



CULTURA E VITA

Via Buon Pastore 126 - 41100 Modena



UNIMORE

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI
MODENA E REGGIO EMILIA

La Sanità privata accreditata dall'istituzione del S.S.N. ad oggi

22 Novembre 2017

Dott. Stefano Reggiani

Percorrere le vie della Medicina non è certo facile. Sono piene di difficoltà, dubbi e ostacoli. Ma percorrere le vie della legislazione della Medicina forse è ancor più impervio. La gestione della Sanità passa, infatti, attraverso una selva di leggi e regolamenti che riguardano tutta la realtà del Paese e poi la selva di leggi e regolamenti che ogni Regione vara a raffica, talvolta anche in contrasto con le norme del potere centrale. Trovare il bandolo della matassa spesso non è facile.

Nella mia relazione cercherò di percorrere per sommi capi la storia sul rapporto fra strutture private e Servizio Sanitario Nazionale, attraverso le varie norme che lo regolamentano dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale ad oggi. Concluderò illustrando alcuni dati di attività riguardanti gli Ospedali Privati Accreditati in ambito nazionale, regionale e provinciale

Una storia infinita

Il Servizio Sanitario Nazionale nasce nel 1978 fondato su concetti di equità di accesso, solidarietà e universalità con una aspirazione pertanto al monopolio pubblico della produzione di tutte le prestazioni sanitarie, figlio del clima politico degli anni '60 e di una analoga concezione già presente nell'originario modello britannico.

La prima riforma del Servizio Sanitario Nazionale, intervenuta con legge del 23 dicembre 1978, all'art. 43, ad oggi è ancora la fonte primaria per ciò che concerne la disciplina dei rapporti con le strutture ospedaliere private.

La realtà dei fatti non consentì mai la piena attuazione di questa aspirazione iniziale, pertanto agli inizi degli anni '90 l'idea del pluralismo degli erogatori, all'interno di un Sistema di welfare, universalistico, sempre rigorosamente governato da Stato e Regioni, ha trovato una nuova elaborazione normativa con i DD.Lgs 502/92 e 517/92 (cosiddetta riforma bis della sanità o "riforma della riforma").

La cosiddetta “riforma della riforma” introduce infatti, da un lato l’idea della aziendalizzazione degli erogatori pubblici, dall’altro un principio di pluralismo e parità fra pubblico e privato che tenta di immettere qualche elemento di competitività nel S.S.N. quale motore per il miglioramento della qualità e dell’efficienza generale.

In questo rinnovato contesto la presenza di operatori di diritto privato all’interno dei Sistemi Sanitari Regionali cresce, seppur disordinatamente in modalità molto diverse da Regione a Regione.

Ma pochi anni dopo un aspro scontro istituzionale nel 1996 fra la Regione Lombardia, che voleva realizzare una vera parità competitiva fra pubblico e privato, e il Governo nazionale, il Ministero della Sanità varava la terza riforma della sanità che correggeva alcuni aspetti di troppa competizione tra soggetti pubblici e privati con elementi più di cooperazione e integrazione che di competizione (D.Lgs. 229 del 1999).

Per comprendere pertanto a pieno l'organizzazione sanitaria esistente ed il ruolo delle Case di Cura, che da ora in avanti chiamerò Ospedali Privati, in una sanità che sta cambiando, dove si intersecano, nell'erogazione di prestazioni sanitarie, una fitta rete di rapporti tra soggetti pubblici e privati, si rendono necessarie alcune brevi premesse su quest'ultima riforma del S.S.N., avvenuta con il D.L.gs. n. 229/99. Essa è incentrata su un sistema misto di prestazioni sanitarie, erogate da strutture sia pubbliche sia private, poste in «cooperazione» e non in «competizione» tra di loro, con il fine perseguito dal legislatore, di assicurare, con detto sistema, livelli essenziali ed uniformi di assistenza definiti dal Piano Sanitario Nazionale nel rispetto del principio della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure, e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Art. 8 ter – Autorizzazioni del D.Lgs 229/99

Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, le Regioni determinano le modalità e i termini per la richiesta e per l'eventuale rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione delle strutture sanitarie, e dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria.

ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

Per le strutture che hanno conseguito l'autorizzazione prevista dall'art. 8 ter del D.L.gs. 229/99, è possibile ottenere, previa istanza, l'accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale. L'istanza per il riconoscimento è una condizione necessaria, senza la quale non è possibile riconoscere un soggetto privato come accreditato. A ciò, va aggiunto che il riconoscimento del regime di accreditamento, dopo il rilascio dell'autorizzazione, non è affatto automatico.

ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

nell'art.8 del D.Lgs 229/99

L'accREDITAMENTO istituzionale, è un procedimento attraverso il quale un soggetto precedentemente autorizzato all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie, ottiene, previa istanza, il riconoscimento da parte della Regione, del possesso di alcuni requisiti ulteriori, rispetto a quelli minimi richiesti e l'autorizzazione. Il riconoscimento di struttura privata accreditata consente all'Ospedale privato richiedente di ottenere una parificazione rispetto alle strutture sanitarie pubbliche in termini di qualità, professionalità ed affidabilità del servizio, con il vantaggio di lavorare con un bacino di utenza superiore a quello che normalmente si avrebbe come soggetto privato autorizzato.

- L'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private ed ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti

Il possesso dei requisiti ulteriori di qualificazione, la loro funzionalità rispetto agli indirizzi della Programmazione Regionale e la verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti, è il presupposto indispensabile affinché la Regione territorialmente competente rilasci, ovvero mantenga, il riconoscimento di struttura accreditata con il S.S.N.

Questo ulteriore riconoscimento, consente alle strutture private ospedaliere, non solo di erogare prestazioni sanitarie in alternativa a quelle fornite dal Servizio Sanitario Pubblico ed in concorrenza con le Aziende e i Presidi Ospedalieri, ma garantisce al cittadino il diritto alla libertà di scelta a parità di condizioni tra il servizio pubblico e quello reso dai privati, indipendentemente dalle proprie condizioni economiche, sulla scorta dei soli requisiti di qualità ed affidabilità del servizio offerto.

Le prestazioni erogate da soggetti privati accreditati sono rimborsate dalla Regione di riferimento in base a delle tariffe prestabilite da quest'ultima ed accettate dal soggetto privato.

Il regime transitorio post-riforma bis della sanità (D.L.gs. 502/92), prevedeva che le Case di Cura convenzionate con il S.S.N. alla data di entrata in vigore del Decreto citato, fossero considerate, in attesa della definizione dei requisiti ulteriori di classificazione, provvisoriamente accreditate così come le strutture sanitarie pubbliche. A questa fase ha fatto seguito negli anni il passaggio all'accreditamento definitivo (istituzionale).

Art. 8 quater –

Accreditamento istituzionale

Le Regioni e le Province autonome procedono alla verifica di corrispondenza ai requisiti ulteriori delle strutture già operanti a partire da quelle temporaneamente accreditate... Tenendo conto in particolare, in aggiunta..., del volume di attività... e dell'appropriatezza dell'attività svolta e delle qualità dei suoi risultati.

ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE NELL'ART. 8 DEL D.L.gs. 229

- L'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie da parte di strutture pubbliche e private presuppone il possesso dei requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi

Questa tipologia di Accreditamento definito “Istituzionale”, è una realtà presente solo in alcuni paesi europei quali per esempio la Catalogna e la Francia a fronte dei paesi anglofoni che prediligono l’accreditamento su base volontaria da parte dei professionisti delle strutture (eccellenza, visite tra pari).

- La qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale e corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 – quinquies. I requisiti ulteriori costituiscono presupposto per l'accreditamento e vincolo per la definizione delle prestazioni previste nei programmi di attività delle strutture accreditate, così come definiti dall'art. 8 – quinquies

Art. 8 quinquies – Accordi contrattuali

Le Regioni entro sessanta giorni dall'entrata in vigore del presente decreto definiscono il sistema regionale di accordi contrattuali... in attuazione a quanto previsto la Regione e le Unità Sanitarie Locali definiscono accordi anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi... e stipulano contratti che indicano... C) I requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo e accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziali... E) Il debito informativo... e le procedure per il controllo esterno dell'appropriatezza e delle qualità dell'assistenza prestata e delle prestazioni.

Si sottolinea che la concessione dell'accreditamento non conferisce automaticamente lo status di erogatore con oneri a carico del Servizio sanitario Nazionale; ciò avviene solo a seguito della stipula di un contratto con una Azienda Sanitaria pubblica, ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.Lgs 502/92 e s.m.i. Inoltre, la qualità di soggetto accreditato non costituisce di per sé vincolo per le Aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori dei medesimi contratti.

Al soggetto pubblico spetta infatti in primo luogo la responsabilità della programmazione attraverso la definizione del fabbisogno e poi la definizione di un sistema di verifica della qualità a garanzia delle prestazioni erogate; i soggetti privati sono invece tenuti al rispetto del sistema di regole definite per la valutazione dell'attività erogata e del ruolo che la programmazione affida loro.

NORMATIVA REGIONALE IN MATERIA DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE PRIVATE

Nel corso degli anni il legislatore, in applicazione dell'art. 117 della Costituzione della Repubblica, mediante un procedimento di devolution, ha trasferito alle Regioni la competenza ad emanare norme legislative, nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato, nell'ambito di numerose materie tra le quali si annovera l'assistenza sanitaria ed ospedaliera.

La riforma del Titolo V della Costituzione – avvenuta con la Legge costituzionale n° 3 del 18/10/2001 – ha affidato la tutela della salute alla legislazione concorrente tra Stato e Regioni, delineando un sistema caratterizzato da un pluralismo di centri di potere e ampliando il ruolo e le competenze delle autonomie locali.

La progressiva devoluzione della materia sanitaria alle Regioni, così come prevista dalla legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001 di modifica del Titolo V della Costituzione, ha determinato un forte impulso alle Regioni affinché rivedessero il proprio sistema sanitario alla luce di una approfondita analisi dei bisogni e di una adeguata programmazione degli interventi sanitari, al di là di un semplice recepimento dei requisiti autorizzativi del D.P.R. 14 gennaio 1997

Infatti, l'art. 117 della Costituzione stabilisce che lo Stato mantiene la competenza legislativa esclusiva in una serie di materie specificamente elencate, mentre il comma 3 dello stesso articolo decreta che le Regioni possono legiferare nelle materie di competenza concorrente, nel rispetto dei principi fondamentali definitivi dallo Stato.

Purtroppo, tale “concorrenza” ha perso il suo significato di complementarità, configurando una antitesi proprio sui principi fondamentali e generando un federalismo sanitario atipico e artificioso, non solo per le dinamiche istituzionali messe in campo (legislazione concorrente), ma anche per la sua genesi anomala visto che di norma i federalismi nascono da stati autonomi che si uniscono e non il contrario, come accaduto in Italia.

In altre parole la riforma del Titolo V che – delegando a Regioni e Province autonome l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari – puntava ad un federalismo solidale, ha finito per generare una deriva regionalista, con 21 differenti sistemi sanitari dove l'accesso a servizi e prestazioni sanitarie è profondamente diversificato e non equo. A fronte di un diritto costituzionale che garantisce “universalità ed equità di accesso a tutte le persone” e alla L. 833/78 che conferma la “globalità di copertura in base alle necessità essenziali dei cittadini”, i dati smentiscono continuamente i principi fondamentali su cui si basa il S.S.N.

Infatti, le inaccettabili diseguaglianze regionali e locali documentano che l'universalità e l'equità di accesso ai servizi sanitari, la globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini, la portabilità dei diritti in tutto il territorio nazionale e la reciprocità di assistenza tra le Regioni rappresentano oggi un lontano miraggio. Inoltre, la stessa attuazione dei principi organizzativi del S.S.N. è parziale e spesso contraddittoria:

infatti, la centralità della persona, la responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute, la collaborazione tra i livelli di governo del S.S.N., la valorizzazione della professionalità degli operatori sanitari e l'integrazione socio-sanitaria presentano innumerevoli criticità.

In questo ambito la Regione Emilia-Romagna è stata la prima ad avviare questo percorso tanto che dal 2011 tutti gli Ospedali privati della Regione sono accreditati istituzionalmente. Ciò è stato possibile perché la Regione Emilia-Romagna ha dato attuazione a quanto previsto dall'art. 8 quater comma 5 del D.L.gs 229/99 e cioè ha definito a livello regionale quei requisiti generali e specifici (strutturali, organizzativi e tecnologici) ulteriori di qualificazione sulla scorta dei criteri generali uniformi stabiliti all'interno del D.P.R.

14/01/1997.

I presupposti di carattere generale indispensabili per eseguire prestazioni sanitarie con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sono:

- l'autorizzazione alla realizzazione;
- l'autorizzazione all'esercizio;
- l'accreditamento;
- il contratto con una azienda sanitaria pubblica.

Autorizzazione alla realizzazione

L'autorizzazione regionale alla realizzazione, secondo quanto stabilito dalla Delibera di Giunta regionale n. 555/2000 e s.m.i. e dalla Legge regionale n. 4/2008, è necessaria per le strutture pubbliche o private che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero e/o prestazioni residenziali a ciclo continuo o diurno in caso di costruzione di nuove strutture, adattamento di strutture già esistenti e loro diversa utilizzazione, ampliamento che comporti aumento di posti letto, trasformazione, nonché trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate o funzionanti.

Autorizzazione all'esercizio

Per autorizzazione all'esercizio si intende il provvedimento amministrativo che rende lecito l'esercizio dell'attività sanitaria da parte di qualsiasi soggetto pubblico o privato in possesso di requisiti minimi prestabiliti e verificati.

L'autorizzazione all'esercizio viene rilasciata dal Comune competente per territorio, previo parere tecnico, espresso dal Dipartimento di sanità pubblica dell'Azienda USL territorialmente competente, in ordine al possesso dei requisiti previsti per l'attività che si intende esercitare, individuati dalla DGR 327/2004 e s.m.i.

Accreditamento

Il processo di accreditamento istituzionale è finalizzato al conferimento dello status di soggetto idoneo ad erogare prestazioni in nome e per conto del SSN, secondo quanto previsto dall'art. 8-quater del D.Lgs 502/92 e s.m.i. L'accREDITAMENTO istituzionale è rilasciato dalla Regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private e ai professionisti che ne facciano richiesta e che posseggano i requisiti generali e specifici, subordinatamente alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale.

La programmazione regionale deve essere intesa non solo come valutazione quantitativa legata al mero fabbisogno di prestazioni, ma deve basarsi anche su criteri distributivi/localizzativi e organizzativi in maniera tale da:

- garantire una migliore accessibilità alle prestazioni, evitando concentrazioni territoriali, ma allo stesso tempo dando un'applicazione più ampia del concetto di autosufficienza, attraverso un'adeguata valutazione della rete dell'offerta, anche dalle zone limitrofe;
- sfruttare al meglio le opportunità, anche di tipo tecnologico, offerte dagli operatori del settore;
- introdurre meccanismi «governati» di entrata/uscita dal sistema, tali da eliminare le inefficienze generate da rendite di posizione e assicurare un'efficace competizione tra le strutture accreditate.

Le aziende sanitarie, in tal modo, attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, sono in grado di selezionare, tra le diverse strutture accreditate, quella che meglio soddisfa le esigenze di flessibilità, organizzazione e contenimento della spesa, in relazione al proprio fabbisogno, al fine della stipula del contratto per la erogazione di prestazioni a carico del SSN.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

- Modello originale ispirato a quelli ISO 9000 e canadese;
- D.G.R. 594/2000: definisce requisiti ulteriori e procedure. I requisiti ulteriori generali sono prevalentemente di tipo organizzativo, quelli specifici (tecnologici e strutturali) sono definiti per cardiocirurgia, cardiologia, neurochirurgia, neurologia, medicina fisica e riabilitativa;
- Programma di formazione con 3 livelli di perfezionamento: facilitatori, valutatori per l'accreditamento, valutatori di sistemi di qualità in sanità;

- D.G.R. 594/2000 – requisiti ulteriori e procedure:
 - L'Agenzia Sanitaria Regionale segue l'istruttoria e la verifica dei requisiti; esprime un parere di accreditabilità;
 - L'accreditamento può essere concesso con prescrizioni, ha validità triennale, rinnovabile su richiesta;

L'assessore alla Sanità regionale emette il decreto di accreditamento.

- D.G.R. 125/99 – requisiti minimi autorizzativi e procedure:
 - Comune competente al rilascio
 - Si avvale di due Commissioni istituite presso il Dipartimento di Prevenzione (una sanitaria e socio-sanitaria, l'altra socio-assistenziale)

- D.G.R. 327/2004 - Applicazione della Legge Regionale 34/98 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti.

Revoca dei precedenti provvedimenti (sono individuati i requisiti di accreditamento della Cardiologia, Cardiochirurgia, Radiologia, Ginecologia, ecc...).

Successivamente altre D.G.R. hanno fissato requisiti per varie branche specialistiche:

- D.G.R. 1095/2010 – Requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture di geriatria ospedaliera per acuti;
- D.G.R. 1707/2012 - Requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture radiologiche;
- D.G.R. 419/2012 - Requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture di Medicina Interna;
- D.G.R. 1896/2011 - Requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture di Pediatria

L'Accreditamento viene rilasciato e viene rinnovato ogni 4 anni.

Attualmente il rilascio dell'Accreditamento in Emilia-Romagna è effettuato mediante Determina rilasciata dal Direttore Generale della Sanità e delle Politiche Sociali sentito il parere motivato dell'Agenzia Sanitaria Regionale che effettua la Visita di verifica dei requisiti

La verifica da parte della Regione dei requisiti ulteriori anzidetti, non è n atto meramente discrezionale della pubblica amministrazione e si risolve nell'iscrizione in un elenco al quale gli utenti delle prestazioni sanitarie possono attingere.

LA TUTELA GIURIDICA DEGLI OSPEDALI PRIVATI ACCREDITATI

I rapporti giuridici tra gli Ospedali Privati accreditati ed il S.S.N. sono regolati da convenzioni che hanno di norma una disciplina di derivazione regionale. E' infatti competenza delle Regioni la definizione delle tariffe, i volumi delle prestazioni, le tariffe per la remunerazione delle prestazioni eccedenti i volumi concordati, il tasso di interesse, ecc...

Con l'ultima riforma (D.L.gs.229/99), il legislatore ha affidato alle Aziende UU.SS.LL. competenze in materia non solo di controlli, ma anche di liquidazione e pagamento delle prestazioni erogate dai soggetti privati accreditati, intendendo con questi ultimi anche i laboratori di specialistica. E' compito, quindi, delle Aziende UU.SS.LL. il controllo sugli Ospedali Privati accreditati, di eventuali irregolarità afferenti i volumi di prestazioni rese, la qualità e la congruità delle stesse.

La Regione e le Aziende Sanitarie Locali, a norma dell'art. 8 – octies del decreto citato, “attivano un sistema di monitoraggio e controllo sulla definizione e sul rispetto degli accordi contrattuali da parte di tutti i soggetti interessati, nonché sulla qualità della assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni rese”.

La presenza di istituti pubblici e di istituti privati accreditati

La quota di prestazioni ospedaliere rese per conto del S.S.N. dai privati arriva su base nazionale al 25% del totale, mentre in più di una Regione (Lombardia, Lazio, Campania) al 35-40% del totale.

I dati più recenti disponibili del Ministero della Salute sulle strutture private per il 2013 evidenziano una ulteriore riduzione rispetto all'anno recedente di diciassette unità tra gli ospedali a diretta gestione ASL, di tre Case di Cura accreditate e di due ospedali ecclesiastici classificati. Rispetto al 2009, si può osservare come il totale degli istituti pubblici e privati passi dalle 1.178 alle 1.069 unità del 2013, con un decremento che raggiunge complessivamente il -9,3%.

Tab. S/1 – Evoluzione del numero degli istituti pubblici e privati (case di cura accreditate)

	2009		2010		2011		2012		2013	
	V.a.	%								
- Aziende ospedaliere	76	6,5	64	5,5	62	5,5	59	5,4	59	5,5
- Ospedali a gestione diretta	430	36,5	429	36,9	400	35,6	379	34,7	362	33,9
- Aziende osp. integrate con il Ssn	8	0,7	8	0,7	8	0,7	8	0,7	8	0,7
- Aziende osp. integrate con le univ.	18	1,5	18	1,5	19	1,7	19	1,7	19	1,8
- Policlinici universitari	2	0,2	2	0,2	2	0,2	2	0,2	2	0,2
- Istituti a carattere scientifico	60	5,1	60	5,2	61	5,4	62	5,7	62	5,8
- Ospedali eccl. classificati	30	2,5	30	2,6	30	2,7	30	2,7	28	2,6
- Istituti presidio delle Asl	19	1,6	20	1,7	17	1,5	17	1,6	17	1,6
- Enti di ricerca	2	0,2	3	0,3	3	0,3	3	0,3	3	0,3
- Totale parziale	645	54,8	634	54,5	602	53,5	579	53,1	560	52,4
- Ospedali privati (case di cura accred.)	533	45,2	529	45,5	523	46,5	512	46,9	509	47,6
Totale Generale	1.178	100,0	1.163	100,0	1.125	100,0	1.091	100,0	1.069	100,0

Fonte: elaborazioni su dati provenienti dal Rapporto su "Attività gestionali ed economiche delle Usl e Aziende ospedaliere", Ministero della Salute, Anni, 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013.

Tab. S/2 – Evoluzione del numero degli istituti pubblici e privati accreditati (incremento %)

	2010/2009	2011/2010	2012/2011	2013/2012	2013/2009
- Aziende ospedaliere	-15,8	-3,1	-4,8	0,0	-22,4
- Ospedali a gestione diretta	-0,2	-6,8	-5,3	-4,5	-15,8
- Aziende osp. integrate con il Ssn	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Aziende osp. integrate con le università	0,0	5,6	0,0	0,0	5,6
- Policlinici universitari	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Istituti a carattere scientifico	0,0	1,7	1,6	0,0	3,3
- Ospedali eccl. classificati	0,0	0,0	0,0	-6,7	-6,7
- Istituti presidio delle Asl	5,3	-15,0	0,0	0,0	-10,5
- Enti di ricerca	50,0	0,0	0,0	0,0	50,0
- Totale parziale	-1,7	-5,0	-3,8	-3,3	-13,2
- Ospedali privati (case di cura accreditate)	-0,8	-1,1	-2,1	-0,6	-4,5
Totale Generale	-1,3	-3,3	-3,0	-2,0	-9,3

Fonte: elaborazioni su dati provenienti dal Rapporto su "Attività Gestionali ed economiche delle Usl e Aziende ospedaliere", Ministero della Salute, Anni, 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013.

Il rapporto tra gli ospedali pubblici nella loro classificazione estesa agli assimilati e gli ospedali privati sul totale degli istituti di ricovero evidenzia risultati medi nazionali pari al 52,4% per i primi e al 47,6% per i secondi, con una distribuzione sempre molto equilibrata nella maggior parte delle regioni italiane, ma sempre tenendo conto della maggior consistenza dimensionale e la relativa dotazione media di posti letto che caratterizza le strutture pubbliche.

La distribuzione dei posti letto

Analizzando le dotazioni di posti letto, anziché il numero degli istituti, si può osservare come in Italia siano risultati attivi nel 2013 quasi 200.000 posti letto, suddivisi secondo una composizione piuttosto stabile nel tempo e che vede il 78,8% afferente alla categoria pubblica e il 21,2% alla categoria degli Ospedali e Case di Cura privati accreditati (tab. S/5). La distribuzione territoriale privilegia ancora il Nord, con il Centro e il Sud a seguire nell'ordine nel caso delle strutture pubbliche e viceversa se si tratta di strutture private.

Tab. S/5 – Posti letto pubblici e privati accreditati utilizzati per l'attività di ricovero, per regione. Anno 2013

Regioni	2013				2011				
	Istituti pubblici ⁽¹⁾		Ospedali privati (case di cura accreditate)		Totale	Istituti pubblici		Osp. privati (case di cura accreditate)	
	Posti letto	% sul totale	Posti letto	% sul totale		% sul totale	% sul totale	Totale	
- Piemonte	12.902	79,4	3.345	20,6	16.247	79,6	20,4	100,0	
- Valle d'Aosta	453	86,0	74	14,0	527	84,1	15,9	100,0	
- Lombardia	27.421	77,6	7.904	22,4	35.325	78,7	21,3	100,0	
- P.A. di Bolzano	1.694	86,6	262	13,4	1.956	85,4	14,6	100,0	
- P.A. di Trento	1.416	72,7	532	27,3	1.948	75,5	24,5	100,0	
- Veneto	15.199	92,9	1.158	7,1	16.357	93,2	6,8	100,0	
- Friuli Venezia Giulia	3.957	90,2	428	9,8	4.385	89,9	10,1	100,0	
- Liguria	5.211	96,6	183	3,4	5.394	97,9	2,1	100,0	
- Emilia Romagna	13.226	75,4	4.316	24,6	17.542	75,4	24,6	100,0	
- Toscana	9.781	86,3	1.555	13,7	11.336	85,5	14,5	100,0	
- Umbria	2.629	92,5	213	7,5	2.842	91,8	8,2	100,0	
- Marche	4.380	83,5	863	16,5	5.243	83,9	16,1	100,0	
- Lazio	14.281	71,8	5.600	28,2	19.881	70,1	29,9	100,0	
- Abruzzo	3.301	76,7	1.000	23,3	4.301	77,4	22,6	100,0	
- Molise	995	87,7	140	12,3	1.135	88,3	11,7	100,0	
- Campania	10.304	64,3	5.711	35,7	16.015	65,3	34,7	100,0	
- Puglia	9.703	80,9	2.285	19,1	11.988	81,9	18,1	100,0	
- Basilicata	1.645	91,7	149	8,3	1.794	92,2	7,8	100,0	
- Calabria	3.186	65,3	1.694	34,7	4.880	65,2	34,8	100,0	
- Sicilia	10.428	73,7	3.726	26,3	14.154	73,0	27,0	100,0	
- Sardegna	4.650	82,2	1.004	17,8	5.654	79,5	20,5	100,0	
Nord	81.479	81,7	18.202	18,3	99.681	82,4	17,6	100,0	
Centro	31.071	79,1	8.231	20,9	39.302	78,0	22,0	100,0	
Sud	44.212	73,8	15.709	26,2	59.921	73,9	26,1	100,0	
Italia	156.762	78,8	42.142	21,2	198.904	78,9	21,1	100,0	

(1) Vedi tabella S/3.

Fonte: elaborazioni Ermeneia su dati Ministero della Salute

Se poi poniamo l'attenzione sulla distribuzione regionale dei posti letto (sempre attraverso la composizione percentuale presente nella tabella S/5), è possibile rilevare come le punte di offerta pubblica riguardino soprattutto la Liguria (96,6%), il Veneto (92,9%), l'Umbria (92,5%), la Basilicata (91,7%). Le punte di offerta di posti letto nelle strutture private accreditate sono concentrate invece soprattutto nella Campania (35,7%), nella Calabria (34,7%), nel Lazio (28,2%), nella Provincia Autonoma di Trento (27,3%), nella Sicilia (26,3%), nell'Emilia-Romagna (24,6%), nell'Abruzzo (23,3%) e nella Lombardia (22,4%):

Le giornate di degenza e il tasso di utilizzo

Il 2013 per la già citata indisponibilità dell'aggiornamento ministeriale, conferma il quadro di graduale ma progressiva erosione delle dotazioni di posti letto disponibili nel sistema ospedaliero, che passano dai quasi 220 mila del 2009 ai 199 mila del 2013, con una diminuzione del -9,3%. Tale diminuzione ha colpito in misura lievemente superiore la componente privata accreditata (-9,7%), rispetto alla componente pubblica (-9,2%).

Continua anche la diminuzione delle giornate di degenza, che dai 62 milioni del 2009 raggiungono 56 milioni del 2013, con una flessione del -10%, che per le strutture pubbliche è stato del -10,1%, e per quelle private del -9,6%; queste ultime in parte penalizzate dalle politiche regionali di riduzione dei budget sulla ospedaliera accreditata.

La degenza media complessiva si mantiene sul livello delle 8 giornate e risulta più alta per gli Ospedali Privati accreditati (9 giornate): il risultato rilevato è legato soprattutto all'influenza delle lungodegenze e della riabilitazione. Il dato cambia se si considerano i pazienti acuti: si scende infatti a 7,1 giornate nel pubblico e a 5,4 giornate nel privato.

Il tasso di occupazione complessivo dei posti letto, si porta nel 2013 al 77%, in linea con quello dell'anno precedente pari al 77,1%.

Tab. S/13 - Posti letto, giornate di degenza e tasso di utilizzazione - Ricoveri ordinari

	2009			2010			2011			2012			2013		
	Posti letto	Giornate di degenza	T.U. %	Posti letto	Giornate di degenza	T.U. %	Posti letto	Giornate di degenza	T.U. %	Posti letto	Giornate di degenza	T.U. %	Posti letto	Giornate di degenza	T.U. %
Pubblici	172.718	50.836.854	80,6	168.926	50.114.576	81,3	166.544	48.492.926	79,8	161.653	47.155.798	79,9	156.762	45.685.829	79,8
Privati accred.	46.686	11.281.737	66,2	45.622	10.945.990	65,7	44.487	10.688.865	65,8	42.970	10.422.856	66,5	42.142	10.202.409	66,3
Totale	219.404	62.118.591		214.548	61.060.566		211.031	59.181.791		204.623	57.578.654		198.904	55.888.238	
	%	%		%	%		%	%		%	%		%	%	
Pubblici	78,7	81,8		78,7	82,1		78,9	81,9		79,0	81,9		78,8	81,7	
Privati accred.	21,3	18,2		21,3	17,9		21,1	18,1		21,0	18,1		21,2	18,3	
Totale	100,0	100,0													

Fonte: elaborazioni Ermenea su dati del Rapporto "Attività gestionali ed economiche delle Usl e Aziende ospedaliere", Ministero della Salute, Anni 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013

Tab. S/14 - Incremento annuo dell'attività, posti letto e giornate di degenza

	2010/2009		2011/2010		2012/2011		2013/2012		2013/2009	
	Posti letto	Giornate di degenza								
Pubblici	-2,2	-1,4	-1,4	-3,2	-2,9	-2,8	-3,0	-3,1	-9,2	-10,1
Privati accreditati	-2,3	-3,0	-2,5	-2,3	-3,4	-2,5	-1,9	-2,1	-9,7	-9,6
Totale	-2,2	-1,7	-1,6	-3,1	-3,0	-2,7	-2,8	-2,9	-9,3	-10,0

Fonte: elaborazioni Ermenea su dati del Rapporto "Attività gestionali ed economiche delle Usl e Aziende ospedaliere", Ministero della Salute, Anni 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013

Tab. S/15 - Istituti pubblici e privati accreditati - Dati di attività per ricoveri ordinari. Anno 2013

Tipo istituto	2013					2012	
	Posti letto	Dimessi	Giornate	Degenza media	Occup. %	Degenza media	Occup. %
- Totale istituti pubblici ed assimilati	156.762	5.879.708	45.685.829	7,8	79,8	7,8	79,9
- Case di cura private accreditate	42.142	1.136.424	10.202.409	9,0	66,3	9,0	66,5
Totale istituti pubblici e privati accreditati	198.904	7.016.132	55.888.238	8,0	77,0	8,0	77,1

Fonte: elaborazioni Ermenea su dati Ministero della Salute

Nella Regione Emilia-Romagna vi sono 44 Ospedali Privati con una dotazione complessiva di circa 5.400 posti letto, 6.000 unità di personale, migliaia di medici e collaboratori.

OSPEDALI PRIVATI ACCREDITATI DELLA PROVINCIA DI MODENA

Dati estratti dalla pubblicazione AIOP

Accreditamento definitivo 2011

«L'Ospedalità Privata in Emilia-Romagna»

Integrazione e ruolo dei presidi privati nella
rete regionale

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO “CASA DI CURA PROF. FOGLIANI”

Fondata nel 1940 dal Prof. Umberto Fogliani è una struttura polispecialistica certificata UNI-EN ISO 9001-2008. Attraverso una corretta relazione con gli Utenti, l'Azienda attua un modello organizzativo avanzato e affidabile, in grado di cogliere le opportunità di miglioramento derivanti dallo sviluppo tecnico e scientifico e dal rinnovamento del Sistema Sanitario, per il conseguimento di elevati standard di sicurezza, idoneità e appropriatezza dei percorsi diagnostici ed assistenziali, integrati nella rete territoriale dei servizi. L'Azienda si avvale di un Sistema di Gestione della Sicurezza secondo quanto previsto dal D.Lgs. 81/2008 e dalla norma BS OHSAS 18001:2007.

DISCIPLINE OSPEDALIERE

Chirurgia Generale

Ortopedia e Traumatologia

Ginecologia

Chirurgia Plastica

Post-Acuzie e Lungodegenza Riabilitativa

Riabilitazione Funzionale e Motoria

OSPEDALE PRIVATO VILLA IGEA

L'Ospedale Privato Villa Igea è stato fondato nel 1937; la denominazione richiama il mito di Igea, la divinità protettrice della salute, per simboleggiare l'adesione allo spirito della cura. Villa Igea svolge un ruolo importante nel quadro dell'assistenza, soprattutto psichiatrica, per la Provincia di Modena, avendo seguito l'evolversi delle concezioni teoriche e pratiche della psichiatria e mantenendosi sempre aggiornato sulle metodologie diagnostiche e terapeutiche. Per questo ha progressivamente trasformato i suoi posti letto in servizi e strutture differenziate, capaci di trattare diverse tipologie di pazienti, dalle psicosi ai disturbi di personalità, dagli abusi di sostanze agli esordi psichiatrici adolescenziali.

DISCIPLINE OSPEDALIERE

Day Hospital

Psichiatria

Recupero e riabilitazione funzionale

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA PINETA

L'Ospedale Privato Accreditato Villa Pineta è specializzato nel recupero e nella riabilitazione di patologie respiratorie, cardiologiche, neuromotorie-ortopediche e metaboliche nutrizionali. E' dotato di una Unità di Terapia Intensiva Respiratoria (UTIR), che tratta pazienti provenienti da reparti di Area Critica. La missione di Villa Pineta è quella di riabilitare la persona nella sua globalità, con trattamenti e cure finalizzate al recupero parziale o totale delle capacità funzionali compromesse.

DISCIPLINE OSPEDALIERE

Recupero e riabilitazione funzionale

Pneumologia

Day Hospital

Lungodegenti

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA ROSA

Villa Rosa dal 1951 opera nell'assistenza e cura di pazienti affetti da disturbi neurologici e psichiatrici; Villa Rosa è convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale ed ha maturato una importante esperienza, anche in integrazione con i Servizi Territoriali che operano nell'ambito della salute mentale, che ha consentito la definizione di specifici percorsi per la gestione di pazienti affetti da Disturbi del comportamento alimentare, Disturbi correlati all'alcool, Patologie Psico-geriatriche, Disturbi Psicotici, Disturbi dell'umore, Disturbi border-line di personalità. Villa Rosa, inoltre, assicura ai propri assistiti consulenze Neurologiche, Cardiologiche, Internistiche e i servizi di Diagnostica per immagini.

DISCIPLINE OSPEDALIERE

Ricovero Psichiatria

Day Hospital psichiatrico

Centro Diurno psichiatrico

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO HESPERIA HOSPITAL

L'Hesperia è un Ospedale polispecialistico accreditato il S.S.N. e certificato ISO 9001/2008 dal 1999. E' dotata di tutte le più attuali apparecchiature di diagnostica e terapia, e un comparto operatorio con 7 sale, di cui 3 dedicate alla Cardiochirurgia, e 2 Laboratori Emodinamica-Elettrofisiologia. Per ogni branca specialistica fornisce tutto l'esistente e l'affermato sia sotto l'aspetto diagnostico che terapeutico internistico e chirurgico. Il Servizio di Diagnostica per Immagini eroga esami RMN, TAC spirale e Scintigrafia. I Medici Responsabili delle singole Unità e dei Servizi sono specialisti con esperienza pluridecennale nel settore specifico. Convenzionato con primarie compagnie Assicurative.

DISCIPLINE OSPEDALIERE

Cardiochirurgia, Chirurgia Vascolare, Cardiologia con Emodinamica.

Medicina Generale, Chirurgia Generale, Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, Oculistica, Ortopedia e Traumatologia, Ostetrica e Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Urologia.

Terapia Intensiva, Terapia Semi-Intensiva, UTIC.

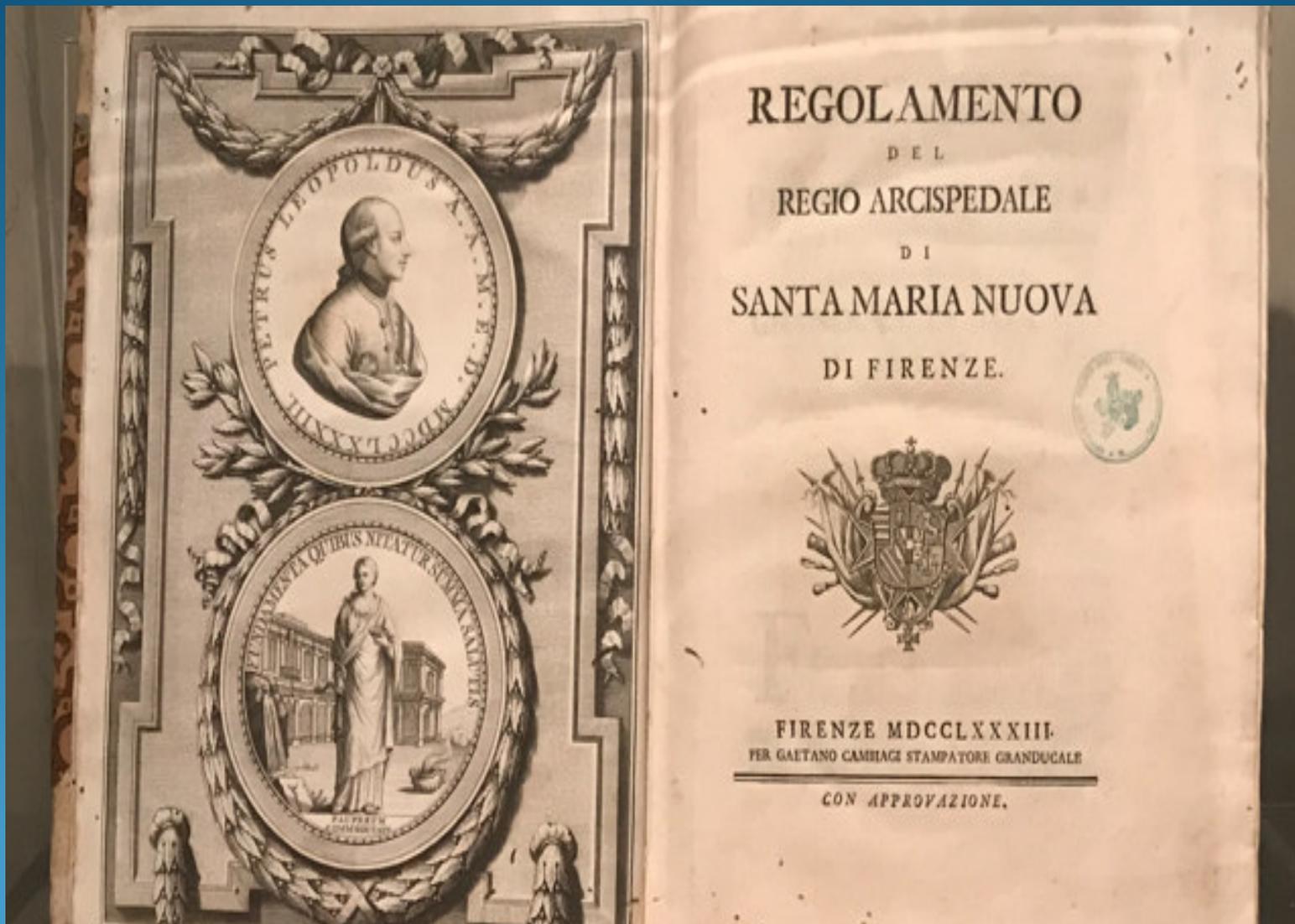
CONCLUSIONI

Il sistema degli accordi rappresenta certamente l'elemento chiave che permette al Servizio Sanitario Regionale e alle organizzazioni sanitarie private di perseguire l'erogazione di servizi di qualità e necessari rispetto i bisogni espressi dai singoli e dalla collettività. In particolare, tale sistema ha permesso: di definire una serie di relazioni non competitive fra pubblico e privato ricercando la via di una effettiva integrazione, in un'ottica di valorizzazione delle rispettive competenze ed eccellenze; di delineare un sistema regolato che ha però al contempo concretizzato il principio di libera scelta del cittadino; di dare una sostanziale certezza del budget di riferimento al settore privato, in un quadro di compatibilità finanziaria per le risorse pubbliche.

CONCLUSIONI

Dati i rapporti e i ruoli che si sono delineati in questi anni di fattiva collaborazione, sono obiettivi assolutamente perseguibili una crescente integrazione fra pubblico e privato e una sempre maggiore adesione delle modalità produttive del privato ai fabbisogni territoriali, con la logica conseguenza di un consolidamento della rete dell'offerta privata in maniera coordinata e coerente rispetto alla programmazione regionale e locale.

Solo attraverso tali strategie è possibile coniugare compatibilità economica, quantità e qualità del nostro Servizio Sanitario Regionale e i legittimi interessi della imprenditoria privata in ambito sanitario.



REGOLAMENTO
DEL
REGIO ARCISPEDALE
DI
SANTA MARIA NUOVA
DI FIRENZE.



FIRENZE MDCCLXXXIII.
PER GAETANO CAMIAGI STAMPATORE GRANDUCALE

CON APPROVAZIONE.

Grazie

per l'attenzione