

Così le Regioni si affidano ai privati per erogare le prestazioni sanitarie

Un mosaico frastagliato di scelte: il ricorso delle Regioni alla Sanità privata per farla lavorare sotto la bandiera del Ssn è il solito puzzle che contraddistingue la nostra Sanità. A mettere in fila gli ultimi numeri disponibili è un'analisi del Centro di Ricerca sugli Enti Pubblici (Rep) - lo spin-off tecnico-scientifico di Fondazione Etica che valuta l'indice di capacità amministrativa delle Pa - che sarà pubblicata oggi. Lo studio si concentra su due dimensioni: da un lato il peso della spesa destinata al privato accreditato sul totale della spesa sanitaria, dall'altro la diffusione territoriale delle strutture private in rapporto alla popolazione. Due indicatori che aiutano a capire le scelte di governance delle varie Regioni che sono appunto molto eterogenee.

Gli ultimi dati Mef al 2023 mostrano una media nazionale della spesa per strutture private accreditate pari al 39,5%, ma con significative differenze tra i territori. Alcune Regioni, come Valle d'Aosta (30,8%), Liguria (31%) e Toscana (31,4%) e Trento (31,9%), presentano un'incidenza sensibilmente inferiore, mentre altre - tra cui Lazio (54,3%), Campania (53,1%), Puglia e Lombardia (51,5%) e Sicilia (50,5%) - destinano oltre la metà della spesa sanitaria al privato accreditato. Se si osserva la distribuzione delle strutture sul territorio il quadro appare meno lineare: Il numero medio nazionale si attesta a 2,5 strutture ogni 10.000 abitanti, ma con differenze marcate tra Regioni: Piemonte (3,8), Emilia-Romagna (3,5) e Puglia (3,2) presentano i livelli più elevati di diffusione, mentre Abruzzo (1,1), Lazio (1,5) e Basilicata (1,7) registrano una presenza più contenuta. È evidente, dunque, l'assenza di una correlazione diretta tra numero di strutture e livello di spesa: in alcuni casi poche strutture assorbono ingenti risorse anche per la complessità delle prestazioni erogate - si pensi a Roma a un ospedale come il Gemelli - , mentre in altri la presenza capillare di privati si accompagna a un impatto finanziario più contenuto.

Insomma si passa da realtà in cui la spesa è elevata ma concentrata in poche strutture, come nel

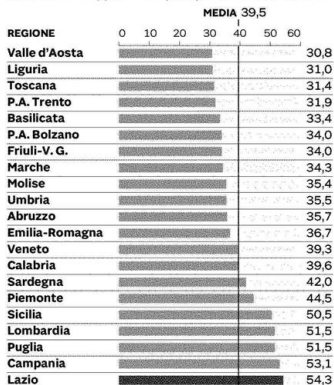
Lazio, a contesti con diffusione ampia, ma con un peso economico inferiore, come l'Emilia. Vi sono poi Regioni, come il Piemonte, in cui elevata diffusione e incidenza della spesa procedono di pari passo, mentre altre, come la Toscana, mantengono livelli contenuti su entrambi i fronti. Particolarmente significativo è il caso della Lombardia che, pur presentando un'elevata incidenza della spesa per il privato accreditato (51,1%), mostra una diffusione delle strutture in linea con la media nazionale. Il ruolo del privato accreditato ha un peso anche sulle liste d'attesa: in molti contesti regionali, il ricorso a queste strutture rappresenta uno strumento per integrare l'offerta pubblica e garantire tempi di accesso più rapidi alle prestazioni. «Nel complesso, il quadro che emerge dal nostro report non restituisce una gerarchia tra modelli, ma evidenzia una marcata eterogeneità territoriale, espressione di scelte di governance e assetti organizzativi differenti. Tale eterogeneità, tuttavia, se da un lato rientra nell'autonomia delle Regioni, dall'altro non va a beneficio dei cittadini: non garantisce, infatti, l'erogazione uniforme dei servizi sanitari sul territorio nazionale, né giustifica i frequenti cambi organizzativi all'interno dei singoli sistemi sanitari regionali», avverte Paola Caporossi, Co-fondatrice Centro REP e Fondazione Etica.

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il peso del privato accreditato

Incidenza della spesa delle Regioni per strutture private accreditate in rapporto alla spesa per servizi sanitari. In %



Peso: 20%