per l'erogazione di attività Covid-19 rispetto ai diversi livelli di intensità assistenziale (per esempio, ricoveri post-acute a bassa intensità, ricoveri ordinari, in terapia sub-intensiva e intensiva). Nonostante la salvaguardia di buona parte dei ricavi provenienti dalle Regioni di localizzazione, molte realtà hanno subito rilevanti perdite economiche legate al calo dei pazienti in mobilità interregionale e in regime privato.

In termini di spesa del SSN, è rilevante notare come nel 2020 le prestazioni ospedaliere erogate da privati accreditati siano diminuite del 4 per cento, con un massimo del 16 per cento in Lombardia¹⁰. A ciò si sono aggiunti alcuni costi emergenti legati al Covid-19. Soprattutto in ambito ambulatoriale, il calo dell'attività in regime di finanziamento privato è risultato significativo, sebbene le impressioni raccolte convergano verso una robusta ripresa delle attività nella seconda metà dell'anno. Questo anche a causa della difficoltà che le aziende sanitarie pubbliche stanno sperimentando nel recuperare le liste di attesa.

Allo stesso tempo, con la ripresa delle attività ordinarie, il reclutamento del personale ha rappresentato un importante ostacolo dal punto di vista organizzativo, data la rilevante dinamica di assunzione da parte delle aziende sanitarie pubbliche che ha di fatto impresso un repentino cambiamento al mercato dal lavoro delle professioni mediche e sanitarie.

Sul versante delle opportunità, molti operatori fortemente coinvolti nell'emergenza hanno segnalato

un rinsaldamento dei rapporti con gli assessorati e le aziende pubbliche del territorio. Durante i mesi seguenti al picco epidemico, molte strutture hanno avviato alcune partnership e progettualità dirette a intercettare nuovi bisogni. Oltre al già citato potenziamento della telemedicina per rafforzare la continuità dei servizi, la sicurezza dei pazienti e l'efficienza interna, un secondo ambito è stato quello della medicina del lavoro e dell'igiene collettiva. Per esempio, le competenze e la capacità erogativa costruite durante l'epidemia sono state valorizzate per svolgere test diagnostici presso enti pubblici, istituzioni sportive e culturali, imprese che svolgono attività per le quali il distanziamento è difficile ed è necessario svolgere attività di screening costante.

Nel complesso, è evidente come la pandemia abbia rappresentato uno stress test decisivo per gli operatori privati, in un settore che appare ancora molto frammentato e contraddistinto da capacità produttive ridotte: la dimensione mediana degli ospedali privati accreditati è di 88 posti letto; il 28 per cento presenta meno di 60 posti letto, standard minimo per le strutture polispecialistiche (DM 70/15)¹¹. Molti operatori, da un lato, hanno fornito un contributo prezioso durante l'emergenza. Dall'altro, si sono trovati e ancora si trovano in un contesto esterno molto più imprevedibile del passato, anche se, nell'immediato, i livelli di ricavo regionali sono stati quasi sempre salvaguardati.

La percezione di chi scrive è che gli operatori più grandi, dotati di un modello competitivo ben definito, efficiente e dinamico, stiano uscendo dall'emergenza più forti e pronti a valorizzare quanto costruito in frangenti drammatici. Altre realtà, invece, potrebbero faticare a riguadagnare consistenti volumi di erogazione, anche per l'attuale scarsità di personale, e, di conseguenza, a raggiungere una duratura sostenibilità economica. Nei prossimi mesi e anni capiremo se il settore si avvia a nette dinamiche di aggregazione.

¹ M. Del Vecchio, L. Fenech, V. Rappini, «I consumi privati in sanità», in *CERGAS (a cura di)*, Rapporto OASI 2018, Milano, Egea, 2018.

² M. Del Vecchio, L. Fenech, V. Rappini, «I consumi privati in sanità», in *CERGAS (a cura di)*, Rapporto OASI 2021, Milano, Egea, 2021.

³ Del Vecchio, Fenech, Rappini, 2018, op. cit. La stima include anche i ticket delle prestazioni ambulatoriali in regime SSN.

⁴ A. Marotta, A. Ricci, «Gli erogatori privati accreditati: inquadramento e ruolo potenziale nell'implementazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza», in *CERGAS (a cura di)*, Rapporto OASI 2021, Milano, Egea, 2021.

⁵ Del Vecchio, Fenech, Rappini, 2021, op. cit.

⁶ C. Carbone, Le aziende sanitarie private accreditate: regole e posizionamento strategico, Egea, Milano, 2013.

⁷ M. Cavazza, M. Del Vecchio, L. Fenech, L. Giudice, E. Mallarini, L.M. Preti, V. Rappini, «Consumi sanitari privati e Covid-19: esperienze e prospettive», *Mecosan*, 113, 2020, pp. 165-175.

⁸ Open data del Dipartimento della Protezione Civile, Presidenza del Consiglio dei Ministri.

⁹ Dato estratto in data 11 febbraio 2022 dalla pagina «Laboratori di riferimento Covid-19» del sito www.salute.gov.it.

¹⁰ Marotta, Ricci, op. cit.

¹¹ Il Decreto Ministeriale n.70 del 2015 definisce gli standard quali-quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.