COLLANA

Aiop

ASSOCIAZIONE ITALIANA DELLE AZIENDE SANITARIE OSPEDALIERE E TERRITORIALI
E DELLE AZIENDE SOCIO-SANITARIE RESIDENZIALI E TERRITORIALI DI DIRITTO PRIVATO

FONDAZIONE SANITÀFUTURA

22° OSPEDALI & SALUTE

VENTIDUESIMO RAPPORTO ANNUALE 2026



FrancoAngeli

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Autori:

Gabriele Pelissero è Professore emerito di Igiene nell'Università degli Studi di Pavia e oggi ricopre il ruolo di Presidente nazionale di Aiop, Vice Presidente Nazionale della Associazione Nazionale Medici di Direzione Ospedaliera (ANMDO) e Presidente di Fondazione Sanità Futura.

Alice Basiglini è responsabile dell'area di Epidemiologia valutativa del Centro Studi di Aiop nazionale. È esperta di sistemi sanitari e modelli di misurazione degli esiti clinici. Collabora con diverse università italiane, dove tiene lezioni e seminari di economia e politiche sanitarie.

Angelo Cassoni è responsabile del Centro Studi di Aiop nazionale e componente del gruppo di lavoro Filiera della Salute di Confindustria.

Progetto grafico, impaginazione e copertina a cura di:
Andrea Albanese
Area IT e grafica Aiop

Si ringrazia per la collaborazione la Sede nazionale Aiop

Aiop
Associazione che rappresenta le strutture ospedaliere, socio-sanitarie e territoriali di diritto privato del Servizio sanitario nazionale (SSN), nonché le realtà operanti nel campo della sanità integrativa. Aiop è impegnata attraverso il proprio Ufficio studi in attività di ricerca e analisi sui temi della sanità pubblica, dell'economia sanitaria e dell'epidemiologia valutativa.

Fondazione Sanità Futura
Fondata a Milano nel 2017, ha la finalità di promuovere studi sullo sviluppo dei sistemi sanitari e socio-sanitari, ispirandosi ai principi della libertà di scelta dei cittadini e del pluralismo degli erogatori. Ha come obiettivo la divulgazione delle conoscenze di interesse sanitario, soprattutto nel campo della qualità e degli esiti clinici delle strutture ospedaliere.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

COLLANA

Aiop

ASSOCIAZIONE ITALIANA DELLE AZIENDE SANITARIE OSPEDALIERE E TERRITORIALI
E DELLE AZIENDE SOCIO-SANITARIE RESIDENZIALI E TERRITORIALI DI DIRITTO PRIVATO

FONDAZIONE SANITÀFUTURA

22° OSPEDALI & SALUTE

VENTIDUESIMO RAPPORTO ANNUALE 2026

FrancoAngeli

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (http://bit.ly/francoangeli-oa).
FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più:
http://www.francoangeli.it/come_pubblicare/pubblicare_19.asp

L'autore dichiara che, nella fase di stesura del presente volume,
non ha utilizzato strumenti di IA generativa.

Isbn edizione cartacea: 9788835186427
Isbn e-book open access: 9788835199373

Grafica della copertina: Andrea Albanese

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

Pubblicato con licenza *Creative Commons*
Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale
(CC-BY-NC-ND 4.0).
Sono riservati i diritti per Text and Data Mining (TDM), AI training e tutte le tecnologie simili.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore.
L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni
della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it

Gli eventuali link attivi e QR code inseriti nel volume sono forniti dall'autore.
L'editore non si assume alcuna responsabilità sui link attivi e QR code ivi contenuti che rimandano
a siti non appartenenti a FrancoAngeli.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati
possono consultare il nostro sito Internet: *www.francoangeli.it* e iscriversi nella home page
al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Indice

Parte prima
Complessità e prospettive della sanità italiana

1. Un Servizio sanitario nazionale misto, all'interno di un sistema sanitario binario 9

Parte seconda
Struttura e attività del Servizio sanitario nazionale

1. L' assistenza ospedaliera nel Servizio sanitario nazionale 29

1.1 Il contributo delle strutture di diritto pubblico e di diritto privato al SSN in termini di posti letto 29

1.2 Il contributo delle strutture di diritto pubblico e di diritto privato al SSN in termini di ricoveri 36

1.3 Le prestazioni SSN: il contributo delle strutture di diritto pubblico e di diritto privato 42

1.4 La complessità delle prestazioni erogate dalle strutture di diritto pubblico e di diritto privato 60

1.5 La qualità delle cure nel Servizio sanitario nazionale 65

2. L' assistenza ambulatoriale nel Servizio sanitario nazionale 99

2.1 Il contributo delle strutture pubbliche e delle strutture private accreditate in termini di prestazioni ambulatoriali 99

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Parte terza
La spesa pubblica: il finanziamento delle strutture di diritto pubblico e di diritto privato del SSN

1. Il finanziamento delle prestazioni SSN 109

1.1 La composizione della spesa sanitaria pubblica 109

1.2 La spesa sanitaria pubblica per l'acquisto di prestazioni da strutture di diritto pubblico e da strutture di diritto privato 109

Parte quarta
Schede Regionali

Valle D'Aosta 121

Piemonte 125

Lombardia 129

P.A. Trento 133

P.A. Bolzano 137

Veneto 141

Friuli Venezia Giulia 145

Liguria 149

Emilia-Romagna 153

Toscana 157

Umbria 161

Marche 165

Lazio 169

Abruzzo 173

Molise 177

Campania 181

Puglia 185

Basilicata 189

Calabria 193

Sicilia 197

Sardegna 201

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Parte prima

Complessità e prospettive della sanità italiana

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

1.
Un Servizio sanitario nazionale misto, all'interno di un sistema sanitario binario

Il 22° Rapporto Ospedali&Salute, confermando una pluridecennale tradizione, si colloca all'interno di un più vasto progetto editoriale e di ricerca scientifica – sviluppato da Aiop, *Associazione italiana delle aziende sanitarie ospedaliere e territoriali e delle aziende socio-sanitarie residenziali e territoriali di diritto privato*, tramite il proprio Ufficio Studi, in collaborazione con la Fondazione Sanità Futura – con l'obiettivo di fornire una lettura del Sistema sanitario italiano che sappia coglierne la complessità ed evidenziarne aspetti e caratteristiche di assoluta rilevanza, non di rado ignorati nel dibattito politico-mediatico.

Negli ultimi due anni le ricerche sviluppate all'interno di questo progetto hanno portato alla pubblicazione di due importanti contributi. In primo luogo, il Rapporto sulla spesa sanitaria pubblica e privata, le rispettive componenti e le dinamiche evolutive[1]; in secondo luogo, l'ampia Monografia sul finanziamento, i consumi in sanità e i possibili scenari futuri[2].

Le ricerche convergono nel rilevare l'esistenza, ormai ampiamente consolidata, in Italia di un sistema sanitario duale, di cui il Servizio sanitario nazionale rappresenta la parte più rilevante, finanziata attraverso la spesa pubblica, per una quota pari al 74% dei consumi totali in sanità. Accanto al Servizio sanitario nazionale esiste, sin dalla sua istituzione, un'altra componente la cui dimensione – pari a circa il 26% dei consumi in sanità – è minore ma stabile nel lungo periodo, potenzialmente evolutiva e finanziata da molteplici forme di spesa privata (Tav.1).

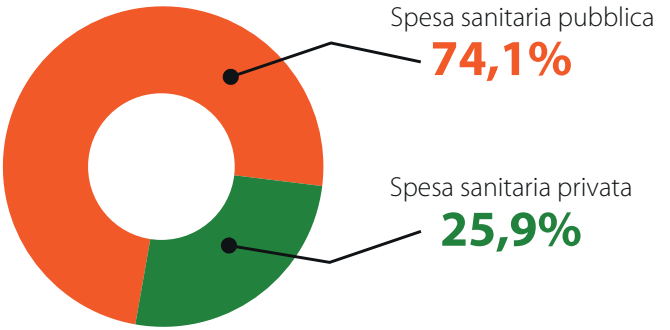
---

[1] A. Basiglini, A. Cassoni, G. Pelissero, "La spesa privata per beni e servizi sanitari: il finanziamento da sempre ibrido del sistema salute", pubblicazioni Aiop (anno 2025).

[2] G. Pelissero, A. Basiglini, A. Cassoni, M. Cavazza, M. Del Vecchio, G. Fares, L. Giudice, M. Granillo, L. Preti, V. Rappini, "La spesa privata in sanità - L'evoluzione del sistema duale italiano", Il Pensiero Scientifico Editore (anno 2025).

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Tav.1 - Consumi in sanità: spesa sanitaria pubblica e spesa sanitaria privata, valori percentuali, 2025
Fonte: elaborazione Aiop su dati Istat, Conti della Sanità, edizione maggio 2026



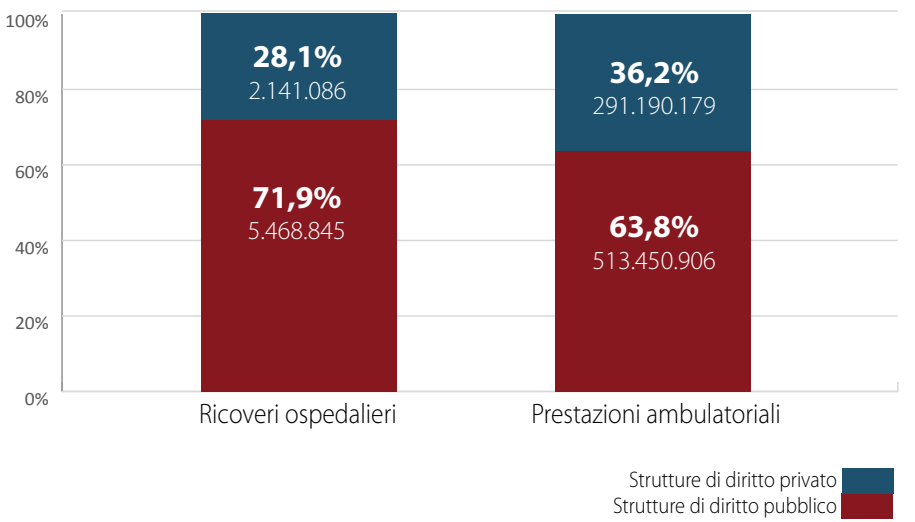
Nel descrivere le principali linee evolutive potenziali dell'intero sistema-salute, la Monografia[3] dedica, nell'ultima parte, una descrizione dei possibili modelli di integrazione fra le due componenti. Applicando il concetto di ibridazione – strutturale o funzionale – si descrivono le principali soluzioni per una più efficace integrazione operativa fra Servizio sanitario nazionale e un Secondo Pilastro più o meno governato. Dal punto di vista strettamente finanziario, modelli di questo genere offrirebbero la possibilità di un forte innalzamento del livello complessivo dell'investimento in sanità, fornendo, tra l'altro, una risposta al limite posto all'espansione della spesa pubblica dai vincoli economici e normativi nazionali e internazionali.
In linea teorica queste soluzioni potrebbero inoltre essere implementate senza alcuna violazione del principio di universalità. Tuttavia, qualunque soluzione si possa pensare per incrementare l'investimento in sanità non può certo essere considerata sufficiente senza una contemporanea e forte iniziativa per migliorare l'efficienza operativa soprattutto del Primo Pilastro, cioè del SSN, le cui difficoltà nella produzione di prestazioni, sia sotto il profilo quantitativo sia sotto quello qualitativo, rappresentano oggi la maggiore criticità.
Ma per immaginare percorsi di efficientamento del SSN occorre approfondirne analiticamente le caratteristiche strutturali e operative: questo è l'oggetto del presente volume.
Il 22° Rapporto Ospedali&Salute, infatti, in continuità con il suo approccio originale, concentra la sua analisi sul Servizio sanitario nazionale, con attenzione alle strutture

[3] Ibidem

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

di erogazione delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali, ai volumi di attività, alla qualità delle cure e al finanziamento.
Il quadro che ne deriva, aggiornato ai dati più recenti del periodo post-Covid, conferma pienamente il consolidamento delle due grandi articolazioni del SSN italiano, rappresentate da una parte dalla suddivisione territoriale – espressa nella forte individualità dei singoli modelli organizzativo-gestionali delle Regioni e delle Province autonome – e dall'altra dal mix di erogatori, composto da strutture di diritto pubblico e da strutture di diritto privato accreditate.
L'articolazione pubblico-privato dell'attività ospedaliera del SSN è descritta in estrema sintesi nella Tav.2 ed è poi oggetto di ampia presentazione nel Capitolo 1 della Parte seconda.
Il dato nazionale e la successiva serie dedicata alle schede regionali nella Parte quarta mostrano con assoluta evidenza come il SSN sia strutturalmente costituito da due componenti e confermano nei fatti la forma mista dell'offerta, la quale – pur disomogenea tra i diversi sistemi regionali – vede il privato accreditato particolarmente radicato in tutte le Regioni più popolose, al Nord come al Centro e come al Sud.
L'articolazione pubblico-privato dell'attività di specialistica ambulatoriale, di cui per la prima volta il 22° Rapporto Ospedali&Salute fornisce un quadro complessivo, è riportata in sintesi nella Tav.2 e viene anch'essa più analiticamente descritta in seguito, specificamente nel Capitolo 2 della Parte seconda.

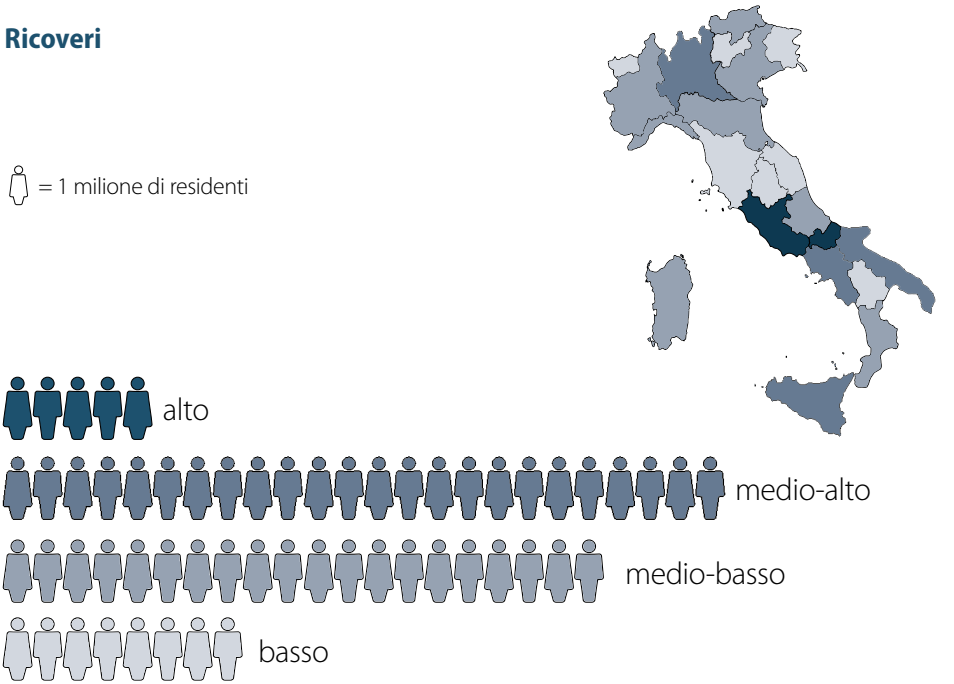
Tav.2 - Articolazione pubblico-privato dell'attività ospedaliera e di specialistica ambulatoriale del SSN, 2023
Fonte: elaborazione Aiop su dati Ministero della Salute, Rapporto SDO 2023 e su dati Agenas 2024



Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Tav.3 - Contributo della componente di diritto privato del SSN all'attività ospedaliera

Fonte: elaborazione Aiop su dati Ministero della Salute, Rapporto SDO 2023 e Istat – Popolazione residente al 1° gennaio 2026



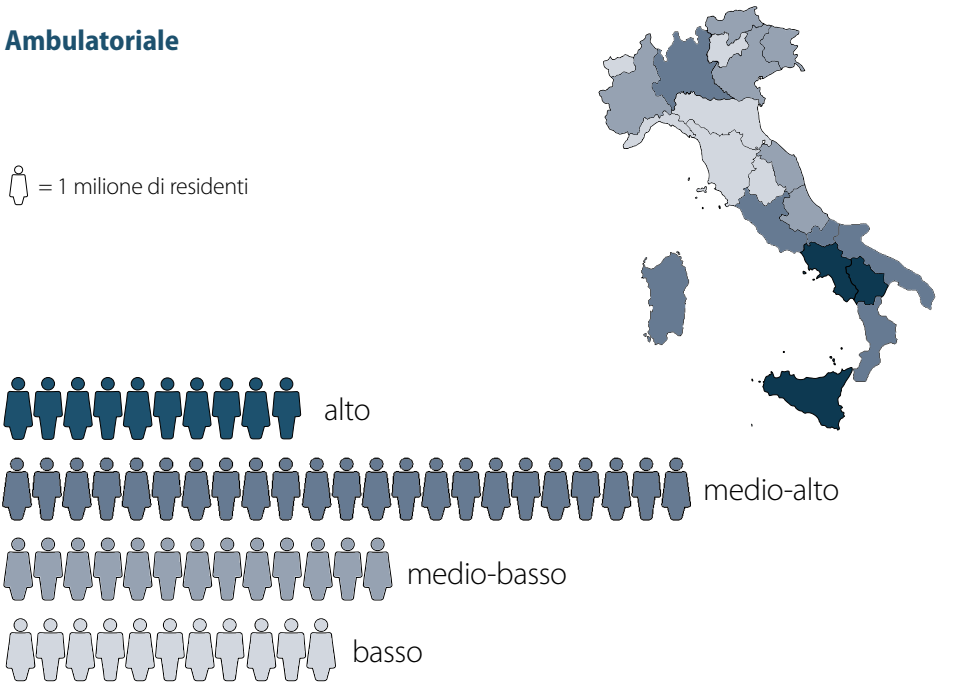
Ancora una volta, sia il dato nazionale sia i dati regionali mostrano con chiarezza l'insostituibile contributo della componente di diritto privato alla dimensione territoriale del SSN. Un contributo che, tra l'altro, è stato fino a oggi completamente dimenticato nella progettualità territoriale del PNRR, con prevedibili forti criticità nella prossima fase di attivazione delle Case di comunità.

Il quadro che emerge dal Rapporto mostra un SSN connotato da un indiscutibile alto livello di attività complessiva, sia in termini di volumi di prestazioni erogate nel 2023 (7,6 milioni di ricoveri ospedalieri e 800 milioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale) sia in termini di qualità delle cure, con buone *performance* complessive (sia della componente di diritto pubblico sia della componente di diritto privato, la quale mediamente tende a valori di qualità più elevati).

Nell'erogazione delle prestazioni, il riparto fra componente di diritto pubblico e componente di diritto privato si presenta variabile in relazione alla distribuzione territoriale, poiché le Regioni e le Province autonome, nell'ambito della loro autonomia in materia

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Tav.4 - Contributo della componente di diritto privato del SSN all'attività ambulatoriale
Fonte: elaborazione Aiop su dati Agenas 2024 e Istat – Popolazione residente al 1° gennaio 2026

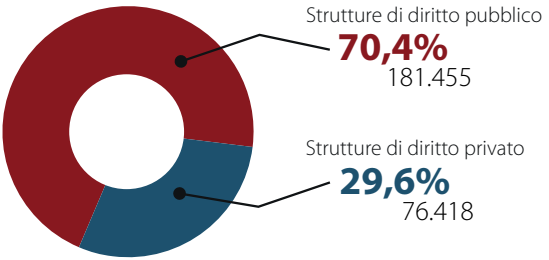


di programmazione dell'attività, attribuiscono funzioni molto differenziate alle due componenti (Tavv.3 e 4). Emblema di tale variabilità è la funzione di emergenza-urgenza: in alcune Regioni tale funzione è distribuita pariteticamente fra pubblico e privato (come in Lombardia); in altre, il privato è escluso dalla possibilità di erogare i relativi servizi (come in Emilia-Romagna e in Sicilia). Altrettanto differenziato è l'approccio ai servizi ad alta complessità assistenziale quali le terapie intensive. Malgrado queste difformità, che non derivano da scelte aziendali ma da determinazioni di politica sanitaria degli organi di governo dei SSR, entrambe le componenti intervengono in modo rilevante nel trattamento delle grandi patologie.
In Tav.3 possiamo vedere come nelle Regioni dove il contributo delle strutture ospedaliere private accreditate è alto o medio-alto risiedono oltre 29 milioni di abitanti, pari a oltre la metà del bacino di utenza nazionale. Ancora più elevata è la quota di popolazione residente nelle Regioni dove la componente di diritto privato garantisce un contributo alto o medio-alto nell'attività ambulatoriale (Tav.4).

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

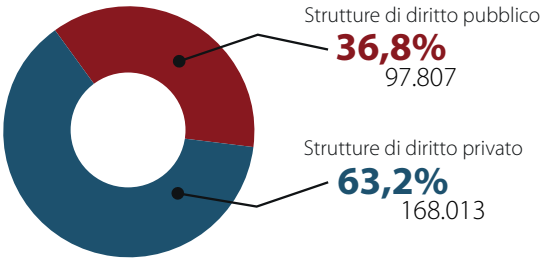
Tav.5 - Principali DRG di area cardiochirurgica – Percentuale di ricoveri in strutture di diritto pubblico e in strutture di diritto privato, 2024

Fonte: elaborazione Aiop su dati Programma Nazionale Esiti (PNE) edizione 2025, Agenas



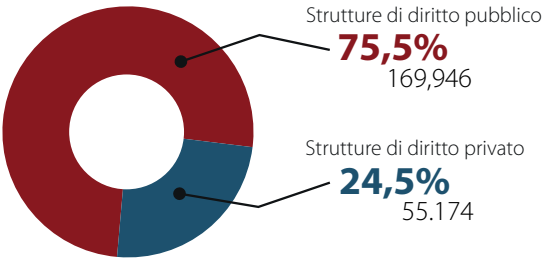
Tav.6 - Principali DRG chirurgici di area ortopedia – Percentuale di ricoveri in strutture di diritto pubblico e in strutture di diritto privato, 2024

Fonte: elaborazione Aiop su dati Programma Nazionale Esiti (PNE) edizione 2025, Agenas



Tav.7 - Principali DRG di chirurgia oncologica – Percentuale di ricoveri in strutture di diritto pubblico e in strutture di diritto privato, 2024

Fonte: elaborazione Aiop su dati Programma Nazionale Esiti (PNE) edizione 2025, Agenas



Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Come si vede nelle Tavv.5, 6 e 7, la componente di diritto privato contribuisce al trattamento delle grandi patologie chirurgiche in linea con la dimensione complessiva della propria presenza nel SSN, assicurando il 29,6% di tutti gli interventi di chirurgia cardiovascolare, il 63,2% di tutti gli interventi ortopedici e il 24,5% di tutta la chirurgia oncologica.
L'analisi più dettagliata dei gruppi di patologia trattati, riportati in Tav.8, mostra un impegno distribuito su tutte le tipologie considerate, con aree di particolare impegno della componente di diritto privato in tutti i tre grandi raggruppamenti.
I livelli qualitativi delle prestazioni erogate, riportati al Capitolo 3 della Parte seconda, mostrano – come si è detto – buoni risultati complessivi, pur perdurando livelli di dispersione che sicuramente richiedono un diffuso intervento migliorativo.
Per quanto riguarda le risorse economiche e la capacità gestionale, l'andamento temporale della spesa pubblica (Tav.9) mostra come la grande fase di definanziamento del periodo 2011-2019 si sia arrestata e come, dopo la fase Covid, le risorse finanziarie del SSN si consolidino in un rilevante incremento dei valori assoluti (Tav.10) che sembrerebbe portare a una stabilizzazione della percentuale sul PIL intorno al 6,3% (Tav.11).
Questa condizione, che può essere definita di galleggiamento, oltre a lasciare sostanzialmente inalterata la differenza di investimento con i principali sistemi sanitari confrontabili (Tavv.12 e 13) pone al SSN italiano indubbi problemi di manutenzione e di sviluppo, in particolare nei confronti della capacità di assorbire l'innovazione continua delle tecnologie, di sostenere gli adeguamenti nella remunerazione del personale e, più in generale, di garantire la permanenza di alti livelli di qualità del servizio.
Una criticità, questa, particolarmente evidente per la parte del SSN remunerata a prestazione, che coincide largamente con la componente di diritto privato, la quale è stata penalizzata da un blocco assoluto dei livelli tariffari e da finanziamenti selettivi per i rinnovi contrattuali destinati solo al personale della componente di diritto pubblico.
Il tema del finanziamento occupa da molti mesi il dibattito pubblico sul SSN, dividendosi fra chi sottolinea il perdurare del sottofinanziamento misurato in percentuale sul PIL e chi segnala il più rilevante incremento del flusso finanziario dedicato alla spesa pubblica sanitaria, oggettivamente significativo rispetto alla dinamica complessiva della spesa pubblica.
Questo dibattito, nel quale entrambe le visioni a nostro giudizio contengono elementi condivisibili, tende a trascurare l'altro fondamentale problema rappresentato dall'efficienza e dalla produttività della spesa, che è invece di primaria rilevanza se ciò che importa non è l'elemento contabile o finanziario ma quanto la spesa reale è in grado di generare in termini di prestazioni ai cittadini.
Lo studio della relazione fra finanziamento e prestazioni effettivamente messe a di-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Tav.8 - Principali DRG chirurgici per tre rilevanti gruppi di patologie – Ricoveri in strutture di diritto pubblico e in strutture di diritto privato (valori assoluti e valori percentuali), 2024

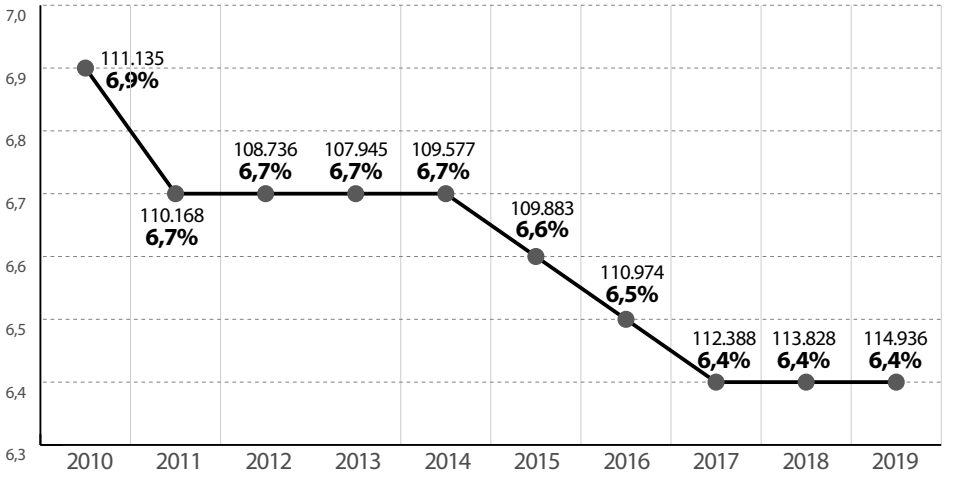
Fonte: elaborazione Aiop su dati Programma Nazionale Esiti (PNE) edizione 2025, Agenas

	Ricoveri in valore assoluto			Ricoveri in percentuale	
	Totali SSN	Strutture di diritto pubblico	Strutture di diritto privato	Strutture di diritto pubblico	Strutture di diritto privato
CARDIOCHIRURGIA					
Rivascolarizzazione arti inferiori: volume di ricoveri	32.099	23.122	8.977	**72,0%**	**28,0%**
Riparazione di aneurisma aorta addominale non rotto: volume di ricoveri	8.931	7.071	1.860	**79,2%**	**20,8%**
PTCA: volume di ricoveri con almeno un intervento di angioplastica	139.134	102.733	36.401	**73,8%**	**26,2%**
Bypass aorto coronarico isolato: volume di interventi	12.471	7.662	4.809	**61,4%**	**38,6%**
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: volume di ricoveri	41.744	23.610	18.134	**56,6%**	**43,4%**
Rivascolarizzazione carotidea: volume di ricoveri	23.494	17.257	6.237	**73,5%**	**26,5%**
Totale cardiochirurgia	257.873	181.455	76.418	**70,4%**	**29,6%**
ORTOPEDIA					
Intervento di protesi di anca: volume di ricoveri	134.814	65.227	69.587	**48,4%**	**51,6%**
Intervento di protesi di ginocchio: volume di ricoveri	115.224	26.621	88.603	**23,1%**	**76,9%**
Intervento di protesi di spalla: volume di ricoveri	15.782	5.959	9.823	**37,8%**	**62,2%**
Totale ortopedia	265.820	97.807	168.013	**36,8%**	**63,2%**
CHIRURGIA ONCOLOGICA					
Intervento chirurgico per TM polmone: volume di ricoveri	14.637	11.140	3.497	**76,1%**	**23,9%**
Intervento chirurgico per TM stomaco: volume di ricoveri	4.533	3.532	1.001	**77,9%**	**22,1%**
Intervento chirurgico per TM pancreas: volume di ricoveri	3.254	2.385	869	**73,3%**	**26,7%**
Intervento chirurgico isolato per TM colon: volume di ricoveri	26.308	20.794	5.514	**79,0%**	**21,0%**
Intervento chirurgico per TM esofago: volume di ricoveri	877	567	310	**64,7%**	**35,3%**
Intervento chirurgico per TM fegato: volume di ricoveri	6.212	4.824	1.388	**77,7%**	**22,3%**
Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri	66.992	50.496	16.496	**75,4%**	**24,6%**
Intervento chirurgico per TM colecisti: volume di ricoveri	687	529	158	**77,0%**	**23,0%**
Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri	24.362	16.878	7.484	**69,3%**	**30,7%**
Intervento chirurgico per TM rene: volume di ricoveri	13.987	11.109	2.878	**79,4%**	**20,6%**
Intervento chirurgico per TM vescica: volume di ricoveri	5.098	3.979	1.119	**78,1%**	**21,9%**
Intervento chirurgico isolato per TM retto: volume di ricoveri	7.172	5.352	1.820	**74,6%**	**25,4%**
Intervento chirurgico per TM cavo orale: volume di ricoveri	2.735	2.325	410	**85,0%**	**15,0%**
Intervento chirurgico per TM ovaio: volume di ricoveri	4.393	3.066	1.327	**69,8%**	**30,2%**
Intervento chirurgico per TM tiroide: volume di ricoveri	13.821	9.516	4.305	**68,9%**	**31,1%**
Intervento di isterectomia per tumore maligno: volume di ricoveri	13.018	9.478	3.540	**72,8%**	**27,2%**
Intervento chirurgico per tumore cerebrale: volume di craniotomie	13.741	11.002	2.739	**80,1%**	**19,9%**
Intervento chirurgico per TM laringe (open): volume di ricoveri	3.293	2.974	319	**90,3%**	**9,7%**
Totale chirurgia oncologica	225.120	169.946	55.174	**75,5%**	**24,5%**

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

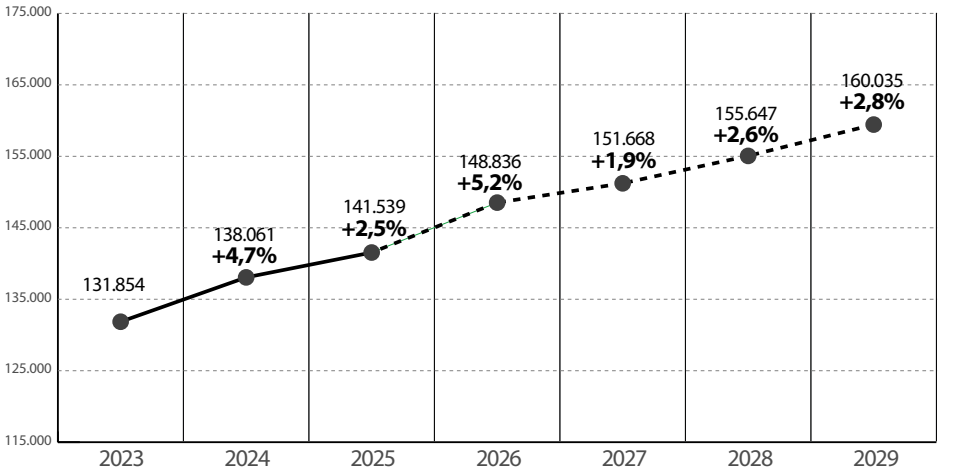
Tav.9 - Spesa pubblica: valori assoluti (in milioni di euro) e percentuale sul PIL, 2010-2019

Fonte: elaborazione Aiop su dati Istat – Conti nazionali, edizione aprile 2026; per il PIL: Istat – Conti nazionali, edizione settembre 2026



Tav.10 - Spesa pubblica: valori assoluti (in milioni di euro) e variazioni percentuali, 2023-2029

Fonte: elaborazione Aiop su dati Istat – Conti nazionali, edizione aprile 2026 e DPFP ottobre 2026
Note: la linea tratteggiata indica i valori previsionali

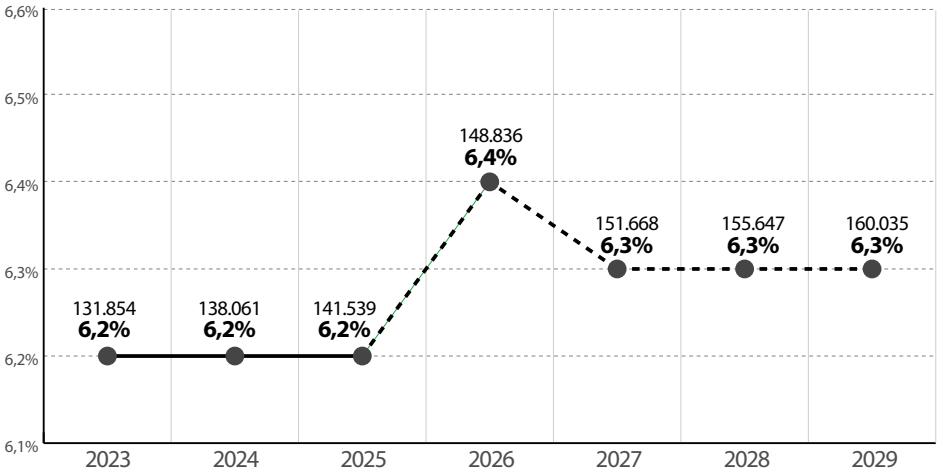


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Tav.11 - Spesa pubblica: valori assoluti (in milioni di euro) e percentuale sul PIL, 2023-2029

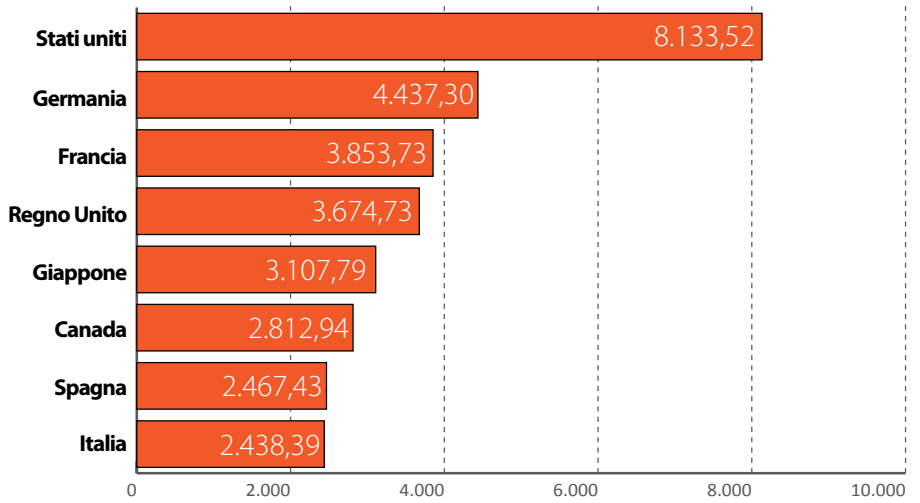
Fonte: elaborazione Aiop su dati Istat – Conti nazionali, edizione aprile 2026 e DPFP ottobre 2026; per il PIL: Istat – Conti nazionali, edizione settembre 2026 e DPFP ottobre 2026

Note: la linea tratteggiata indica i valori previsionali



Tav 12 - Spesa pubblica pro-capite nel confronto internazionale in euro e PPP (a parità di potere di acquisto), 2025

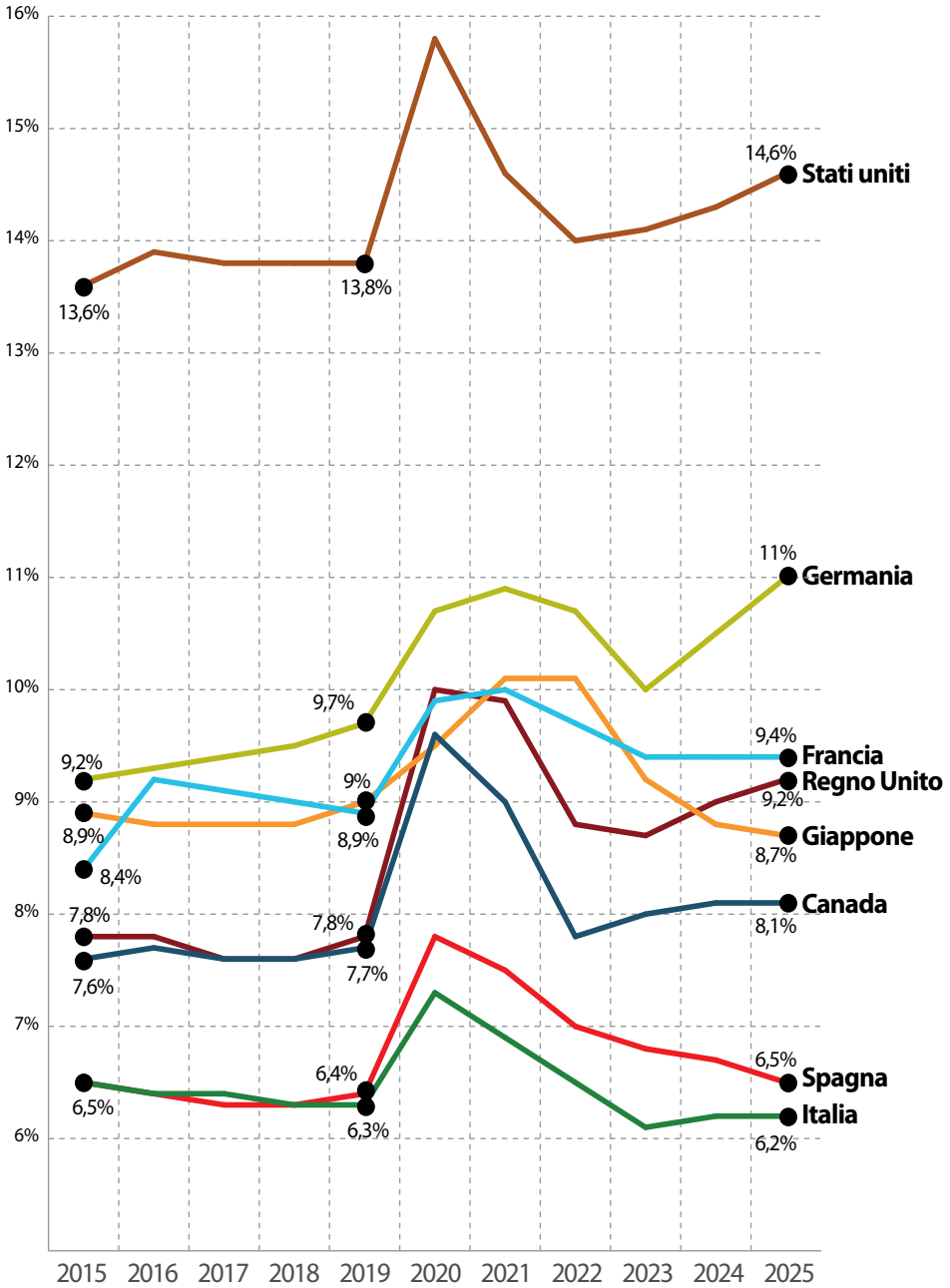
Fonte: elaborazione Aiop su dati OCSE "Health expenditure and financing", aggiornamento luglio 2026



Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Tav.13 - Spesa pubblica nel confronto internazionale: percentuale sul PIL, 2015-2025

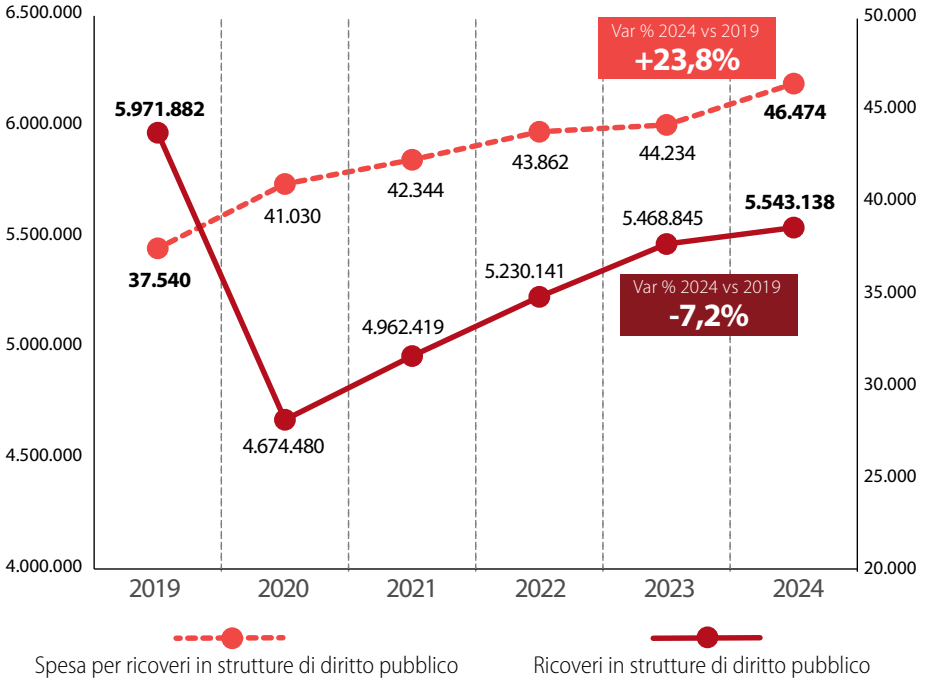
Fonte: elaborazione Aiop su dati OCSE "Health expenditure and financing", aggiornamento luglio 2026



Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Tav.14 - Efficienza SSN: ricoveri delle strutture di diritto pubblico e finanziamento corrispondente (in milioni di euro), anni 2019-2024

Fonte: elaborazione Aiop su dati Istat, Conti nazionali – Conti economici consolidati della protezione sociale, Aprile 2026 e Ministero della salute, Rapporti SDO 2019-2024



sposizione degli utenti è molto raramente presente nella reportistica e nel dibattito pubblico sul SSN e presenta una indubbia elevata complessità.

Nel presente Rapporto abbiamo cercato di effettuare alcune semplici analisi, utilizzando dati generali riferiti all'intero SSN, pur nella consapevolezza che questo tipo di studi deve essere approfondito e applicato separatamente ai diversi sistemi sanitari presenti sul territorio nazionale.

La nostra analisi è inoltre riferita alla sola attività ospedaliera, per la quale tuttora esistono informazioni e dati più completi e accessibili rispetto all'attività territoriale.

La Tav.14 mostra l'andamento temporale 2019-2024 dei ricoveri erogati da strutture di diritto pubblico e il relativo onere per la finanza pubblica.

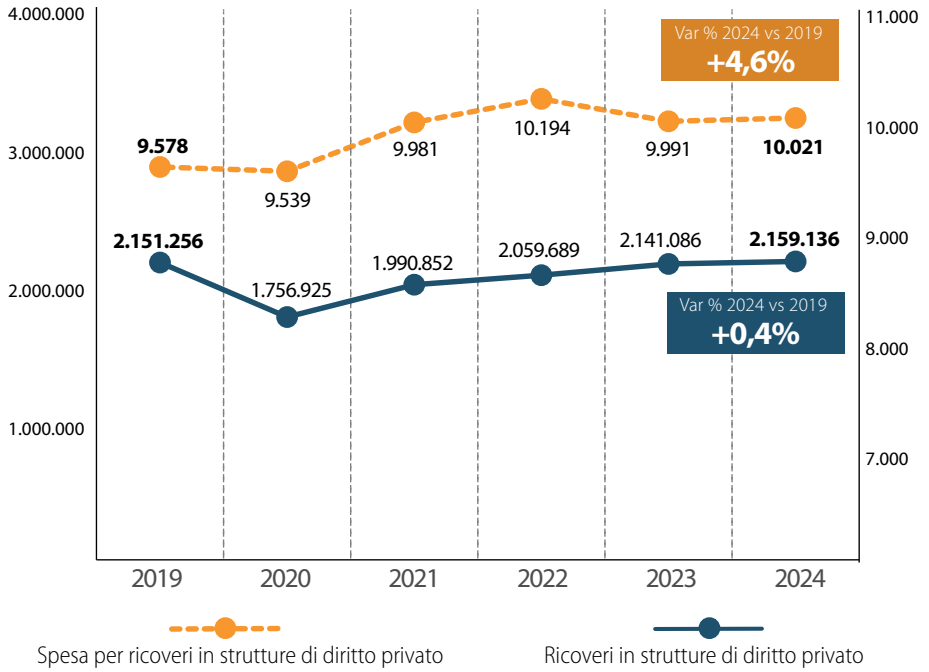
Prendendo come riferimento il 2019 (ultimo anno pre-Covid) si osserva che nel 2024 la spesa è aumentata del 23,8% mentre il volume dei ricoveri – inferiore del 7,2% rispetto al 2019 – non è ancora tornato ai livelli pre-pandemici.

Questa divaricazione fra spesa e produzione potrebbe trovare una giustificazione in

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Tav. 15 - Efficienza SSN: ricoveri delle strutture di diritto privato e finanziamento corrispondente (in milioni di euro), anni 2019-2024

Fonte: elaborazione Aiop su dati Istat, Conti nazionali – Conti economici consolidati della protezione sociale, Aprile 2026 e Ministero della salute, Rapporti SDO 2019-2024



un eventuale incremento della complessità dei casi trattati, che tuttavia – come dimostra la sostanziale stabilità nel tempo del peso medio delle prestazioni erogate (illustrata in Tav.16) – non si è verificato.

Quanto possa essere rilevante l'efficienza gestionale è d'altra parte ben rilevabile in Tav.15, dove si descrive l'andamento temporale 2019-2024 della spesa per ricoveri in strutture di diritto privato del SSN, comparata con il numero dei ricoveri erogati. In questa componente del SSN si osserva che rispetto al 2019, la spesa è aumentata solo del 4,6% mentre il valore di ricoveri trattati nel 2024 è riuscito a superare il valore pre-Covid.

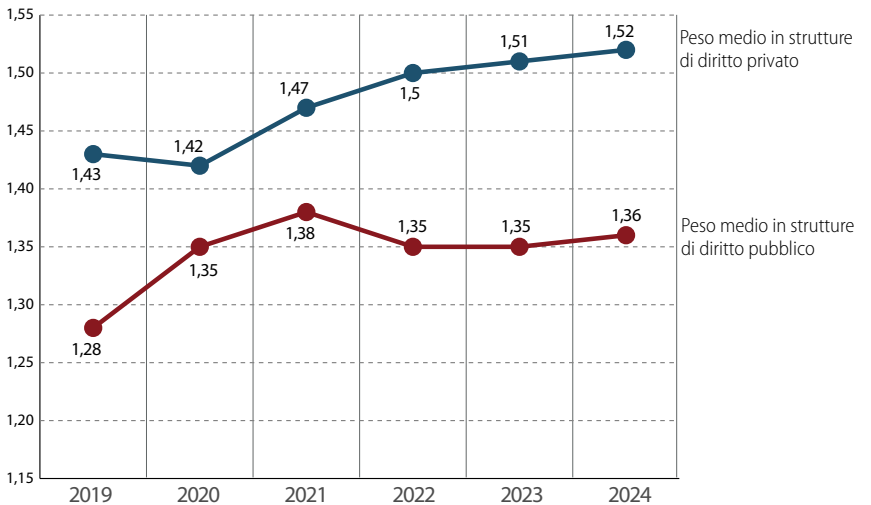
Questo, tra l'altro, è avvenuto senza comprimere la complessità delle prestazioni erogate: come si vede in Tav.16, il peso medio della casistica trattata dalla componente di diritto privato del SSN si mostra in costante crescita dal 2021, condizione che presuppone maggiori costi alla base della produzione di prestazioni più complesse.

Molti studi più approfonditi dovrebbero essere condotti per monitorare e valutare la

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

relazione fra spesa sanitaria del SSN e risultati in termini di volumi di prestazioni prodotte e, sulla base di queste risultanze, anche in termini di qualità delle cure.
Il problema di fondo tuttavia resta, a nostro giudizio, nelle diverse modalità adottate tra il finanziamento della componente di diritto pubblico, fondata sostanzialmente solo sulla dimensione demografica e sempre passibile di forme più o meno evidenti di rifinanziamento dei disavanzi, e il finanziamento della componente di diritto privato, completamente remunerata sulla base delle prestazioni effettivamente erogate. Questa situazione è il prodotto della lunga e controversa storia del SSN, dove il tentativo di applicare il modello di pagamento a prestazione all'intero sistema pubblico e privato, avvenuto con il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è naufragato più di venticinque anni fa con il Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, confinandosi alla sola remunerazione della componente privata ed eliminando in questo modo uno dei più forti stimoli all'efficienza nei confronti della gestione pubblica.
Appare particolarmente positivo, a questo proposito, il criterio adottato con le Leggi di Bilancio 2025 e 2026 (rispettivamente Legge 30 dicembre 2024, n. 207 e Legge 30 dicembre 2025, n. 199) che rappresentano una seppur iniziale inversione di tendenza, correlando la destinazione degli incrementi di spesa per il SSN all'aggiornamento tariffario ed esprimendo una visione di politica sanitaria che sembra meno orientata alla tradizionale modalità totalmente indeterminata di finanziamento del SSN e più orientata alla promozione di un più efficiente utilizzo delle risorse, indirizzandone

Tav.16 - Complessità delle prestazioni: il peso medio delle prestazioni nelle strutture di diritto pubblico e nelle strutture di diritto privato, anni 2019-2024
Fonte: elaborazione Aiop su dati Agenas 2019-2024



Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Tav.17 - Spesa sanitaria privata: componenti di spesa (valori assoluti in miliardi di euro), 2022-2024
Fonte: elaborazione Aiop su dati Istat, Conti della Sanità, edizione maggio 2026 e Istat, Condizioni economiche delle famiglie e disuguaglianze, Spese per consumi, edizione 2024

		2022		2023		2024	
Assistenza di natura ospedaliera	Assistenza per cura e riabilitazione	2,452	**6,886**	2,543	**7,039**	2,477	**7,106**
	Long term care	4,434		4,496		4,629	
Assistenza territoriale e ambulatoriale	Servizi medici	5,623	**22,494**	6,018	**23,448**	6,427	**24,275**
	Sevizi dentistici	10,106		10,260		10,233	
	Servizi diagnostici	3,016		3,158		3,330	
	Servizi paramedici	3,749		4,012		4,285	
Farmaci e presidi medici	Farmaci e presidi medici non durevoli	11,227	**15,563**	11,486	**15,913**	11,321	**15,641**
	Presidi medici durevoli	4,336		4,427		4,320	
Governance e amministrazione			1,546		1,962		2,098
Totale			**46,489**		**48,362**		**49,120**

l'uso verso il concreto soddisfacimento della domanda di salute.
Passando invece all'analisi della spesa sanitaria, questa conferma l'esistenza di una robusta presenza di attività sanitaria al di fuori del Servizio sanitario nazionale.
Si tratta di un settore di attività molto articolato, che impiega più di 49 miliardi di euro nel 2024, corrispondenti a oltre un terzo del finanziamento del SSN e al 2,2% del PIL.
Questo ingente volume di risorse, sommato al 6,2%[4] di PIL utilizzato dal SSN, porta la spesa sanitaria complessiva italiana al 8,4% del PIL, che corrisponde a più di 186 miliardi di euro.
I 49 miliardi di euro di spesa privata, come si vede in Tav.17, finanziano una pluralità di prestazioni, alcune delle quali non coperte dal SSN (prestazioni extra-LEA) – pen-

[4] La spesa pubblica calcolata con il Sistema Istat dei Conti della Sanità è minore di quella che Istat elabora sulla base dei Conti nazionali. A differenza di quest'ultima – rappresentata nelle Tavv.9-11 – la spesa calcolata con il Sistema dei Conti della Sanità è calcolata sulla sola popolazione residente e considera anche i servizi sanitari consumati all'estero (mentre l'altra considera la spesa per prestazioni erogate nel territorio economico italiano, a prescindere dalla nazionalità di chi ne usufruisce). Essa inoltre è la sola fonte che consente confronti tra la componente pubblica e la componente privata, entrambe stimate nell'ambito di un unico sistema di contabilità ufficiale che tiene conto della stessa popolazione e delle stesse voci di spesa.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

siamo ad esempio all'odontoiatria e alla *Long Term Care* - e altre sostanzialmente coincidenti con prestazioni, almeno teoricamente, coperte dal SSN (prestazioni LEA). La percentuale sul PIL della spesa sanitaria privata è sostanzialmente stabile, ma negli ultimi anni – come si vede in Tav.18 – la quota extra-LEA è in diminuzione in percentuale rispetto al PIL e stabile in valori assoluti, mentre la quota LEA è stabile in percentuale rispetto al PIL ma in incremento in valori assoluti.
Questa tendenza sembra confermare l'esistenza di un percorso spontaneo di ibridazione della sanità italiana, che nell'erogazione delle prestazioni assume sempre più un profilo misto Beveridge-Bismarck, il quale, seppur poco governato, avvicina il sistema sanitario italiano ai modelli di *welfare* di tipo tedesco e francese.
In conclusione, nel 22° Rapporto Ospedali&Salute, il SSN italiano si mostra caratterizzato, nella sua globalità, da alcuni elementi a nostro giudizio particolarmente rilevanti che possiamo così sintetizzare:

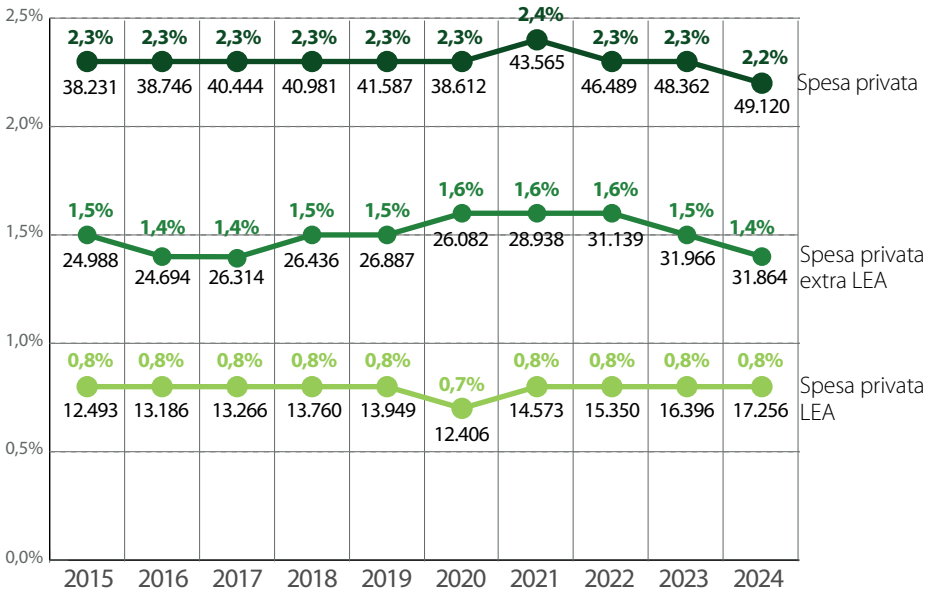
- elevata capacità di fornire prestazioni sia ospedaliere (7.609.931 ricoveri) sia di specialistica ambulatoriale (oltre 804 milioni di prestazioni);
- struttura di erogazione mista pubblico-privato, con una presenza maggioritaria del pubblico ma con una forte componente privata, strutturale e insostituibile per la grande dimensione e l'elevato livello di efficienza;
- significative differenze regionali nel mix pubblico-privato, con una forte presenza del privato nelle Regioni più grandi (Lazio, Lombardia, Campania, Puglia, Sicilia);
- utilizzo disomogeneo della componente privata, che è complessivamente più presente nel trattamento delle patologie maggiori con ottimi livelli di qualità;
- spesa sanitaria pubblica stabilizzata dopo il forte disinvestimento del periodo 2011-2018, con significativi volumi assoluti ma con un *gap* permanente rispetto a Paesi confrontabili;
- livelli differenziati di efficienza fra componente di diritto pubblico e componente di diritto privato, che necessitano di un serio approfondimento e che suggeriscono politiche di finanziamento più orientate alla promozione della produzione di prestazioni, disincentivando altre forme di utilizzo della spesa sanitaria pubblica;
- forte e stabile permanenza di un sistema sanitario esterno al SSN, poco governato a livello normativo nazionale e regionale, con tendenza a incrementare la produzione di prestazioni LEA, a confermare una progressivamente crescente ibridazione del nostro modello di *welfare*.

Questo quadro complessivo conferma, a nostro parere, un giudizio sostanzialmente positivo sul *welfare* sanitario italiano, suggerendo per il futuro l'adozione di politiche sanitarie orientate ad una più elevata attenzione agli aspetti gestionali soprattutto della componente di diritto pubblico e a un impegno molto più significativo nella ge-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Tav.18 - Spesa sanitaria privata: spesa privata totale, componente LEA e componente extra-LEA (valori assoluti in milioni di euro e percentuali sul PIL), 2015-2024

Fonte: elaborazione Aiop su dati Istat, Conti della Sanità, maggio 2026; per il PIL Istat, Conti nazionali, settembre 2026



stione dei sistemi sanitari. La direzione auspicata è quella di una più concreta ricerca dell'efficienza e della valorizzazione delle prestazioni realmente messe a disposizione dei cittadini, orientando gli incrementi della spesa pubblica sanitaria sulla tariffazione anche nei confronti del finanziamento della componente di diritto pubblico e inaugurando un governo più attivo del processo di ibridazione, a partire dal riconoscimento della sua natura storica e strutturale.

Più in generale, appare quantomai opportuno il rilancio del percorso di aziendalizzazione della componente di diritto pubblico e lo sviluppo di sperimentazioni gestionali pubblico-privato per il conseguimento di più elevati livelli di efficienza e qualità nel Servizio sanitario nazionale.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Parte seconda

Struttura e attività del Servizio sanitario nazionale

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

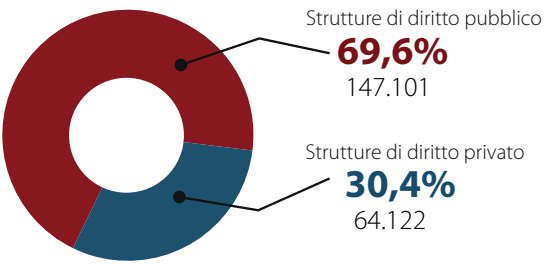
Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

1.
L' assistenza ospedaliera nel Servizio sanitario nazionale

1.1 Il contributo delle strutture di diritto pubblico e di diritto privato al SSN in termini di posti letto

L'assistenza ospedaliera – alla quale si accede attraverso il ricovero e su indicazione del medico di medicina generale, del pediatra di libera scelta, della guardia medica o del medico di pronto soccorso – è garantita nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, con oltre 211.000 posti letto: 147.000, pari al 69,6% del totale, sono in dotazione a strutture pubbliche e 64 mila, pari al 30,4%, sono in dotazione a strutture di diritto privato (Fig.1).
Con riferimento ai posti letto complessivi, la composizione del SSN ha mantenuto nel tempo un equilibrio sostanzialmente costante, con una ripartizione equivalente a circa sette posti letto nella componente di diritto pubblico per ogni tre nella componente di diritto privato (Fig.2).

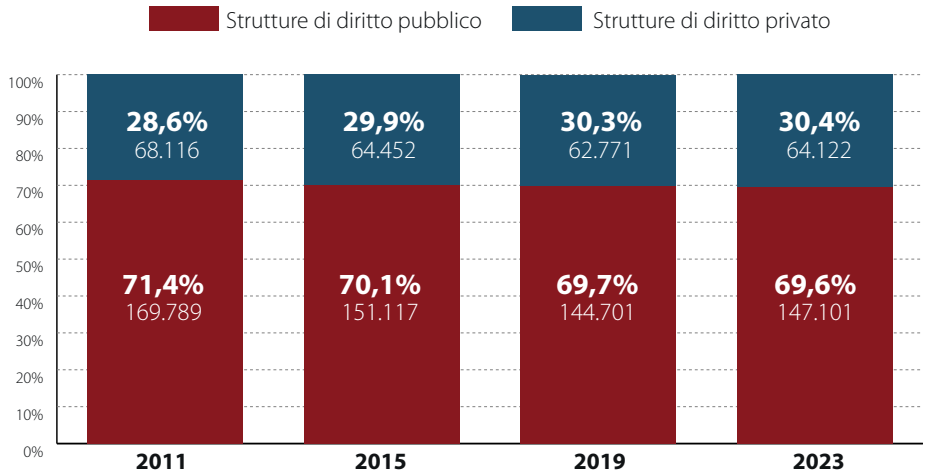
Fig.1 - Posti letto SSN: posti letto di diritto pubblico e posti letto di diritto privato (composizione percentuale), 2023
Fonte: elaborazione Aiop su dati Ministero della Salute, Open Data 2023



Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Fig.2 - Posti letto SSN: posti letto di diritto pubblico e posti letto di diritto privato (valori assoluti e composizione percentuale), 2012-2023

Fonte: elaborazione Aiop su dati Ministero della Salute, Open Data, vari anni



Il dato in lieve aumento per la componente accreditata – dal 28,9% del 2012 al 30,4% del 2023 (Fig.2) – deve, infatti, essere letto alla luce dell'indice di occupazione dei posti letto, sensibilmente più alto nel comparto pubblico rispetto a quello privato, a causa del vincolo posto alle Regioni all'acquisto di prestazioni sanitarie presso le strutture private accreditate[5].

Non solo, se si considera il dato in valori assoluti si può verificare come – al di là della parentesi pandemica – i posti letto accreditati siano in progressiva diminuzione, tanto nella componente di diritto pubblico quanto nella componente di diritto privato, anche se con variazioni maggiori nella prima rispetto alla seconda: dal 2012 al 2024 si registra una riduzione pari al 10,3% e al 3,7% della rispettiva dotazione.

In termini di posti letto, il contributo del privato accreditato è rilevante in tutte le tipologie di ricovero (Fig.3), con aspetti dimensionali importanti soprattutto nell'area riabilitativa.

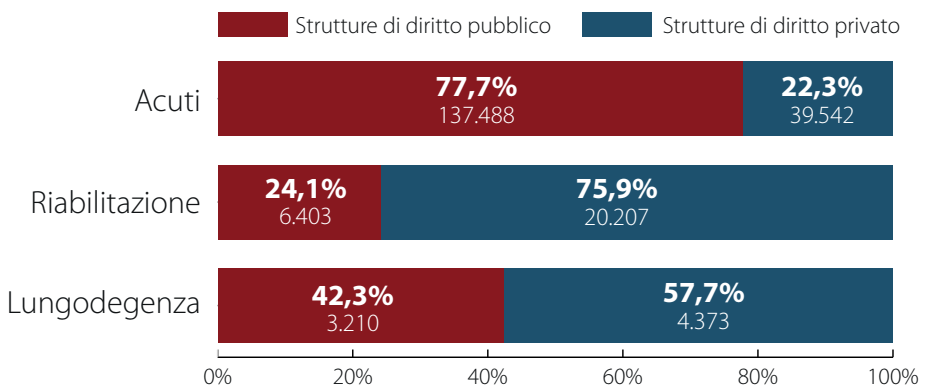
Più in generale, le dotazioni della componente accreditata riflettono la natura etero-

[5] A partire dal 2012 è stato introdotto un meccanismo di controllo della spesa pubblica che ha di fatto bloccato sine die la possibilità per le Regioni di superare il livello di spesa del 2011. Questa soglia massima ha limitato fortemente l'offerta di prestazioni della componente privata accreditata, la quale esaurisce il budget molto prima del termine dell'anno finanziario, interrompendo l'erogazione dei servizi per conto del SSN. Negli ultimi due anni tale limite massimo è stato lievemente incrementato.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

genea (Tab.2) del comparto privato sia dal punto di vista dimensionale sia dal punto di vista funzionale.
Se da una parte, infatti, ci sono gli IRCCS (che oltre a prestazioni di alta specialità si caratterizzano per finalità di ricerca clinica e traslazionale) e i policlinici universitari, dall'altra ci sono le case di cura (denominazione generica che corrisponde a una pluralità di tipologie di strutture) che possono assumere natura anche monospecialistica. Alcune strutture private accreditate operano nelle reti di emergenza-urgenza quando dotate, ad esempio, di un pronto soccorso (PS), di un centro di rianimazione, di un servizio di ambulanze, mentre altre operano essenzialmente nell'area riabilitativa.
La varietà della componente accreditata è spesso spiegata dai modelli regionali di sanità: in funzione del ruolo che si riconosce al privato, le strutture accreditate hanno diverse dotazioni e volumi di attività e assumono una configurazione più o meno articolata per aree cliniche, specialità, dipartimenti e livelli di intensità di cura.
Il dato nazionale è ovviamente un dato medio che sottende una significativa variabilità interregionale (Tab 3. e Fig.4). Ordinando le Regioni per quota di posti letto coperta da strutture di diritto pubblico, possiamo vedere come ci siano contesti regionali autosufficienti rispetto all'offerta ospedaliera, mentre altri fortemente dipendenti dall'apporto delle strutture private accreditate. La composizione dell'offerta SSN non ha una matrice geografica Nord-Centro-Sud, ma al contrario in ogni fascia territoriale insistono sia sistemi regionali caratterizzati da una scarsa presenza di strutture di diritto privato sia sistemi dove al contrario il contributo del privato accreditato è significativo. Non solo, se teniamo conto della popolazione residente, le Regioni dove le strutture di diritto privato garantiscono una copertura maggiore sono quelle col più

Fig.3 - Posti letto SSN: posti letto in strutture di diritto pubblico e posti letto in strutture di diritto privato, per tipologia di ricovero (valori assoluti e composizione percentuale), 2023
Fonte: elaborazione Aiop su dati Ministero della Salute, Open Data 2023



Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Tab.1 - Posti letto SSN per tipologia di struttura di diritto pubblico (valori assoluti), 2023
Fonte: elaborazione Aiop su dati Ministero della Salute, Open Data, 2023

	Posti letto ordinari	Posti letto diurni	Posti letto totali
Azienda Ospedaliera	14.696	1.988	16.684
Azienda Ospedaliera Universitaria	19.161	2.334	21.495
IRCSS	8.450	969	9.419
Ospedale a gestione diretta	89.982	9.521	99.503
Totali	**132.289**	**14.812**	**147.101**

Tab.2 - Posti letto SSN per tipologia di struttura di diritto privato (valori assoluti), 2023
Fonte: elaborazione Aiop su dati Ministero della Salute, Open Data, 2023

	Posti letto ordinari	Posti letto diurni	Posti letto totali
Casa di cura privata accreditata	40.322	3.093	43.415
Ente di ricerca	237	14	251
IRCCS	9.596	835	10.431
Istituto qualificato presidio della U.S.L.	2.154	197	2.351
Ospedale classificato o assimilato	5.341	549	5.890
Policlinico universitario privato	1.608	176	1.784
Totali	**59.258**	**4.864**	**64.122**

alto bacino di utenza: considerando il Lazio, la Campania e la Lombardia, queste da sole rappresentano più di un terzo dell'intera popolazione italiana.
Le mappe costruite attraverso la metodologia *Natural Breaks*[6] consentono di osservare come non solo il contributo (Fig.4), ma anche il ruolo (Figg.5-7) del privato accreditato siano molto diversi nel confronto tra i 21 sistemi sanitari regionali italiani.
In linea generale, la composizione per natura giuridica dell'offerta ospedaliera e, come si vedrà in seguito, anche di quella ambulatoriale delinea modelli di sanità completamente distinti rispetto all'erogazione dei servizi sanitari. A variare non è solo l'equilibrio pubblico-privato, ma la tipologia stessa dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali che vengono con maggiore o minore prevalenza assicurate dall'una o dall'altra componente.
La Regione Lazio, dove la proporzione di posti letto privati accreditati è lievemente superiore alla metà dei posti letto totali, è la sola in cui il contributo della componente

[6] La metodologia Natural Breaks o metodo di Jenks è una tecnica di classificazione statistica utilizzata per raggruppare dati in classi basandosi sulle loro naturali discontinuità. In particolare, essa minimizza la varianza interna alle classi e massimizza quella tra le classi, rendendo i gruppi omogenei al proprio interno.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Tab.3 - Posti letto SSN per Regione: posti letto in strutture di diritto pubblico e posti letto in strutture di diritto privato (valori assoluti e composizione percentuale), 2023

Fonte: elaborazione Aiop su dati Ministero della Salute, Open Data, 2023

	Strutture di diritto pubblico		Strutture di diritto privato	
	Numero posti letto	Percentuale posti letto	Numero posti letto	Percentuale posti letto
Basilicata	1.892	97,9%	40	2,1%
Umbria	2.831	90,9%	282	9,1%
Friuli Venezia Giulia	3.591	88,0%	491	12,0%
Marche	4.912	84,1%	927	15,9%
Valle d'Aosta	394	83,8%	76	16,2%
Liguria	4.631	83,1%	942	16,9%
Toscana	9.657	82,4%	2.061	17,6%
P.A. di Bolzano	1.704	82,2%	369	17,8%
Sardegna	4.603	81,9%	1.018	18,1%
Veneto	12.625	79,3%	3.303	20,7%
Abruzzo	3.451	77,9%	980	22,1%
Emilia-Romagna	13.102	75,8%	4.193	24,2%
Piemonte	13.097	72,4%	4.983	27,6%
Puglia	9.707	66,8%	4.823	33,2%
Calabria	3.940	66,8%	1.961	33,2%
Sicilia	10.625	65,4%	5.621	34,6%
P.A. di Trento	1.439	64,7%	785	35,3%
Lombardia	23.582	63,2%	13.730	36,8%
Campania	11.043	62,9%	6.523	37,1%
Molise	610	58,7%	429	41,3%
Lazio	9.665	47,7%	10.585	52,3%

di diritto privato è classificabile come alto. In Lombardia il numero di posti letto nelle strutture private accreditate non è diverso da quello misurato in Campania e Sicilia, mentre in Friuli Venezia Giulia esso rappresenta una quota fortemente residuale (Fig.4).

Se si guarda invece alle singole tipologie di posti letto (Figg. 5-7) è possibile vedere come l'eterogeneità riguardi anche la vocazione delle strutture. Ad esempio, in Piemonte, il contributo medio-alto delle strutture private accreditate è attribuibile alla natura riabilitativa di molti erogatori, mentre in Puglia, il peso del comparto è dovuto anche alla componente per acuti (circa 1/3 della dotazione complessiva). In Toscana, caratterizzata da un livello medio-basso di posti letti di diritto privato, il contributo nelle singole aree riabilitativa e di lungodegenza è invece, rispettivamente, superiore al 60% e al 80% dell'intera offerta SSN.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Fig.4 - Posti letto SSN per Regione: contributo delle strutture private accreditate in termini di posti letto, 2023

Fonte: elaborazione Aiop su dati Ministero della Salute, Open Data, 2023



Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Fig.5 - Posti letto SSN per acuti, per Regione: contributo delle strutture private accreditate in termini di posti letto per acuti, 2023

Fonte: elaborazione Aiop su dati Ministero della Salute, Open Data, 2023

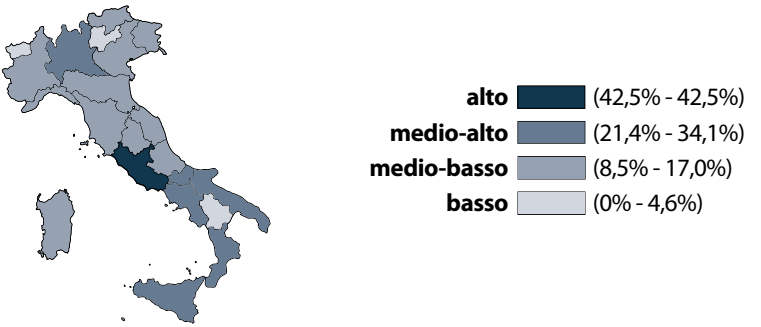


Fig.6 - Posti letto SSN di riabilitazione, per Regione: contributo delle strutture private accreditate in termini di posti letto di riabilitazione, 2023

Fonte: elaborazione Aiop su dati Ministero della Salute, Open Data, 2023

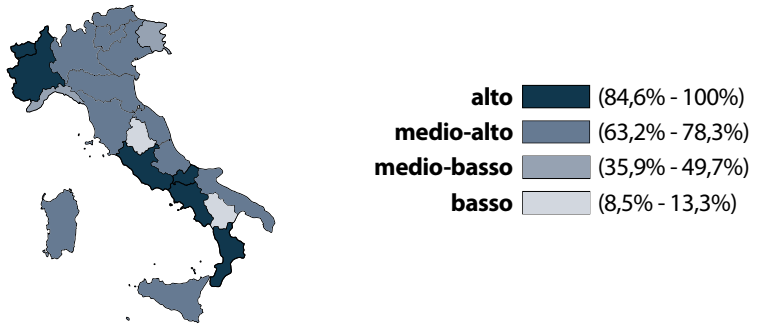
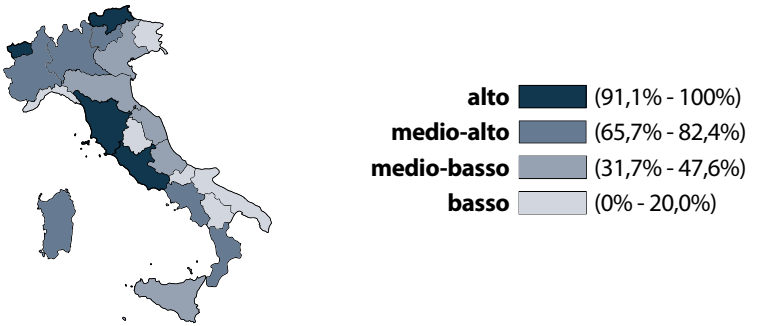


Fig.7 - Posti letto SSN di lungodegenza, per Regione: contributo delle strutture private accreditate in termini di posti letto di lungodegenza, 2023

Fonte: elaborazione Aiop su dati Ministero della Salute, Open Data, 2023



Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

1.2 Il contributo delle strutture di diritto pubblico e di diritto privato al SSN in termini di ricoveri

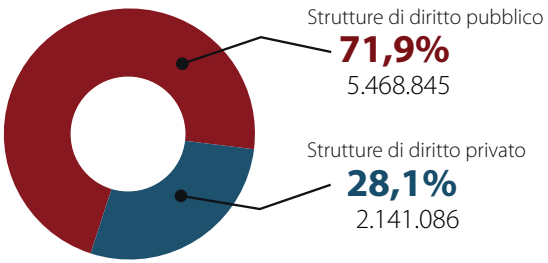
Nell'ultimo anno di osservazione, il Servizio sanitario nazionale ha effettuato complessivamente più di 7,6 milioni di ricoveri, di cui il 71,9% garantito dalla componente di diritto pubblico e il 28,1% dalla componente di diritto privato (Fig.8), rispettivamente corrispondenti a 5,4 milioni e 2,1 milioni di ospedalizzazioni (Tab.4).

Per le ragioni esposte in precedenza – ovvero il più basso indice di occupazione dei posti letto nelle strutture private accreditate dovuto al limite di budget imposto dai tetti di spesa all'acquisto di prestazioni da parte delle Regioni presso le stesse strutture – la percentuale di ricoveri effettuati nelle strutture di diritto privato è lievemente più bassa rispetto alla quota di posti letto accreditati.

I 7,2 milioni di ricoveri per acuti erogati in ambito SSN sono offerti per il 74,4% da strutture di proprietà pubblica e per il 25,6% da strutture accreditate (Tab.4 e Fig.9).

Fig.8 - Ricoveri SSN: ricoveri di diritto pubblico e ricoveri di diritto privato (composizione percentuale), 2023

Fonte: elaborazione Aiop su dati Ministero della Salute, Rapporto SDO 2023



Tab.4 - Ricoveri SSN per natura giuridica, tipologia di ricovero e regime (valori assoluti e composizione percentuale), 2023

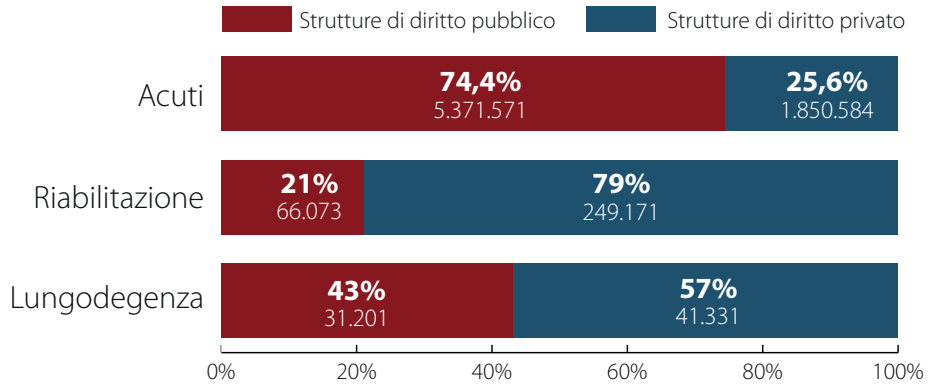
Fonte: elaborazione Aiop su dati Ministero della Salute, Rapporto SDO 2023

	Strutture di diritto pubblico		Strutture di diritto privato		Totale SSN
	Numero ricoveri	% ricoveri	Numero ricoveri	% ricoveri	Numero ricoveri
Acuti ordinari	4.167.761	75,2%	1.377.133	24,8%	5.544.894
Acuti diurni	1.203.810	71,8%	473.451	28,2%	1.677.261
Totale acuti	**5.371.571**	**74,4%**	**1.850.584**	**25,6%**	**7.222.155**
Riabilitazione ordinari	57.465	19,9%	231.722	80,1%	289.187
Riabilitazione diurni	8.608	33,0%	17.449	67,0%	26.057
Totale riabilitazione	**66.073**	**21,0%**	**249.171**	**79,0%**	**315.244**
Lungodegenza	**31.201**	**43,0%**	**41.331**	**57,0%**	**72.532**
Totali	**5.468.845**	**71,9%**	**2.141.086**	**28,1%**	**7.609.931**

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Fig.9 - Ricoveri SSN: ricoveri in strutture di diritto pubblico e ricoveri in strutture di diritto privato, per tipologia (valori assoluti e composizione percentuale), 2023

Fonte: elaborazione Aiop su dati Ministero della Salute, Rapporto SDO 2023



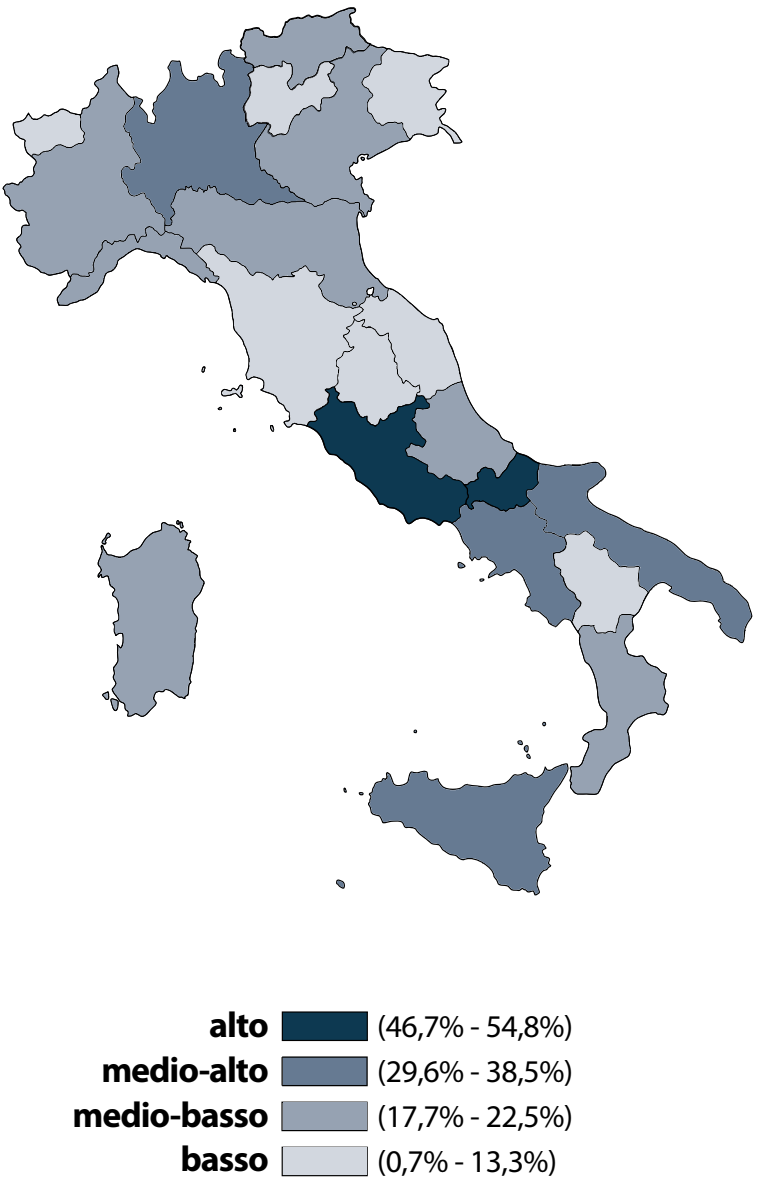
Tab.5 - Ricoveri SSN per Regione: ricoveri in strutture di diritto pubblico e ricoveri in strutture di diritto privato (valori assoluti e composizione percentuale), 2023

Fonte: elaborazione Aiop su dati Ministero della Salute, Rapporto SDO 2023

	Strutture di diritto pubblico		Strutture di diritto privato	
	Numero ricoveri	Percentuale ricoveri	Numero ricoveri	Percentuale ricoveri
Basilicata	58.663	99,3%	384	0,7%
Umbria	109.303	92,0%	9.452	8,0%
Toscana	434.501	90,0%	48.359	10,0%
Valle d'Aosta	17.177	88,7%	2.196	11,3%
Friuli Venezia Giulia	138.822	87,9%	19.053	12,1%
P.A. Bolzano	71.010	87,5%	10.160	12,5%
Marche	168.463	86,7%	25.768	13,3%
Liguria	186.726	82,3%	40.092	17,7%
Sardegna	172.540	81,0%	40.590	19,0%
Piemonte	461.062	80,9%	108.731	19,1%
Abruzzo	132.576	80,3%	32.500	19,7%
Veneto	492.274	79,9%	123.773	20,1%
P.A. Trento	60.699	78,9%	16.272	21,1%
Emilia-Romagna	543.179	78,5%	148.989	21,5%
Calabria	146.483	77,5%	42.409	22,5%
Sicilia	375.391	70,4%	157.460	29,6%
Campania	457.084	68,1%	214.360	31,9%
Puglia	268.311	64,6%	146.931	35,4%
Lombardia	790.312	61,5%	494.591	38,5%
Molise	19.994	53,3%	17.516	46,7%
Lazio	364.275	45,2%	441.500	54,8%

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

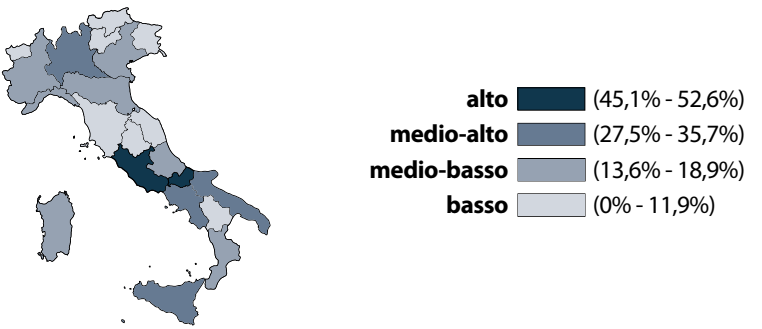
Fig.10 - Ricoveri SSN per Regione: contributo delle strutture private accreditate, per Regione, 2023
Fonte: elaborazione Aiop su dati Ministero della Salute, Rapporto SDO 2023



Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Per quanto riguarda le altre due tipologie di ricovero parliamo di volumi complessivi molto più ridotti: di circa 315 mila ospedalizzazioni riabilitative, 66 mila sono offerte da strutture di diritto pubblico (21%) e 249 mila (79%) da strutture accreditate; di circa 72,5 mila ricoveri di lungodegenza, 31 mila (43%) avviene in strutture pubbliche e 41 mila (57%) in strutture accreditate (Tab.4 e Fig.9).
Un ricovero per acuti su quattro, tre ricoveri di riabilitazione su quattro e più di un ricovero di lungodegenza su due sono garantiti dalla componente di diritto privato del SSN.
Nell'analisi per Regione, il contributo delle strutture private accreditate in Piemonte, Toscana, Marche, Calabria e Provincia autonoma di Bolzano risulta più basso considerando i ricoveri anziché i posti letto; risultato opposto per il Molise (Figg.4 e 10).
Rappresentando il 95% dei ricoveri totali, la mappa relativa ai ricoveri per acuti non differisce rispetto a quella relativa alle ospedalizzazioni complessive, ad eccezione che per la Provincia autonoma di Bolzano (Fig.11).
La mappa della riabilitazione presenta invece delle colorazioni più scure, ad indicare il contributo significativo della componente privata accreditata all'assistenza ospedaliera di natura riabilitativa (Fig.12).
Ad eccezione di quattro Regioni, tutti i Servizi sanitari regionali (SSR) sono caratterizzati da una presenza alta o medio-alta della componente di diritto privato nell'offerta riabilitativa (Fig.12).
Se guardiamo l'andamento temporale della composizione pubblico-privato accreditato dei ricoveri, la quota di ospedalizzazioni garantite nelle strutture di diritto privato del SSN registra negli anni post-pandemici un complessivo incremento rispetto al periodo pre-Covid (Fig.14). Il dato si spiega con una maggiore flessibilità e resilienza delle strutture di diritto privato e, in parte, con le risorse aggiuntive stanziate dai Governi

Fig.11 - Ricoveri SSN per acuti per Regione: contributo delle strutture private accreditate in termini di ricoveri per acuti, 2023
Fonte: elaborazione Aiop su dati Ministero della Salute, Rapporto SDO 2023



Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Fig.12 - Ricoveri SSN di riabilitazione per Regione: contributo delle strutture private accreditate in termini di Ricoveri di riabilitazione, 2023

Fonte: elaborazione Aiop su dati Ministero della Salute, Rapporto SDO 2023

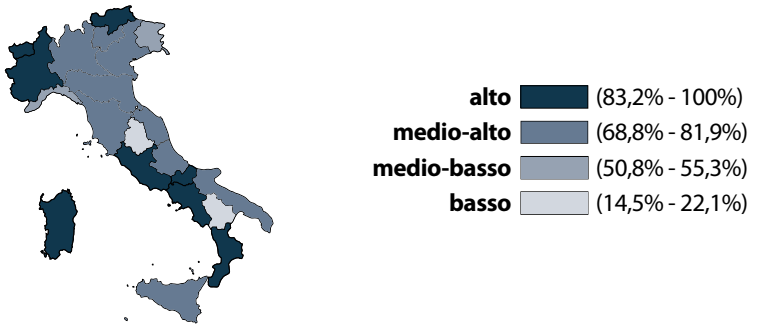
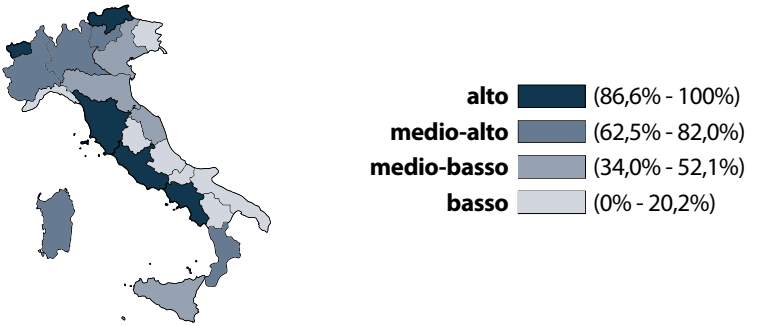


Fig.13 - Ricoveri SSN di lungodegenza per Regione: contributo delle strutture private accreditate in termini di ricoveri di lungodegenza, 2023

Fonte: elaborazione Aiop su dati Ministero della Salute, Rapporto SDO 2023



per il recupero delle prestazioni non erogate o ritardate durante la crisi pandemica, recupero al quale ha contribuito essenzialmente la componente privata del SSN.

L'incremento osservato rispetto al periodo pre-pandemico del contributo relativo delle strutture ospedaliere accreditate si conferma in tutte le tipologie di ricovero: acuti, riabilitazione e lungodegenza (Fig.15).

Non si tratta, tuttavia, di un *trend* in continua crescita (Fig.14) dal momento che nell'ultimo anno di misurazione, la percentuale di ricoveri avvenuti nelle strutture accreditate (28,1%) è minore rispetto al 2022 (28,3%) e al 2021 (28,6%).

Si tratta, soprattutto, di un incremento che non è assoluto ma esclusivamente relativo: il volume di ricoveri è infatti diminuito nel tempo in entrambe le componenti del

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Fig.14 - Ricoveri SSN: ricoveri in strutture di diritto pubblico e ricoveri in strutture di diritto privato (valori assoluti e composizione percentuale), 2012-2023

Fonte: elaborazione Aiop su dati Ministero della Salute, Rapporto SDO vari anni

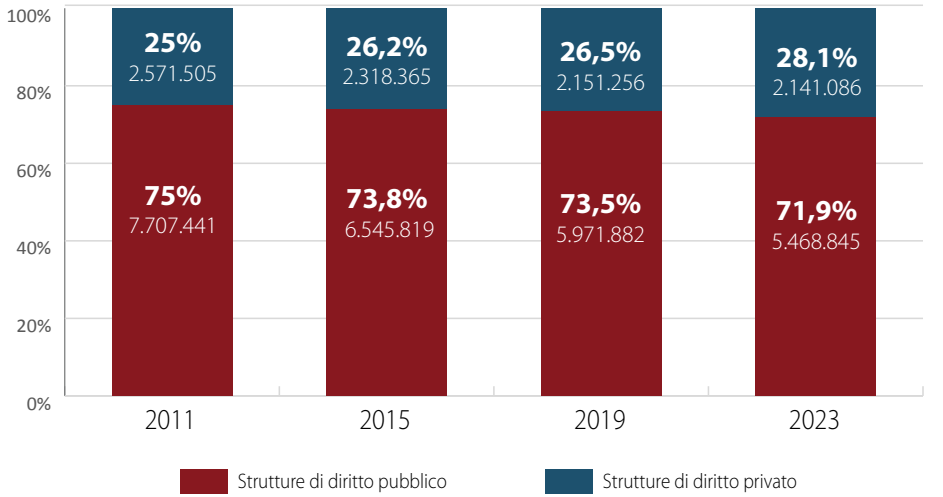
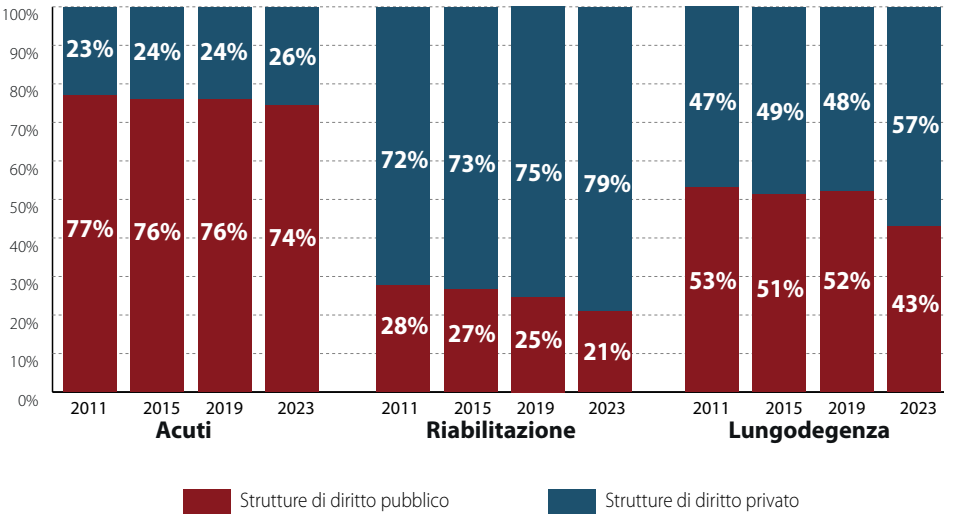


Fig.15 - Ricoveri SSN: ricoveri in strutture di diritto pubblico e ricoveri in strutture di diritto privato, per tipologia (composizione percentuale), 2012-2023

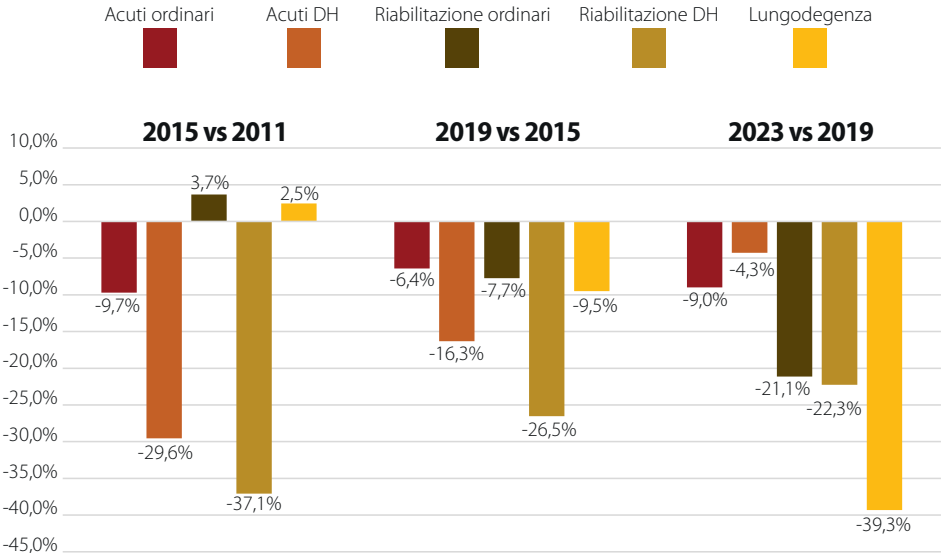
Fonte: elaborazione Aiop su dati Ministero della Salute, Rapporto SDO, vari anni



Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Fig.16 - Ricoveri SSN: ricoveri in strutture di diritto pubblico, per tipologia e regime (variazioni percentuali), 2011-2015, 2015-2019, 2019-2023

Fonte: elaborazione Aiop su dati Ministero della Salute, Rapporto SDO, vari anni



SSN (Figg.16 e 17), a seguito del progressivo trasferimento dell'assistenza clinica dal ricovero al territorio, pensato per privilegiare l'adozione di *asset* assistenziali più appropriati e portando i tassi di ospedalizzazione in Italia dal 213‰ del 2005 al 128‰ del 2023[7].

Tale processo coinvolge la componente di diritto pubblico più della componente di diritto privato per via di condizioni di partenza differenti, probabilmente dovute alla propensione delle strutture di diritto privato all'adozione di modalità organizzative più efficienti.

1.3 Le prestazioni SSN: il contributo delle strutture di diritto pubblico e di diritto privato

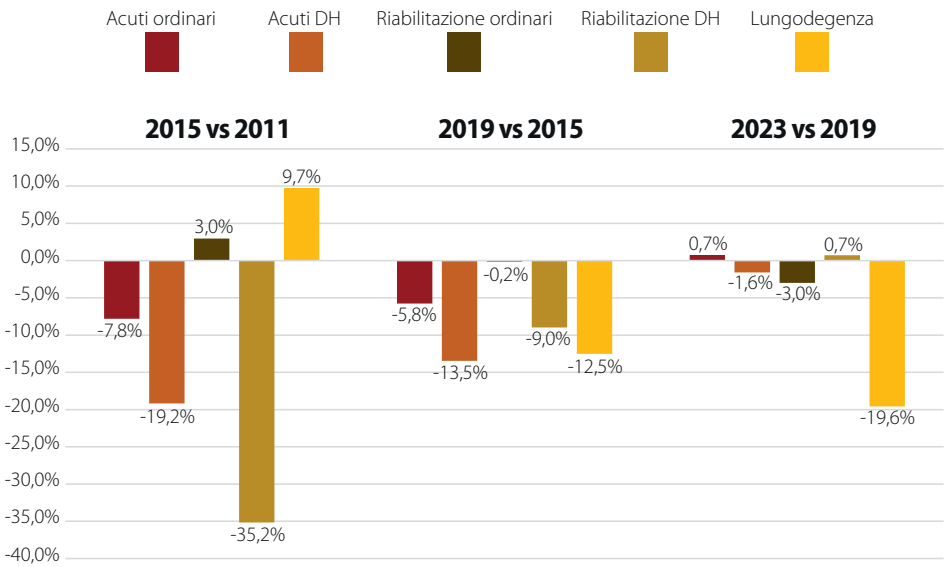
Le analisi riportate nel presente capitolo riguardano i ricoveri per acuti e sono state effettuate utilizzando le classi MDC (*Major Diagnostic Categories*) ovvero categorie di prestazioni basate sulla ripartizione degli organi o dei sistemi anatomici, oppure

[7] Ministero della Salute, Rapporto SDO, vari anni.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Fig.17 - Ricoveri SSN: ricoveri in strutture di diritto privato, per tipologia e regime (variazioni percentuali), 2011-2015, 2015-2019, 2019-2023

Fonte: elaborazione Aiop su dati Ministero della Salute, Rapporto SDO, vari anni



sull'eziologia della malattia associata a una specifica specialità medica[8]. Per ciascuna MDC sono stati identificati i DRG (*Diagnosis Related Groups*, ovvero i Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi) medici e chirurgici più diffusi (in termini di frequenza) per misurare il relativo contributo delle strutture pubbliche e delle strutture private accreditate.

Dal momento che il fine principale dei DRG è economico-gestionale[9], non sempre sono stati concepiti DRG specifici e alcuni raggruppamenti sono miscellanee di trattamenti o interventi effettuati su pazienti con diagnosi anche molto diverse. Per questa ragione, quando disponibili, abbiamo integrato i DRG più frequenti con i volumi di attività del Programma Nazionale Esiti (PNE) di Agenas che si basano invece sulla classificazione internazionale delle malattie (*International Classification of Diseases*) e delle procedure chirurgiche o diagnostiche.

Un altro correttivo utilizzato ai fini del presente lavoro è stato quello di unire in

---

8 Le MDC sono il «livello superiore» di classificazione che raggruppa i singoli DRG.

9 I DRG sono raggruppamenti omogenei di diagnosi che permettono di classificare tutti i pazienti dimessi da un ospedale in gruppi omogenei, sulla base delle risorse impegnate per la loro cura. Il sistema DRG è utilizzato ai fini della remunerazione dell'attività ospedaliera, attraverso l'identificazione di gruppi di prestazioni a cui sono attribuite tariffe specifiche predeterminate.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

alcuni casi DRG complicati con DRG identici ma non complicati (in particolare quando la frequenza è simile), in modo tale da allargare l'elenco dei tre DRG più diffusi anche a prestazioni diverse.
A fronte di una quota di ricoveri per acuti attribuita al privato accreditato del 25,6% circa (Tab.4), il contributo varia moltissimo a seconda della tipologia di prestazione. In linea generale, le strutture di diritto pubblico, essendo tutte DEA o comunque sede di pronto soccorso, presentano un'alta proporzione di ospedalizzazioni e/o interventi in emergenza-urgenza, mentre le strutture di diritto privato – nonostante la presenza in alcune Regioni di importanti *hub* o di ospedali inseriti nelle reti tempo dipendenti – erogano per la gran parte prestazioni di natura elettiva.

1.3.1 - Ricoveri ordinari per acuti: quota di DRG medici garantiti dalle strutture di diritto pubblico e dalle strutture di diritto privato accreditate

Tratteremo in primo luogo i DRG medici, considerando i tre più frequenti gruppi di prestazioni, per ciascuna MDC.
Per quanto riguarda la prima categoria, se per le emorragie intracraniche e negli infarti cerebrali (MDC 01) le strutture di proprietà pubblica coprono il 90% dei ricoveri, per i casi di malattie degenerative del sistema nervoso (come ad esempio l'Alzheimer e il Parkinson) questa percentuale scende al 62%, con circa quattro pazienti su dieci presi in carico da strutture private accreditate.
I DRG medici relativi a malattie e disturbi dell'occhio, dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola sono garantiti soprattutto da strutture di diritto pubblico (MDC 02 e 03).
La diversa vocazione tra le due componenti del SSN, rispetto all'attività in emergenza-urgenza e a quella programmata, si conferma nelle malattie e disturbi più diffusi sia dell'apparato respiratorio sia di quello digerente. Da una parte l'edema polmonare, l'insufficienza respiratoria e l'emorragia gastrointestinale sono trattati in strutture di proprietà pubblica in circa nove casi su dieci, dall'altra un paziente su cinque con polmonite e neoplasie maligne dell'apparato digerente è ricoverato in strutture di diritto privato (MDC 04 e 06).
La casistica coperta dal privato accreditato rispetto alle malattie e ai disturbi dell'apparato cardiocircolatorio – sia nei casi di diagnosi di insufficienza cardiaca e *shock* sia rispetto a condizioni di alterazione della conduzione cardiaca (MDC 05) – è comparativamente più alta nel confronto con le altre MDC.
Il secondo e terzo DRG medico più frequente riguarda la stessa identica diagnosi e procedura, salva la presenza o meno di complicanze e comorbidità (indicate con "CC"): le malattie cardiovascolari, eccetto l'infarto, con cateterismo cardiaco. In questo caso abbiamo scelto di procedere alla stima del valore medio, mentre in altri abbiamo lasciato i due DRG separati, in modo tale da dare evidenza di un fenomeno diffuso: la tendenza delle strutture di diritto privato del SSN alla sottocodifica di con-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

dizioni aggiuntive insorte durante la degenza o di patologie preesistenti e concomitanti che rendono il quadro clinico più complesso.
Per più MDC si riscontra l'importante ruolo della componente di diritto privato nel trattamento dei tumori maligni: il 19% dei ricoveri per neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare e del pancreas (MDC 07), il 22% delle fratture patologiche e delle neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (MDC 08), il 13,2% delle ospedalizzazioni per neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile (MDC 13), il 33% dei trattamenti chemioterapici per leucemia acuta[10] e il 23% dei trattamenti radioterapici[11] (MDC 17). In relazione alla MDC 12, la percentuale di ricoveri per neoplasia maligna dell'apparato genitale maschile passa dal 20% al 42% a seconda che non sia o sia codificata la presenza di complicanze e comorbidità (CC).
Si tratta di un fenomeno degno di approfondimento, in quanto difficilmente spiegabile con la distribuzione casuale o, al contrario, condizionata della casistica più o meno complessa a seconda della natura giuridica delle strutture. Al contrario, sarebbe necessario indagare la qualità della codifica delle Schede di dimissione ospedaliera nelle strutture di diritto privato e i determinanti del ridotto livello di completezza rispetto al tracciamento di diagnosi secondarie che comportando un maggiore utilizzo di risorse ospedaliere, farmaci o personale, genererebbero un rimborso maggiore per l'ospedale.
Per quanto riguarda la MDC 09, il DRG più diffuso – più di 12 mila casi l'anno, l'86% dei quali trattati in ospedali pubblici – è quello della cellulite infettiva, ovvero un'infezione batterica acuta del derma e del tessuto sottocutaneo, causata principalmente da streptococchi o stafilococchi e che richiede un trattamento antibiotico tempestivo per evitare complicanze gravi. Comparativamente maggiore è il contributo del privato accreditato nella cura delle ulcere della pelle (33% del totale).
I ricoveri per disturbi della nutrizione del metabolismo sono quelli più diffusi nell'ambito della MDC 10, per un totale di circa 50 mila ospedalizzazioni, il 73% delle quali garantite da strutture di proprietà pubblica e il 27% da strutture private accreditate.
Sempre considerando i DRG medici più diffusi, i ricoveri per insufficienza renale sono effettuati da strutture di diritto privato del SSN per una quota pari al 14% del totale mentre quelli per infezioni del rene e delle vie urinarie in pazienti adulti per una percentuale pari al 23% (MDC 11).
Le MDC 14 e 15 riguardano la gravidanza, il parto e il post-parto.

---

[10] Il DRG specifico è "chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta", escludendo le forme di leucemia che si sviluppano dopo precedenti trattamenti chemioterapici/radioterapici per un altro tumore o in seguito a malattie del midollo osseo preesistenti.

[11] Il dato è relativo ai soli ricoveri ordinari.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

La MDC 16 riguarda invece le malattie del sangue e i disturbi del sistema immunitario: il DRG più frequente è quello relativo alle anomalie dei globuli rossi nella popolazione adulta e ricomprende disturbi come anemie gravi ed emoglobinopatie. Il contributo del privato accreditato consiste nell'ospedalizzazione di oltre 4 mila casi pari al 16% del totale.
Rispetto alle malattie infettive e parassitarie (MDC 18) le strutture pubbliche coprono, sempre considerando i gruppi più diffusi di prestazioni, circa il 90% del totale, mentre riguardo le malattie e i disturbi mentali il contributo del privato accreditato va dal 12% nei ricoveri per psicosi al 18% nei casi di disturbo organico e ritardo mentale (MDC 19).
Anche per il trattamento delle dipendenze e dei casi di abuso di alcol o farmaci la percentuale di ricoveri ordinari effettuati in strutture private accreditate rappresenta quote significative di offerta (MDC 20).

Nelle tavole che seguono per ciascuna MDC sono riportati i volumi totali, la quota attribuibile alle strutture di diritto privato e quella attribuibile alle strutture di diritto pubblico dei ricoveri per le condizioni cliniche o i trattamenti elencati.
Sono considerati i tre più frequenti DRG per ogni MDC e, quando disponibili, i dati di attività del Programma Nazionale Esiti (PNE) di Agenas, questi ultimi indicati con (*)

MDC 01 - **Malattie e disturbi del sistema nervoso** (DRG medici)

Emorragia intracranica o infarto cerebrale 77.204	9,8%		90,2%
Malattie degenerative del sistema nervoso 23.419	38,3%		61,7%
Ischemia cerebrale transitoria 17.423	25,4%		74,6%

MDC 02 - **Malattie e disturbi dell'occhio** (DRG medici)

Malattie neurologiche dell'occhio 3.177	15,0%		85,0%
Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC 2.462	12,7%		87,3%
Infezioni acute maggiori dell'occhio 1.877	7,2%		92,8%

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

MDC 03 - **Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola** (DRG medici)

Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	10.588	8,3%	91,7%
Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	6.101	18,6%	81,4%
Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni senza CC	4.568	8,6%	91,4%

MDC 04 - **Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio** (DRG medici)

Edema polmonare e insufficienza respiratoria	177.734	9,3%	90,7%
Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	72.602	21,3%	78,7%
Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	40.558	10,0%	90,0%

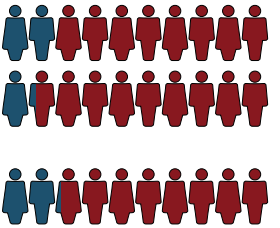
MDC 05 - **Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio** (DRG medici)

Insufficienza cardiaca e shock	122.479	22,1%	77,9%
Malattie cardiovascolari escluso infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco	106.580	28,2%	71,8%
Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	16.439	30,0%	70,0%
Infarto miocardico acuto (*)	100.180	12,4%	87,6%
Scompenso cardiaco (*)	154.462	22,3%	77,7%

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

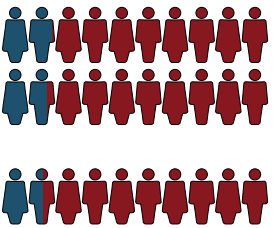
MDC 06 - **Malattie e disturbi dell'apparato digerente** (DRG medici)

Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	30.671	20,3%	79,7%
Emorragia gastrointestinale con CC	22.893	12,7%	87,3%
Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	19.775	22,0%	78,0%



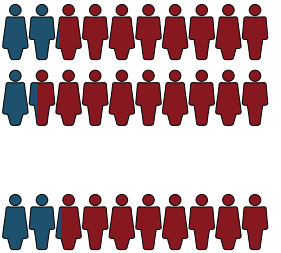
MDC 07 - **Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas** (DRG medici)

Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	33.678	18,8%	81,2%
Malattie delle vie biliari	50.461	16,9%	83,1%
Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	22.368	15,4%	84,6%



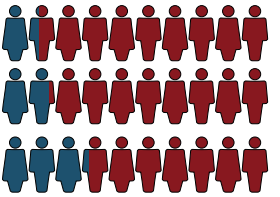
MDC 08 - **Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo** (DRG medici)

Affezioni mediche del dorso	11.354	21,0%	79,0%
Fratture dell'anca e della pelvi	7.997	13,0%	87,0%
Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	6.408	21,9%	78,1%



MDC 09 - **Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella** (DRG medici)

Cellulite infettiva età > 17 anni	12.215	13,6%	86,4%
Malattie minori della pelle senza CC	4.284	17,6%	82,4%
Ulcere della pelle	3.996	32,7%	67,3%



Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

MDC 10 - **Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici** (DRG medici)

Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo	50.313	27,2%		72,8%
Malattie endocrine senza CC	3.174	20,7%		79,3%
Diabete, età < 36 anni	3.111	12,6%		87,4%

MDC 11 - **Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie** (DRG medici)

Insufficienza renale	70.248	14,2%		85,8%
Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni	43.082	22,6%		77,4%
Calcolosi urinaria senza complicanze	17.265	18,4%		81,6%

MDC 12 - **Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile** (DRG medici)

Infiammazioni dell'apparato riproduttivo maschile	3.994	18,1%		81,9%
Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile con CC	2.024	20,4%		79,6%
Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC	1.846	41,8%		58,2%

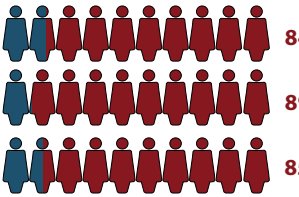
MDC 13 - **Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile** (DRG medici)

Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	9.227	9,5%		90,5%
Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile	4.305	13,2%		86,8%
Infezioni dell'apparato riproduttivo femminile	2.080	12,5%		87,5%

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

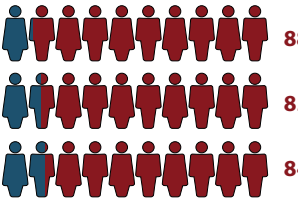
MDC 14 - **Gravidanza, parto e puerperio** (DRG medici)

Parto vaginale senza diagnosi complicanti	235.345	15,9%	84,1%
Parto vaginale con diagnosi complicanti	16.841	10,9%	89,1%
Minaccia di aborto	13.530	15,0%	85,0%



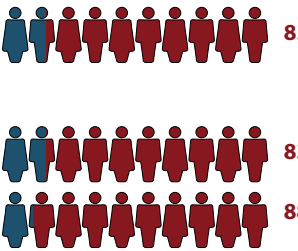
MDC 15 - **Malattie e disturbi del periodo neonatale** (DRG medici)

Neonati con altre affezioni significative	50.202	11,3%	88,7%
Neonati a termine con affezioni maggiori	22.666	14,6%	85,4%
Prematurità senza affezioni maggiori	11.872	15,8%	84,2%



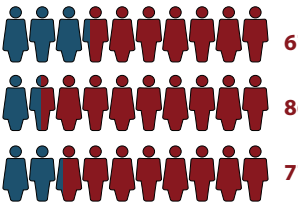
MDC 16 - **Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario** (DRG medici)

Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	26.798	16,3%	83,7%
Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	7.616	16,2%	83,8%
Disturbi della coagulazione	6.053	11,5%	88,5%



MDC 17 - **Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate** (DRG medici)

Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	33.405	32,6%	67,4%
Linfoma e leucemia non acuta con CC	11.605	14,0%	86,0%
Radioterapia	9.328	22,6%	77,4%



Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

MDC 18 - **Malattie infettive e parassitarie** (DRG medici)

Setticemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	105.205	8,2%	91,8%
Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	19.810	8,8%	91,2%
Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	17.556	10,2%	89,8%

MDC 19 - **Malattie e disturbi mentali** (DRG medici)

Psicosi	64.587	12,0%	88,0%
Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	19.171	11,0%	89,0%
Disturbi organici e ritardo mentale	11.402	17,8%	82,2%

MDC 20 - **Abuso di alcol / droghe e disturbi mentali organici indotti** (DRG medici)

Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza complicanze	6.901	17,8%	82,2%
Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza complicanze	1.539	90,1%	9,9%
Abuso o dipendenza da alcool/farmaci; dimesso contro il parere dei sanitari	1.438	13,0%	87,0%

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

1.3.2 - Ricoveri ordinari per acuti: quota di DRG chirurgici garantiti dalle strutture di diritto pubblico e dalle strutture private accreditate

Così come per i DRG medici, per ogni MDC abbiamo considerato i DRG chirurgici più frequenti.

Rispetto ai DRG medici, i DRG chirurgici si caratterizzano per un contributo comparativamente maggiore delle strutture private accreditate, anche se, nell'ambito di ciascuna MDC si registra una notevole variabilità tra gruppi di prestazioni.

Per quanto riguarda la MDC 01, il DRG chirurgico più frequente è quello di craniotomia nella popolazione adulta senza CC: su 20.324 ricoveri, l'84% viene effettuato in strutture di diritto pubblico e il 16% in strutture di diritto privato.

La craniotomia è una procedura neurochirurgica che prevede la temporanea rimozione di una parte dell'osso cranico per accedere al cervello, utilizzata per tumori, aneurismi o traumi. Rispetto alle sole craniotomie per tumore cerebrale, le strutture private accreditate coprono da sole il 20% degli interventi (un paziente su cinque).

Il contributo del privato accreditato negli interventi chirurgici per patologie e disturbi dell'occhio (MDC 02) si colloca in una forbice che va da un paziente ogni cinque a un paziente ogni quattro, a seconda della componente anatomica.

Nella chirurgia oncologica, in misura ancora maggiore che per i DRG medici oncologici, il ruolo del privato accreditato risulta particolarmente significativo.

Vengono trattati chirurgicamente da strutture private accreditate il 20% dei tumori cerebrali (MDC 01), il 24% dei tumori maligni del polmone (MDC 04), il 22% dei tumori maligni dello stomaco, il 35% di quelli dell'esofago e il 25% di quelli del retto (MDC 06), il 27% dei tumori maligni del pancreas, il 22% di quelli del fegato e il 23% di quelli alla colecisti (MDC 07). La componente di diritto privato copre inoltre il 22% e il 25% dei tumori maligni della mammella a seconda che la mastectomia senza CC sia parziale o totale (MDC 09), il 31% dei tumori maligni della tiroide (MDC 10), il 21% dei tumori maligni del rene e il 22% di quelli della vescica (MDC 11), il 31% dei tumori maligni della prostata (MDC 12), il 30% dei tumori maligni dell'ovaio e il 27% dei tumori maligni dell'utero con isterectomia (MDC 13), il 24% dei linfomi e delle leucemie (MDC 17).

Solo per i tumori maligni del cavo orale e della laringe in modalità *open*, la percentuale di interventi chirurgici effettuati dalle strutture di diritto privato risulta più contenuta (MDC 03). In generale per tutta la categoria "malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola", il contributo delle strutture di diritto pubblico risulta preponderante, ferma restando la necessità di valutare in termini di appropriatezza alcune tipologie di prestazioni, come ad esempio le tonsillectomie e le adenoidectomie nella popolazione pediatrica effettuate in regime di ricovero ordinario.

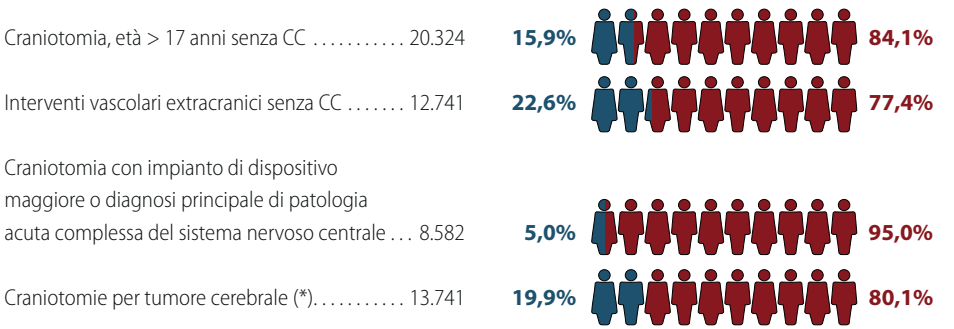
Anche nella chirurgia non oncologica o comunque considerando i DRG chirurgici non specifici per l'oncologia, il contributo del privato accreditato è rilevante: il 24%

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

degli interventi per ernia inguinale e femorale nella popolazione adulta, il 29,5% di quelli sull'intestino e il 32% di quelli su ano e stoma, senza CC (MDC 06) sono erogati da strutture di diritto privato.
Analogamente per l'intervento più frequente nelle malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas (MDC 07) – ovvero le colecistectomie per via laparoscopica senza CC – per gli interventi sulla tiroide e sulle paratiroidi (MDC 10), sul rene e uretere (MDC 11), le strutture di diritto privato assicurano oltre un terzo delle procedure totali.
Soprattutto nell'ambito dei ricoveri elettivi, la cardiochirurgia (MDC 05) rappresenta una disciplina ampiamente coperta dalla componente di diritto privato del SSN. Si tratta di più del 40% delle angioplastiche programmate, pari a oltre 40 mila interventi l'anno.
Proporzioni sovrapponibili si applicano al *bypass* aortocoronarico e alle valvuloplastiche.
La categoria relativa al sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (MDC 08) è quella che registra il maggior contributo delle strutture private accreditate del SSN. Nella protesica, nelle artroscopie e per l'artrodesi le strutture di diritto privato effettuano anche oltre il 70% degli interventi su base nazionale.
Per quando riguarda i DRG chirurgici più diffusi nelle MDC 12 e 13, che raggruppano le malattie e i disturbi, rispettivamente, dell'apparato riproduttivo maschile e femminile, la metà circa delle prostatectomie transuretrali su base nazionale senza CC e il 33% degli interventi non oncologici su utero e annessi senza CC sono eseguiti in strutture private accreditate.

Nelle tavole che seguono per ciascuna MDC sono riportati i volumi totali, la quota attribuibile alle strutture di diritto privato e quella attribuibile alle strutture di diritto pubblico dei ricoveri per le condizioni cliniche o i trattamenti elencati.
Sono considerati i tre più frequenti DRG per ogni MDC e, quando disponibili, i dati di attività del Programma Nazionale Esiti (PNE) di Agenas, questi ultimi indicati con (*)

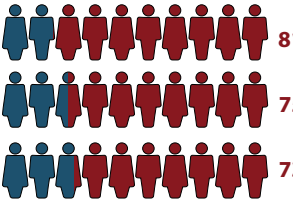
MDC 01 - **Malattie e disturbi del sistema nervoso** (DRG chirurgici)



Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

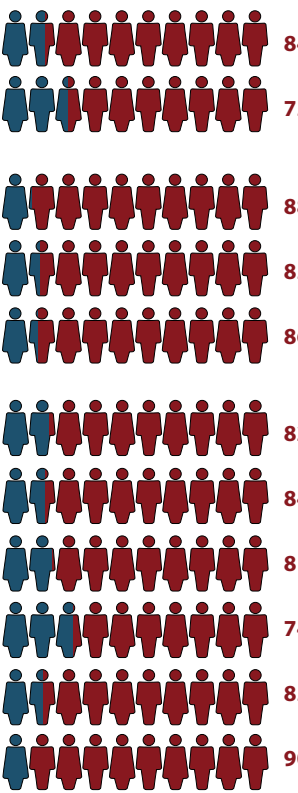
MDC 02 - **Malattie e disturbi dell'occhio** (DRG chirurgici)

Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	12.680	18,9%	81,1%
Interventi sulla retina	7.987	24,6%	75,4%
Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	5.623	26,7%	73,3%



MDC 03 - **Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola** (DRG chirurgici)

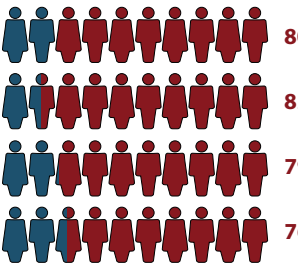
Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	27.468	15,8%	84,2%
Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	22.233	24,5%	75,5%
Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	14.548	11,1%	88,9%
Tonsillectomia (*)	29.008	14,2%	85,8%
Tonsillectomia in età pediatrica (*)	18.955	13,4%	86,6%
Adenoidectomia senza tonsillectomia in età pediatrica (*)	12.762	17,3%	82,7%
Intervento chirurgico per impianto cocleare (*)	1.746	15,8%	84,2%
Intervento chirurgico su orecchio medio (*)	11.604	18,2%	81,8%
Intervento chirurgico per seni paranasali (*)	26.439	26,0%	74,0%
Intervento chirurgico per TM cavo orale (*)	2.735	15,0%	85,0%
Intervento chirurgico per TM laringe (open)(*)	3.293	9,7%	90,3%



Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

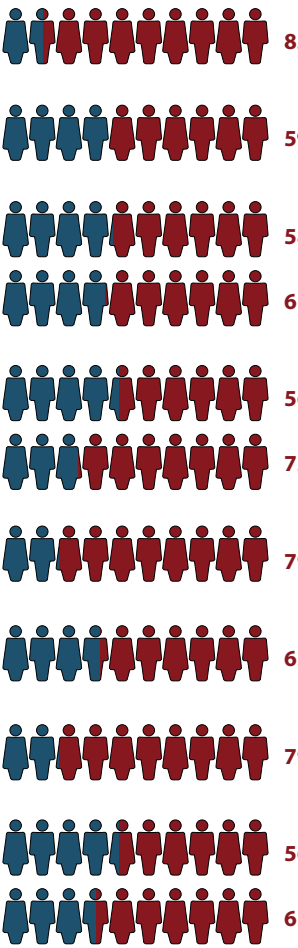
MDC 04 - **Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio** (DRG chirurgici)

Interventi maggiori sul torace	24.032	20,0%	80,0%
Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	7.516	14,3%	85,7%
Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	6.556	20,8%	79,2%
Intervento chirurgico per TM polmone (*)	14.637	23,9%	76,1%



MDC 05 - **Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio** (DRG chirurgici)

PTCA con stent medicato in diagnosi cardiovascolare maggiore	59.318	15,0%	85,0%
PTCA con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	53.603	40,2%	59,8%
PTCA senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	42.435	41,1%	58,9%
Bypass aorto-coronarico (*)	17.262	38,2%	61,8%
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache (*)	41.744	43,4%	56,6%
Rivascolarizzazione arti inferiori (*)	32.099	28,0%	72,0%
Riparazione di aneurisma aorta addominale non rotto: volume di ricoveri (*)	8.931	20,8%	79,2%
Rivascolarizzazione carotidea: stenting e angioplastica (*)	8.627	36,2%	63,8%
Rivascolarizzazione carotidea: endoarterectomia (*)	14.979	20,9%	79,1%
Intervento chirurgico di legatura o stripping di vene: volume di ricoveri (*)	13.540	43,5%	56,5%
Cardiochirurgia pediatrica (*)	2.650	34,8%	65,2%



Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

MDC 06 - **Malattie e disturbi dell'apparato digerente** (DRG chirurgici)

Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC 45.843	24,3%		75,7%
Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC 39.271	29,5%		70,5%
Interventi su ano e stoma senza CC 28.399	31,9%		68,1%
Intervento chirurgico per TM stomaco (*) 4.533	22,1%		77,9%
Intervento chirurgico per TM esofago (*) 877	35,3%		64,7%
Intervento chirurgico isolato per TM retto (*) 7.172	25,4%		74,6%
Appendicectomia in età pediatraica (*) 8.631	9,8%		90,2%

MDC 07 - **Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas** (DRG chirurgici)

Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC ... 82.847	31,3%		68,7%
Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC 10.238	16,8%		83,2%
Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC 7.684	26,5%		73,5%
Intervento chirurgico per TM pancreas (*) 3.254	26,7%		73,3%
Intervento chirurgico per TM fegato (*) 6.212	22,3%		77,7%
Intervento chirurgico per TM colecisti (*) 687	23,0%		77,0%

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

MDC 08 - **Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo** (DRG chirurgici)

Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	221.203	63,6%	36,4%
Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	54.139	19,2%	80,8%
Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	45.022	40,1%	59,9%
Interventi per frattura del collo del femore (*)	96.656	13,9%	86,1%
Artroscopia di ginocchio (*)	44.768	72,5%	27,5%
Intervento di protesi di anca (*)	134.814	51,6%	48,4%
Frattura della tibia e perone (*)	17.530	15,0%	85,0%
Intervento di protesi di ginocchio (*)	115.224	76,9%	23,1%
Intervento di protesi di spalla (*)	15.782	62,2%	37,8%
Artodesi vertebrale (*)	42.493	63,1%	36,9%

MDC 09 - **Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella** (DRG chirurgici)

Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	34.238	21,6%	78,4%
Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	16.227	24,3%	75,7%
Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	16.010	24,7%	75,3%

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

MDC 10 - **Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici** (DRG chirurgici)

Interventi sulla tiroide	33.609	**35,0%**		**65,0%**
Interventi per obesità	31.307	**75,6%**		**24,4%**
Interventi sulle paratiroidi	4.124	**29,7%**		**70,3%**
Intervento chirurgico per TM tiroide: volume di ricoveri (*)	13.821	**31,1%**		**68,9%**

MDC 11 - **Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie** (DRG chirurgici)

Interventi per via transuretrale senza CC	80.180	**29,6%**		**70,4%**
Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	20.523	**34,9%**		**65,1%**
Interventi per via transuretrale con CC	18.997	**17,7%**		**82,3%**
Intervento chirurgico per TM rene (*)	13.987	**20,6%**		**79,4%**
Intervento chirurgico per TM vescica (*)	5.098	**21,9%**		**78,1%**

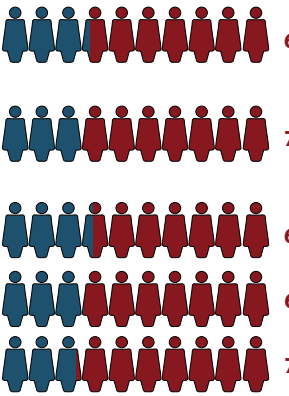
MDC 12 - **Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile** (DRG chirurgici)

Prostatectomia transuretrale senza CC	42.367	**47,9%**		**52,1%**
Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	22.832	**30,1%**		**69,9%**
Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	8.931	**32,8%**		**67,2%**
Intervento chirurgico per TM prostata (*)	24.362	**30,7%**		**69,3%**

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

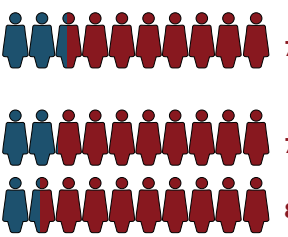
MDC 13 - **Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile** (DRG chirurgici)

Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	92.938	32,7%	67,3%
Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale	8.672	29,0%	71,0%
Interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile	8.121	33,6%	66,4%
Intervento chirurgico per TM ovaio (*)	4.393	30,2%	69,8%
Intervento di isterectomia per tumore maligno (*)	13.018	27,2%	72,8%



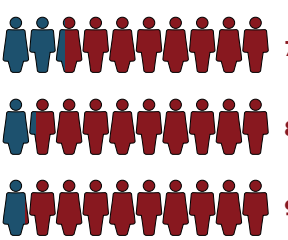
MDC 14 - **Gravidanza, parto e puerperio** (DRG chirurgici)

Parto cesareo senza CC	108.515	23,8%	76,2%
Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	15.493	20,4%	79,6%
Parto cesareo con CC	11.982	13,7%	86,3%



MDC 16 - **Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario** (DRG chirurgici)

Altri interventi sugli organi emopoietici	4150	23,3%	76,7%
Asportazione della milza, età > 17 anni	1037	12,2%	87,8%
Asportazione della milza, età < 18 anni	163	8,0%	92,0%



Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

MDC 17 - **Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate** (DRG chirurgici)

Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	16.140	21,6%	78,4%
Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	5.889	24,2%	75,8%
Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	4.192	23,7%	76,3%

Pre MDC - **Interventi ad altissima intensità assistenziale** (DRG chirurgici)

Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore	7.552	15,0%	85,0%
Tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore	7.116	9,5%	90,5%
Trapianto di midollo osseo	6.259	20,7%	79,3%

1.4 La complessità delle prestazioni erogate dalle strutture di diritto pubblico e di diritto privato

Misurare la complessità in termini di peso medio[12] e di *case-mix*[13] consente di verificare l'intensità assistenziale e la severità e gravità clinica della casistica trattata.
In particolare, il peso medio è un indicatore sintetico valido del livello di complessità della casistica ospedaliera (ricoveri ordinari per acuti).
Nel confronto, a livello nazionale, il peso medio della componente di diritto pubblico

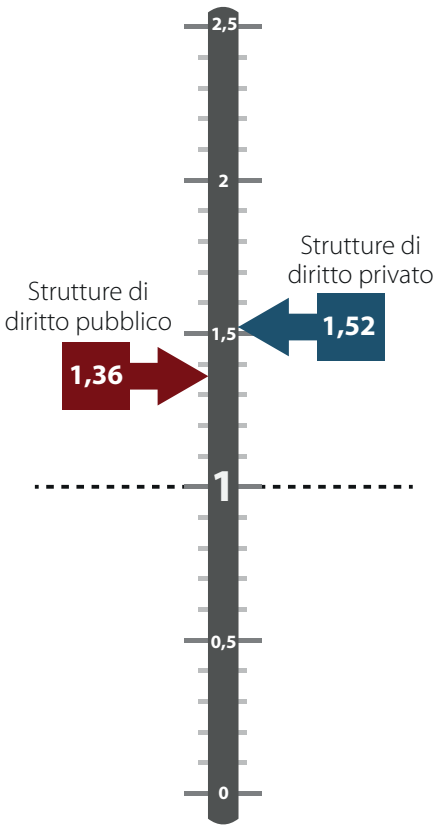
[12] Il peso medio è costruito come media ponderata dei pesi relativi attribuiti a ogni DRG e il fattore di ponderazione è rappresentato dalla frequenza dei casi/pazienti per ogni DRG. I pesi relativi della versione attualmente in uso (Medicare 24.0) sono riportati nella classificazione di cui al DM 18 dicembre 2008 e rappresentano una misura del consumo medio di risorse (carico assistenziale) associato a ciascun DRG. Dal calcolo sono esclusi i ricoveri oltre il valore soglia di degenza massima prevista per lo specifico DRG e i ricoveri 0-1 giorni, rendendo così maggiormente affidabili i confronti tra reparti, strutture di ricovero e sistemi regionali.

[13] L'indice di case-mix è calcolato come rapporto tra il peso medio dei DRG della struttura e il peso medio di un valore di riferimento (ad esempio nazionale). Valori superiori a 1 indicano una casistica mediamente più complessa rispetto al riferimento, mentre valori inferiori a 1 indicano una complessità media più contenuta. L'indice è utilizzato per confrontare la complessità dell'attività ospedaliera tra strutture o sistemi sanitari, al netto del volume dei ricoveri.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

è pari a 1,36 mentre quello della componente di diritto privato è pari a 1,52 (Fig.18). Questa differenza in parte conferma quanto rappresentato nel capitolo 1.3 rispetto al maggior contributo relativo delle strutture di diritto privato nei DRG chirurgici e tra questi negli interventi caratterizzati da un maggior onere assistenziale (farmaci costosi, tecnologie avanzate, maggiore impegno di sala operatoria ecc.).
I DRG chirurgici, infatti, hanno pesi (e quindi assorbimento di risorse tecniche, materiali e umane) molto più elevati rispetto ai DRG medici.
Le acuzie elettive – come la protesica, la cardiochirurgia, la chirurgia oncologica – sono caratterizzate da un alto assorbimento di risorse. Molte acuzie da pronto soccorso invece esitano in reparti medici (area medica) dove il peso medio è intrinsecamente più basso, diluendo il valore dei trattamenti e degli interventi più complessi che vengono effettuati anche dalle strutture di proprietà pubblica (trapianti, neurochirurgia d'urgenza).

Fig.18 - Complessità delle prestazioni erogate: il peso medio della componente di diritto pubblico e della componente di diritto privato del SSN, 2024
Fonte: elaborazione Aiop su dati Agenas, 2024



Il dato quindi dipende anche dalla vocazione maggiormente generalista e meno specialistica delle strutture di diritto pubblico rispetto a quelle di diritto di privato.
Il dato nazionale si conferma – sia pur con distanze diverse tra pubblico e privato accreditato – in quasi tutte le Regioni, ad eccezione di Campania e Lazio (Tab.6).
Si può verificare come, accanto a contesti in cui le differenze di complessità della casistica trattata sono relativamente più elevate, ci siano Regioni in cui la differenza è molto più contenuta.
Ad esempio, in Valle d'Aosta l'unica struttura di diritto privato ha un peso medio che è il 62% più alto di quello dell'unica struttura di diritto pubblico; in Toscana e Molise la complessità media dei pazienti trattati dalla componente privata accreditata è il 40% più alta della complessità media nella componente pubblica; in Emilia-Romagna la differenza a favore del privato accreditato è del 35%.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Tab.6 - Complessità delle prestazioni erogate, per Regione: il peso medio della componente di diritto pubblico e della componente di diritto privato del SSN, 2024

Fonte: elaborazione Aiop su dati Agenas, 2024

	Strutture di diritto pubblico	Strutture di diritto privato	Confronto privato/pubblico
Valle d'Aosta	1,27	2,06	1,62
Toscana	1,43	2,01	1,40
Emilia-Romagna	1,34	1,81	1,35
Piemonte	1,48	1,80	1,22
Molise	1,26	1,76	1,40
Umbria	1,33	1,64	1,23
Lombardia	1,31	1,64	1,25
Veneto	1,41	1,58	1,12
P.A. di Trento	1,22	1,57	1,29
Marche	1,40	1,56	1,11
Sardegna	1,34	1,55	1,16
Puglia	1,30	1,50	1,15
Abruzzo	1,40	1,49	1,07
Sicilia	1,32	1,48	1,12
Friuli Venezia Giulia	1,30	1,42	1,09
Liguria	1,37	1,40	1,02
P.A. di Bolzano	1,16	1,39	1,19
Calabria	1,32	1,38	1,04
Campania	1,40	1,35	0,97
Lazio	1,42	1,35	0,95
Basilicata	1,28	N.A.	
Italia	**1,36**	**1,52**	**1,12**

La differenza di peso medio è invece minima in Liguria e in Calabria, dove sostanzialmente la complessità è simile tra le due componenti (Tab.6).

Con il calcolo dell'indice di *case-mix* invece, mettiamo a confronto la complessità media della casistica trattata dalle strutture di diritto pubblico da una parte e di quelle di diritto privato dall'altra con la casistica media dell'intero sistema ospedaliero nazionale (Fig.19).

Valori di *case-mix* superiori a 1 sono associati a una complessità più elevata rispetto alla media nazionale; valori inferiori a 1 sono associati a una complessità più ridotta rispetto al riferimento; valori uguali a 1 identificano una situazione di non differenza tra la casistica trattata dalle due componenti e quella media nazionale.

Le strutture pubbliche (0,97) trattano in media casi leggermente meno complessi rispetto allo standard, mentre le strutture private accreditate (1,09) trattano casi più complessi della media nazionale (Fig.19).

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Tab.7 - Complessità delle prestazioni erogate, per Regione: l'indice di case-mix della componente di diritto pubblico e della componente di diritto privato del SSN, 2024[14]

Fonte: elaborazione Aiop su dati Agenas, 2024

	Strutture di diritto pubblico	Strutture di diritto privato
Valle d'Aosta	0,90	1,47
Toscana	1,02	1,43
Emilia-Romagna	0,96	1,29
Piemonte	1,05	1,29
Molise	0,90	1,26
Umbria	0,95	1,17
Lombardia	0,93	1,17
Veneto	1,00	1,13
P.A. di Trento	0,87	1,12
Marche	1,00	1,11
Sardegna	0,95	1,10
Puglia	0,93	1,07
Abruzzo	1,00	1,07
Sicilia	0,94	1,06
Friuli Venezia Giulia	0,93	1,01
Liguria	0,98	1,00
P.A. di Bolzano	0,83	0,99
Calabria	0,94	0,98
Campania	1,00	0,97
Lazio	1,01	0,96
Basilicata	0,91	N.A.
Italia	**0,97**	**1,09**

La componente di diritto privato ha un *case-mix* circa il 12% più alto della componente di diritto pubblico. Si tratta di un dato piuttosto solido considerato che l'eventuale *bias* di codifica, in termini di eventuale ridotta propensione delle strutture di diritto privato alla registrazione delle complicanze e comorbidità (CC), influenzerebbe il confronto in senso penalizzante per il privato accreditato.

In Tab.7 è riportato il dato di *case-mix* a livello regionale, dove i pesi medi delle componenti di diritto pubblico e di diritto privato sono confrontati con il peso medio nazionale.

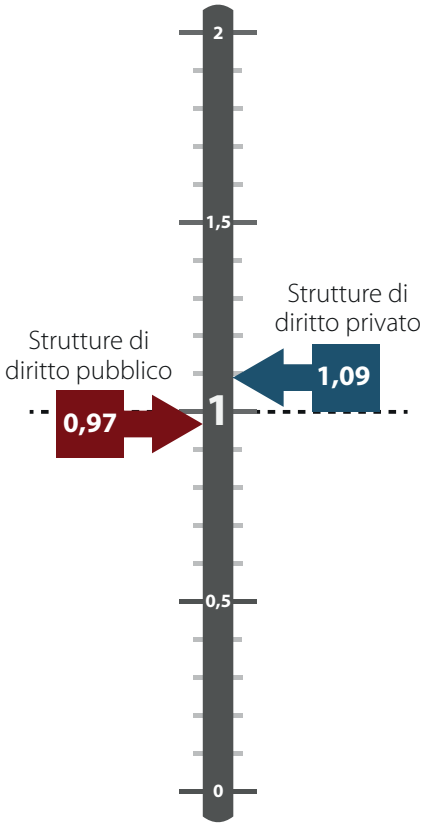
Le misure ci consentono di misurare le differenze regionali di complessità nell'ambito

[14] Il case-mix è qui calcolato considerando a denominatore il peso medio nazionale; diversamente, nelle Schede regionali abbiamo utilizzato il peso medio regionale, in modo tale da circoscrivere il confronto rispetto alla casistica trattata nella singola regione.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

della stessa componente. Ad esempio, le strutture di diritto privato in Toscana, rispetto a quelle in Lombardia, hanno una complessità del 12% più alta (1,43 / 1,17 = 1,12). Anche questa analisi deve essere letta alla luce delle diverse scelte di programmazione regionale che assegnano un ruolo preciso alle strutture di diritto privato, individuando *ex ante* le aree cliniche e le tipologie di prestazioni di loro pertinenza.

Fig.19 - Complessità delle prestazioni erogate: il case-mix della componente di diritto pubblico e della componente di diritto privato del SSN, 2024
Fonte: elaborazione Aiop su dati Agenas, 2024



Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

1.5 La qualità delle cure nel Servizio sanitario nazionale

1.5.1 - L'aderenza agli standard di qualità: il contributo delle strutture di diritto pubblico e delle strutture private accreditate

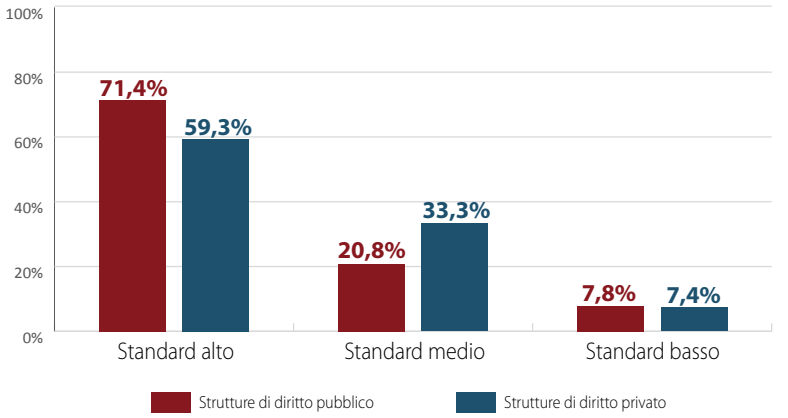
La quasi totalità delle strutture ospedaliere del SSN non è caratterizzata da un livello di qualità omogeneamente critico o omogeneamente positivo: non esistono ospedali d'eccellenza o ospedali inadeguati; esiste piuttosto – e si può misurare – l'aderenza a standard *evidence-based* rispetto al trattamento di specifiche condizioni cliniche e, utilizzando stime sintetiche, di determinate aree.

In questo paragrafo, utilizzeremo i risultati dell'ultima edizione del Programma Nazionale Esiti (PNE) per confrontare la componente di diritto pubblico e la componente di diritto privato del SSN rispetto agli indicatori di esito inclusi nel *Treemap*[15], verificandone il livello di aderenza agli standard di qualità identificati da Agenas.

In particolare, Agenas individua per ogni indicatore *Treemap* cinque classi distinte, corrispondenti ad altrettanti livelli di aderenza a standard di qualità. Gli standard di qualità sono a loro volta determinati sulla base dei riferimenti previsti nel DM 70/2015[16], delle evidenze scientifiche disponibili in letteratura o della distribuzione

Fig.20 - Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni – aderenza a standard di qualità: strutture di diritto pubblico vs strutture di diritto privato, 2024

Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas



[15] Il Treemap del Programma Nazionale Esiti (PNE) è uno strumento di valutazione sintetica della qualità dell'assistenza ospedaliera, articolata a livello di otto aree cliniche, misurate attraverso una selezione di indicatori core, individuati sulla base della rispettiva solidità e validità. L'analisi proposta considera i tassi/proporzioni aggiustati, ovvero calcolati tenendo conto della eterogenea distribuzione tra le strutture ospedaliere dei fattori confondenti (fattori di rischio e fattori protettivi rispetto all'esito). Sono quindi escluse da questa analisi tutte le strutture con una coorte inferiore alla soglia minima necessaria al calcolo dei valori standardizzati.

[16] Il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 è il regolamento italiano che definisce gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Fig.21 - PTCA entro 90 minuti in pazienti con infarto miocardico acuto STEMI – aderenza a standard di qualità – strutture di diritto pubblico vs strutture di diritto privato, 2024
Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas

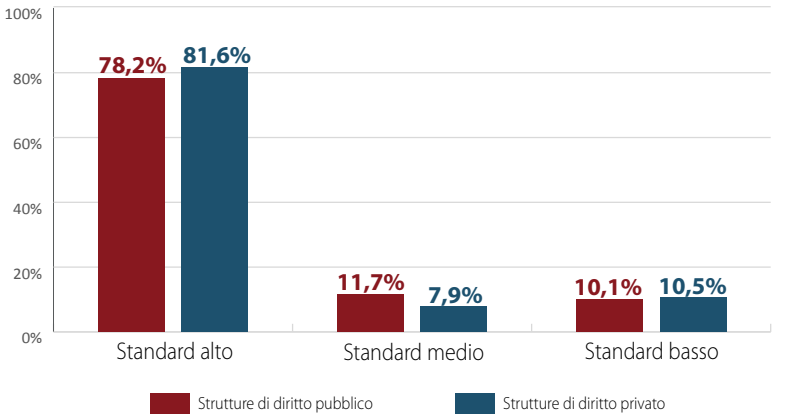
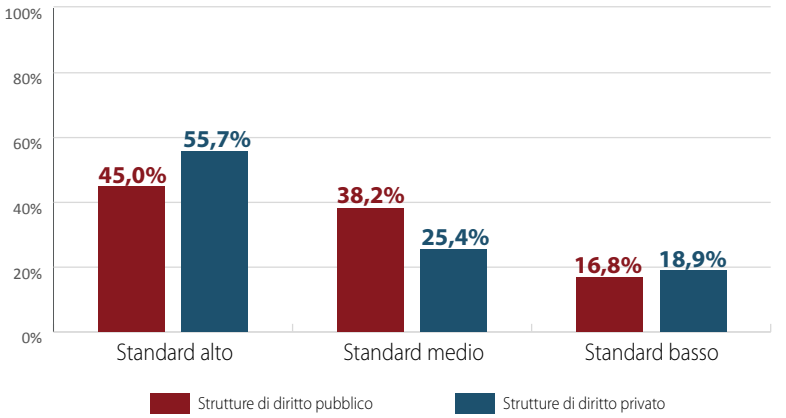


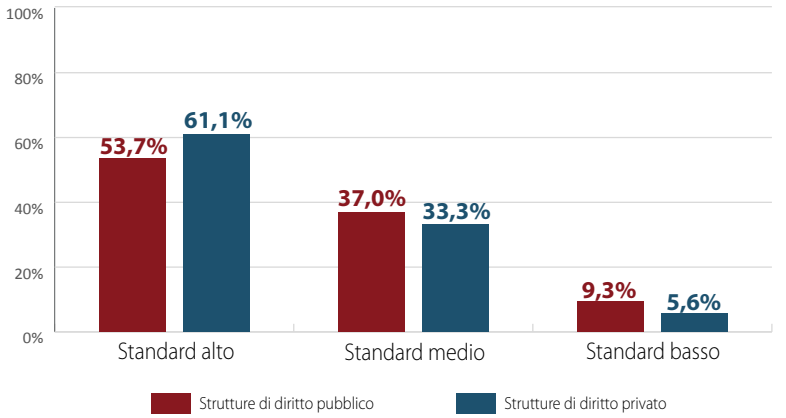
Fig.22 - Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni – aderenza a standard di qualità: strutture di diritto pubblico vs strutture di diritto privato, 2024
Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas



nazionale degli esiti. In questo studio si è preferito distinguere le strutture in tre classi di qualità: standard alto (che accorpa le classi identificate da Agenas con standard "alto" e "molto alto"), standard medio (identico a quello di Agenas) e standard basso (che accorpa le classi standard "basso" e "molto basso" di Agenas).
L'area cardiovascolare è quella valutata attraverso un maggior numero di indicatori. La mortalità a 30 giorni dopo infarto miocardico acuto (IMA) è considerata un indicatore valido e riproducibile dell'appropriatezza ed efficacia del processo diagno-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Fig.23 - Bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni – aderenza a standard di qualità: strutture di diritto pubblico vs strutture di diritto privato, 2024
Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas



stico-terapeutico che inizia con il ricovero (Fig.20). Tuttavia, ci sono elementi che intervengono prima dell'arrivo in ospedale e che possono condizionare l'esito, a partire dalla tempestività del 118 e dallo stesso quadro clinico che presenta il paziente, sulla base del quale di deve eseguire una stratificazione del rischio e assumere decisioni conseguenti (relative alla somministrazione dei farmaci, al trasporto o meno in ospedali con emodinamica, in funzione dell'ECG ecc.).
Per gli infarti con sovraslivellamento del tratto ST (STEMI), più precoci sono gli interventi di rivascolarizzazione, maggiore risulta il beneficio. In particolare, in pazienti con IMA- STEMI, l'angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) è considerata il trattamento di scelta quando può essere eseguita da personale esperto, in un laboratorio di emodinamica appropriato ed entro 90 minuti dal primo contatto con il Servizio sanitario nazionale (Fig.21). A causa della maggiore presenza di strutture di diritto pubblico destinate alla gestione dell'emergenza-urgenza e considerando l'alto numero di strutture private accreditate di dimensione ridotta, non dotate di pronto soccorso e di natura monospecialistica o comunque con *expertise* specifico, ci sono 54 strutture di diritto privato che trattano pazienti con IMA.
Nel trattamento dell'infarto, la quota di strutture con un livello inferiore allo standard minimo di qualità risulta sovrapponibile tra le due componenti, per entrambi gli indicatori considerati (Figg.20 e 21). Per l'indicatore di mortalità (Fig.20), tra le strutture di diritto pubblico la quota di ospedali con qualità più alta del riferimento è comparativamente maggiore che nel privato accreditato mentre, per l'indicatore che misura la tempestività di intervento, le strutture delle due componenti sono distribuite tra i tre livelli di qualità in maniera sostanzialmente analoga (Fig.21).

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Fig.24 - Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni – aderenza a standard di qualità: strutture di diritto pubblico vs strutture di diritto privato, 2024
Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas

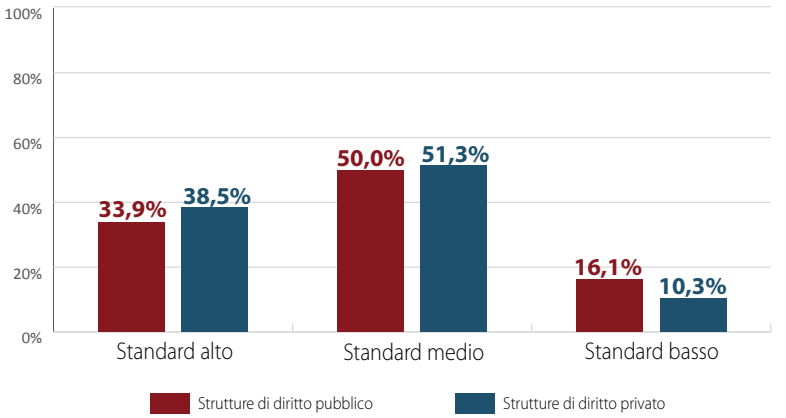
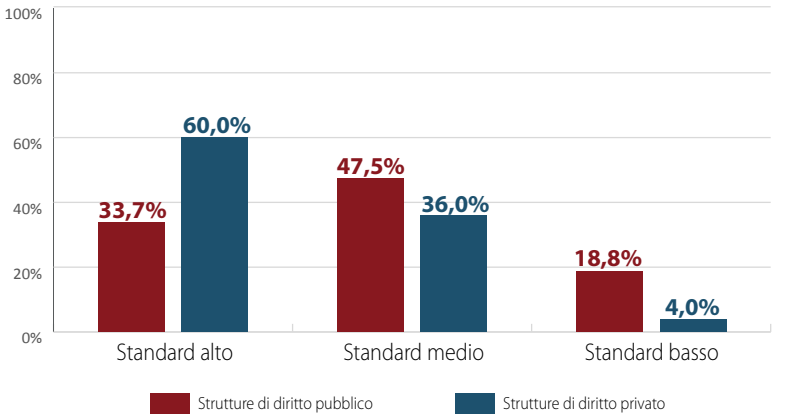


Fig.25 - Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni – aderenza a standard di qualità: strutture di diritto pubblico vs strutture di diritto privato, 2024
Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas



Simile al quadro della mortalità post-infarto è quello della mortalità a 30 giorni da un ricovero per scompenso cardiaco congestizio, con le strutture di diritto privato che sono proporzionalmente di più delle pubbliche nella classe di qualità alta (Fig.22).
Rispetto ai due indicatori di cardiochirurgia – la mortalità a 30 giorni da un intervento di *bypass* aortocoronarico (Fig.23) e da un intervento sulle valvole (Fig.24) – la componente di diritto privato presenta standard migliori, sia in termini di (proporzionalmente) più strutture con qualità alta sia in termini di meno strutture con qualità bassa.
L'ultimo indicatore *Treemap* dell'area cardiovascolare è quello che misura la mortalità

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Fig.26 - Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni – aderenza a standard di qualità: strutture di diritto pubblico vs strutture di diritto privato, 2024
Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas

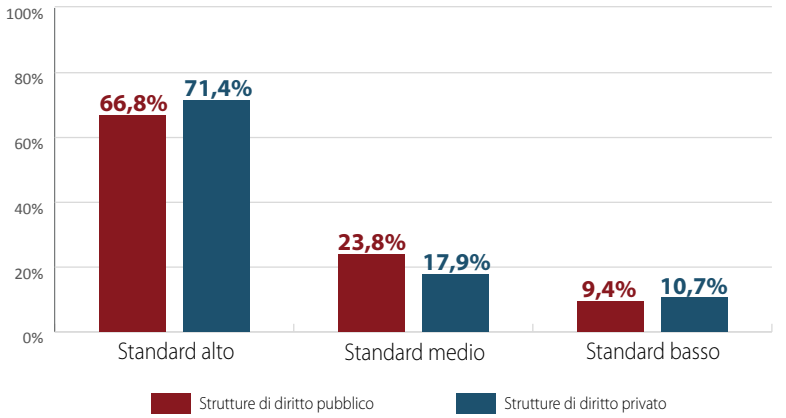
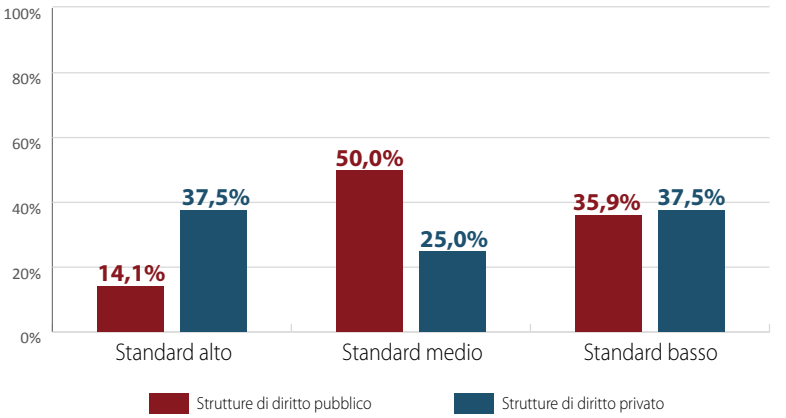


Fig.27 - Tumore cerebrale: mortalità a 30 giorni dopo intervento chirurgico – aderenza a standard di qualità: strutture di diritto pubblico vs strutture di diritto privato, 2024
Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas



a 30 giorni dopo un intervento di riparazione di aneurisma addominale non rotto dell'aorta addominale (Fig.25). In questo caso, presentano un livello alto di aderenza allo standard di qualità due strutture di diritto privato su tre, di contro a una struttura su tre di diritto pubblico; contestualmente, le strutture di qualità bassa sono il 19% circa delle pubbliche e il 4% delle private accreditate (Fig.25).
Entrambi gli indicatori relativi all'area del sistema nervoso (Figg.26 e 27) vedono una sostanziale sovrapposizione tra componente di diritto pubblico e componente di diritto privato nella proporzione di strutture substandard, con una quota molto alta di

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Fig.28 - BPCO riacutizzate: mortalità a 30 giorni – aderenza a standard di qualità: strutture di diritto pubblico vs strutture di diritto privato, 2024

Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas

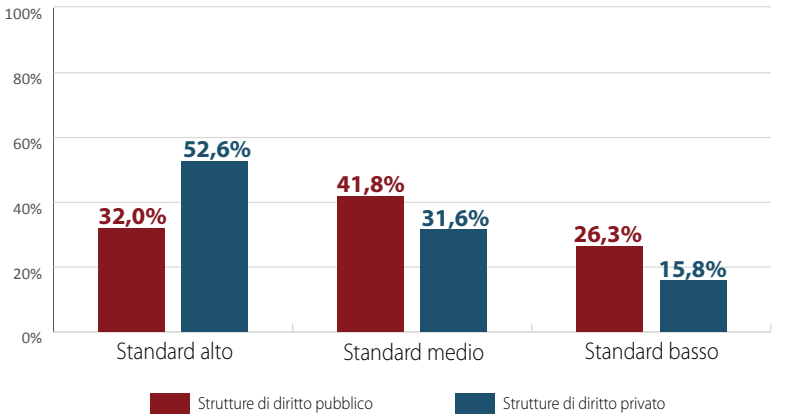
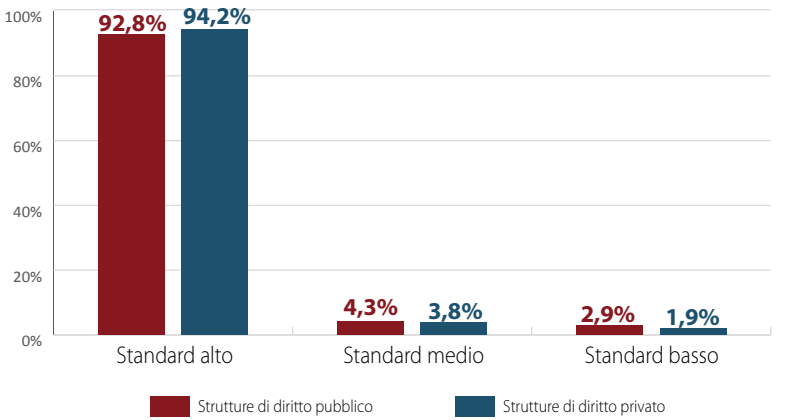


Fig.29 - Degenza postoperatoria dopo colecistectomia laparoscopica – aderenza a standard di qualità: strutture di diritto pubblico vs strutture di diritto privato, 2024

Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas

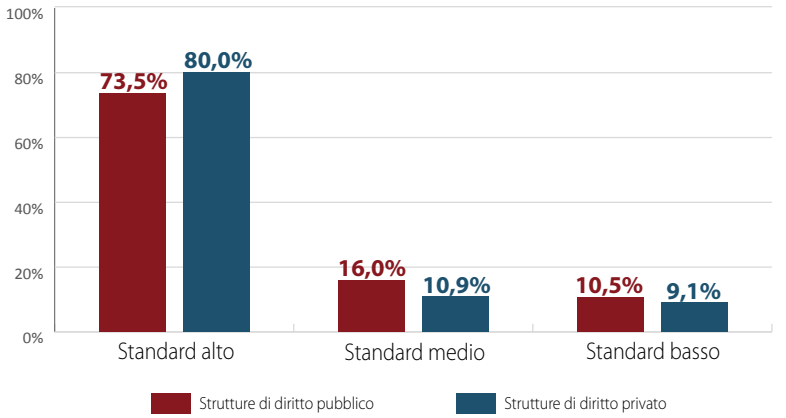


strutture non in linea con l'atteso per l'indicatore di chirurgica oncologica (Fig.27). L'area del sistema respiratorio è valutata attraverso un unico indicatore di esito: la mortalità a 30 giorni dal ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) riacutizzata, una delle cause più importanti di decesso e morbosità nei paesi industrializzati. Rispetto a questo indicatore, più della metà delle strutture private accreditate presenta un livello di qualità più alto dello standard di riferimento, di contro a una struttura su tre di diritto pubblico (Fig.28). Parallelamente, le strutture con un livello di qualità basso sono il 26% di quelle pubbliche e il 16% delle private accreditate.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Fig.30 - Reinterventi a 120 giorni per TM della mammella – aderenza a standard di qualità: strutture di diritto pubblico vs strutture di diritto privato, 2024

Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas



La presenza di calcoli nella colecisti, con eventuale concomitante colecistite, rappresenta un frequente motivo di trattamento chirurgico. La rimozione della colecisti può essere eseguita mediante un accesso mini-invasivo, attraverso la laparoscopia, oppure con la tecnica tradizionale a cielo aperto. Per i pazienti con calcolosi della colecisti non complicata, l'approccio laparoscopico costituisce attualmente il trattamento di riferimento. Per quanto riguarda gli esiti clinici, gli studi disponibili non hanno rilevato differenze significative tra le due tecniche né relativamente alla mortalità né in relazione all'insorgenza di complicanze. Il ricorso alla laparoscopia consente però generalmente un recupero più rapido: rispetto alla laparotomia, infatti, comporta una permanenza in ospedale e un periodo di convalescenza più brevi. Sulla base delle evidenze riportate in letteratura, dopo l'intervento di colecistectomia la degenza ospedaliera postoperatoria si colloca indicativamente nell'intervallo di 3-5 giorni.

La quasi totalità delle strutture pubbliche e delle strutture private accreditate (Fig.29) presentano una proporzione superiore alla soglia minima prevista dallo standard del DM 70/2015, senza sostanziali differenze tra le due componenti del Servizio sanitario nazionale.

La proporzione di interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella misura la necessità di re-intervenire chirurgicamente a seguito di una procedura di tipo conservativo. Le strutture di qualità bassa rispetto allo standard sono circa una su dieci in entrambe le componenti, mentre è lievemente più alta la quota di strutture private accreditate con livelli di qualità superiori all'atteso (Fig.30).

La proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Fig.31 - Interventi demolitivi per tumore invasivo della mammella contestuali alla ricostruzione o inserzione di espansore – aderenza a standard di qualità: strutture di diritto pubblico vs strutture di diritto privato, 2024
Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas

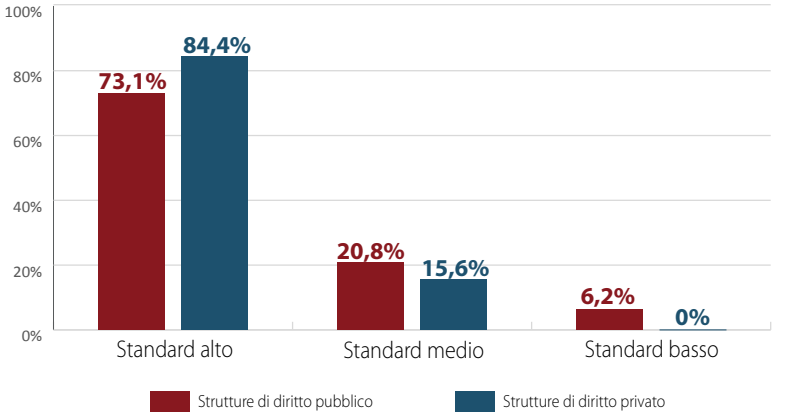
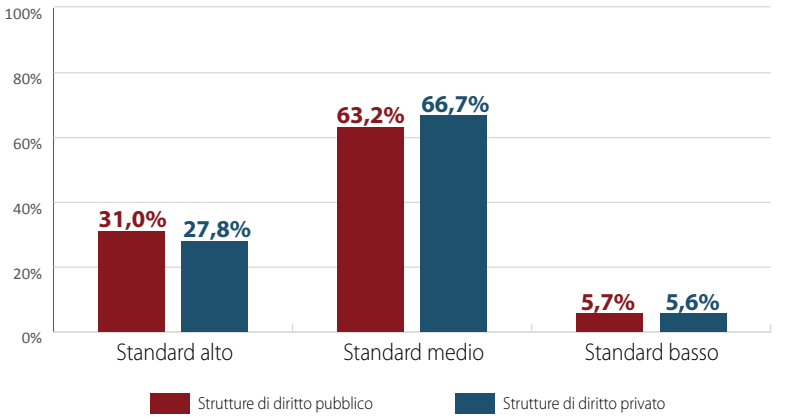


Fig.32 - Tumore maligno del polmone: mortalità a 30 giorni dopo intervento chirurgico – aderenza a standard di qualità: strutture di diritto pubblico vs strutture di diritto privato, 2024
Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas



indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella valuta invece il numero di interventi chirurgici nei quali la ricostruzione viene effettuata contestualmente all'intervento di mastectomia. Anche in questo caso (Fig.31) le strutture di diritto privato presentano proporzionalmente un livello superiore di aderenza agli standard qualitativi.

Per quanto riguarda gli indicatori che misurano la mortalità a 30 giorni dopo un intervento di chirurgia oncologica, per il tumore maligno del polmone (Fig.32) non si riscontrano sostanziali differenze in funzione della natura giuridica delle strutture,

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Fig.33 - Tumore maligno del colon: mortalità a 30 giorni dopo intervento chirurgico – aderenza a standard di qualità: strutture di diritto pubblico vs strutture di diritto privato, 2024
Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas

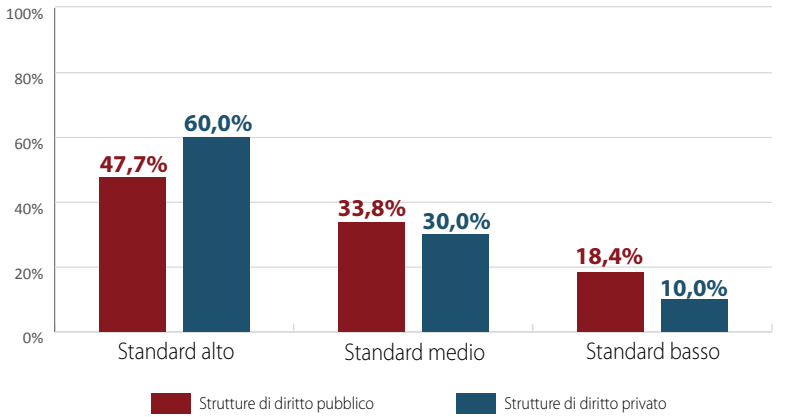
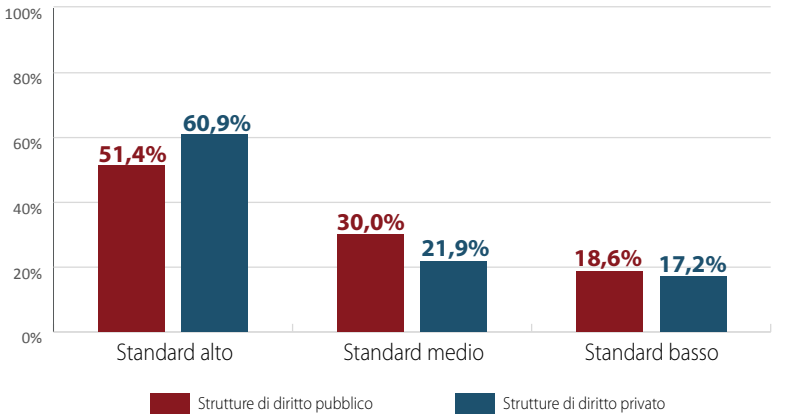


Fig.34 - Intervento chirurgico entro 48 ore dalla frattura del collo del femore – aderenza a standard di qualità: strutture di diritto pubblico vs strutture di diritto privato, 2024
Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas



mentre per il tumore maligno del colon le strutture private accreditate di qualità alta risultano proporzionalmente di più di quelle pubbliche (Fig.33).
Nell'area osteomuscolare sono valutati, per la traumatologia, la tempestività di intervento nelle fratture di femore (Fig.34) e, per l'attività programmata, le riammissioni dopo intervento per protesi di ginocchio (Fig.35) e di anca (Fig.36).
Secondo una consolidata letteratura scientifica, a lunghe attese per l'intervento per frattura di femore corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente e, di conseguenza, le raccomandazioni generali sono che l'operazione avvenga

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Fig.35 - Riammissioni a 30 giorni da intervento di protesi del ginocchio – aderenza a standard di qualità: strutture di diritto pubblico vs strutture di diritto privato, 2024

Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas

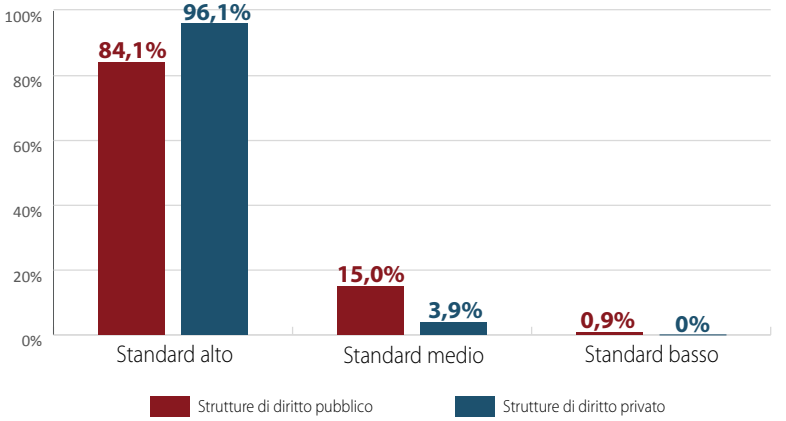
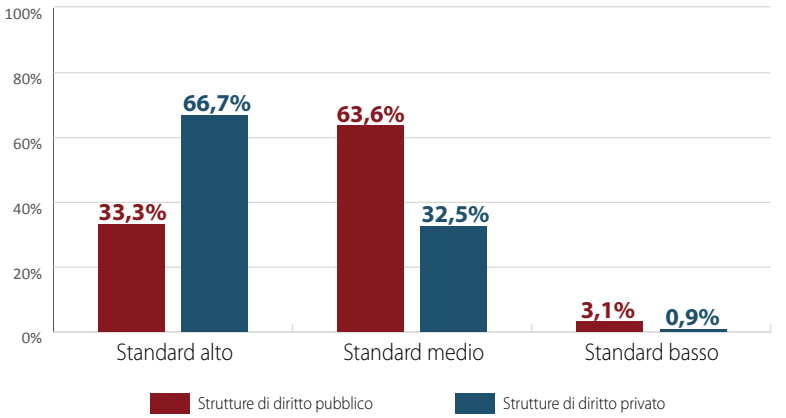


Fig.36 - Riammissioni a 30 giorni da intervento di protesi dell'anca – aderenza a standard di qualità: strutture di diritto pubblico vs strutture di diritto privato, 2024

Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas



entro 24-48 ore dall'ingresso in ospedale.

Così come per altri indicatori inclusi nell'analisi *Treemap*, per il trattamento della frattura del femore l'aderenza agli standard non risulta particolarmente difforme nel confronto tra strutture pubbliche e strutture private, salva una comparativamente più alta quota tra queste ultime di strutture con un alto standard di qualità (Fig.34).

Le riammissioni dopo 30 giorni da una dimissione ospedaliera dopo intervento di artroprotesi possono valutare la qualità della cura a breve termine.

Se si guarda alle strutture substandard, l'adesione agli standard di qualità è positiva:

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Fig.37 - Mortalità a 30 giorni per insufficienza renale cronica – aderenza a standard di qualità: strutture di diritto pubblico vs strutture di diritto privato, 2024

Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas

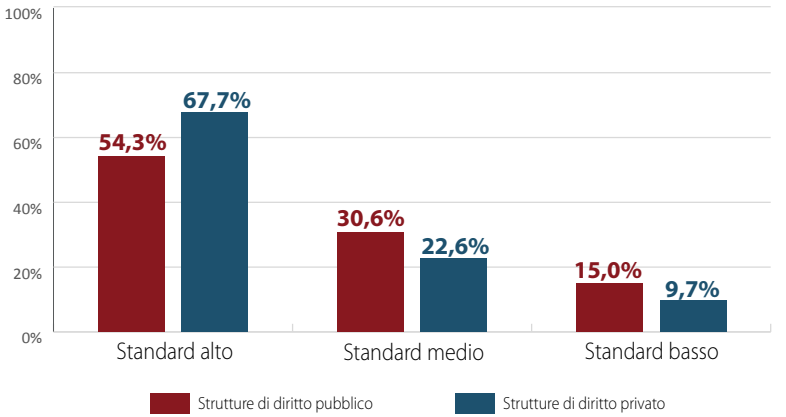
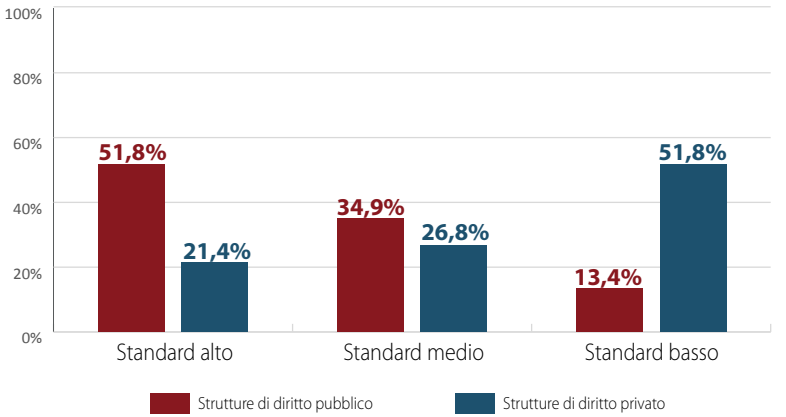


Fig.38 - Parti cesarei primari – aderenza a standard di qualità: strutture di diritto pubblico vs strutture di diritto privato, 2024

Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas



è estremamente esigua la quota di strutture sia pubbliche sia accreditate per le quali si registra un basso standard qualitativo (Figg.35 e 36).

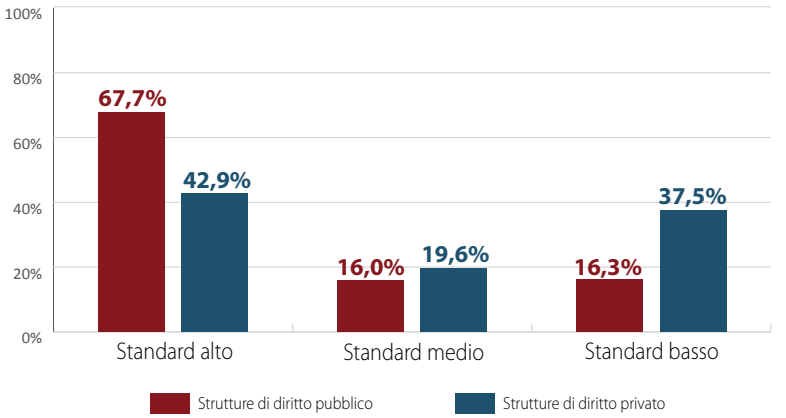
Analogamente ad altri indicatori, è maggiore la proporzione di strutture di qualità alta nella componente privata accreditata, mentre tra le strutture pubbliche c'è una proporzione maggiore di erogatori con standard medi di qualità (Figg.35 e 36).

Stesso discorso anche per l'indicatore di mortalità a 30 giorni per insufficienza renale cronica (Fig.37), con il 54% di strutture pubbliche e il 68% delle private con alti livelli di aderenza agli standard di qualità.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Fig.39 - Episiotomie in parti naturali – aderenza a standard di qualità: strutture di diritto pubblico vs strutture di diritto privato, 2024

Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas



Nell'area gravidanza e parto, viene soprattutto valutato (con accezione negativa) il ricorso al parto chirurgico per motivi non medici, misurato in termini di proporzione di parti cesarei primari superiori alle soglie massime previste in ambito internazionale e nazionale.

Il quadro in questo caso è molto diverso rispetto alle altre aree cliniche. Qui la proporzione di strutture al di sotto dello standard è molto più alta tra le strutture private accreditate che tra le strutture di diritto pubblico (Fig.38). La differenza non è attribuibile a questioni di remunerazione delle prestazioni, considerato che le tariffe del parto chirurgico sono uguali a quelle del parto naturale; i determinanti sono innanzitutto di natura culturale, attribuibili alle preferenze delle utenti e all'agilità organizzativa dei parti programmabili.

Per quanto riguarda il ricorso alle episiotomie di routine, le incisioni chirurgiche aumentano il rischio di perdita ematica post partum, di infezione e deiscenza della ferita, di risultati estetici insoddisfacenti e di lacerazioni perineali gravi nei parti successivi. La linea guida del NICE[17] e dell'OMS raccomandano di non praticare l'episiotomia di routine ma di ricorrervi solo in caso di necessità. La proporzione di strutture private accreditate substandard rappresenta il 37,5% della componente di diritto privato del SSN (Fig.39).

[17] Il National Institute for *Health and Care Excellence* (NICE) è l'agenzia inglese che, tra l'altro, valuta l'efficacia e il rapporto costo-efficacia degli interventi sanitari, elaborando raccomandazioni *evidence-based* per il settore sanitario e sociosanitario attraverso comitati indipendenti composti da professionisti e rappresentanti dei cittadini.

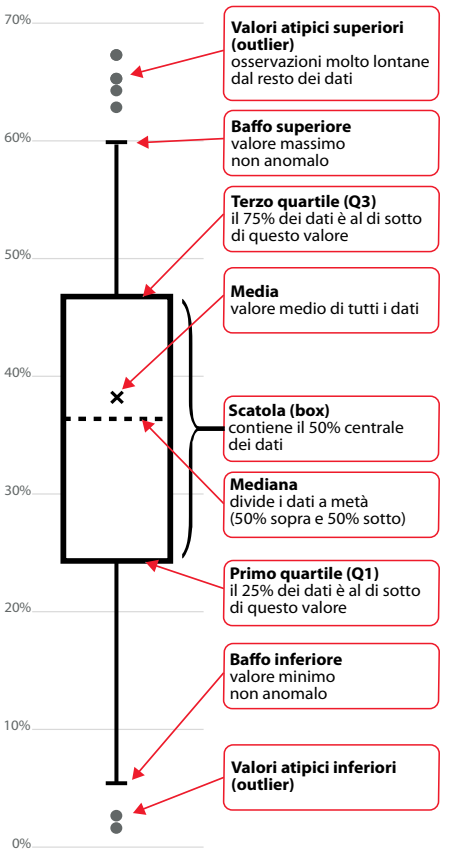
Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

1.5.2 - Gli esiti delle strutture pubbliche e delle strutture private accreditate a confronto e la variabilità interna

Un altro modo di osservare il contributo delle due componenti del SSN alla qualità complessiva del sistema salute è quello di verificare la distribuzione all'interno di ciascun comparto degli esiti ospedalieri. Sempre ricorrendo alla selezione degli indicatori di cui al *Treemap* del PNE, utilizzeremo, in questo paragrafo, i *boxplot* (o scatole a baffi) per rappresentare graficamente come si posizionano le strutture pubbliche e private accreditate rispetto ai valori medi e mediani.

Il dato più importante – che si conferma nell'analisi di tutti gli indicatori di esito – è quello della significativa eterogeneità tra le strutture ospedaliere negli esiti dei trattamenti e degli interventi ospedalieri. Si tratta di una variabilità che, come vedremo, prescinde completamente dalla natura giuridica degli erogatori.

COME LEGGERE UN BOXPLOT (SCATOLA A BAFFI)



Un boxplot riassume la distribuzione di un insieme di dati, mostrando i valori centrali, la variabilità e gli eventuali valori atipici (outlier).

La scatola (box) racchiude esattamente il 50% centrale dei dati, cioè le osservazioni comprese tra il primo quartile (Q1) e il terzo quartile (Q3). La sua altezza, chiamata intervallo interquartile (IQR), permette di valutare quanto sono dispersi i valori nella parte centrale della distribuzione.

Il 25% dei dati è al di sotto di Q1; il 75% dei dati è al di sotto di Q3.

L'altezza della scatola è utilizzata per valutare la variabilità dei dati senza farla dipendere troppo dai valori estremi. Un singolo valore molto alto o molto basso, infatti, può aumentare molto la distanza tra minimo e massimo, anche se la maggior parte della distribuzione rimane concentrata in un intervallo ristretto.

La mediana divide in due le osservazioni.

I baffi mostrano invece l'estensione dei dati al di fuori del 50% centrale, fino al valore più basso e più alto che non viene considerato insolitamente distante.

Gli outlier sono le osservazioni che si trovano oltre i baffi e che vengono rappresentate separatamente come valori particolarmente lontani dal resto della distribuzione. Un outlier non è necessariamente un errore: è semplicemente un'osservazione che si trova insolitamente lontana rispetto alla parte centrale dei dati.

I baffi non arrivano necessariamente fino al minimo e al massimo osservati. Si estendono fino alle osservazioni che si trovano entro 1,5 × IQR al di sotto di Q1 e al di sopra di Q3.

Le osservazioni che superano queste soglie vengono rappresentate come outlier.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

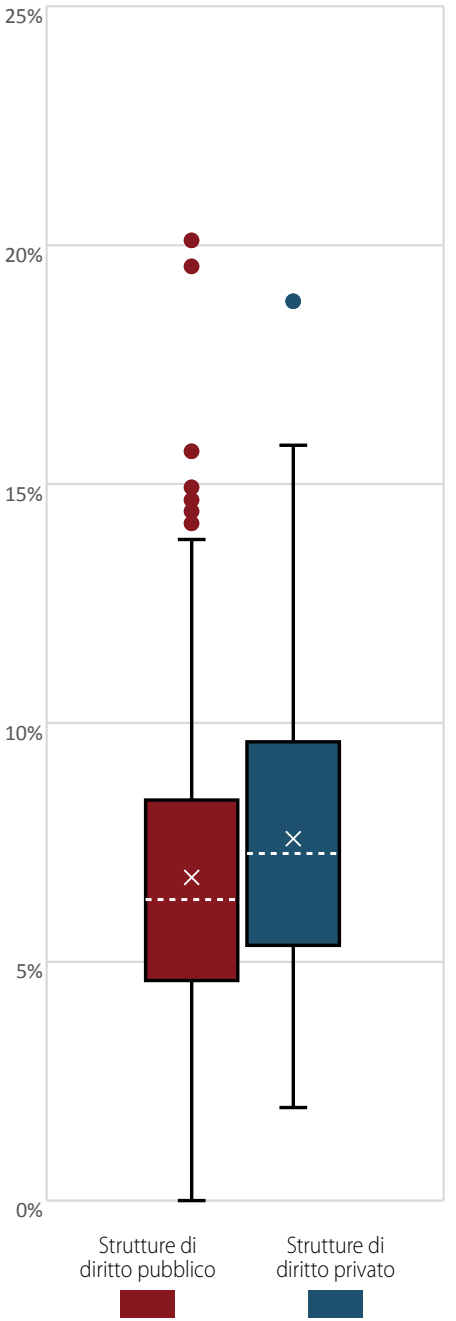


Fig.40 - Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni – distribuzione degli esiti delle strutture di diritto pubblico e delle strutture di diritto privato, 2024

Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas

Dal *boxplot* in Fig.40, la mortalità media a 30 giorni da un episodio di infarto miocardico acuto, è leggermente più alta nelle strutture di diritto privato (7,5%) che nelle strutture di diritto pubblico (6,7%).
Tra le strutture di diritto pubblico ci sono diversi *outlier*, ovvero strutture con valori di mortalità significativamente più alta rispetto al resto delle strutture, che possono essere spiegati con criticità relative alla qualità dell'assistenza erogata o alla qualità della codifica all'interno della SDO.
Si osserva come in entrambe le componenti la variabilità tra strutture sia importante: anche escludendo gli *outlier*, la mortalità nelle strutture di diritto pubbliche va da un minimo di 0 a un massimo di 13,8%, mentre nelle private accreditate il *range* è 1,9%-15,8%.
Trattandosi di mortalità, a valori più alti corrispondono esiti peggiori.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

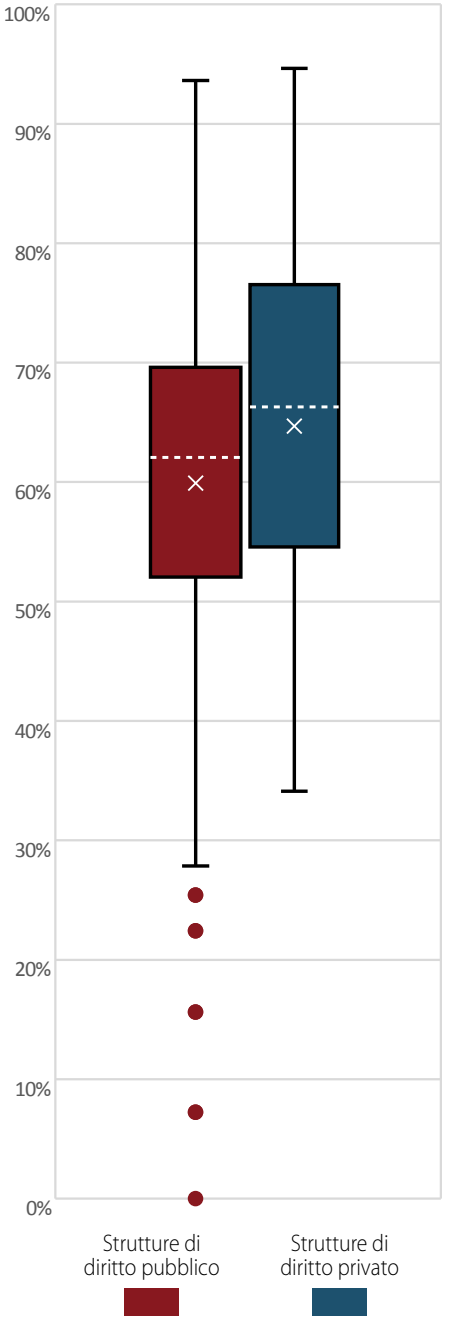


Fig.41 - PTCA entro 90 minuti in pazienti con infarto miocardico acuto STEMI – distribuzione degli esiti delle strutture di diritto pubblico e delle strutture di diritto privato, 2024
Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas

Quadro speculare per quanto riguarda la tempestività di intervento con angioplastica su pazienti in IMA-STEMI (Fig.41). In questo caso – dove i valori più alti corrispondono a *performance* migliori – le strutture private accreditate presentano una media e una mediana superiori rispetto a quelle delle strutture di diritto pubblico.
Così come per altre prestazioni, la componente di diritto pubblico presenta valori anomali che si discostano ampiamente dalla distribuzione generale.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

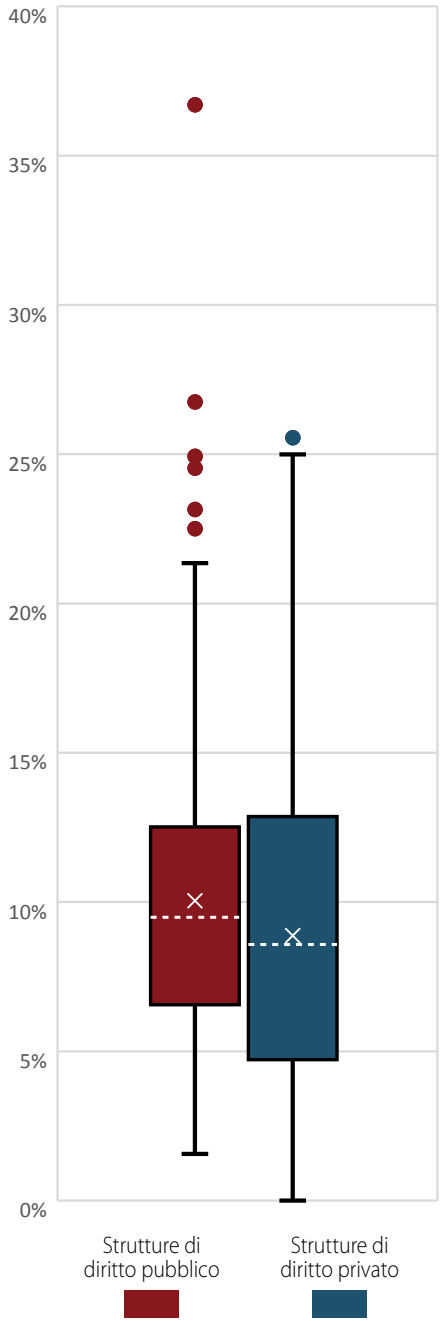


Fig.42 - Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni – distribuzione degli esiti delle strutture di diritto pubblico e delle strutture di diritto privato, 2024

Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas

Lo scompenso cardiaco congestizio (SCC), o insufficienza cardiaca, è una patologia cronica a carattere progressivo che costituisce una delle principali sfide per i sistemi sanitari, a causa della sua elevata diffusione, dell'importante carico di morbilità e mortalità e del considerevole impatto sull'assistenza sanitaria. Rappresenta generalmente l'esito evolutivo di diverse patologie cardiovascolari, tra cui l'ipertensione arteriosa, la cardiopatia ischemica e le malattie delle valvole cardiache. L'indicatore della mortalità a 30 giorni dal ricovero per scompenso cardiaco congestizio consente di valutare non solo i decessi avvenuti durante la degenza, ma anche quelli verificatisi entro il mese successivo al ricovero, includendo eventi potenzialmente prevenibili attraverso un'assistenza ospedaliera tempestiva ed efficace.

Nel trattamento dello scompenso, la componente di diritto privato presenta una mortalità a 30 giorni mediamente più bassa della componente pubblica (Fig.42). Si osserva una notevole variabilità tra strutture, con erogatori che registrano un tasso di mortalità superiore al 20% – difficilmente compatibile con la dinamica clinica della patologia – e una struttura privata accreditata con mortalità pari a zero.

Anche la metà centrale della distribuzione si caratterizza per una importante variabilità, soprattutto nella componente privata del SSN.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

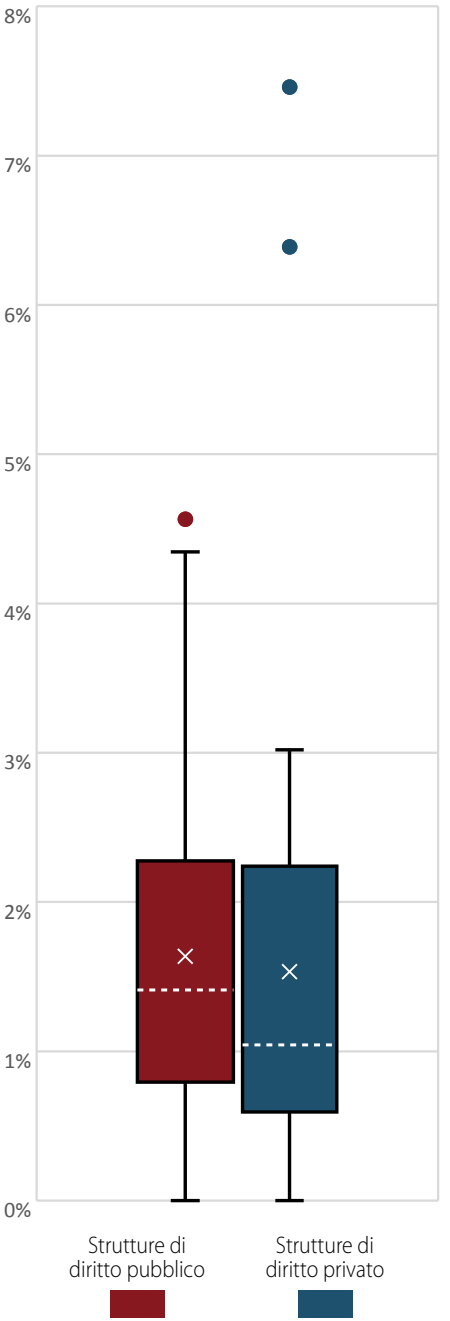


Fig.43 - Bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni – distribuzione degli esiti delle strutture di diritto pubblico e delle strutture di diritto privato, 2024

Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas

Il *bypass* aortocoronarico (BPAC) è un intervento di rivascolarizzazione miocardica che consente di ripristinare il flusso sanguigno al muscolo cardiaco mediante l'innesto di un segmento di vena o arteria, creando un percorso alternativo che aggira il tratto di coronaria ostruito o gravemente stenotico. La procedura è indicata nei pazienti con cardiopatia ischemica avanzata. Il BPAC è associato a un migliore beneficio in termini di sopravvivenza rispetto al solo trattamento medico nei pazienti con coronaropatia avanzata. Inoltre, nella maggior parte dei casi di malattia coronarica estesa, rappresenta l'opzione terapeutica preferibile rispetto all'angioplastica coronarica percutanea (PTCA).

La mortalità a 30 giorni dall'intervento di BPAC costituisce un importante indicatore della qualità dell'assistenza erogata dalle strutture di cardiochirurgia, poiché riflette l'esito complessivo del percorso assistenziale, comprendendo sia la fase ospedaliera sia quella successiva alla dimissione.

La mortalità a 30 giorni dopo intervento di *bypass* aortocoronarico è più contenuta nella componente di diritto privato del SSN (Fig.43). Se si osserva la mediana delle due distribuzioni, si può verificare come nella metà delle strutture private accreditate la mortalità sia più bassa del 1%. Il valore medio risente, invece, dei due *outlier*.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

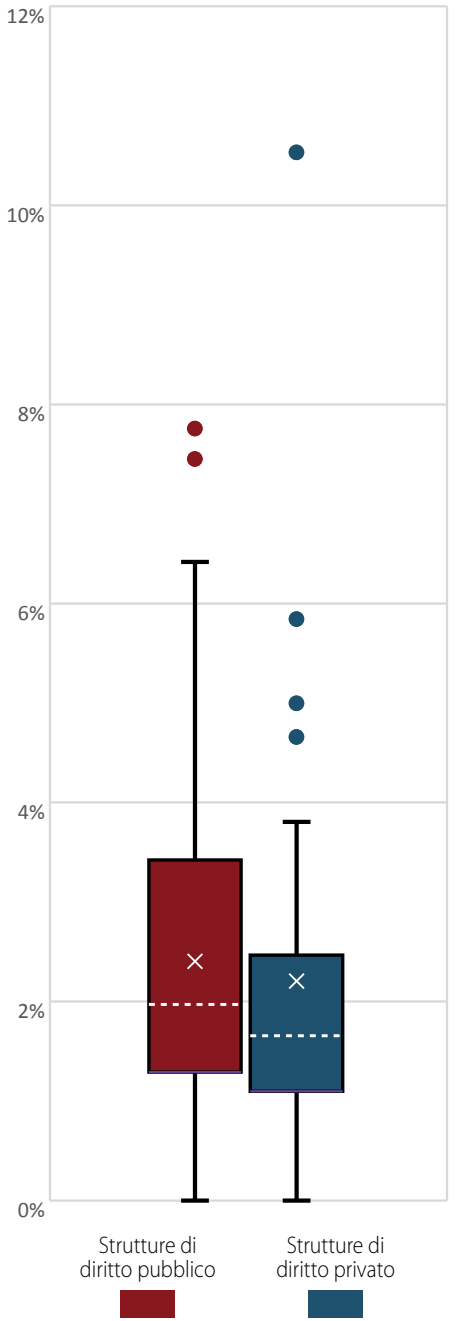


Fig.44 - Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni – distribuzione degli esiti delle strutture di diritto pubblico e delle strutture di diritto privato, 2024
Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas

La chirurgia delle valvole cardiache è indicata per il trattamento delle principali valvulopatie, in particolare stenosi e insufficienza valvolare, condizioni che rappresentano una causa rilevante di morbilità e mortalità cardiovascolare, soprattutto nella popolazione anziana. L'intervento può consistere nella riparazione o nella sostituzione della valvola con una protesi meccanica o biologica; in pazienti selezionati, la sostituzione può essere eseguita anche mediante approccio transcatetere. La mortalità a 30 giorni dall'intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache rappresenta un indicatore della qualità dell'assistenza erogata dalle strutture di cardiochirurgia, in quanto valuta gli esiti dell'intero percorso assistenziale, comprendendo sia la fase ospedaliera sia quella successiva alla dimissione. L'indicatore si riferisce agli interventi isolati, non associati a *bypass* aortocoronarico (BPAC), al fine di garantire confronti omogenei tra strutture.
Rispetto all'indicatore di mortalità a 30 giorni dopo intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache (Fig.44), la componente di diritto pubblico presenta una variabilità maggiore rispetto a quella di diritto privato. Al netto delle osservazioni estreme, le strutture accreditate mostrano valori medi e mediani lievemente inferiori e tutti gli esiti risultano al di sotto del 4%, valore indicato in letteratura come soglia massima.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

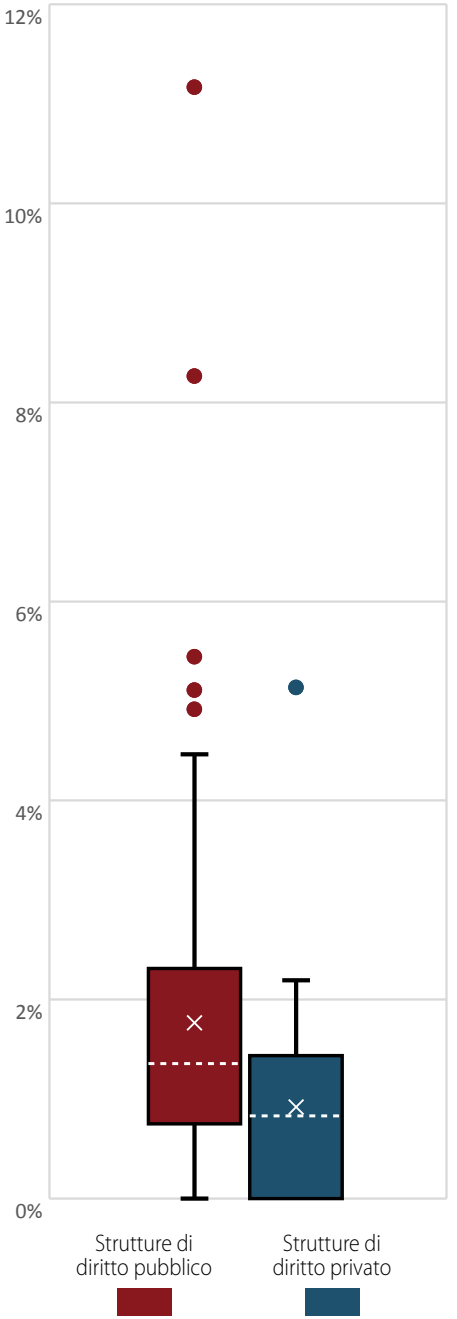


Fig.45 - Riparazione di aneurisma addominale non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni – distribuzione degli esiti delle strutture di diritto pubblico e delle strutture di diritto privato, 2024

Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas

L'aneurisma dell'aorta addominale (AAA) è una dilatazione patologica dell'aorta nella sua porzione addominale, la cui prevalenza aumenta con l'età. Colpisce circa il 5-10% delle persone tra i 65 e i 79 anni. La complicanza più grave è la rottura dell'aneurisma, evento associato a un'elevata mortalità. Il trattamento può essere effettuato mediante chirurgia a cielo aperto o riparazione endovascolare (EVAR), in relazione alle caratteristiche cliniche del paziente e dell'aneurisma.

La mortalità a 30 giorni dalla riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale si riferisce agli interventi eseguiti in elezione su aneurismi non rotti, sia con tecnica chirurgica tradizionale sia mediante approccio endovascolare.

La distribuzione più schiacciata verso il basso della componente di diritto privato del SSN per quanto riguarda il *boxplot* sulla mortalità a 30 giorni dopo riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale dà evidenza di esiti migliori per le strutture accreditate, quasi tutti sotto la soglia del 2% (Fig.45).

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

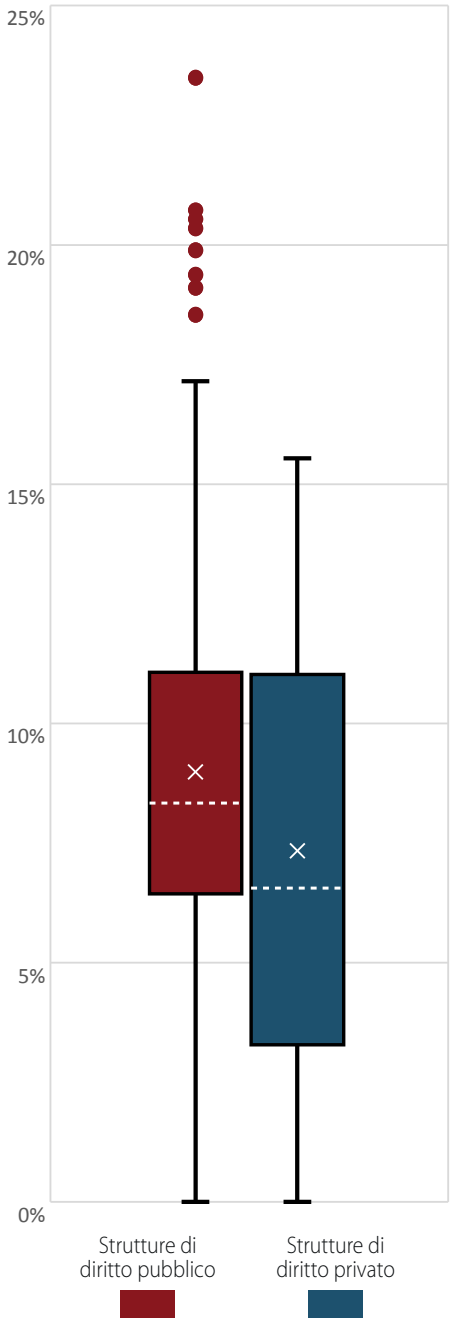


Fig.46 - Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni – aderenza a standard di qualità – distribuzione degli esiti delle strutture di diritto pubblico e delle strutture di diritto privato, 2024

Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas

L'ictus è una sindrome clinica caratterizzata dalla comparsa improvvisa di deficit neurologici focali o globali di origine vascolare, persistenti per oltre 24 ore o responsabili del decesso del paziente. Si distinguono due principali forme di ictus: quella ischemica, che rappresenta circa l'80-85% dei casi, e quella emorragica, che comprende l'emorragia intracerebrale e, più raramente, l'emorragia subaracnoidea. L'indicatore considerato in questo Rapporto si riferisce esclusivamente ai pazienti con ictus ischemico, escludendo le forme emorragiche, l'emorragia subaracnoidea e le altre emorragie intracraniche, caratterizzate da una prognosi significativamente peggiore. La gestione dell'ictus nella fase acuta richiede un intervento tempestivo e coinvolge il sistema dell'emergenza-urgenza, dal soccorso territoriale al pronto soccorso, con il successivo ricovero, preferibilmente in una *Stroke Unit*, dove vengono effettuati l'inquadramento diagnostico, il trattamento della fase acuta e il monitoraggio delle possibili complicanze. La mortalità dopo ictus ischemico (Fig.46) è, mediamente, di 8,9% nelle strutture di proprietà pubblica e di 7,3% nelle strutture accreditate. In entrambe le componenti si rileva una importante variabilità, spostata tuttavia verso esiti migliori per la componente privata. Anche se in entrambi i comparti la maggior parte delle strutture presenta un livello di mortalità basso o comunque non diverso dall'atteso – valori inferiori al 14% sono in linea con lo standard – la componente di diritto pubblico presenta alcuni dati anomali e suscettibili di approfondimento.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

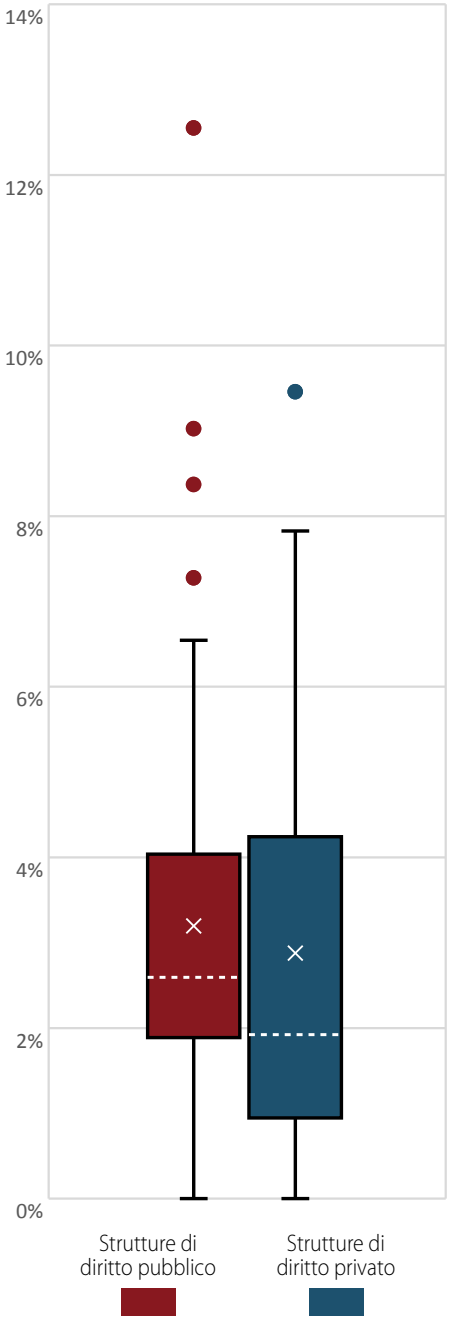


Fig.47 - Craniotomia per tumore cerebrale: mortalità a 30 giorni – aderenza a standard di qualità – distribuzione degli esiti delle strutture di diritto pubblico e delle strutture di diritto privato, 2024
Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas

L'indicatore di mortalità a 30 giorni dopo intervento di craniotomia per tumore cerebrale (Fig.47) consente di valutare il rischio operatorio dei pazienti con diagnosi di tumore cerebrale, sia benigno che maligno, sottoposti a intervento chirurgico di craniotomia, in termini di mortalità a 30 giorni. L'esito è misurato come mortalità durante l'intervento, durante la degenza post-operatoria o entro 30 giorni dall'intervento.
La mortalità media non è molto diversa tra le due componenti. Nella maggior parte delle strutture i decessi a 30 giorni sono inferiori al 4%.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

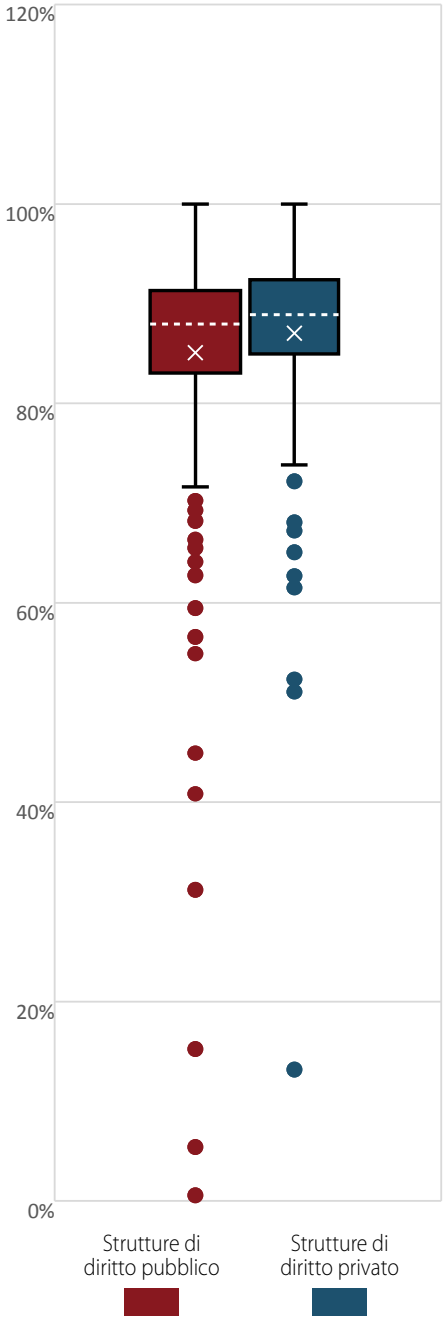


Fig.48 - Colecistectomia laparoscopica: percentuali di ricoveri con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni – aderenza a standard di qualità – distribuzione degli esiti delle strutture di diritto pubblico e delle strutture di diritto privato, 2024
Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas

La colelitiasi con o senza colecistite costituisce una importante causa di ricorso alla chirurgia addominale. Nei casi non complicati, la via laparoscopica è oggi considerata lo standard di riferimento nel trattamento della calcolosi della colecisti. La letteratura scientifica non evidenzia alcuna significativa differenza in mortalità o complicanze tra tecnica laparoscopica e laparotomica. La prima è tuttavia associata ad una degenza ospedaliera e ad una convalescenza significativamente più brevi rispetto all'intervento a cielo aperto e, parallelamente, quindi anche a minori complicanze dovute alla permanenza in ospedale. Anche in questo caso non c'è molta differenza tra comparto pubblico e comparto privato del SSN sia per i valori medi e mediani sia nel numero non irrilevante di *outlier* (Fig.48).

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

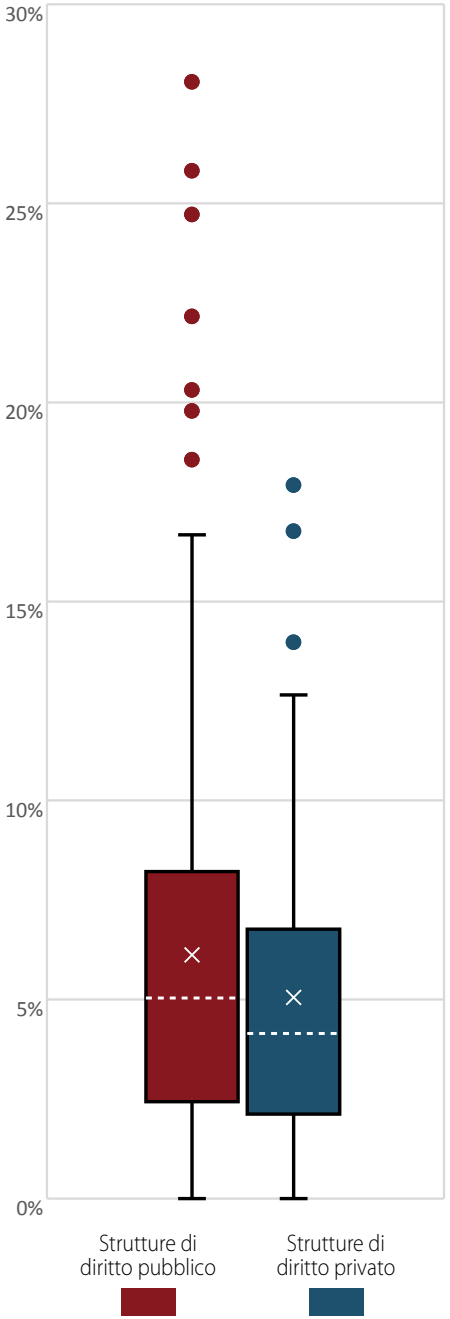


Fig.49 - Tumore maligno della mammella: percentuale di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo – aderenza a standard di qualità – distribuzione degli esiti delle strutture di diritto pubblico e delle strutture di diritto privato, 2024
Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas

In Fig.49 è rappresentata la necessità di re-intervenire chirurgicamente dopo un primo intervento conservativo per tumore maligno della mammella.
L'indicatore riflette l'accuratezza della pianificazione chirurgica, la capacità di rimuovere completamente il tumore al primo intervento e l'appropriatezza del percorso diagnostico preoperatorio.
Il re-intervento, oltre a comportare un maggiore stress psicologico per la paziente, determina un aumento del rischio chirurgico e anestesiologico e anche possibili ritardi nell'eventuale chemioterapia o radioterapia.
Valori più alti, quindi, corrispondono a *performance* cliniche peggiori.
Comparativamente, le strutture di diritto pubblico riportano valori medi e mediani più alti rispetto alle strutture di diritto privato.
Come altri indicatori di esito, rileva l'importante variabilità all'interno degli stessi comparti, con strutture con nessun re-intervento e strutture – soprattutto di diritto pubblico – con percentuali di nuovi interventi di resezione di molto superiori all'atteso.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

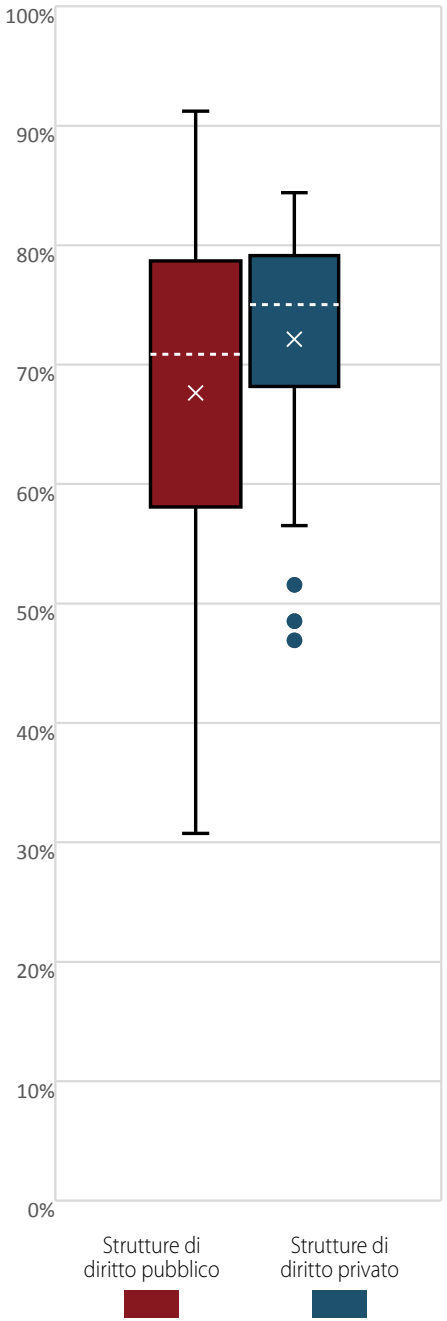
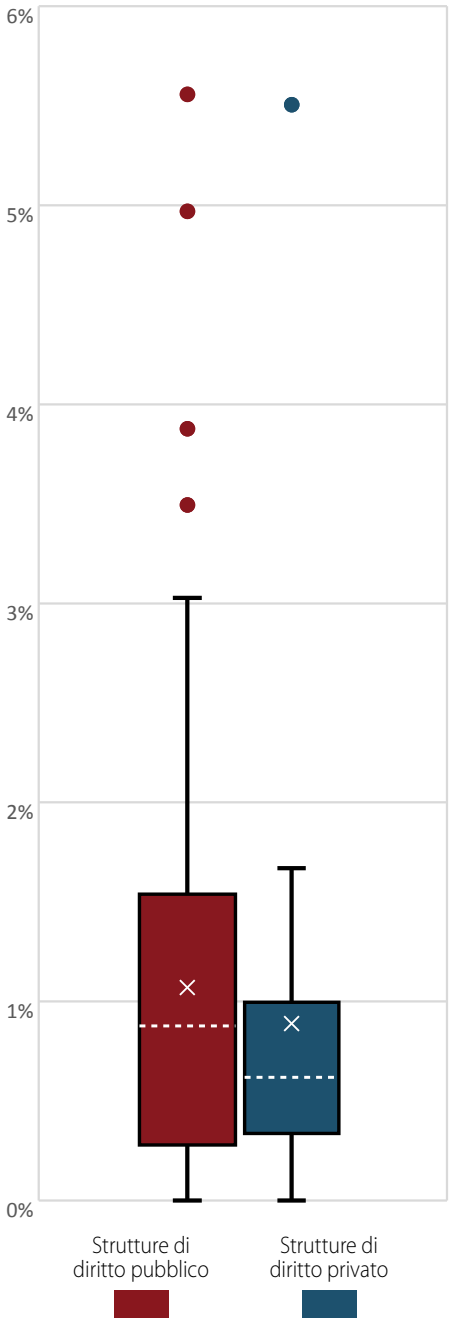


Fig.50 - Tumore maligno della mammella: proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella – aderenza a standard di qualità – distribuzione degli esiti delle strutture di diritto pubblico e delle strutture di diritto privato, 2024
Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas

Indicatore da leggere contestualmente a quello rappresentato in Fig.49, è quello che misura la pratica di ricostruzione contestuale all'intervento chirurgico demolitivo per tumore maligno della mammella (Fig.50). Anche in questo caso, l'obiettivo è rendere il percorso chirurgico meno gravoso per la paziente, limitando le conseguenze emotive e relazionali associate alla mastectomia, senza interferire con il trattamento oncologico previsto. La ricostruzione mammaria immediata può essere realizzata in un unico intervento oppure attraverso un percorso in due fasi. Nel primo caso, la ricostruzione viene eseguita contestualmente alla mastectomia, consentendo di evitare ulteriori interventi chirurgici e di conservare, quando le condizioni cliniche lo permettono, la maggior parte dell'involucro cutaneo della mammella e il complesso areola-capezzolo. Nel secondo caso, durante la mastectomia viene inserito un espansore tissutale temporaneo che, dopo un periodo di alcuni mesi, viene sostituito con una protesi definitiva. Le evidenze scientifiche disponibili dimostrano che la ricostruzione immediata, rispetto a quella differita – effettuata in un momento successivo mediante un nuovo ricovero ospedaliero – non determina effetti negativi sulla prognosi oncologica, non ostacola il monitoraggio di eventuali recidive locali e non compromette l'efficacia dei trattamenti

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373



adiuvanti, quali chemioterapia e radioterapia. Di conseguenza, non rende necessario posticipare l'avvio di tali terapie. Qui, i valori più alti corrispondono a *performance* migliori. Le strutture private accreditate riportano, nel loro complesso, una proporzione maggiore di interventi ricostruttivi contestuali a quelli demolitivi, mentre la componente di diritto pubblico ospita sia la struttura con la *performance* migliore sia la struttura con la *performance* peggiore.

Fig.51 - Tumore maligno del polmone: mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico – aderenza a standard di qualità – distribuzione degli esiti delle strutture di diritto pubblico e delle strutture di diritto privato, 2024

Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas

La chirurgia rappresenta il trattamento di riferimento per i tumori polmonari diagnosticati in fase non avanzata (fino allo stadio IIIA) e per i carcinomi non a piccole cellule confinati a un solo polmone. Per valutare gli esiti dell'assistenza, Agenas ha definito l'indicatore "mortalità a 30 giorni dall'intervento per tumore maligno del polmone" (Fig.51). L'esito considerato è il decesso verificatosi entro 30 giorni dalla procedura chirurgica, mentre l'esposizione è rappresentata dalla struttura ospedaliera presso cui il paziente è stato ricoverato. L'indicatore misura il rischio associato agli interventi di resezione polmonare nei pazienti affetti da tumore del polmone, includendo i decessi avvenuti durante l'operazione, nel periodo di degenza postoperatoria o entro i 30 giorni successivi all'intervento. A tassi più alti di mortalità corrispondono chiaramente *performance* peggiori.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

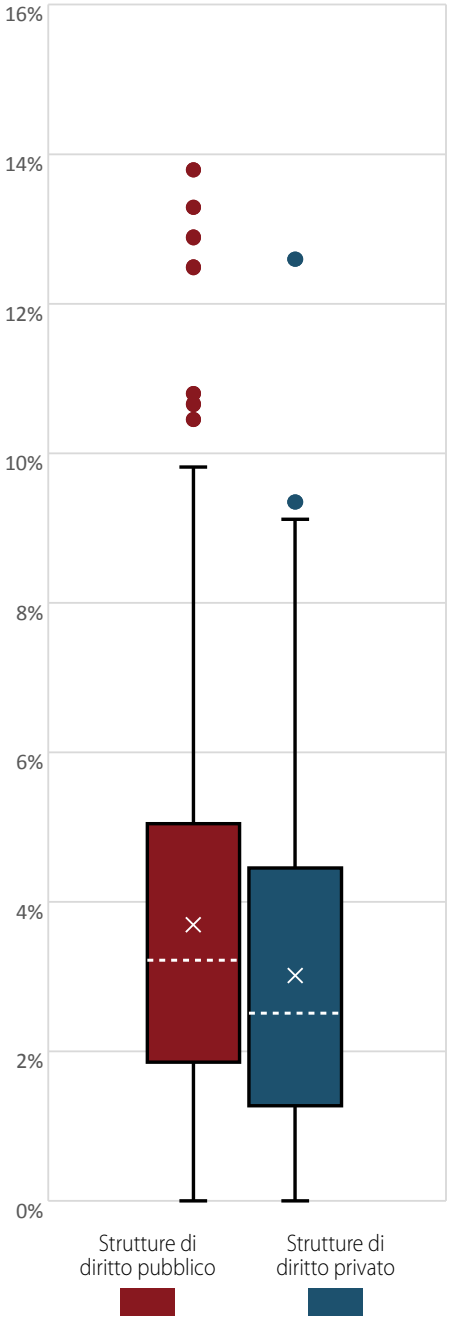


Fig.52 - Tumore maligno del colon: mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico – aderenza a standard di qualità – distribuzione degli esiti delle strutture di diritto pubblico e delle strutture di diritto privato, 2024

Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas

Il trattamento dei tumori del colon dipende dallo stadio al momento della diagnosi.

L'indicatore di mortalità consente di valutare il rischio operatorio dei pazienti con diagnosi di tumore maligno del colon sottoposti a intervento chirurgico di resezione. L'esito è misurato come mortalità durante l'intervento, durante la degenza postoperatoria o entro 30 giorni dall'intervento.

Come rappresentato in Fig.52, la variabilità sia all'interno della stessa componente – pubblica o privata accreditata – sia in generale tra strutture ospedaliere è piuttosto elevata. Si passa da zero decessi a una mortalità di 14% circa, con diversi *outlier* nella componente di diritto pubblico del SSN.

Trattandosi di mortalità, valori più alti indicano esiti peggiori.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

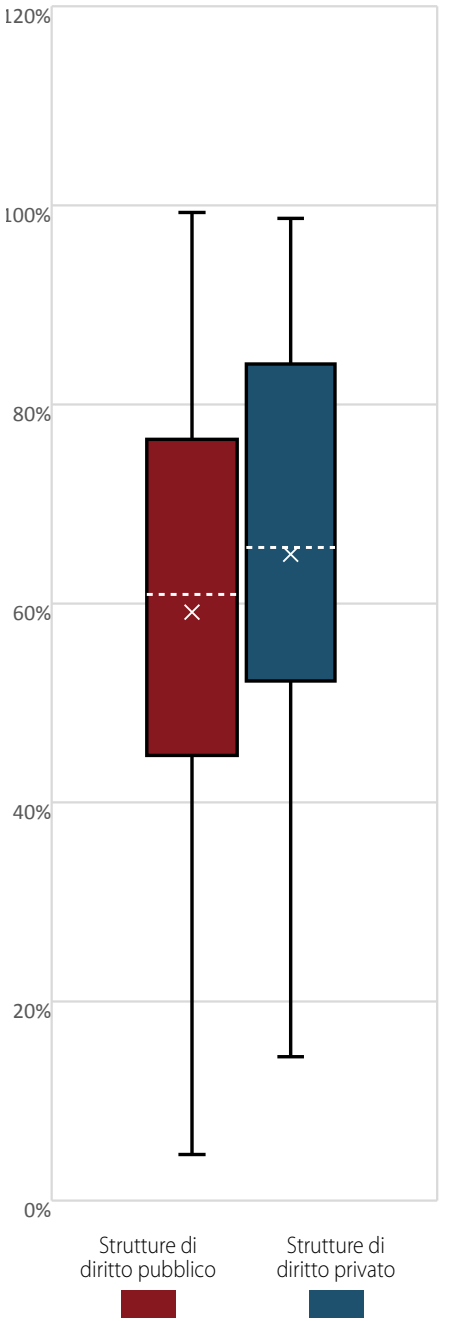


Fig.53 - Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero – aderenza a standard di qualità – distribuzione degli esiti delle strutture di diritto pubblico e delle strutture di diritto privato, 2024
Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas

Le fratture del collo del femore rappresentano una delle lesioni traumatiche più comuni nella popolazione over 65.
Nella maggior parte dei casi tali eventi sono correlati a patologie ossee croniche, in particolare all'osteoporosi, e derivano da traumi a bassa energia, come le cadute accidentali in ambito domestico.
Le principali linee guida internazionali indicano il trattamento chirurgico come approccio terapeutico di scelta. La tecnica da adottare viene definita in base alle caratteristiche della frattura e alle condizioni del paziente, potendo prevedere la riduzione e sintesi della frattura oppure la sostituzione protesica dell'articolazione.
Numerose evidenze scientifiche hanno dimostrato come il ritardo nell'esecuzione dell'intervento sia associato a un incremento del rischio di mortalità e a un peggioramento degli esiti funzionali. Per questo motivo, le raccomandazioni cliniche suggeriscono che l'intervento venga effettuato il più precocemente possibile, preferibilmente entro 24 ore dall'ammissione ospedaliera.
Il PNE di Agenas misura la percentuale di pazienti anziani sottoposti a intervento chirurgico entro 48 ore dal primo accesso ospedaliero.
In Fig.53, a valori più alti corrispondono *performance* migliori.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

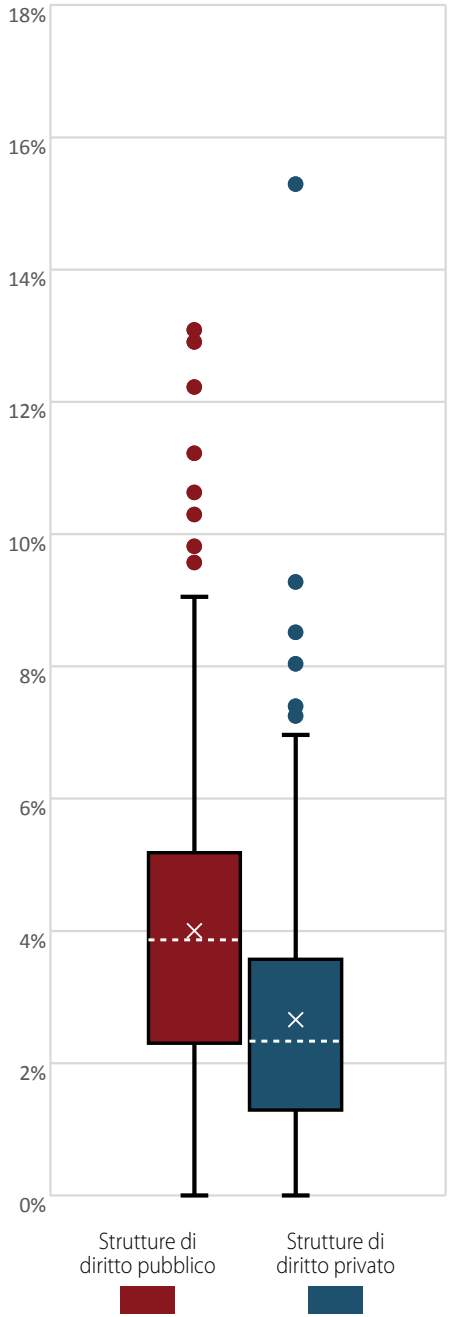


Fig.54 - Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni – aderenza a standard di qualità – distribuzione degli esiti delle strutture di diritto pubblico e delle strutture di diritto privato, 2024
Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas

Le patologie dell'apparato muscoloscheletrico interessano oltre la metà della popolazione con più di 65 anni e rappresentano una delle principali cause di limitazione funzionale e perdita dell'autonomia. In particolare, le malattie degenerative che colpiscono le articolazioni dell'anca e del ginocchio possono compromettere in modo significativo la qualità della vita. In questi casi, l'impianto di una protesi articolare costituisce un trattamento efficace, in grado di migliorare la funzionalità dell'articolazione e di ridurre, o in molti casi eliminare, il dolore associato alla patologia. In Italia vengono effettuati ogni anno circa 160.000 interventi di artroprotesi, un numero in costante crescita a causa dell'invecchiamento della popolazione e dell'aumento della domanda di cure ortopediche. Tale fenomeno riveste particolare importanza sia sotto il profilo della sicurezza dei pazienti sia per l'impatto economico sul sistema sanitario, considerando che oltre il 95% di questi interventi è finanziato dal Servizio sanitario nazionale. Tra gli indicatori utilizzati per valutare la qualità dell'assistenza vi è il tasso di riammissione ospedaliera entro 30 giorni dalla dimissione dopo intervento di artroprotesi (Figg.54 e 55). Questo parametro consente di misurare gli esiti dell'assistenza nel breve periodo. Rispetto alle riammissioni dopo artroprotesi all'anca, le strutture di diritto privato presentano comparativamente esiti significativamente migliori, anche se è accreditata la struttura con la percentuale più alta di riammissioni.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

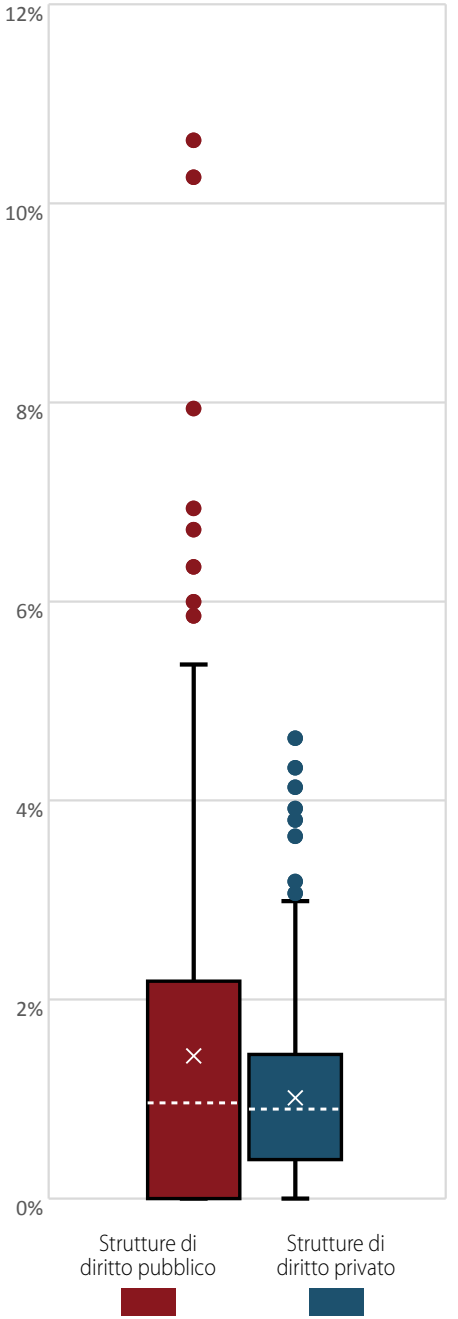


Fig.55 - Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni – aderenza a standard di qualità – distribuzione degli esiti delle strutture di diritto pubblico e delle strutture di diritto privato, 2024

Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas

Per quanto invece riguarda le riammissioni dopo ricovero per artroprotesi del ginocchio (Fig.55), le mediane delle due distribuzioni sono sovrapponibili.

Per entrambi gli indicatori di protesica (Figg.54 e 55) valori superiori al 9% sono considerati di bassa qualità, condizione che si registra – salvo che per due strutture di diritto pubblico (Fig.55) – esclusivamente per le riammissioni dopo intervento di protesi dell'anca (Fig.54).

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

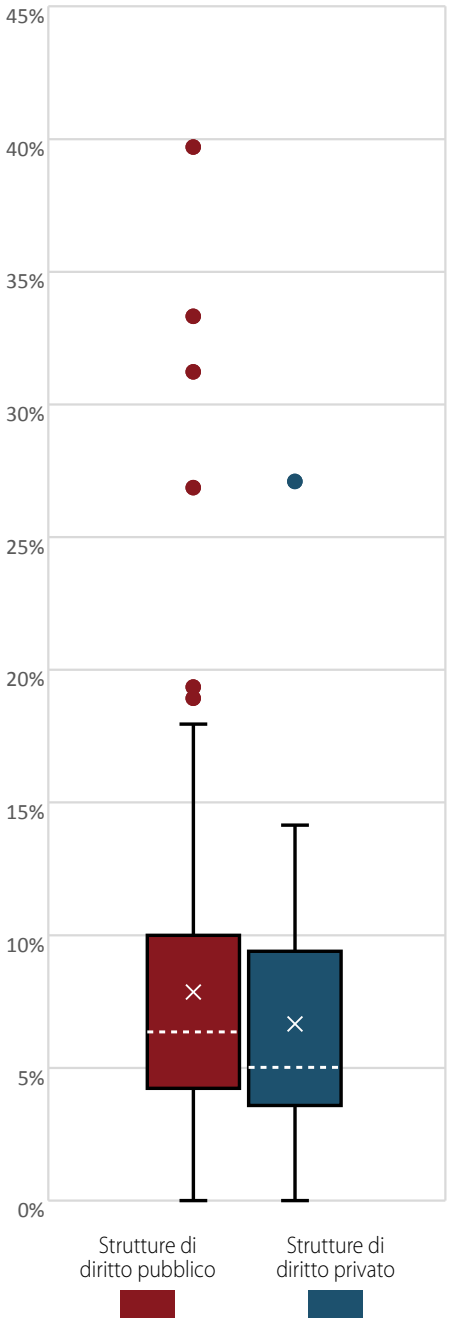


Fig.56 - Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni – aderenza a standard di qualità – distribuzione degli esiti delle strutture di diritto pubblico e delle strutture di diritto privato, 2024
Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas

L'indicatore che misura la mortalità a 30 giorni da un ricovero per insufficienza renale cronica conferma lo scenario di importante eterogeneità tra strutture ospedaliere (Fig.56).
Parliamo in particolare di 57 strutture di diritto pubblico e 15 di diritto privato che hanno valori inferiori al 5% e di 31 strutture pubbliche e di 3 strutture private accreditate con una mortalità superiore alla soglia critica del 12%.
Una mortalità elevata può indicare criticità nella gestione clinica dell'episodio acuto, nella tempestività delle cure, nella gestione delle complicanze o nella continuità assistenziale.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

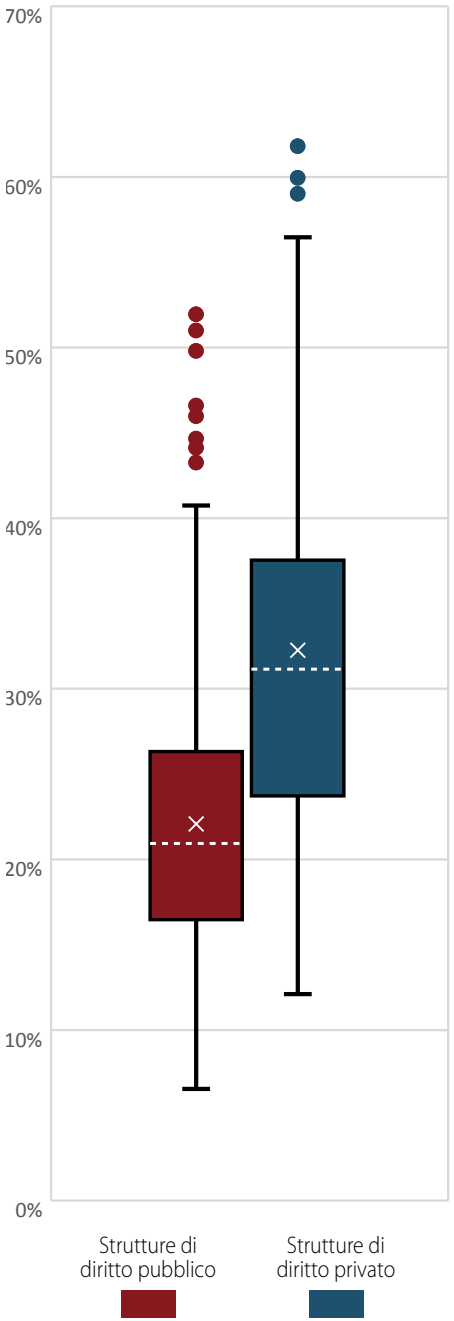


Fig.57 - Parti cesarei primari: proporzioni aderenza a standard di qualità – distribuzione degli esiti delle strutture di diritto pubblico e delle strutture di diritto privato, 2024
Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas

Rispetto all'area gravidanza e parto, nel PNE si valuta soprattutto la capacità della rete ospedaliera di contenere il ricorso al parto chirurgico per motivi non medici, sia ridimensionando il ricorso al taglio cesareo in donne senza pregresso parto chirurgico (Fig.57) sia promuovendo il parto naturale in donne con precedente cesareo (Fig.58), tutte le volte in cui non emergono indicazioni al parto chirurgico per specifiche condizioni attribuibili alla madre o al feto.
Rispetto a una media nazionale di 22,19%, la variabilità tra strutture – soprattutto di diritto privato – risulta essere molto importante. Queste ultime riportano sia una media sia una mediana significativamente superiori ai corrispondenti valori della componente di diritto pubblico del SSN.
L'OMS già da molti anni ha individuato nel 25% e nel 15% – rispettivamente per i punti nascita con più di 1000 e meno di 1000 parti l'anno – la soglia massima di ricorso al parto chirurgico.
In Fig.57 è evidente come ci siano strutture con percentuali di tagli cesarei primari – ovvero di cesarei effettuati in donne senza un pregresso parto cesareo – difficilmente giustificabili nella pratica clinica, anche tenuto conto che gli esiti del PNE considerano l'eterogenea distribuzione tra punti nascita delle condizioni di rischio sia della madre sia del feto.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

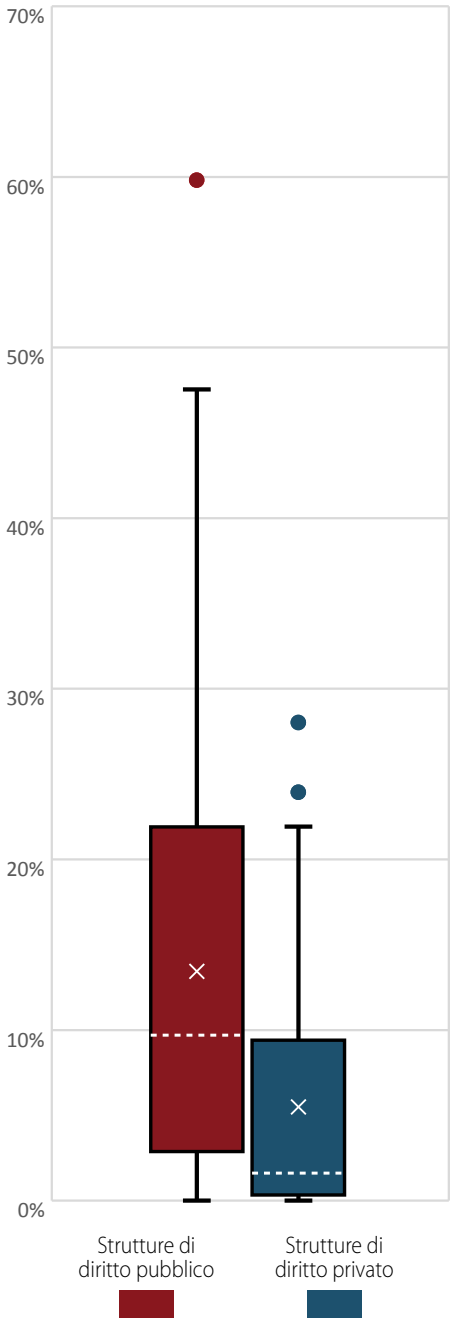


Fig.58 - Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo – aderenza a standard di qualità – distribuzione degli esiti delle strutture di diritto pubblico e delle strutture di diritto privato, 2024

Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas

Per l'indicatore che misura la proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo (VBAC), gli esiti delle strutture pubbliche sono nel complesso migliori di quelli delle strutture private accreditate. Tre quarti delle strutture accreditate hanno percentuali inferiori al 10% (Fig.58).

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

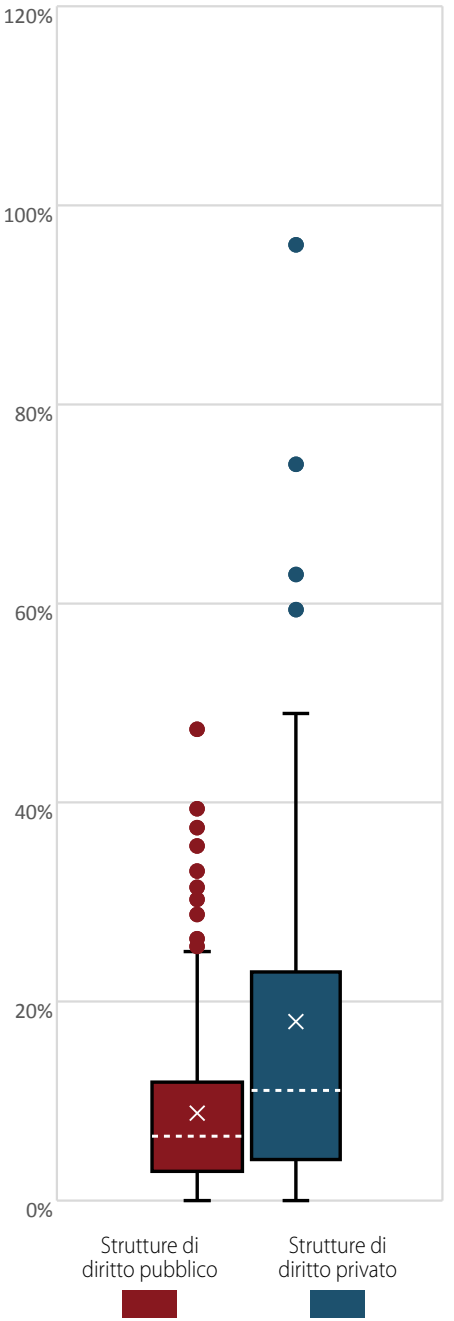


Fig.59 - Proporzione di episiotomie in parti vaginali – aderenza a standard di qualità – distribuzione degli esiti delle strutture di diritto pubblico e delle strutture di diritto privato, 2024
Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas

La proporzione di episiotomie nei parti vaginali (Fig.59) è comunemente utilizzata come indicatore di appropriatezza dell'assistenza ostetrica. Le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dell'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) raccomandano infatti un uso restrittivo dell'episiotomia, scoraggiandone l'impiego routinario e riservandola ai casi con specifiche indicazioni cliniche.
In Italia, si è assistito nel tempo a una notevole riduzione delle episiotomie e si è passati da una percentuale di quasi il 25% nel 2015 a quella del 9% nel 2024. Come per gli altri indicatori dell'area perinatale, la distribuzione degli esiti per le due componenti denota un più alto livello di aderenza agli standard di qualità per le strutture di diritto pubblico.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

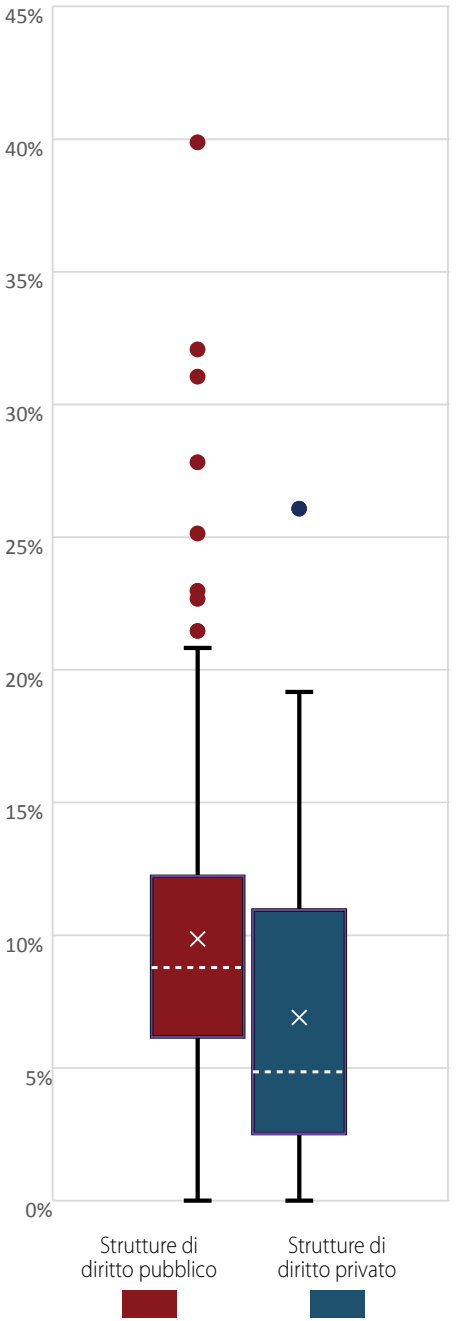


Fig.60 - BPCO riacutizzata – mortalità a 30 giorni – aderenza a standard di qualità – distribuzione degli esiti delle strutture di diritto pubblico e delle strutture di diritto privato, 2024
Fonte: elaborazione Aiop su dati PNE 2025, Agenas

La BPCO è ritenuta attualmente la terza causa di morte nel mondo e le riacutizzazioni della malattia sono associate ad un aumento delle ospedalizzazioni e della mortalità.
Le strutture private accreditate del SSN riportano valori medi e mediani di mortalità a 30 giorni dal ricovero per BPCO riacutizzata significativamente migliori di quelli delle strutture di diritto pubblico. In particolare la mortalità media delle strutture pubbliche è superiore alla media nazionale del 9,14%, mentre quella delle strutture private accreditate è del 6,9%.

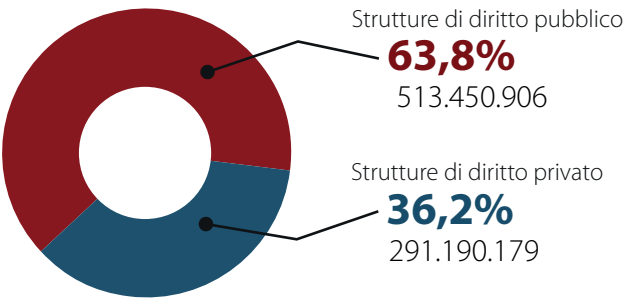
Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

2.
L' assistenza ambulatoriale nel Servizio sanitario nazionale

2.1 Il contributo delle strutture pubbliche e delle strutture private accreditate in termini di prestazioni ambulatoriali

Nell'ambito del SSN vengono offerte più di 800 milioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale, di cui circa 513 milioni (pari al 64% del totale) erogate da strutture di diritto pubblico e oltre 290 milioni (pari al 36%) garantite da strutture di diritto privato (Fig.61 e Tab.8).
L'assistenza ambulatoriale è costituita dall'insieme delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche erogate da medici specialisti sia negli ambulatori e nei laboratori territoriali sia in quelli ospedalieri (al di fuori del regime di ricovero), tanto pubblici quanto privati accreditati.
I servizi ambulatoriali si articolano, da una parte, in attività di diagnostica strumentale

Fig.61 - Attività ambulatoriale SSN: prestazioni in strutture di diritto pubblico e prestazioni in strutture di diritto privato (composizione percentuale), 2023
Fonte: elaborazione Aiop su dati Agenas 2024



Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Tab.8 - Attività ambulatoriale SSN per branca: prestazioni in strutture di diritto pubblico e prestazioni in strutture di diritto privato (valori assoluti e composizione percentuale), 2023

Fonte: elaborazione Aiop su dati Agenas 2024

	Strutture di diritto pubblico		Strutture di diritto privato		Totale SSN
	Numero prestazioni	% prestazioni	Numero prestazioni	% prestazioni	Numero prestazioni
Visite	47.548.012	83,2%	9.574.337	16,8%	57.122.349
Laboratorio	390.797.259	64,2%	218.074.216	35,8%	608.871.475
Diagnostica	37.985.790	57,8%	27.679.814	42,2%	65.665.604
Terapie	25.401.050	68,6%	11.646.774	31,4%	37.047.824
Altro	11.718.795	32,6%	24.215.038	67,4%	35.933.833
Totale	**513.450.906**	**63,8%**	**291.190.179**	**36,2%**	**804.641.085**

(RX, TAC, RM ecc.) e in esami da laboratorio (chimica clinica, istologia patologica ecc.), dall'altra in visite specialistiche, terapie (radioterapia, chirurgia minore ecc.) e prestazioni riabilitative (rieducazione motoria, cardiorespiratoria ecc.).

Le strutture accreditate sono più diffuse di quelle di natura giuridica pubblica: nel 2023 si registrano circa 6,2 ambulatori e laboratori di proprietà pubblica contro i 9,2 di proprietà privata, ogni 100 mila abitanti[18].

Rispetto al 2014 aumenta la presenza sul territorio di entrambe le componenti, anche se l'incremento minore si registra nel comparto pubblico (+2,5% vs +3,7%)[19].

È tuttavia fondamentale considerare che tra i centri accreditati ci sono numerosi ambulatori di piccole dimensioni che, nel confronto con quelli ospedalieri, sono singolarmente in grado di rispondere a una domanda relativamente più bassa di prestazioni.

Nella categoria residuale sono state ricomprese le prestazioni ambulatoriali riabilitative, i PAC e gli APA[20].

Nel complesso le strutture accreditate erogano più di una prestazione ambulatoriale su tre del Servizio sanitario nazionale (Fig.61): considerando le branche principali, il privato accreditato copre il 17% delle visite specialistiche, il 36% dell'attività di laboratorio, il 42% della diagnostica e il 31% dell'attività terapeutica (Tab.8 e Fig.62).

Nell'analisi per Regione, la composizione dell'offerta ambulatoriale è estremamente

18 Ministero della Salute, Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale, 2023.

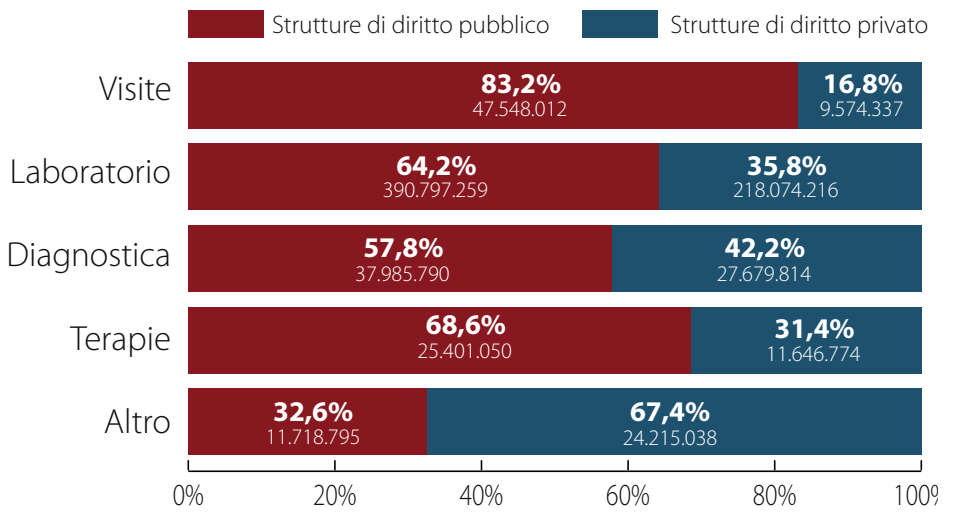
19 Ministero della Salute, Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale, vari anni.

20 PAC: il Day Service ambulatoriale o Pacchetto Ambulatoriale Complesso (PAC) è un modello di assistenza specialistica ambulatoriale usato per gestire casi clinici complessi attraverso l'erogazione di visite, esami strumentali e prestazioni terapeutiche che coinvolgono più professionisti. APA: gli Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (APA) sono composti generalmente da una prestazione principale chirurgica e da un insieme di prestazioni accessorie quali visite ed esami pre e postintervento.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

eterogenea. Il contributo delle strutture private accreditate va da un minimo del 1,3% dell'Umbria a un massimo di 80% in Sicilia e Campania (Tab.9).
La mappa in Fig.63 riporta tonalità diverse, dalla più chiara alla più scura a seconda che il contributo della componente privata accreditata all'offerta di servizi ambulatoriali sia più o meno basso, in termini percentuali.
Oltre la Campania e la Sicilia, anche la Basilicata si caratterizza per un'alta presenza del privato accreditato in area ambulatoriale. In Lombardia le due componenti del SSN garantiscono sostanzialmente lo stesso numero di prestazioni. L'attività ambulatoriale privata accreditata è quantitativamente medio-alta anche in Calabria, Lazio, Molise, Sardegna e Puglia. In Veneto e in Friuli Venezia Giulia il contributo non supera il 15% del totale (Fig.63).
Scendendo a un livello maggiore di dettaglio e verificando la tipologia di servizi ambulatoriali, il quadro cambia notevolmente e le mappe descrivono composizioni regionali anche molto differenti, in termini di tipologia di prestazioni garantite dalla componente privata accreditata del SSN.
Lombardia, Lazio e Sicilia sono le Regioni in cui le visite sono garantite per circa un terzo del totale da strutture accreditate (Fig.64). In Emilia-Romagna, dove l'assistenza ambulatoriale accreditata è complessivamente marginale, circa una visita su cinque viene effettuata in strutture di diritto privato. La mappa delle prestazioni laboratoristiche (Fig. 65) è quella che più si avvicina alla mappa delle prestazioni ambulatoriali com-

Fig.62 - Attività ambulatoriale SSN per branca: prestazioni in strutture di diritto pubblico e prestazioni in strutture di diritto privato (valori assoluti e composizione percentuale), 2023
Fonte: elaborazione Aiop su dati Agenas 2024



Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Tab.9 - Attività ambulatoriale SSN: prestazioni in strutture di diritto pubblico e prestazioni in strutture di diritto privato (valori assoluti e composizione percentuale), 2023

Fonte: elaborazione Aiop su dati Agenas 2024

	Strutture di diritto pubblico		Strutture di diritto privato	
	Numero prestazioni	Percentuale prestazioni	Numero prestazioni	Percentuale prestazioni
Umbria	15.339.513	98,7%	194.539	1,3%
P.A. Bolzano	5.632.268	97,5%	144.033	2,5%
Toscana	53.412.712	97,4%	1.438.354	2,6%
Valle d'Aosta	1.523.580	94,7%	85.897	5,3%
Emilia-Romagna	63.130.115	92,3%	5.276.586	7,7%
Liguria	18.916.645	92,1%	1.623.418	7,9%
Piemonte	56.355.560	86,3%	8.930.966	13,7%
Friuli Venezia Giulia	13.988.867	86,2%	2.236.337	13,8%
Veneto	50.806.837	85,3%	8.739.471	14,7%
Abruzzo	14.502.717	83,4%	2.880.114	16,6%
P.A. Trento	6.849.819	82,8%	1.419.183	17,2%
Marche	17.226.136	73,8%	6.118.018	26,2%
Puglia	34.016.603	63,4%	19.641.555	36,6%
Sardegna	9.538.348	61,8%	5.900.285	38,2%
Molise	1.943.444	60,7%	1.258.545	39,3%
Lazio	42.078.722	55,9%	33.207.602	44,1%
Calabria	10.835.963	55,0%	8.869.077	45,0%
Lombardia	69.465.043	47,1%	78.117.288	52,9%
Basilicata	3.105.812	36,6%	5.389.914	63,4%
Campania	12.194.283	20,0%	48.685.659	80,0%
Sicilia	12.587.919	19,8%	51.033.338	80,2%

plessive (Fig. 63), dato il peso preponderante di questa tipologia sul totale[21]. Bisogna inoltre considerare che, anche laddove il contributo della componente di iritto privato risulta medio-basso, si tratta comunque di percentuali di copertura significative, tra il 29% e il 41% circa (Fig.65).

Escludendo il laboratorio[22], la percentuale di prestazioni di diagnostica strumentale attribuibile ad ambulatori o a laboratori privati accreditati è quella più rilevante nell'ambito delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (Tab.8).

La mappa in Fig.66 è molto simile a quella generale. L'Emilia-Romagna riporta un

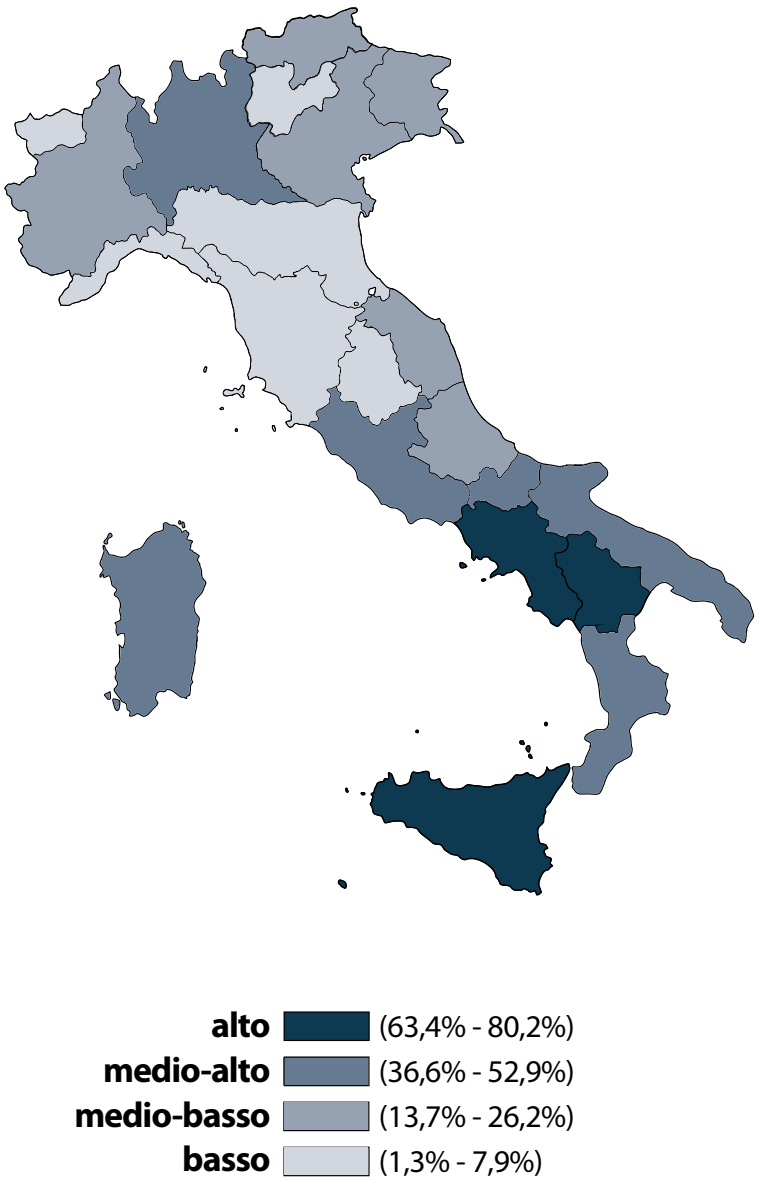
[21] Le prestazioni laboratoristiche sono di molto più numerose perché riflettono ciascuna analisi clinica di laboratorio: tutti i test diagnostici eseguiti su campioni biologici (come sangue, urine, feci, tessuti o tamponi) che però spesso sono ricompresi in un'unica prescrizione e in un unico prelievo.

[22] Ibidem

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Fig.63 - Attività ambulatoriale SSN: contributo delle strutture private accreditate in termini di prestazioni, per Regione, 2023

Fonte: elaborazione Aiop su dati Agenas 2024



Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Fig.64 - Visite SSN: contributo delle strutture private accreditate in termini di prestazioni, per Regione, 2023

Fonte: elaborazione Aiop su dati Agenas 2024

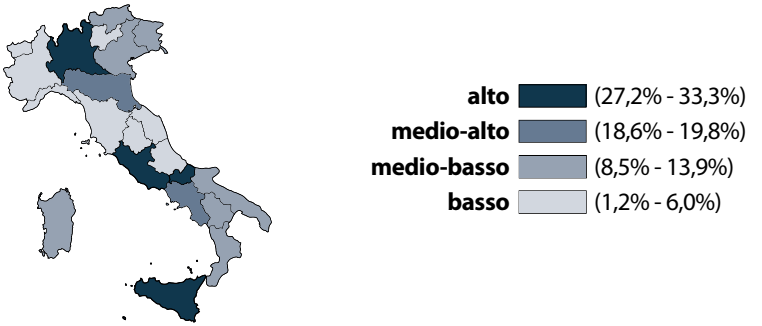


Fig.65 - Laboratorio SSN contributo delle strutture private accreditate in termini di prestazioni, per Regione, 2023

Fonte: elaborazione Aiop su dati Agenas 2024

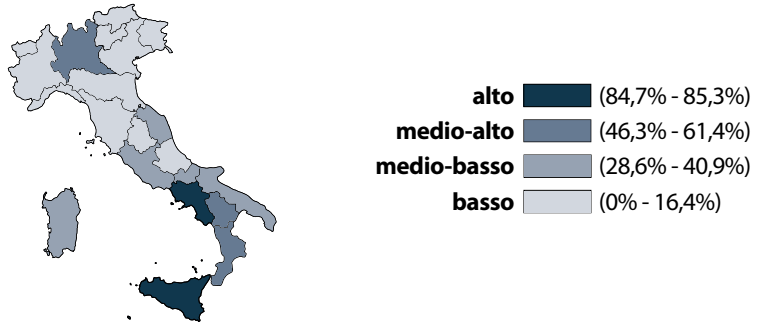
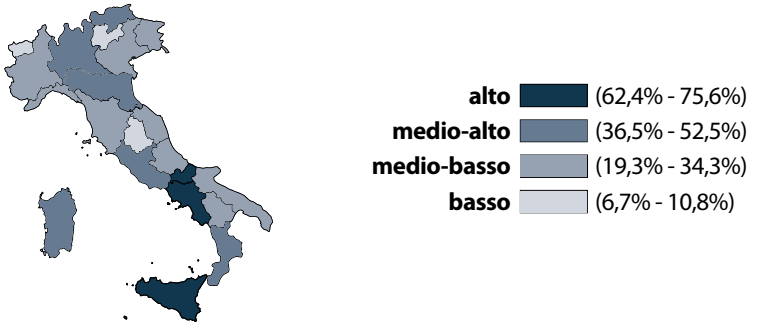


Fig.66 - Diagnostica ambulatoriale SSN: contributo delle strutture private accreditate in termini di prestazioni, per Regione, 2023

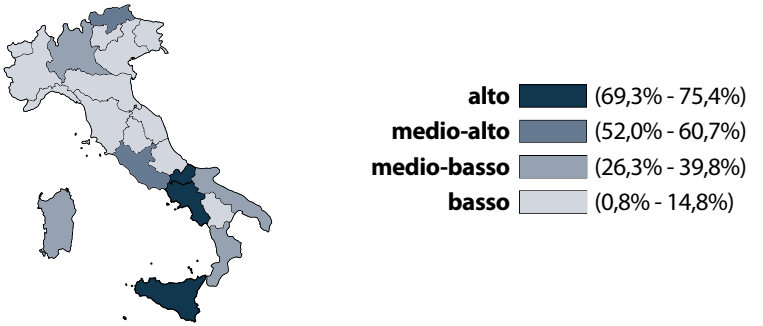
Fonte: elaborazione Aiop su dati Agenas 2024



Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Fig.67 - Terapie ambulatoriali SSN: contributo delle strutture private accreditate in termini di prestazioni, per Regione, 2023

Fonte: elaborazione Aiop su dati Agenas 2024



livello medio-alto di contributo del privato accreditato, evidenziando che il grado basso di copertura della componente di diritto privato nell'assistenza ambulatoriale nel suo complesso è dovuto essenzialmente alla quota relativamente ridotta di prestazioni laboratoristiche nella Regione.

La Sicilia è la sola Regione a presentare un contributo alto del privato accreditato in tutte le categorie di prestazioni ambulatoriali. Assieme alla Calabria è il Servizio sanitario regionale con una maggiore percentuale di terapie ambulatoriali effettuate dalla componente privata (Fig.67). La quota di terapie ambulatoriali erogate da strutture accreditate è classificabile come bassa in più della metà delle Regioni italiane.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Parte terza

La spesa pubblica: il finanziamento delle strutture di diritto pubblico e di diritto privato del SSN

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

1.
Il finanziamento delle prestazioni SSN

1.1 La composizione della spesa sanitaria pubblica

La spesa pubblica – ovvero le risorse che lo Stato dedica alla sanità pubblica – è destinata per il 46,3% ai servizi di natura ospedaliera, per il 35,9% a servizi di natura ambulatoriale e territoriale e per il 16,7% a beni farmaceutici e a presidi medici durevoli e non (Tab.11).
L'assistenza di natura ospedaliera si compone da una parte dell'assistenza per cura e riabilitazione operata in regime di ricovero e in regime domiciliare; dall'altra dell'assistenza di lunga durata (*Long Term Care* - LTC) sia ospedaliera sia residenziale, nonché diurna e domiciliare.
L'assistenza territoriale e ambulatoriale, invece, ricomprende le prestazioni di cura, riabilitazione e *Long Term Care* erogate in regime ambulatoriale, la medicina generale e la prevenzione.

1.2 La spesa sanitaria pubblica per l'acquisto di prestazioni da strutture di diritto pubblico e da strutture di diritto privato

L'assistenza finanziata "pubblicamente" – ovvero attraverso la tassazione generale – viene erogata attraverso strutture di diritto pubblico e strutture di diritto privato, con le prime che assorbono il 62% della spesa pubblica e le seconde il 21% (Figg.68 e 69).
Rispetto alla spesa per l'acquisto di prestazioni ospedaliere, di specialistica ambulatoriale e di assistenza residenziale e semiresidenziale, si registra nel tempo un incre-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Tab.10 - Composizione della spesa pubblica (in miliardi di euro), 2023-2025

Fonte: elaborazione Aiop su dati Istat, Conti della Sanità, edizione maggio 2026

		2023		2024		2025	
Assistenza di natura ospedaliera	Assistenza per cura e riabilitazione	50,308	**60,953**	52,056	**63,436**	53,504	**65,201**
	Long term care	10,645		11,380		11,697	
Assistenza territoriale e ambulatoriale			**47,832**		**49,327**		**50,541**
Farmaci e presidi medici	Farmaci e presidi medici non durevoli	19,859	**20,710**	21,951	**22,872**	22,563	**23,510**
	Presidi medici durevoli	0,851		0,921		0,947	
Governance e amministrazione			1,395		1,473		1,537
Totale			**130,890**		**137,108**		**140,789**

Tab.11 - Composizione della spesa pubblica (in percentuale sul totale), 2023-2025

Fonte: elaborazione Aiop su dati Istat, Conti della Sanità, edizione maggio 2026

		2023		2024		2025	
Assistenza di natura ospedaliera	Assistenza per cura e riabilitazione	38,4%	**46,6%**	38%	**46,3%**	38%	**46,3%**
	Long term care	8,1%		8,3%		8,3%	
Assistenza territoriale e ambulatoriale			**36,5%**		**35,9%**		**35,9%**
Farmaci e presidi medici	Farmaci e presidi medici non durevoli	15,2%	**15,8%**	16%	**16,7%**	16%	**16,7%**
	Presidi medici durevoli	0,7		0,7%		0,7%	
Governance e amministrazione			1,1%		1,1%		1,1%
Totale			**100%**		**100%**		**100%**

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

mento sia per quelle erogate da strutture pubbliche sia per quelle erogate da strutture accreditate (Tab.12).
In particolare, rispetto al 2019, la spesa per servizi e prestazioni offerte da strutture di diritto pubblico è passata da 67,3 a 88,5 miliardi (pari a un incremento del 31,5%) mentre quella per assistenza garantita da strutture di diritto privato registra un incremento del 12,2%, passando da 26,2 miliardi nel 2019 a 29,4 miliardi del 2025 (Tab.12).
Sempre considerando il confronto pre-Covid e post-Covid, rispetto al totale della spesa sanitaria pubblica, quella destinata a rimborsare i trattamenti e gli interventi erogati da strutture accreditate diminuisce il suo peso relativo, passando dal 22,8% del 2019 al 20,8% del 2025. Al contrario, i finanziamenti per le strutture di diritto pubblico sono gli unici ad assumere una maggiore rilevanza economica tra le varie componenti di spesa (Tab.13).
In termini assoluti si riduce notevolmente la spesa farmaceutica territoriale, mentre incrementa lievemente quella per la medicina di base (Tab.12). Tuttavia, in percentuale rispetto alla spesa sanitaria pubblica totale, alla medicina generale è dedicata una quota sempre più contenuta del finanziamento (Tab.13).
In generale, l'incidenza della spesa pubblica per l'assistenza presso erogatori accreditati è rimasta sostanzialmente stabile nel tempo e pari a circa 1/5 della spesa sanitaria pubblica totale (Fig.71), rispetto a un contributo in termini di prestazioni erogate di molto superiore (28% delle prestazioni di natura ospedaliera e 36% delle prestazioni di specialistica ambulatoriale) e in progressivo aumento (Parte 2 e Parte 3)[23].
L'invarianza della quota di finanziamento assorbita dalla componente di diritto privato a fronte di un volume di prestazioni in progressivo aumento deve essere considerata anche alla luce della complessità delle prestazioni trattate – per la quale la componente accreditata registra indici di peso medio e *case-mix* superiori alla componente pubblica (Figg.18 e 19) – e della qualità dell'assistenza ospedaliera i cui esiti, nel confronto con le strutture pubbliche, sono maggiormente in linea con gli standard di efficacia, appropriatezza e sicurezza clinica (Figg.20-39).
Il peso medio dell'offerta delle strutture di diritto privato, stabilmente superiore a quella afferibile alla componente di diritto pubblico (Fig.73) – quantomeno rispetto all'attività ospedaliera, l'unica misurabile rispetto al carico assistenziale delle prestazioni erogate – indica che la maggior produttività delle strutture accreditate non sia spiegabile con indici di complessità in progressiva riduzione.

---

[23] Il dato deve essere letto anche alla luce della complessità delle prestazioni ospedaliere (e quindi del carico assistenziale richiesto) – per la quale la componente accreditata registra indici di peso medio e case-mix superiori alla componente pubblica (Figg.18 e 19) – e della qualità dell'assistenza ospedaliera i cui esiti, nel confronto con le strutture pubbliche, sono maggiormente in linea con gli standard di efficacia, appropriatezza e sicurezza clinica (Figg.20-39).

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Fig.68 - Composizione percentuale della spesa pubblica, 2024

Fonte: elaborazione Aiop su dati Istat, Conti nazionali – Conti economici consolidati della protezione sociale, aprile 2026
Note: la spesa farmaceutica è solo quella convenzionata, non include pertanto la spesa farmaceutica ospedaliera che invece è ricompresa nell'assistenza da erogatori di diritto pubblico

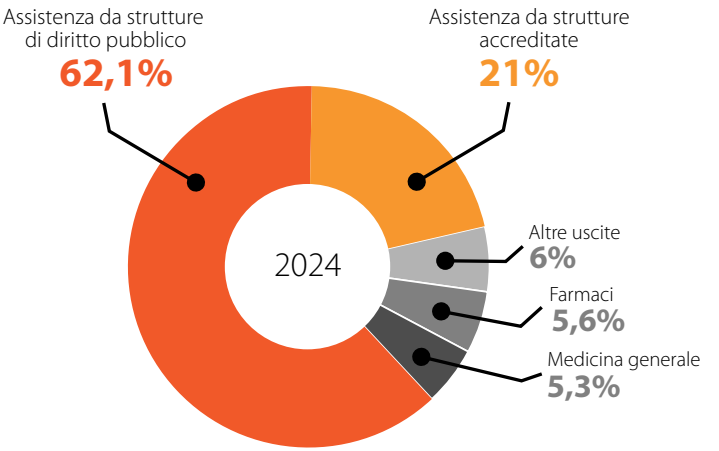
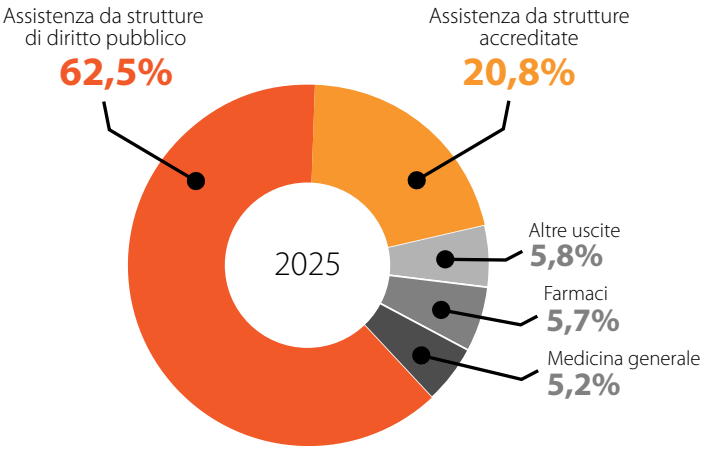


Fig.69 - Composizione percentuale della spesa pubblica, 2025

Fonte: elaborazione Aiop su dati Istat, Conti nazionali – Conti economici consolidati della protezione sociale, aprile 2026
Note: la spesa farmaceutica è solo quella convenzionata, non include pertanto la spesa farmaceutica ospedaliera che invece è ricompresa nella assistenza da erogatori di diritto pubblico



Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Tab.12 - Composizione della spesa pubblica (in milioni di euro), 2005-2025

Fonte: elaborazione Aiop su dati Istat, Conti nazionali – Conti economici consolidati della protezione sociale, aprile 2026
Note: la spesa farmaceutica è solo quella convenzionata, non include pertanto la spesa farmaceutica ospedaliera che invece è ricompresa nella assistenza da erogatori di diritto pubblico

	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021	2023	2024	2025
Farmaci	11.849	11.543	10.997	9.862	8.616	8.245	7.624	7.581	7.445	7.563	7.761	7.997
Medicina generale	6.453	6.076	6.949	6.724	6.666	6.654	6.672	6.656	7.125	7.306	7.261	7.423
Assistenza da strutture di diritto privato accreditate	19.263	21.232	22.824	23.472	23.781	24.393	25.034	26.180	27.414	28.207	29.002	29.424
Assistenza da strutture di diritto pubblico	52.303	55.691	61.653	63.663	62.023	63.496	65.775	67.307	78.804	80.683	85.766	88.525
Altre uscite	5.481	6.004	6.390	6.447	6.859	7.095	7.283	7.212	7.605	8.095	8.271	8.170
Totale uscite correnti	**95.349**	**100.546**	**108.813**	**110.168**	**107.945**	**109.883**	**112.388**	**114.936**	**128.393**	**131.854**	**138.061**	**141.539**

Tab.13 - Composizione della spesa pubblica (in percentuale sul totale), 2005-2025

Fonte: elaborazione Aiop su dati Istat, Conti nazionali – Conti economici consolidati della protezione sociale, aprile 2026
Note: la spesa farmaceutica è solo quella convenzionata, non include pertanto la spesa farmaceutica ospedaliera che invece è ricompresa nella assistenza da erogatori di diritto pubblico

	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021	2023	2024	2025
Farmaci	12%	11,5%	10,1%	9,0%	8,0%	7,5%	6,8%	6,6%	5,8%	5,7%	5,6%	5,7%
Medicina generale	7%	6,0%	6,4%	6,1%	6,2%	6,1%	5,9%	5,8%	5,5%	5,5%	5,3%	5,2%
Assistenza da strutture di diritto privato accreditate	20%	21,1%	21,0%	21,3%	22,0%	22,2%	22,3%	22,8%	21,4%	21,4%	21,0%	20,8%
Assistenza da strutture di diritto pubblico	55%	55,4%	56,7%	57,8%	57,5%	57,8%	58,5%	58,6%	61,4%	61,2%	62,1%	62,5%
Altre uscite	6%	6,0%	5,9%	5,9%	6,4%	6,5%	6,5%	6,3%	5,9%	6,1%	6,0%	5,8%
Totale uscite correnti	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

Un altro aspetto da sottolineare riguarda la ricomposizione nel tempo della spesa pubblica per l'acquisto di prestazioni da strutture di diritto privato: oltre la metà dell'aumento di spesa dell'ultimo ventennio riguarda la *Long Term Care* sanitaria, ovvero l'assistenza alle persone non autosufficienti. Si tratta della tipologia di spesa interessata dai maggiori incrementi (Fig.72), arrivando nel 2025 a sfiorare i livelli di quella per assistenza ospedaliera.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Fig.70 - Spesa pubblica per acquisto di prestazioni da strutture di diritto pubblico e da strutture di diritto privato SSN: variazioni percentuali, 2005-2025

Fonte: elaborazione Aiop su dati Istat, Conti nazionali – Conti economici consolidati della protezione sociale, aprile 2026

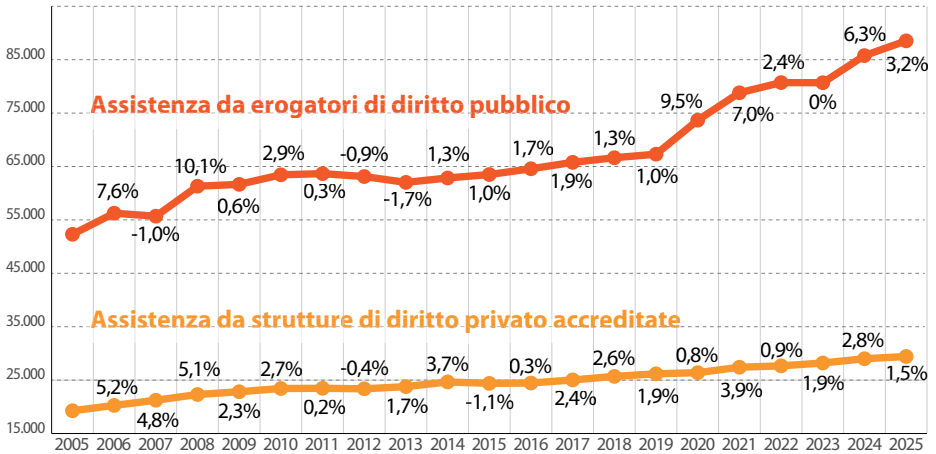
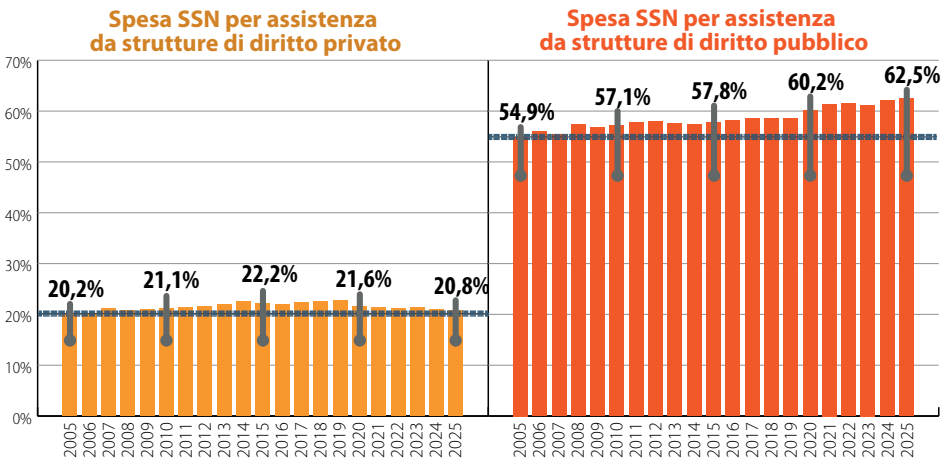


Fig.71 - Spesa pubblica per acquisto di prestazioni da strutture di diritto pubblico e da strutture di diritto privato SSN: andamento temporale dei valori percentuali sul totale, 2005-2025

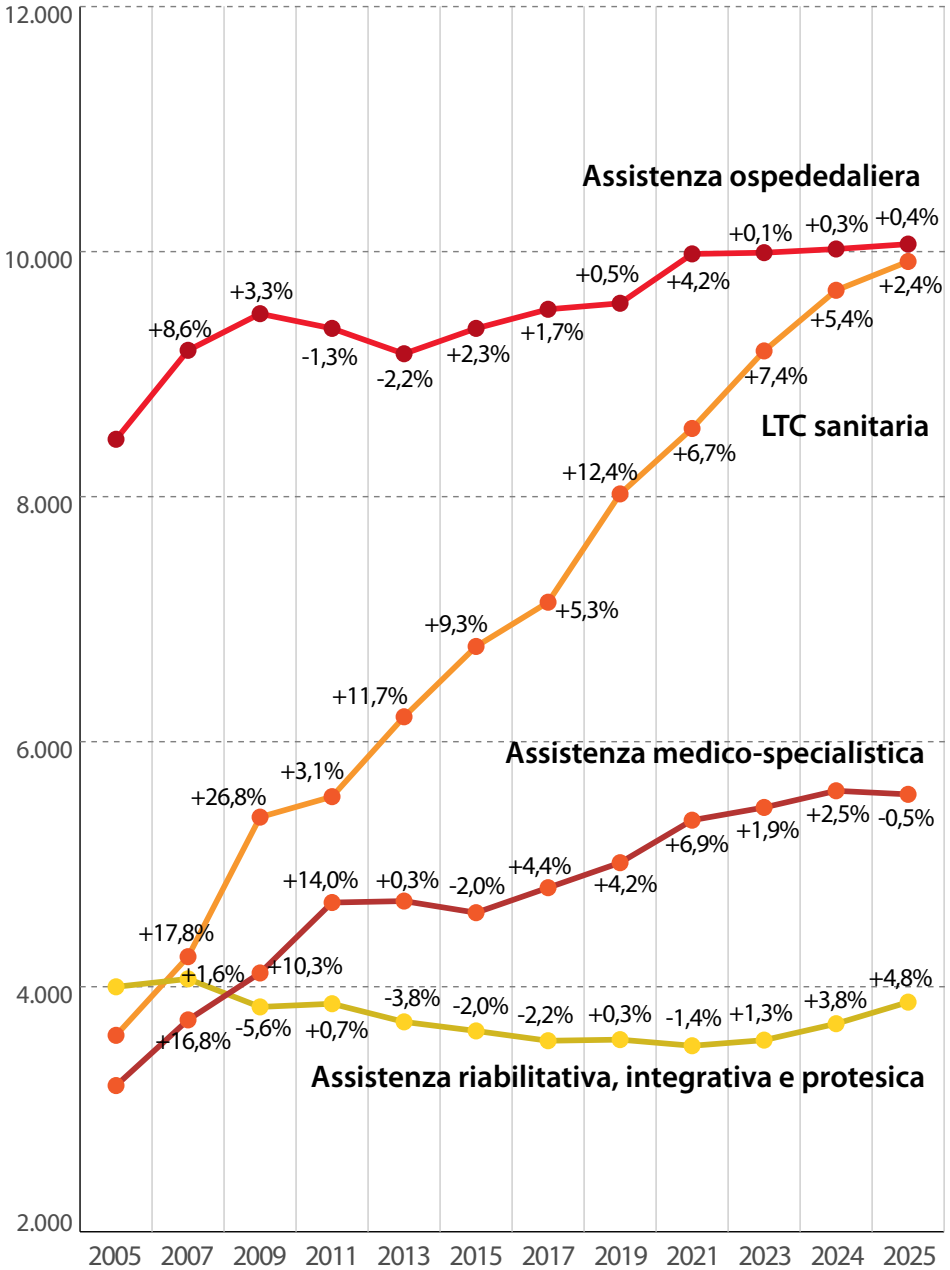
Fonte: elaborazione Aiop su dati Istat, Conti nazionali – Conti economici consolidati della protezione sociale, aprile 2026



Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Fig. 72 – Spesa pubblica per acquisto di prestazioni da strutture di diritto privato SSN: andamento temporale in valori assoluti e variazione percentuale 2005-2025

Fonte: elaborazione Aiop su dati Istat, Conti nazionali – Conti economici consolidati della protezione sociale, aprile 2026



Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

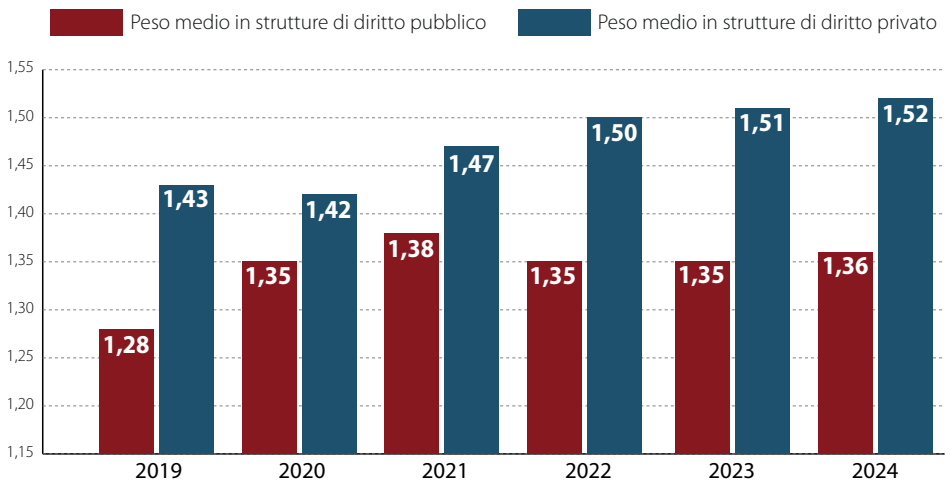
Tab.14 - Spesa pubblica per acquisto di prestazioni da strutture di diritto privato (valori assoluti in milioni di euro), 2005-2025

Fonte: elaborazione Aiop su dati Istat, Conti nazionali – Conti economici consolidati della protezione sociale, aprile 2026

	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021	2023	2024	2025
Assistenza medico specialistica	3.193	3.729	4.112	4.687	4.699	4.604	4.808	5.012	5.359	5.463	5.599	5.570
Assistenza ospededaliera	8.468	9.194	9.493	9.373	9.166	9.373	9.529	9.578	9.981	9.991	10.021	10.061
Assistenza riabilitativa, integrativa e protesica	3.999	4.064	3.835	3.861	3.713	3.639	3.559	3.568	3.518	3.564	3.698	3.874
LTC sanitaria	3.603	4.245	5.384	5.551	6.203	6.777	7.138	8.022	8.556	9.189	9.684	9.919
Totale	**19.263**	**21.232**	**22.824**	**23.472**	**23.781**	**24.393**	**25.034**	**26.180**	**27.414**	**28.207**	**29.002**	**29.424**

Fig.73 - Complessità delle prestazioni erogate: il peso medio della componente di diritto pubblico e della componente di diritto privato del SSN, 2019-2024

Fonte: elaborazione Aiop su dati Agenas, 2024



Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Parte quarta

Schede Regionali

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Le analisi che proponiamo in questo Rapporto vogliono descrivere perimetro e contenuti della sanità pubblica: nel fare questo consideriamo il 74% dei consumi in sanità, ossia quelli finanziati attraverso la fiscalità generale ed erogati da strutture di diritto pubblico e da strutture di diritto privato.

Il dato che emerge in modo inequivocabile è quello di un Servizio sanitario nazionale disomogeneo, difficilmente riconducibile ad un unicum, in cui ciascun territorio ha adottato una formula distinta per rispondere ai bisogni di salute della popolazione di riferimento e la cui manifestazione plastica è nel diverso mix pubblico-privato della funzione di erogazione, proprio di ogni Servizio sanitario regionale.



Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Quando parliamo di diverse composizioni pubblico-privato non facciamo riferimento solo alle diverse quote di copertura dei servizi di ciascuna componente, ma anche al ruolo che in ciascuna Regione è affidato alle strutture accreditate. Questo non solo può connotarsi, di volta in volta, come complementare, suppletivo o perfettamente assimilabile a quello delle strutture di proprietà pubblica, ma può assumere ciascuna di queste funzioni sia a seconda della tipologia assistenziale – ospedaliera o ambulatoriale – sia, nell'ambito di ciascuna tipologia assistenziale, rispetto ai diversi livelli di intensità di cura (acuti, riabilitazione e lungodegenza) e/o rispetto alle diverse prestazioni (di laboratorio, visite, terapie ecc.).

In questa edizione di Ospedali&Salute abbiamo, pertanto, scelto di dedicare una sezione alle schede regionali, dove per ogni SSR abbiamo illustrato sinteticamente l'articolazione pubblico-privato dell'offerta e il contributo della componente privata accreditata in termini di posti letto, ricoveri e prestazioni ambulatoriali.
Dall'analisi riportata nel Capitolo 1.5 è evidente come l'eterogeneità interna al SSN non riguardi solo il dato strutturale, ma anche la qualità dei trattamenti e degli interventi erogati: una variabilità che, tuttavia, trascende la natura giuridica delle strutture e che è interna a ciascuna componente.
Per questa ragione – nonché per l'impossibilità di ridurre in un unico indice sintetico l'informazione sull'efficacia, sicurezza e appropriatezza dell'offerta sanitaria regionale – non viene riportato nelle schede il dato relativo alla qualità delle cure. Si è scelto tuttavia di illustrare la complessità delle due componenti, utilizzando come riferimento per il calcolo del case-mix il peso medio regionale, in modo tale da circoscrivere il confronto rispetto alla casistica trattata nel singolo SSR.

Nella categoria ambulatoriale residuale (indicata con «Altro») sono ricomprese le prestazioni ambulatoriali riabilitative, i PAC e gli APA.

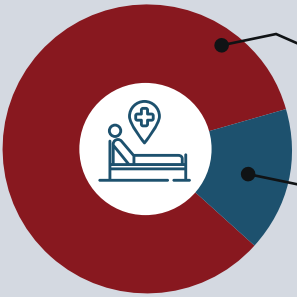
Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Valle D'Aosta



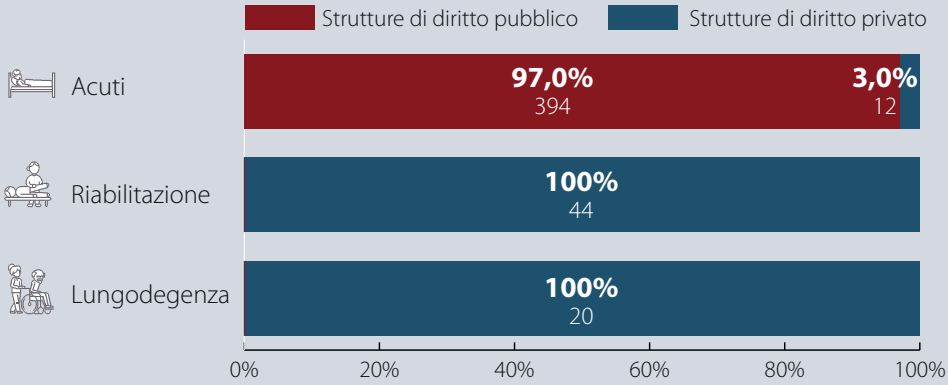
Posti letto SSN



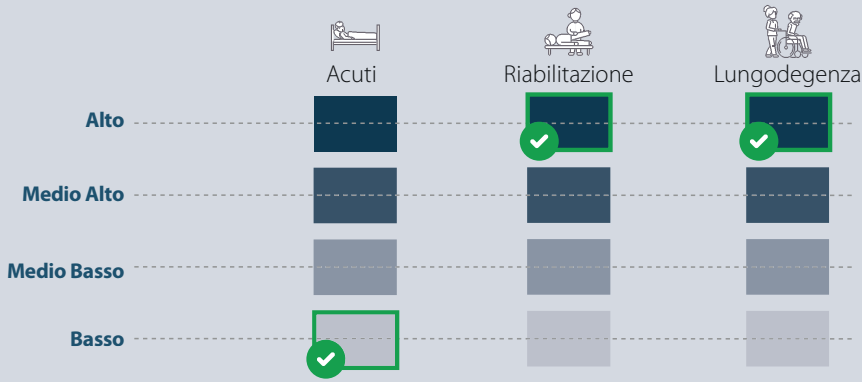
Strutture di diritto pubblico
83,8%

Strutture di diritto privato
16,2%

Posti letto SSN per tipologia

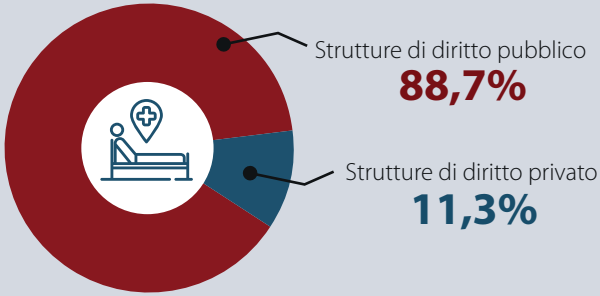


Contributo del privato accreditato al SSN (posti letto)

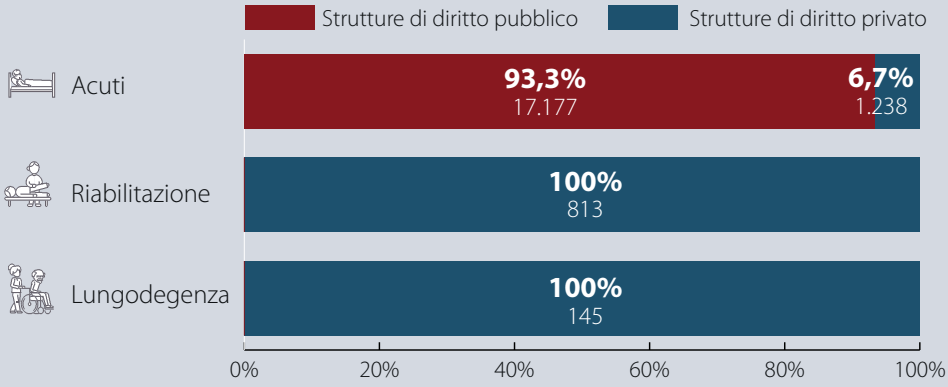


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

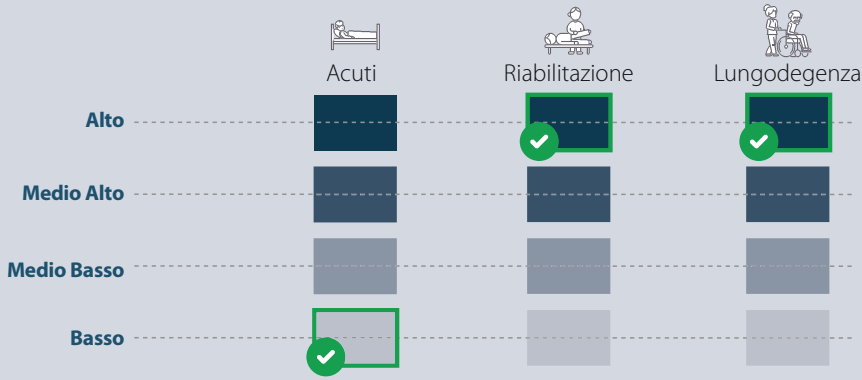
Ricoveri SSN



Ricoveri SSN per tipologia

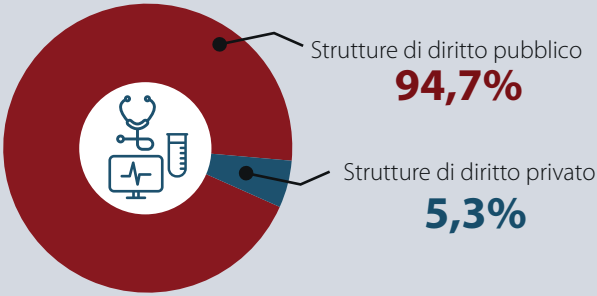


Contributo del privato accreditato al SSN (ricoveri)

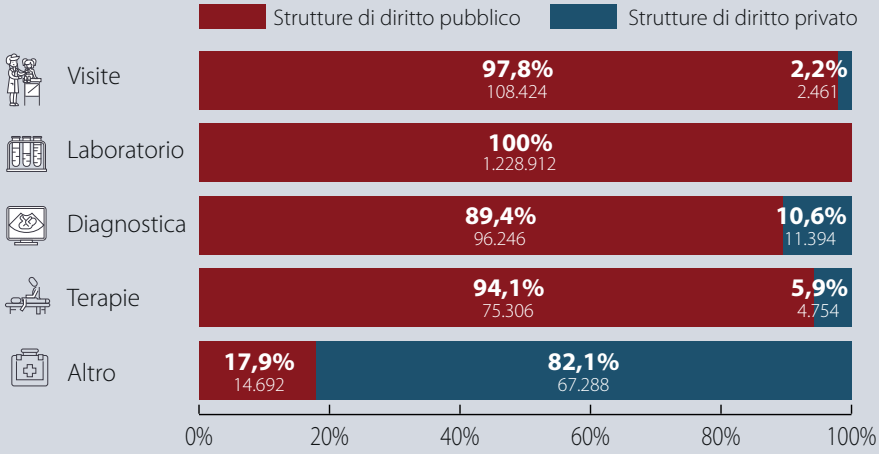


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

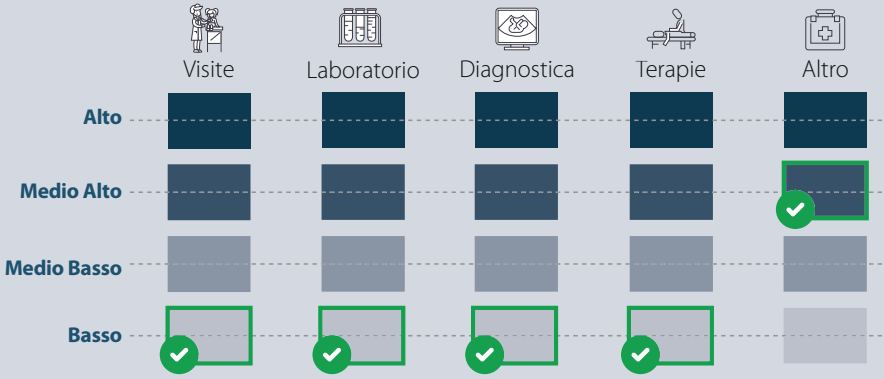
Prestazioni ambulatoriali SSN



Prestazioni ambulatoriali SSN per tipologia



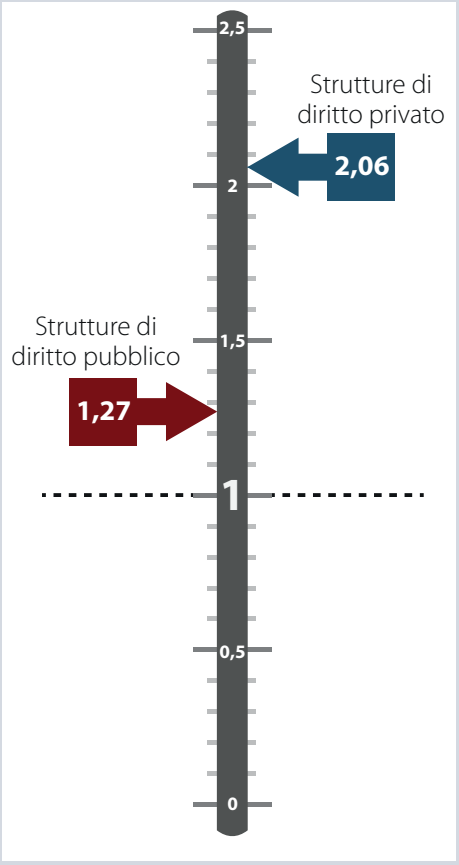
Contributo del privato accreditato al SSN (ambulatoriale)



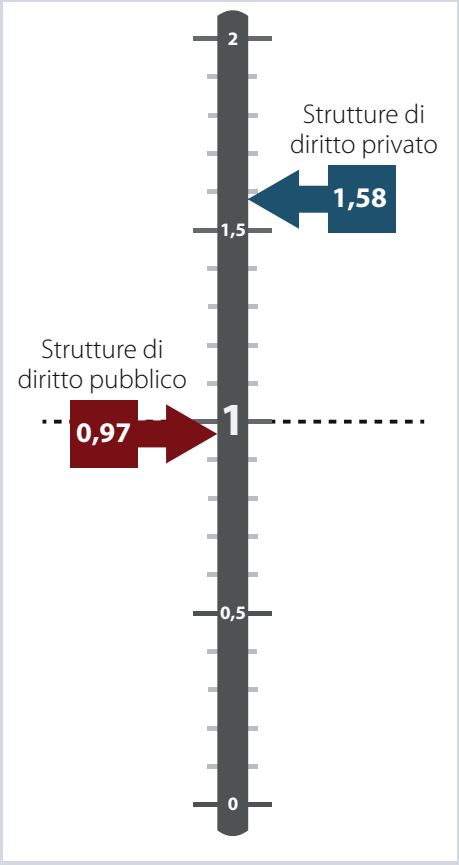
Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Complessità delle prestazioni ospedaliere

Peso medio



Case-mix

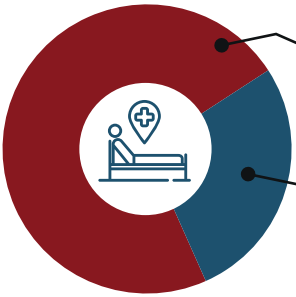


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Piemonte



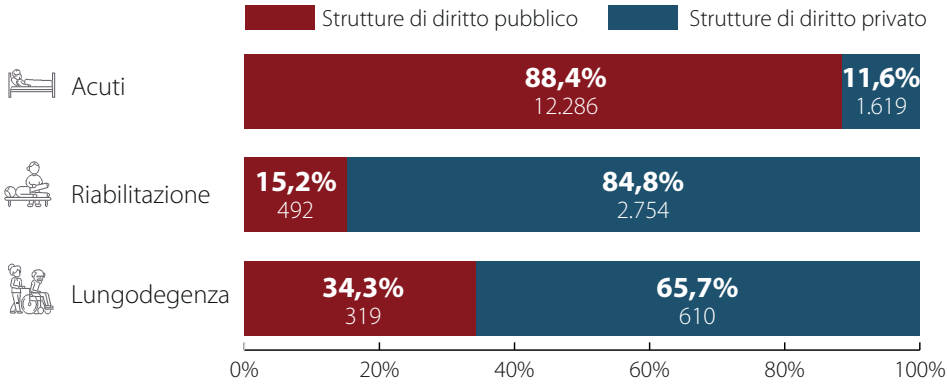
Posti letto SSN



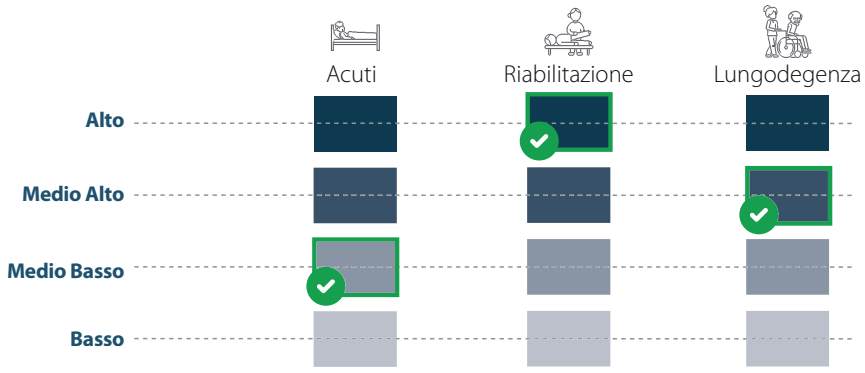
Strutture di diritto pubblico
72,4%

Strutture di diritto privato
27,6%

Posti letto SSN per tipologia

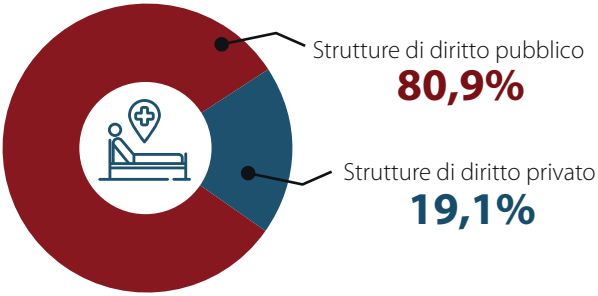


Contributo del privato accreditato al SSN (posti letto)

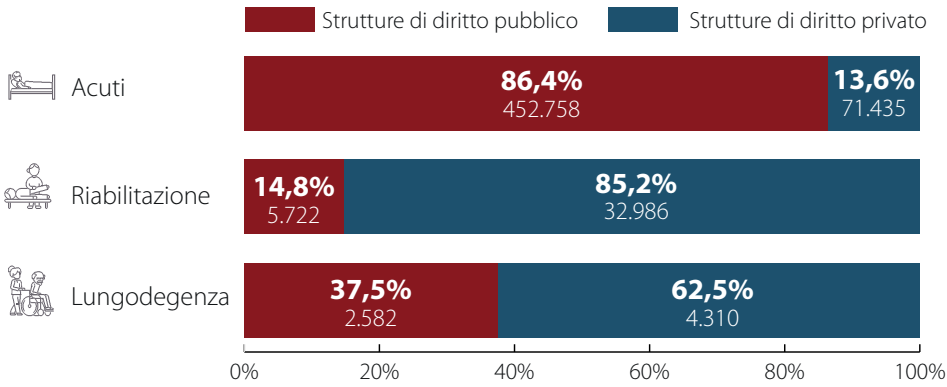


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

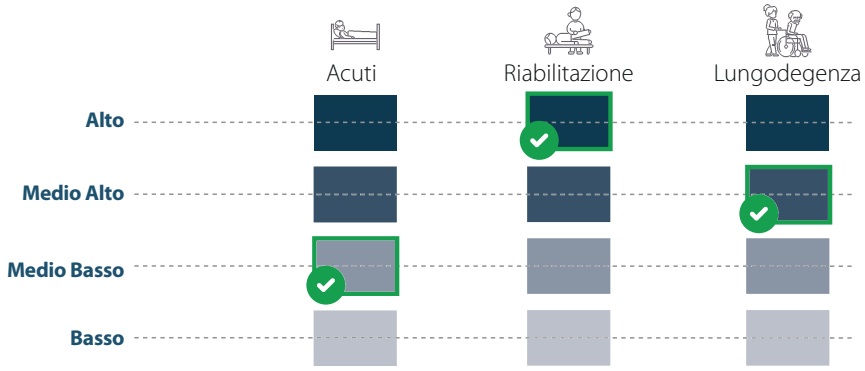
Ricoveri SSN



Ricoveri SSN per tipologia

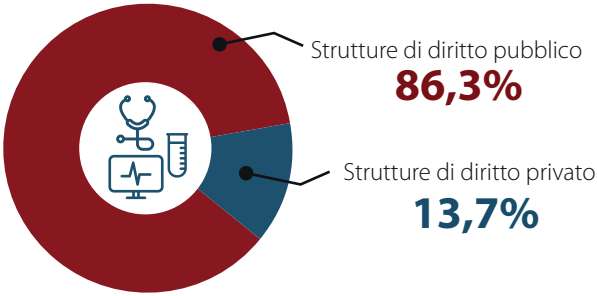


Contributo del privato accreditato al SSN (ricoveri)

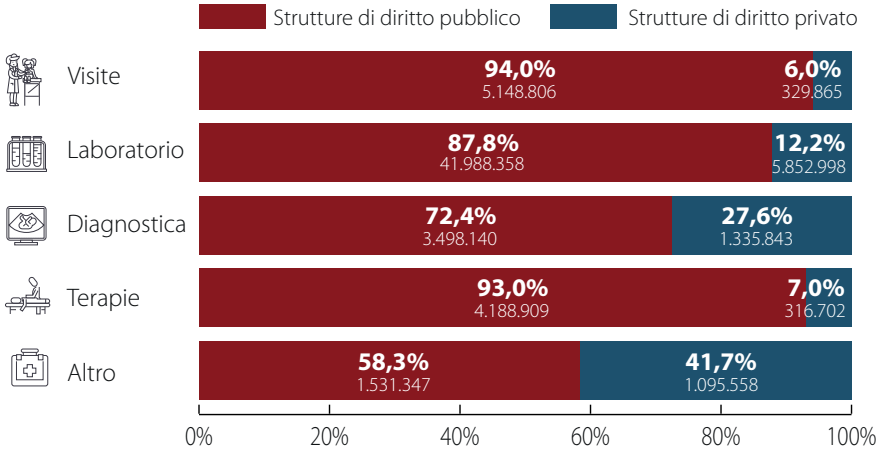


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

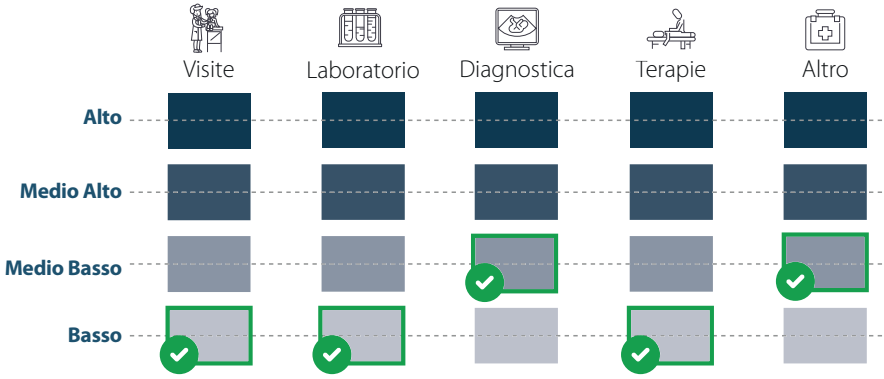
Prestazioni ambulatoriali SSN



Prestazioni ambulatoriali SSN per tipologia



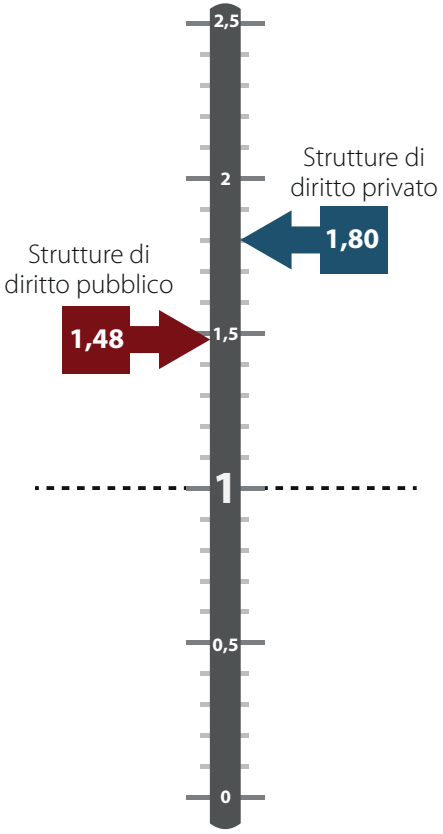
Contributo del privato accreditato al SSN (ambulatoriale)



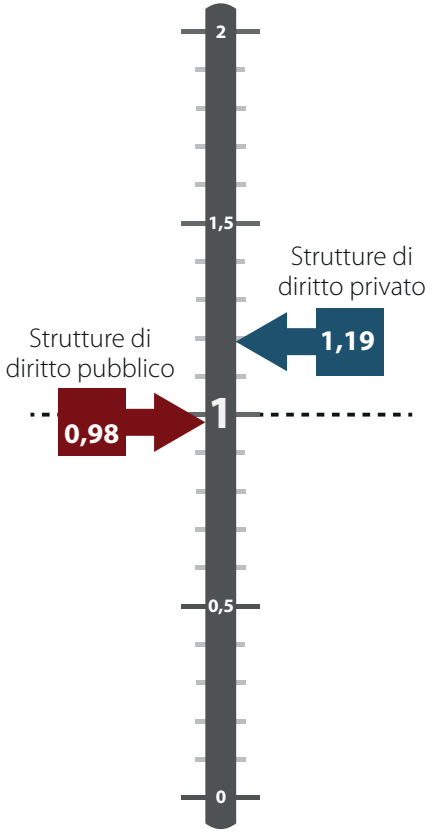
Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Complessità delle prestazioni ospedaliere

Peso medio



Case-mix

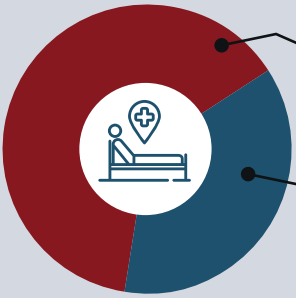


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Lombardia



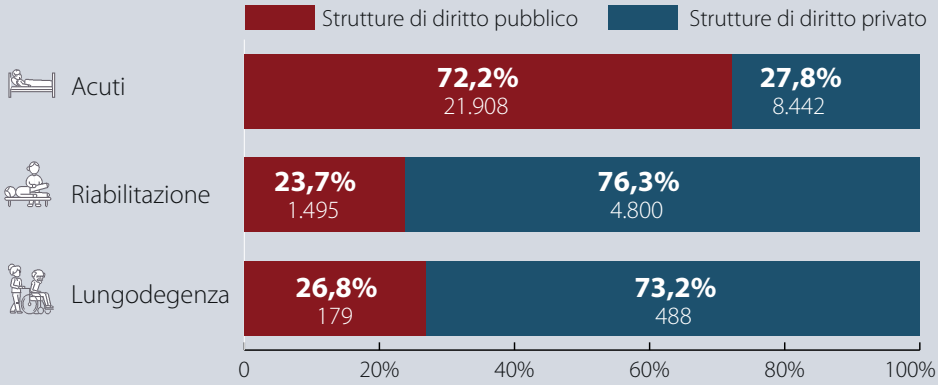
Posti letto SSN



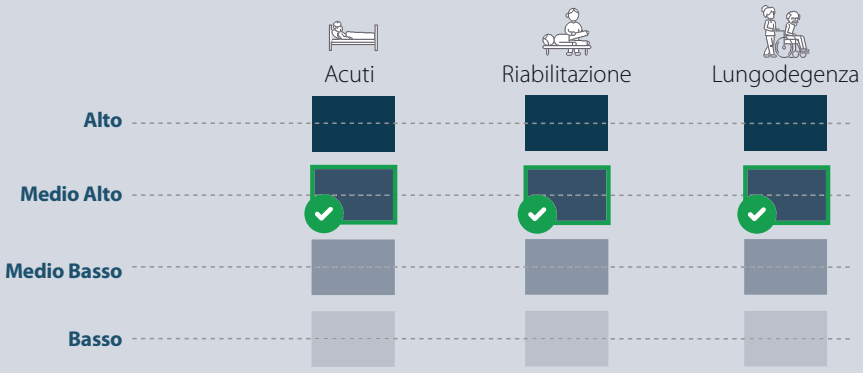
Strutture di diritto pubblico
63,2%

Strutture di diritto privato
36,8%

Posti letto SSN per tipologia

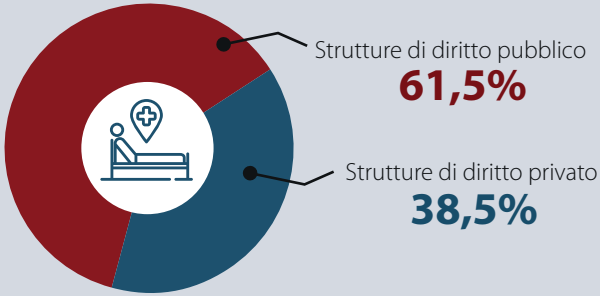


Contributo del privato accreditato al SSN (posti letto)

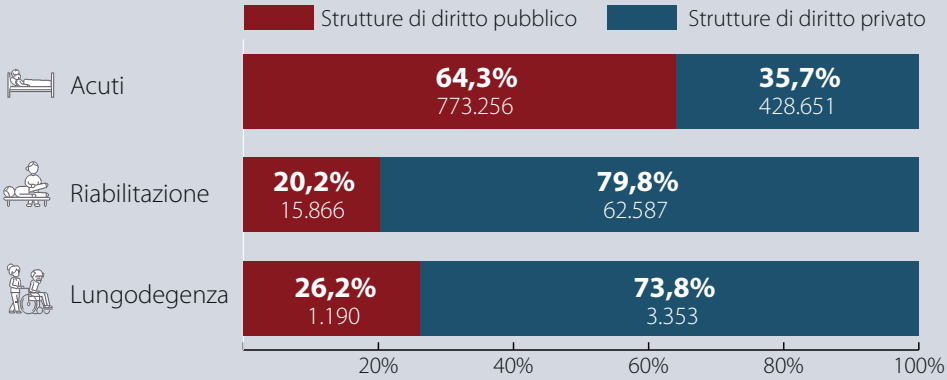


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

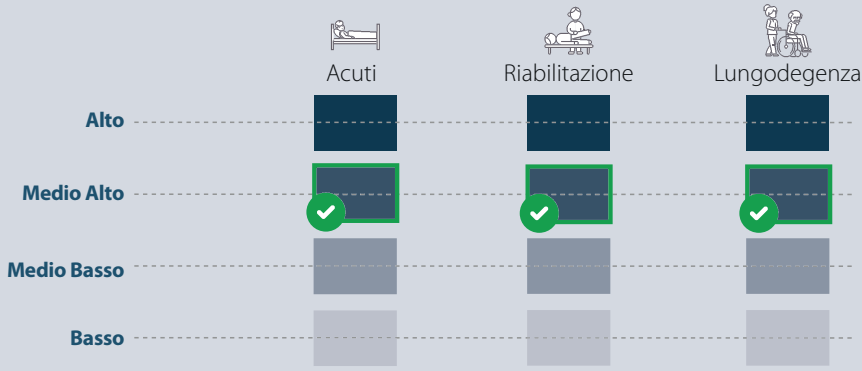
Ricoveri SSN



Ricoveri SSN per tipologia

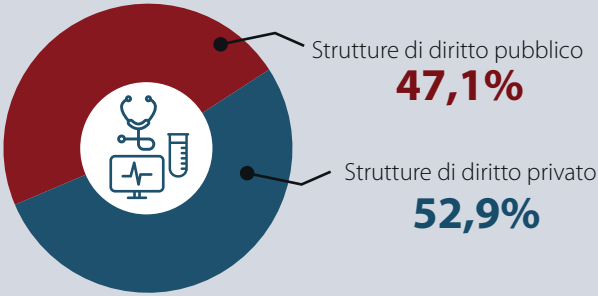


Contributo del privato accreditato al SSN (ricoveri)

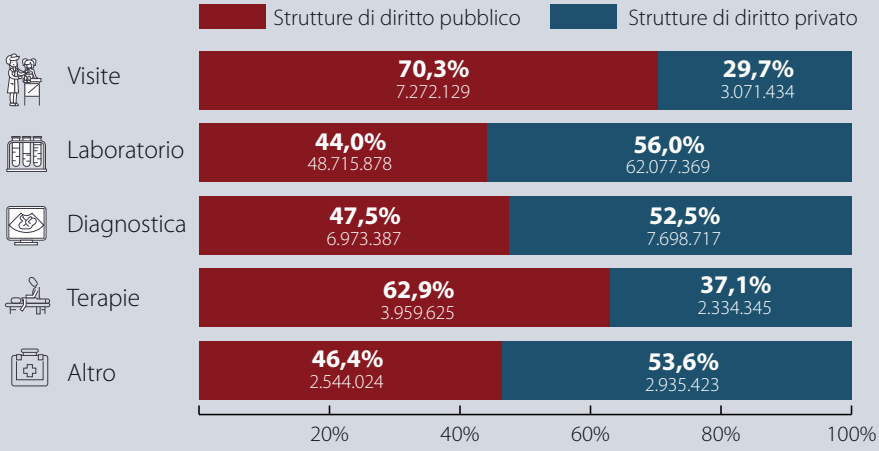


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

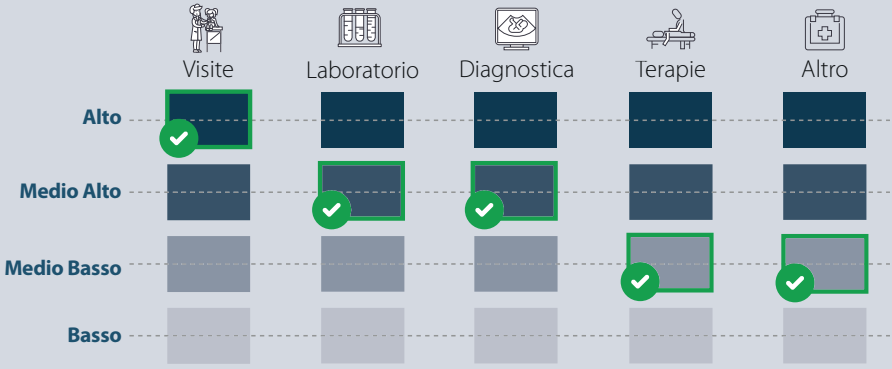
Prestazioni ambulatoriali SSN



Prestazioni ambulatoriali SSN per tipologia



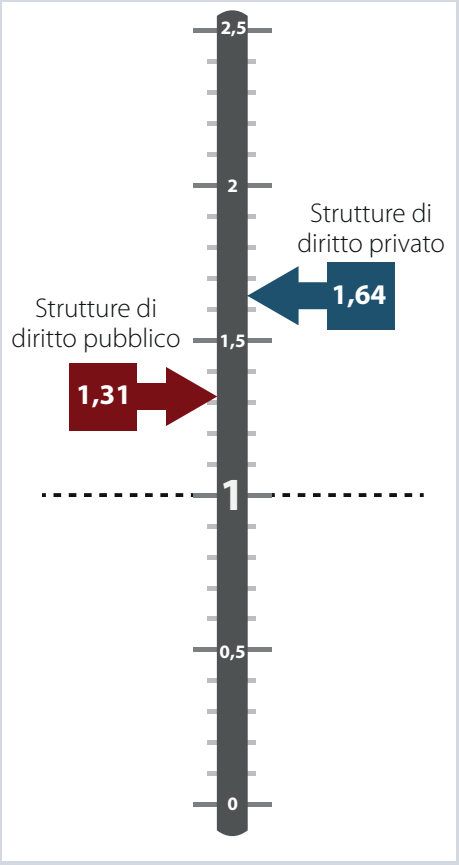
Contributo del privato accreditato al SSN (ambulatoriale)



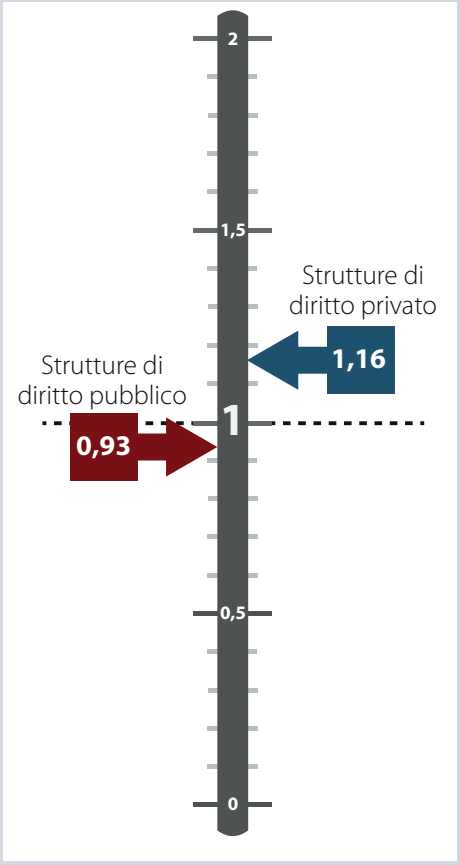
Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Complessità delle prestazioni ospedaliere

Peso medio

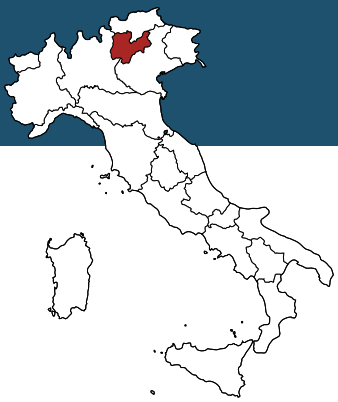


Case-mix

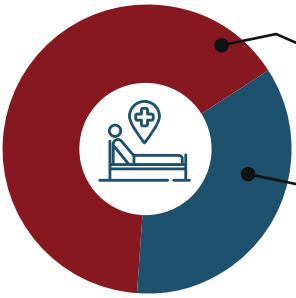


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

P.A. Trento



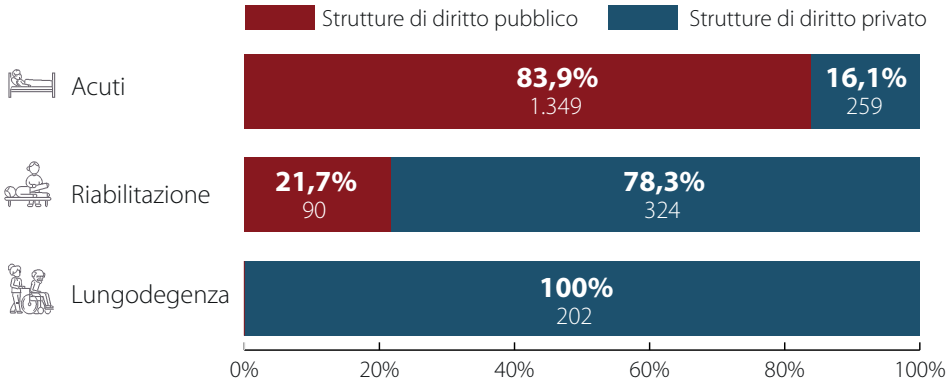
Posti letto SSN



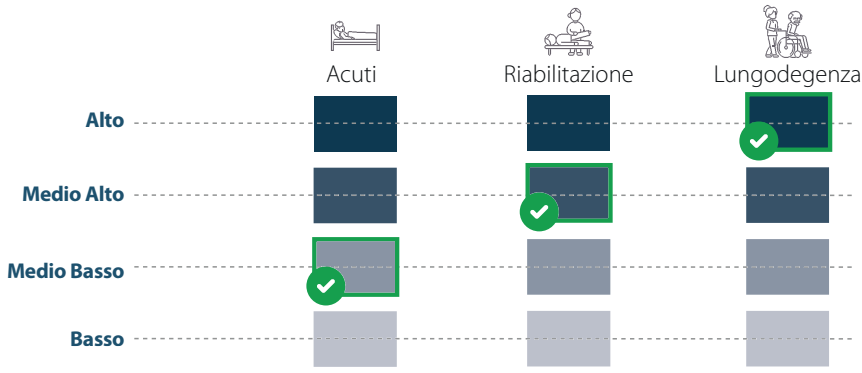
Strutture di diritto pubblico
64,7%

Strutture di diritto privato
35,3%

Posti letto SSN per tipologia

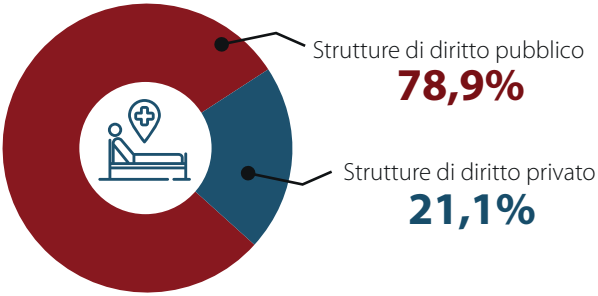


Contributo del privato accreditato al SSN (posti letto)

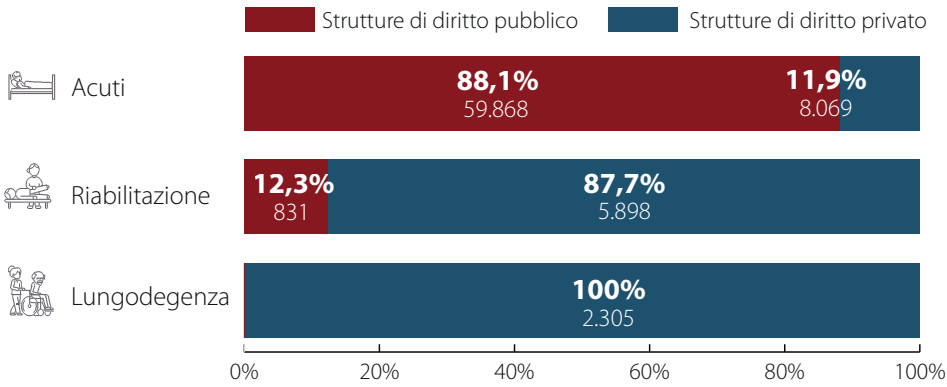


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

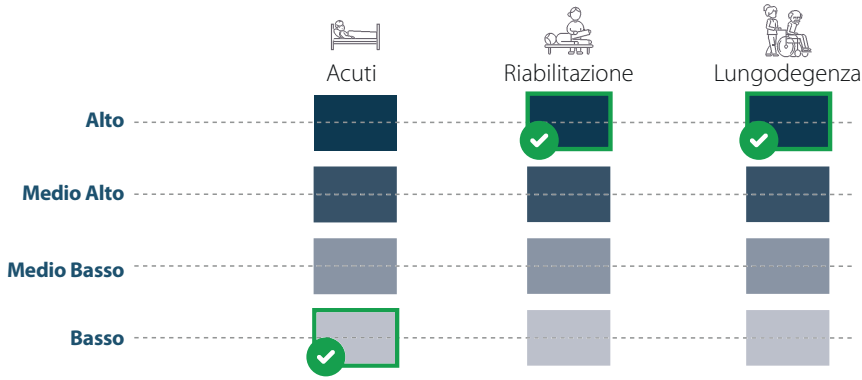
Ricoveri SSN



Ricoveri SSN per tipologia

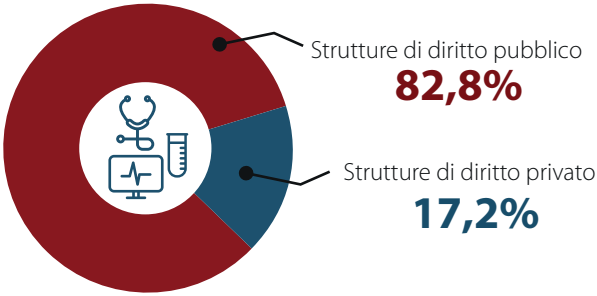


Contributo del privato accreditato al SSN (ricoveri)

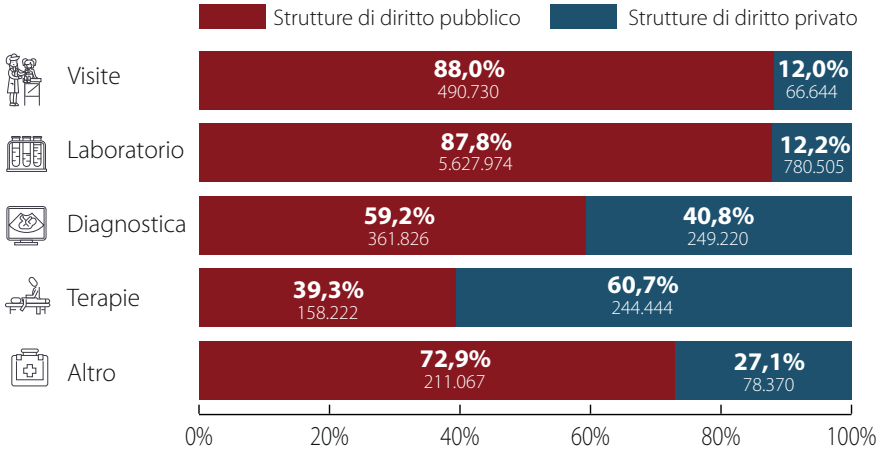


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

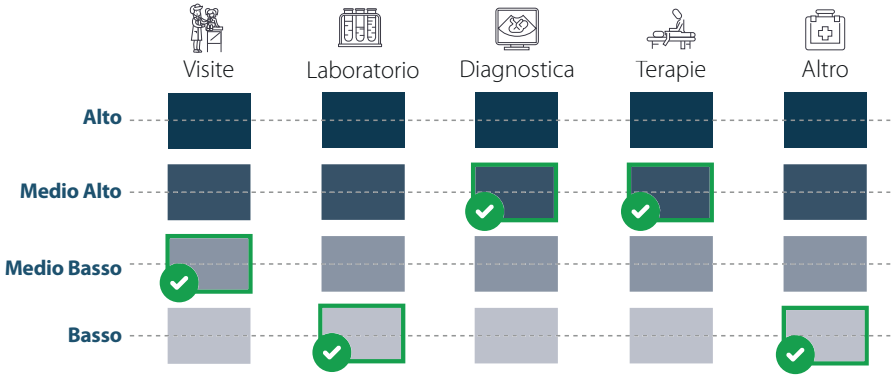
Prestazioni ambulatoriali SSN



Prestazioni ambulatoriali SSN per tipologia



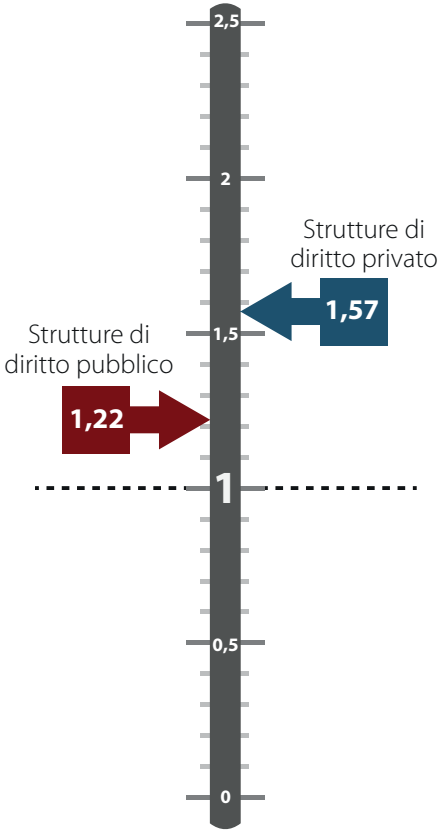
Contributo del privato accreditato al SSN (ambulatoriale)



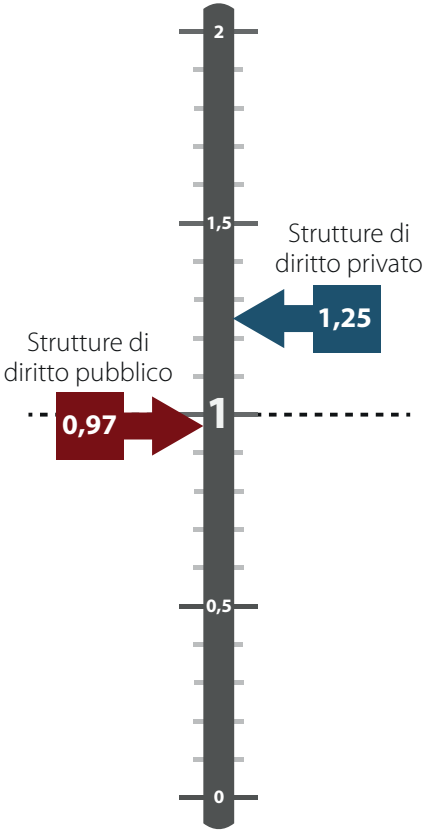
Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Complessità delle prestazioni ospedaliere

Peso medio



Case-mix

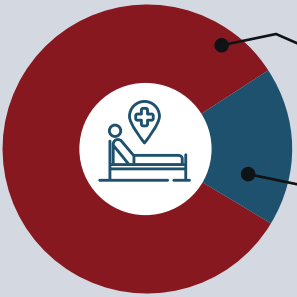


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

P.A. Bolzano



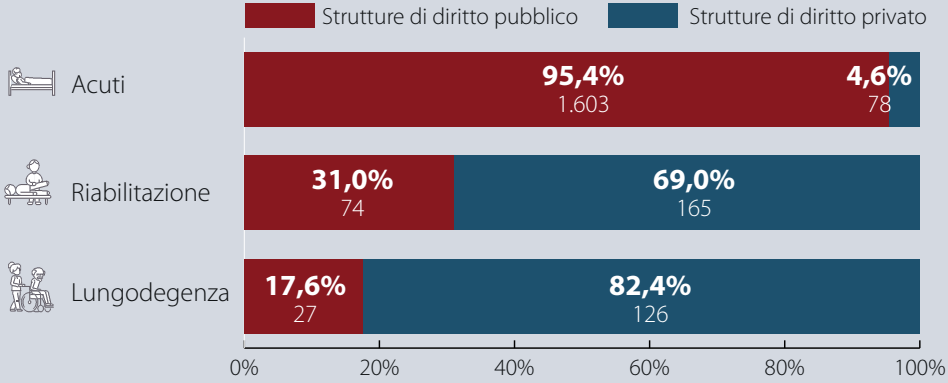
Posti letto SSN



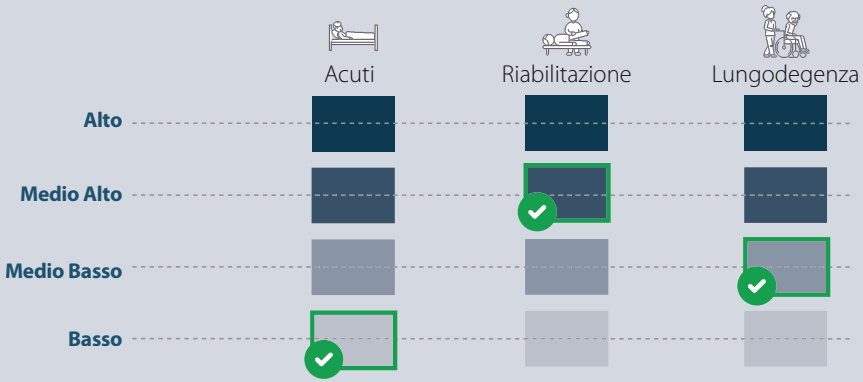
Strutture di diritto pubblico
82,2%

Strutture di diritto privato
17,8%

Posti letto SSN per tipologia

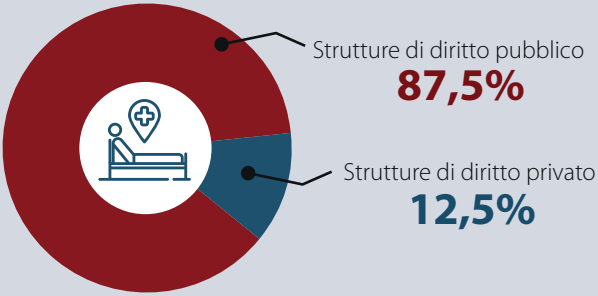


Contributo del privato accreditato al SSN (posti letto)

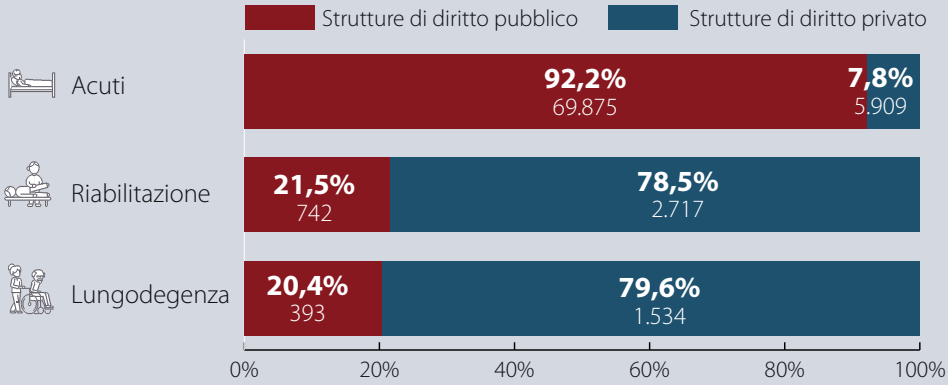


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

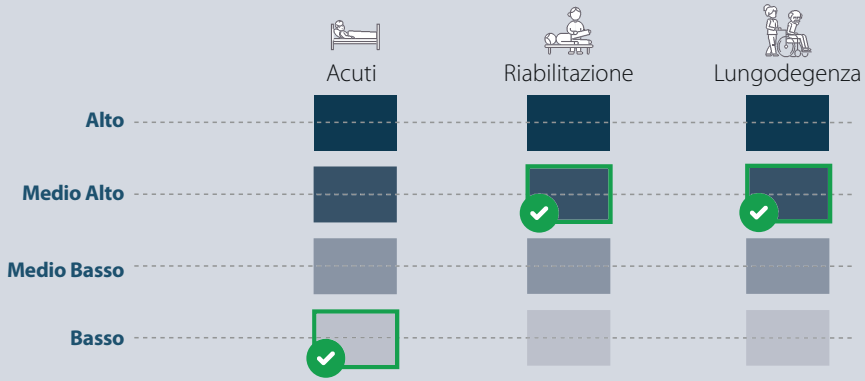
Ricoveri SSN



Ricoveri SSN per tipologia

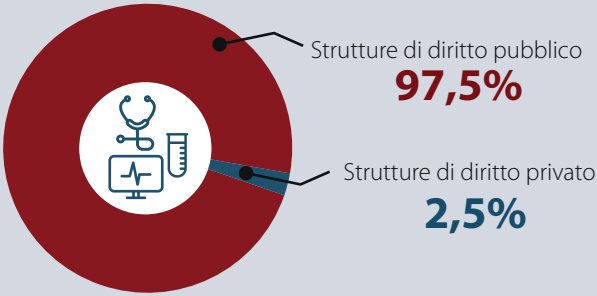


Contributo del privato accreditato al SSN (ricoveri)

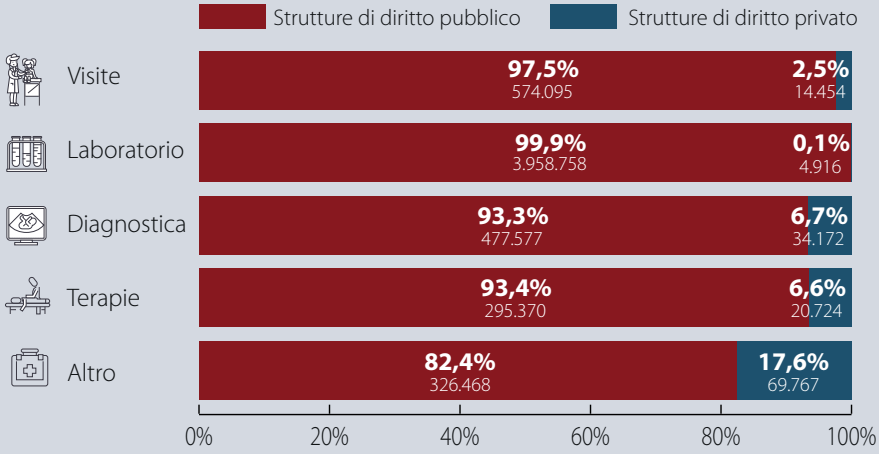


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

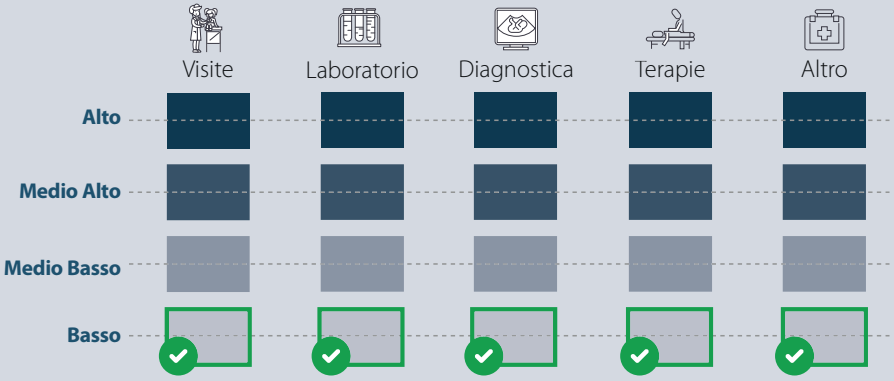
Prestazioni ambulatoriali SSN



Prestazioni ambulatoriali SSN per tipologia



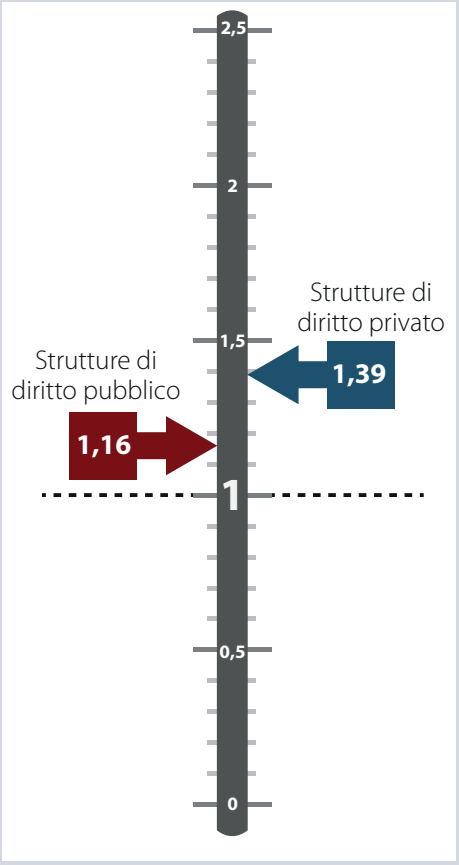
Contributo del privato accreditato al SSN (ambulatoriale)



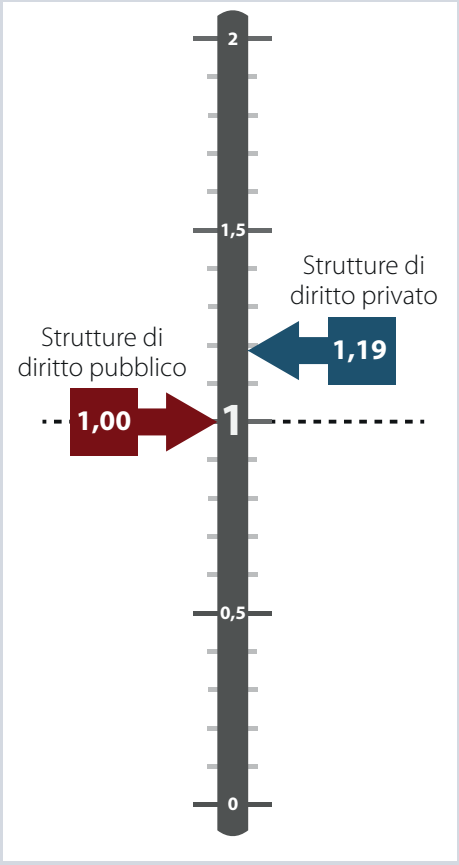
Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Complessità delle prestazioni ospedaliere

Peso medio



Case-mix

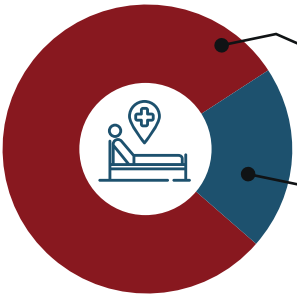


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Veneto



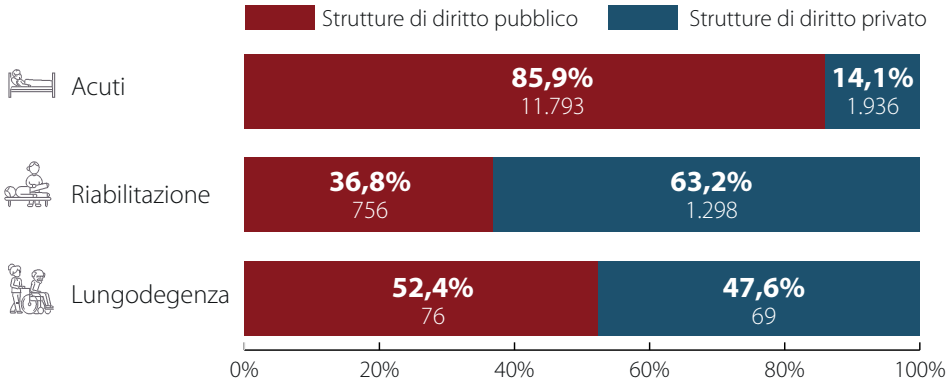
Posti letto SSN



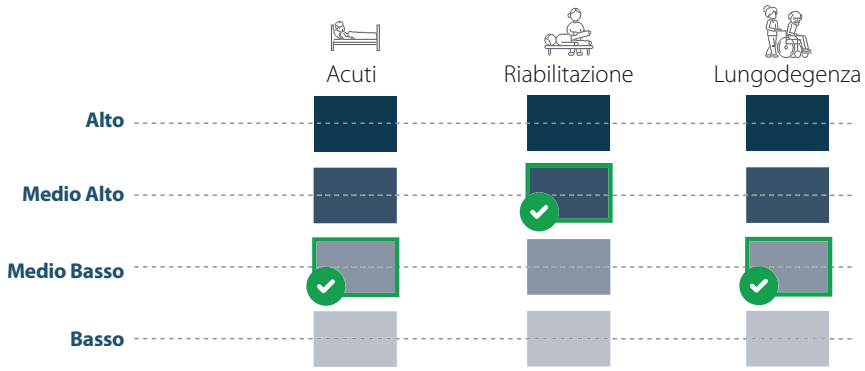
Strutture di diritto pubblico
79,3%

Strutture di diritto privato
20,7%

Posti letto SSN per tipologia

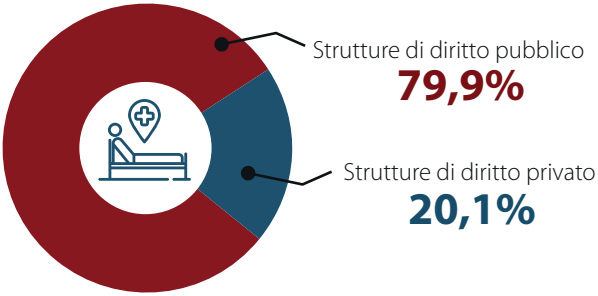


Contributo del privato accreditato al SSN (posti letto)

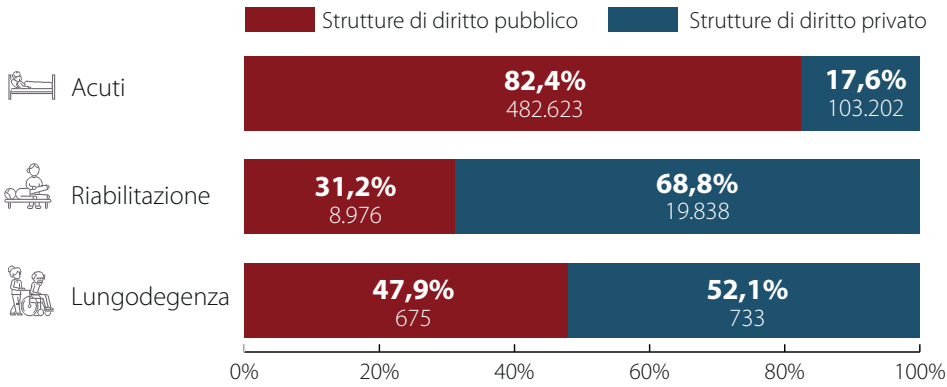


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

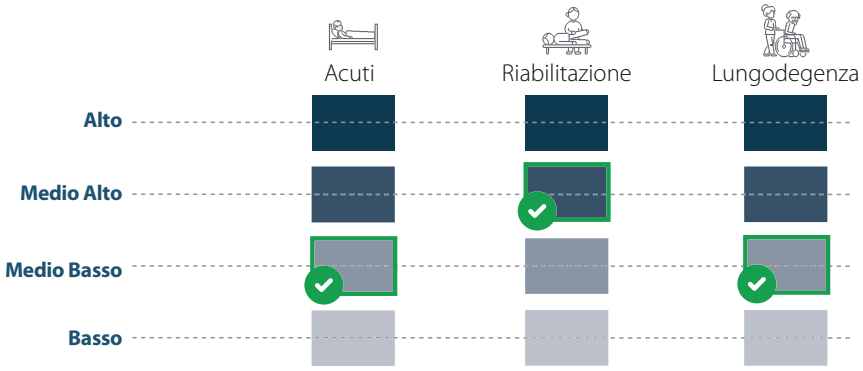
Ricoveri SSN



Ricoveri SSN per tipologia

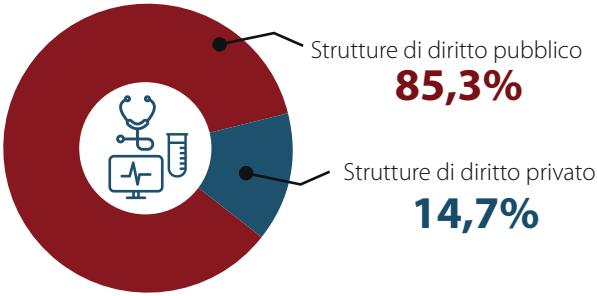


Contributo del privato accreditato al SSN (ricoveri)

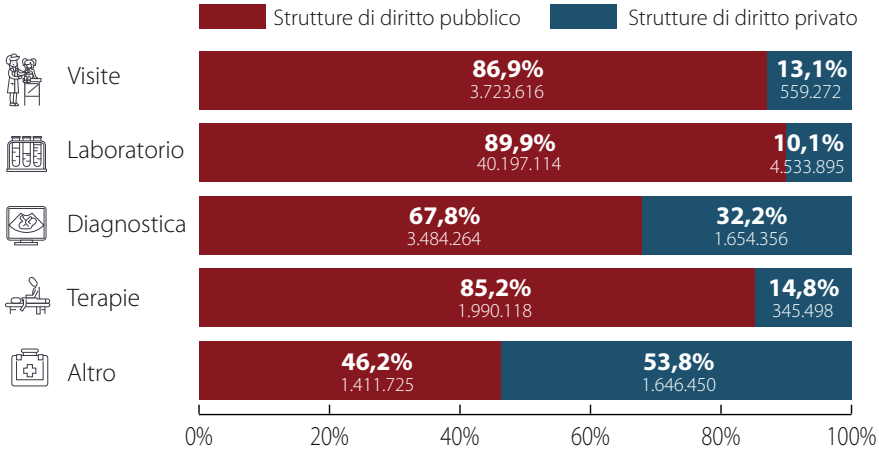


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

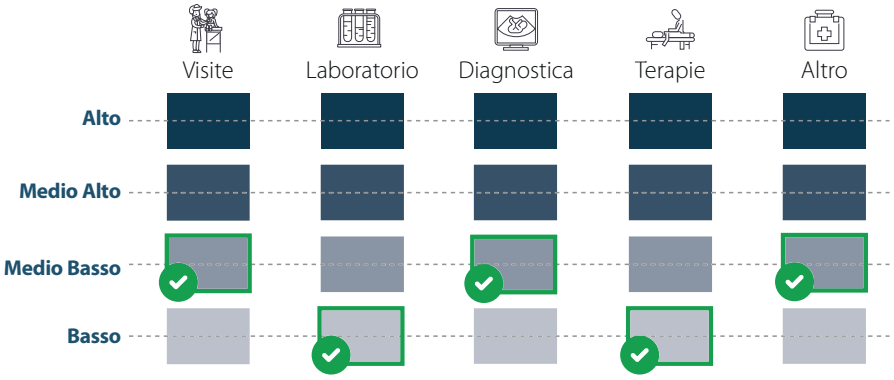
Prestazioni ambulatoriali SSN



Prestazioni ambulatoriali SSN per tipologia



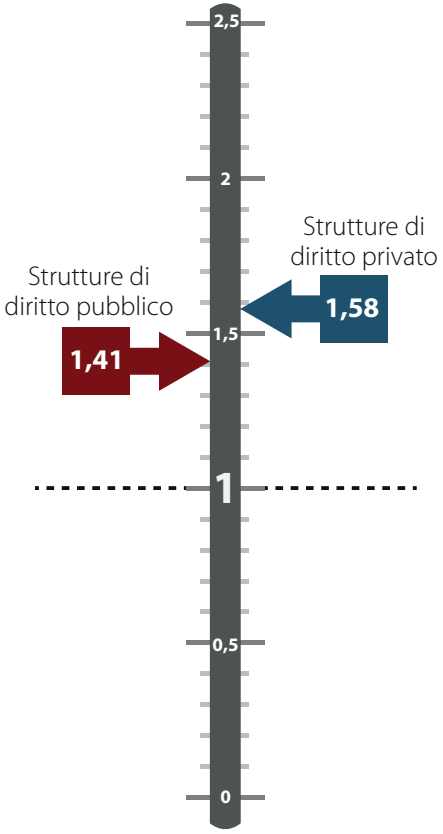
Contributo del privato accreditato al SSN (ambulatoriale)



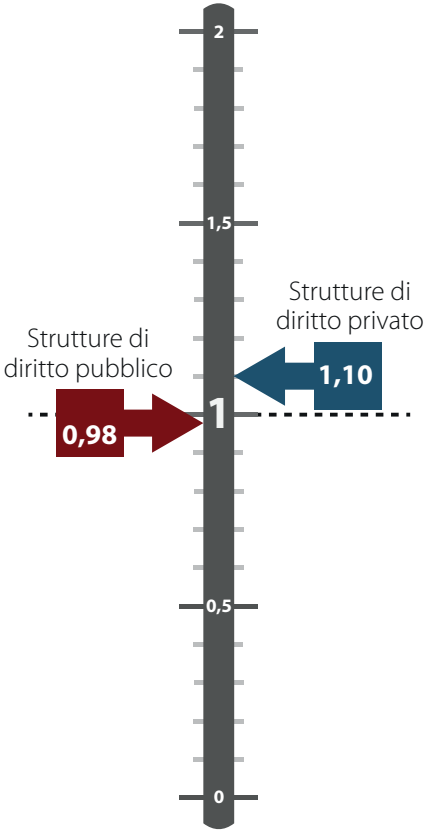
Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Complessità delle prestazioni ospedaliere

Peso medio



Case-mix

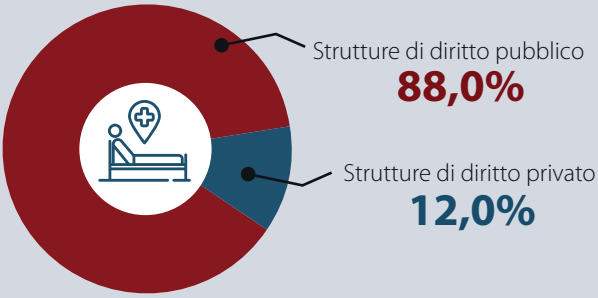


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

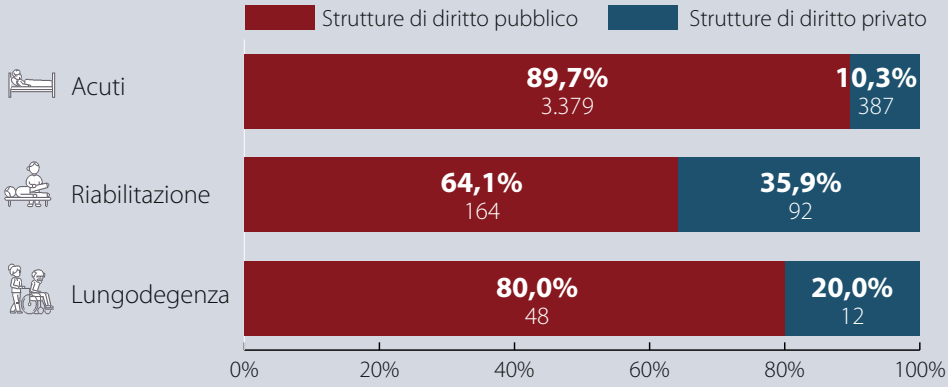
Friuli Venezia Giulia



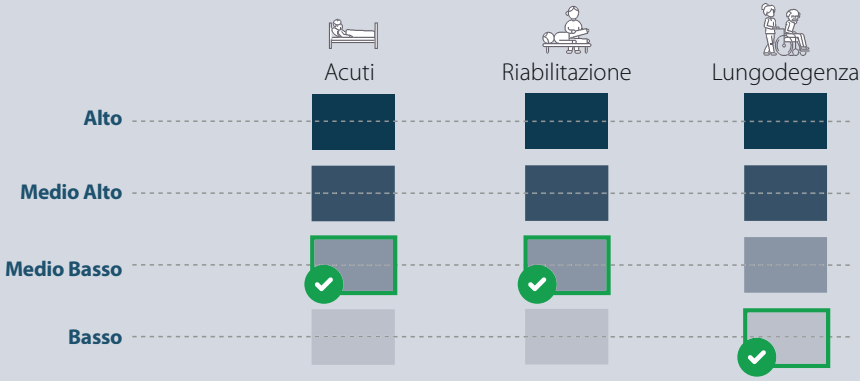
Posti letto SSN



Posti letto SSN per tipologia

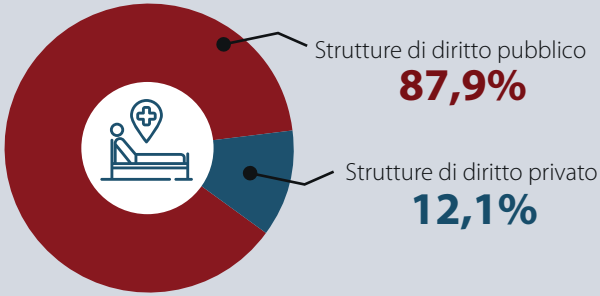


Contributo del privato accreditato al SSN (posti letto)

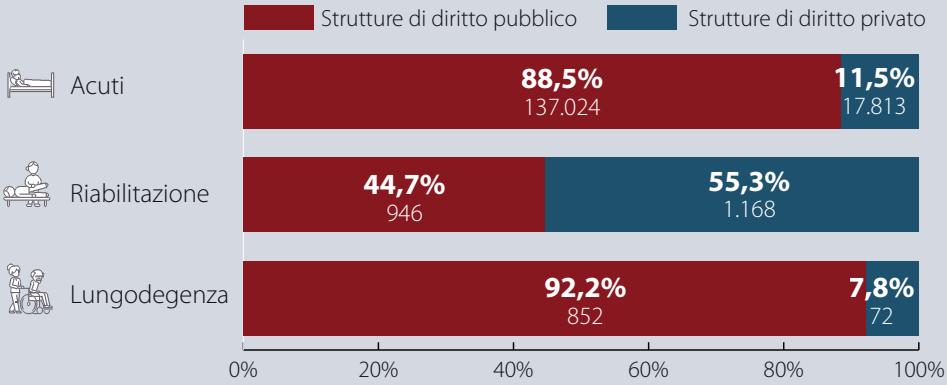


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

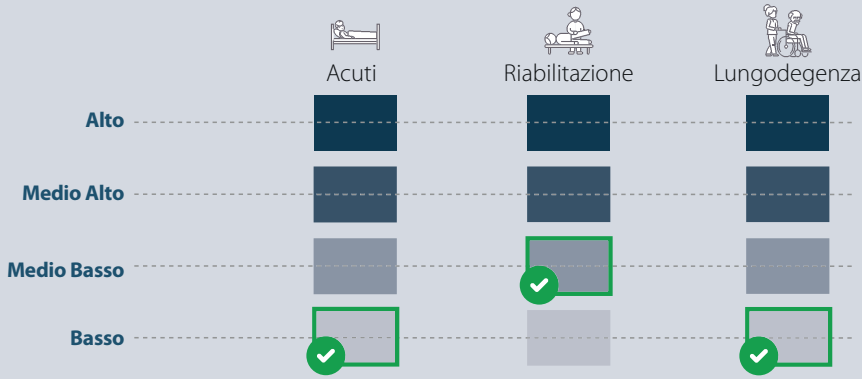
Ricoveri SSN



Ricoveri SSN per tipologia

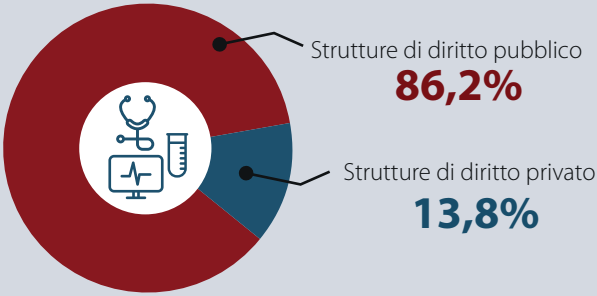


Contributo del privato accreditato al SSN (ricoveri)

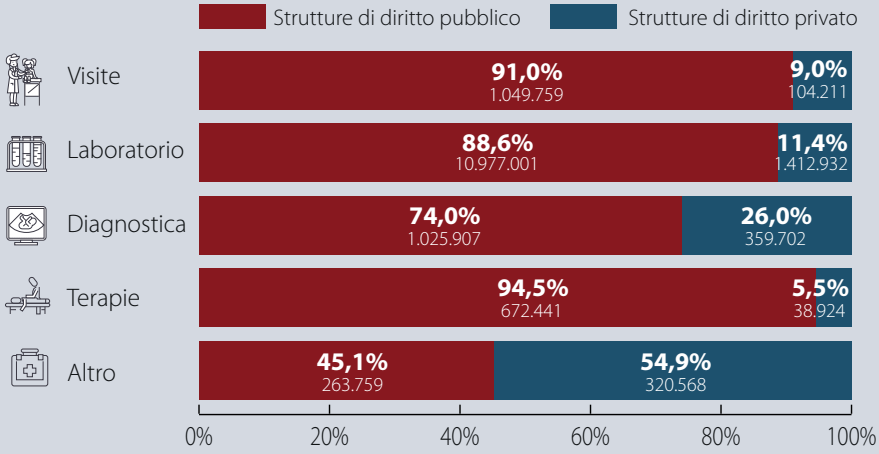


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

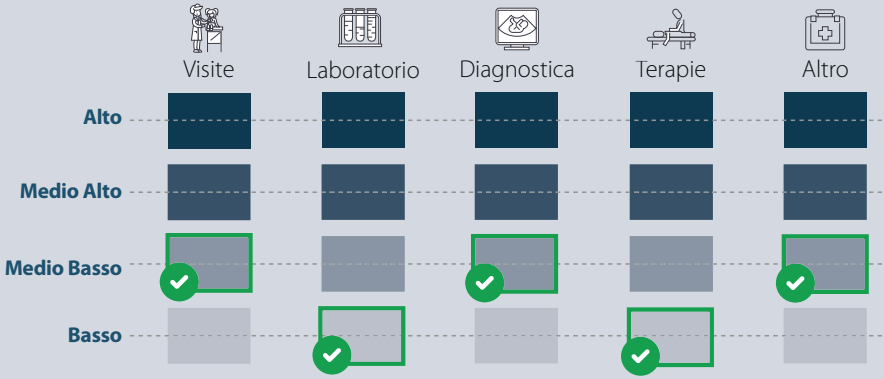
Prestazioni ambulatoriali SSN



Prestazioni ambulatoriali SSN per tipologia



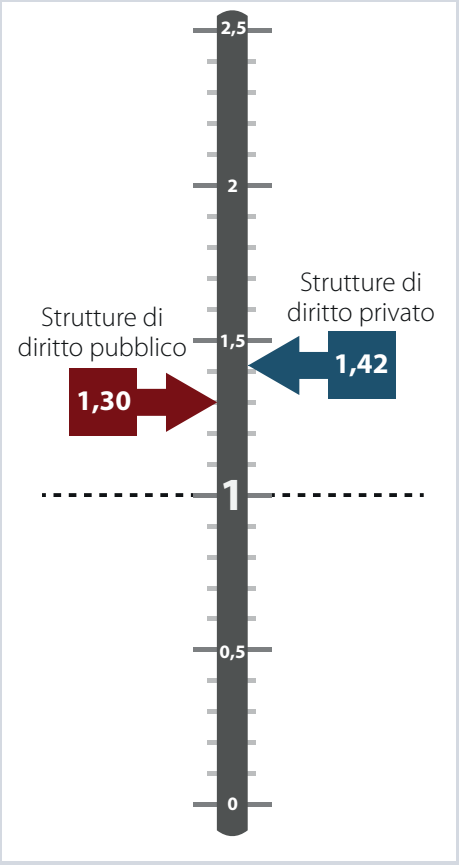
Contributo del privato accreditato al SSN (ambulatoriale)



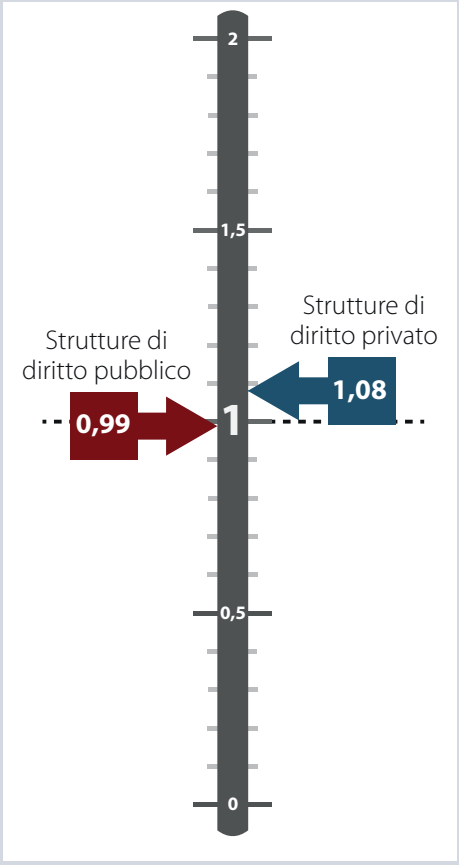
Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Complessità delle prestazioni ospedaliere

Peso medio



Case-mix

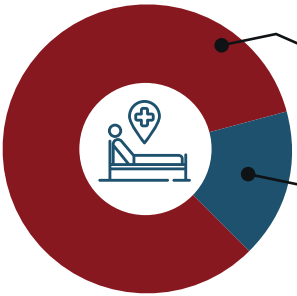


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Liguria



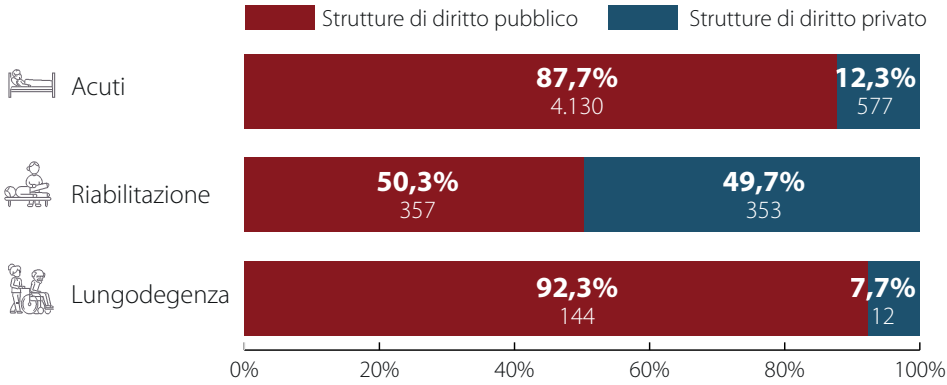
Posti letto SSN



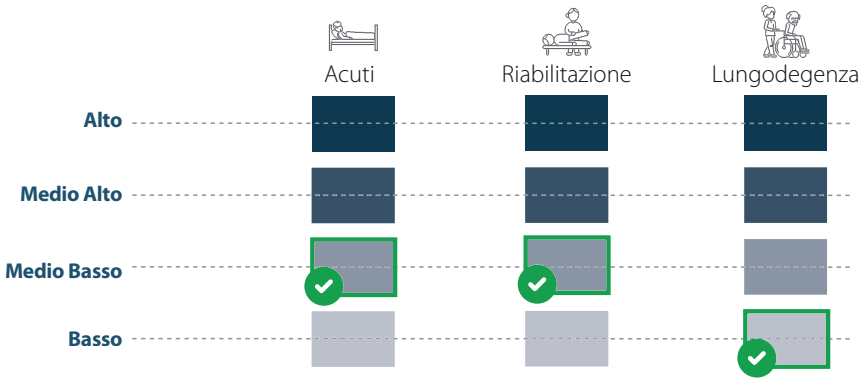
Strutture di diritto pubblico
83,1%

Strutture di diritto privato
16,9%

Posti letto SSN per tipologia

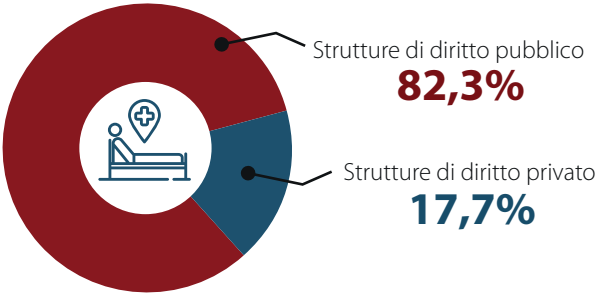


Contributo del privato accreditato al SSN (posti letto)

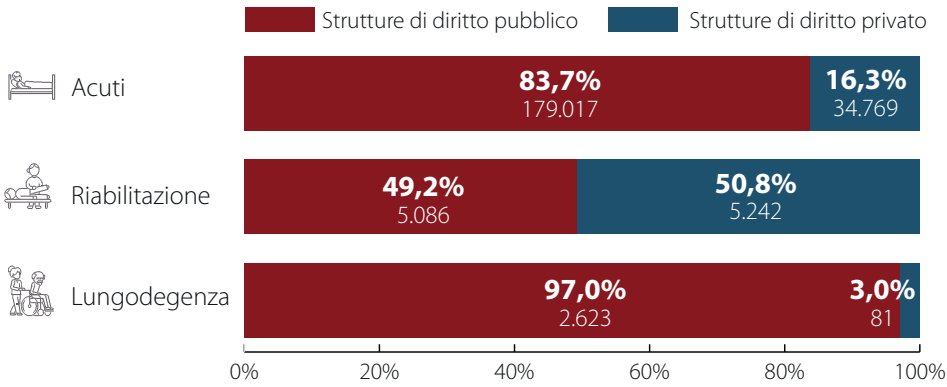


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

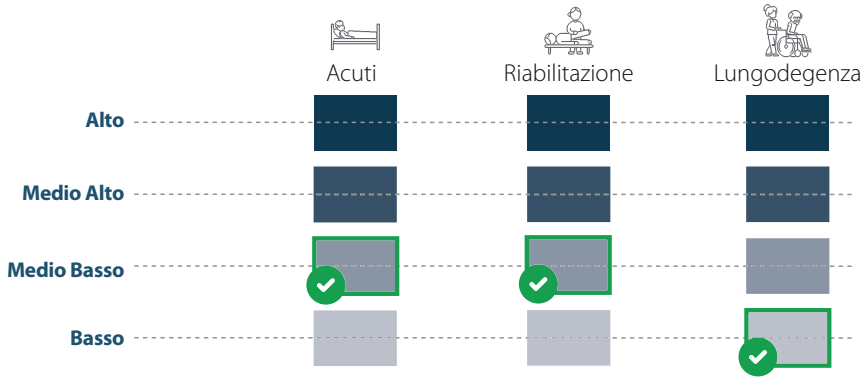
Ricoveri SSN



Ricoveri SSN per tipologia

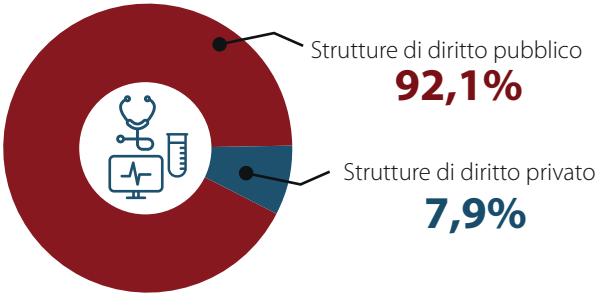


Contributo del privato accreditato al SSN (ricoveri)

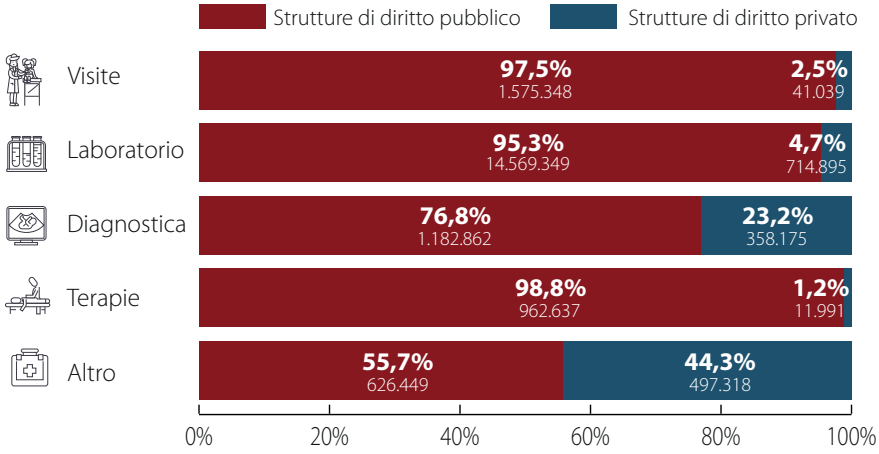


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

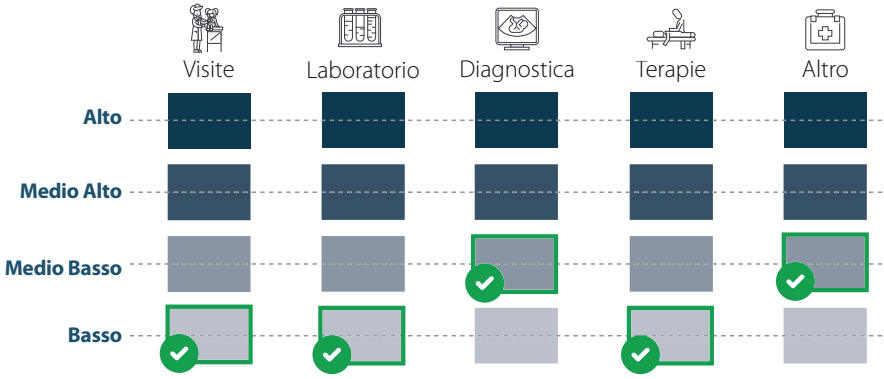
Prestazioni ambulatoriali SSN



Prestazioni ambulatoriali SSN per tipologia



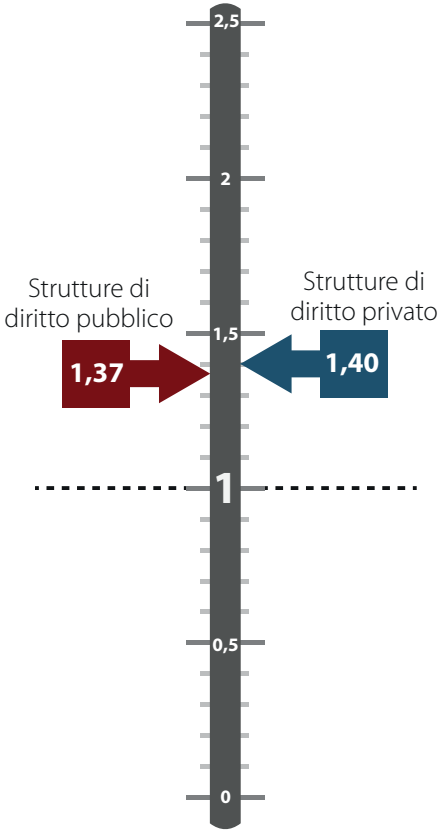
Contributo del privato accreditato al SSN (ambulatoriale)



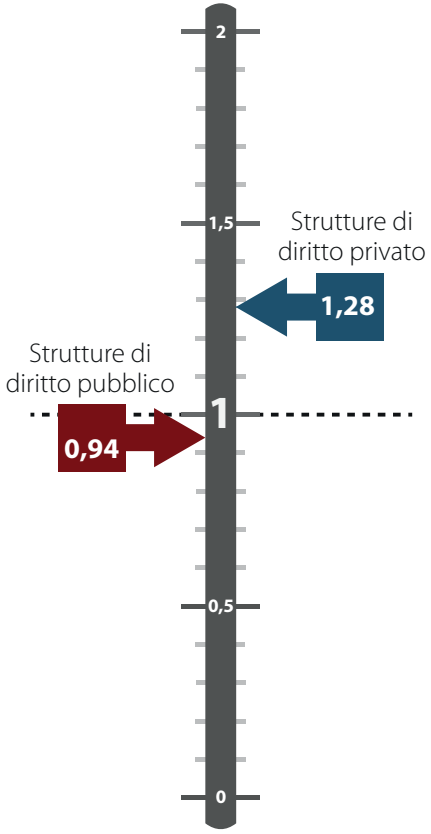
Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Complessità delle prestazioni ospedaliere

Peso medio



Case-mix

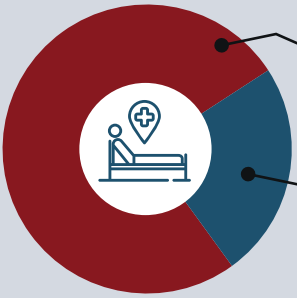


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Emilia-Romagna



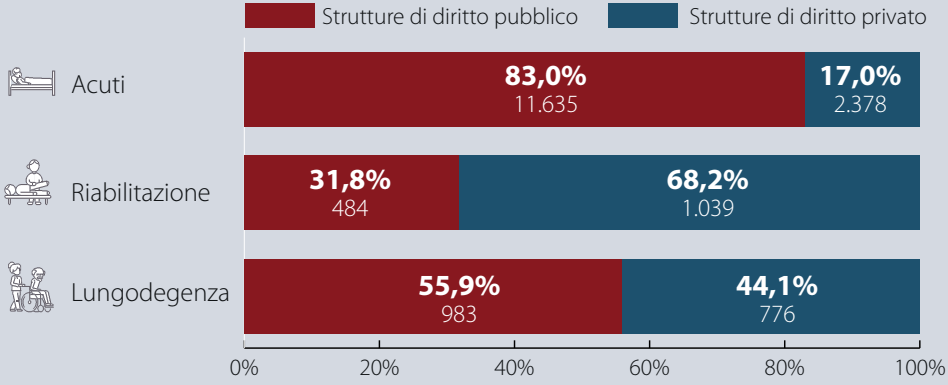
Posti letto SSN



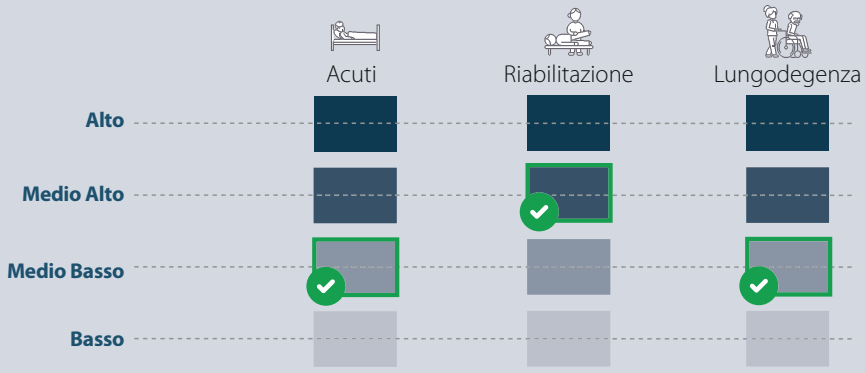
Strutture di diritto pubblico
75,8%

Strutture di diritto privato
24,2%

Posti letto SSN per tipologia

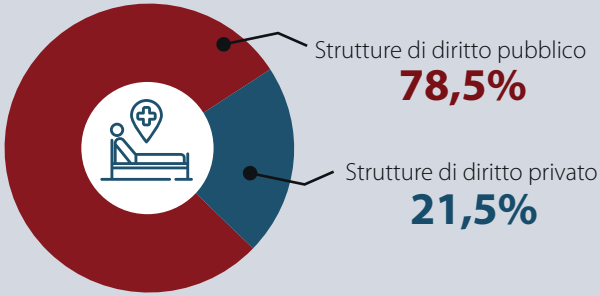


Contributo del privato accreditato al SSN (posti letto)

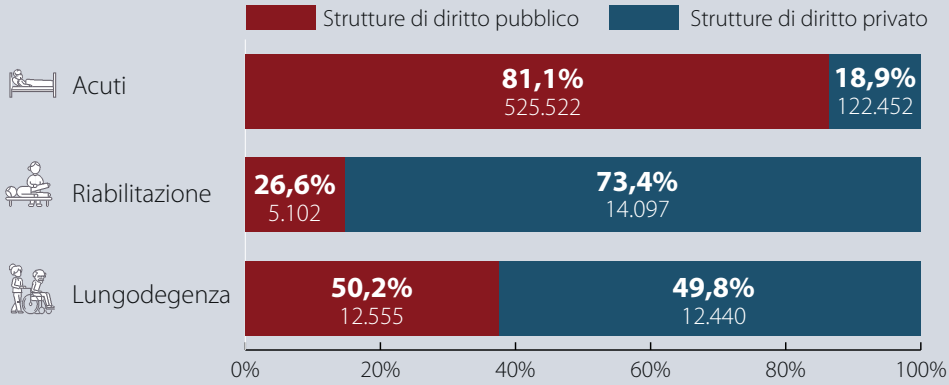


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

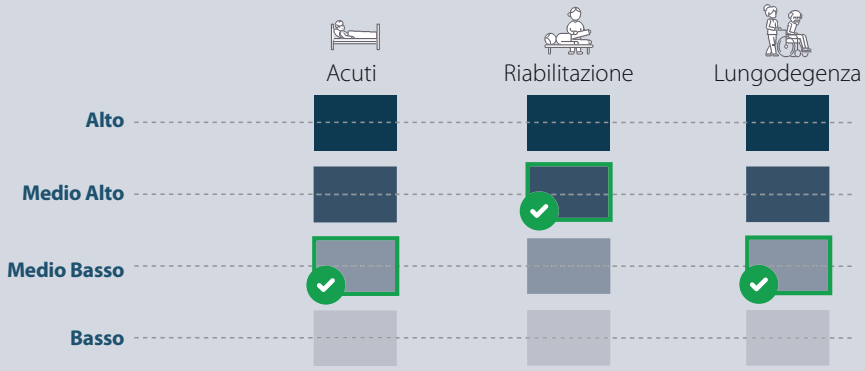
Ricoveri SSN



Ricoveri SSN per tipologia

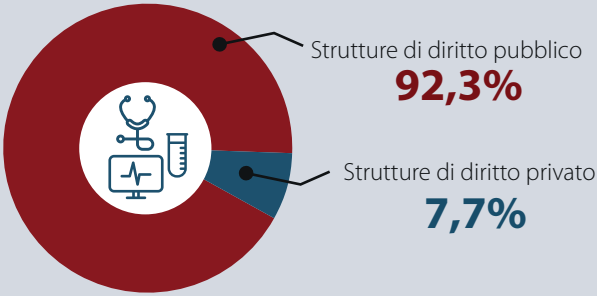


Contributo del privato accreditato al SSN (ricoveri)

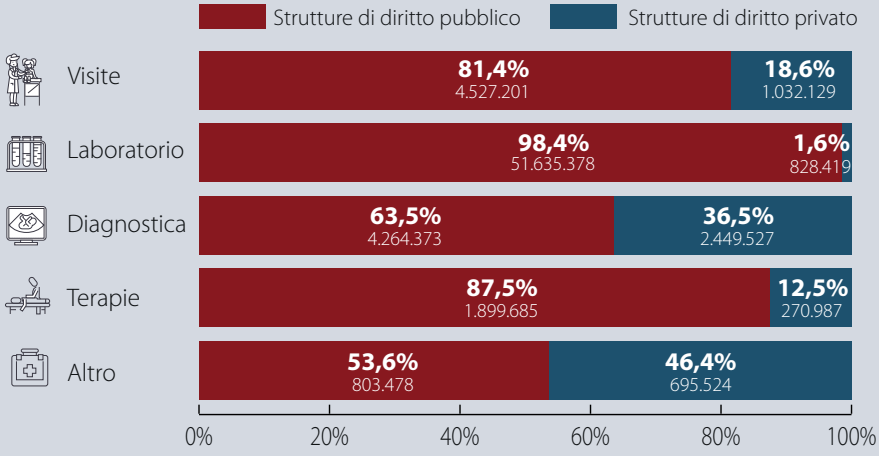


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

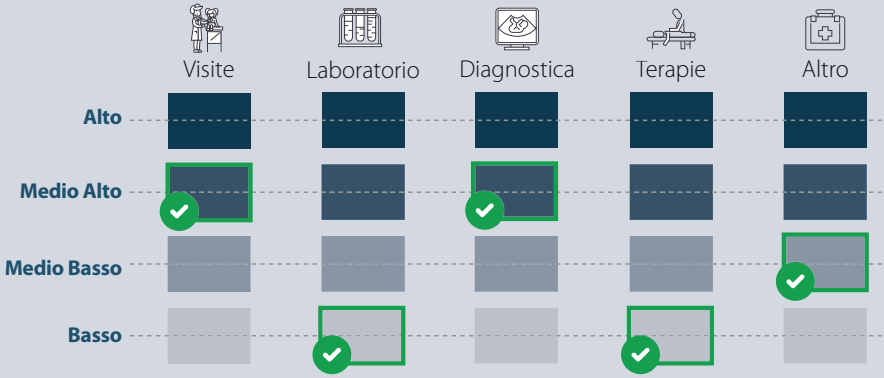
Prestazioni ambulatoriali SSN



Prestazioni ambulatoriali SSN per tipologia



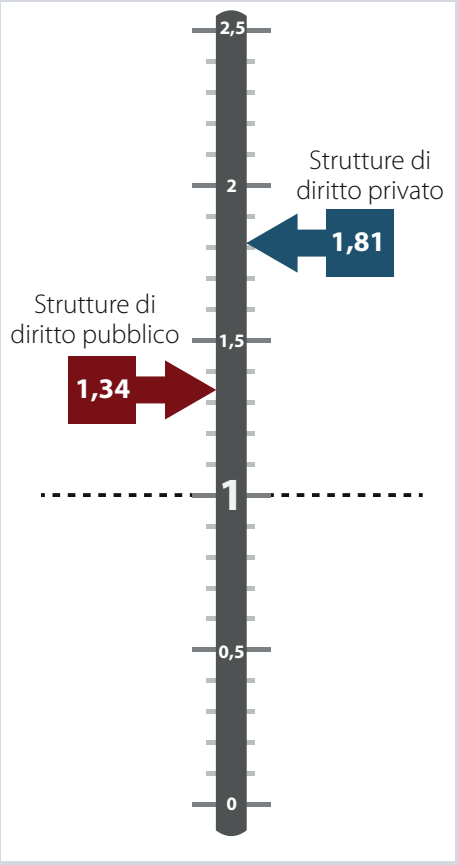
Contributo del privato accreditato al SSN (ambulatoriale)



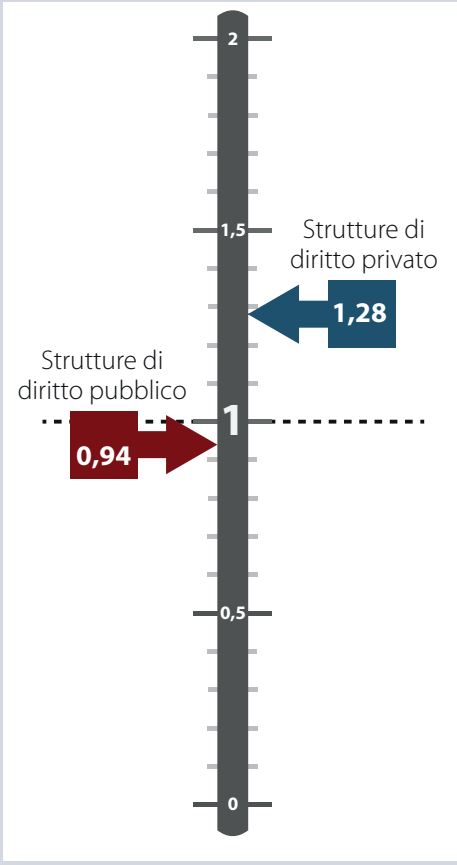
Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Complessità delle prestazioni ospedaliere

Peso medio



Case-mix

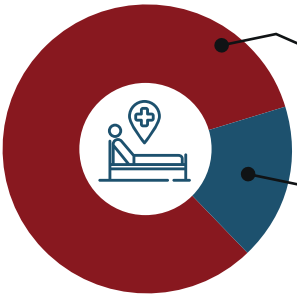


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Toscana



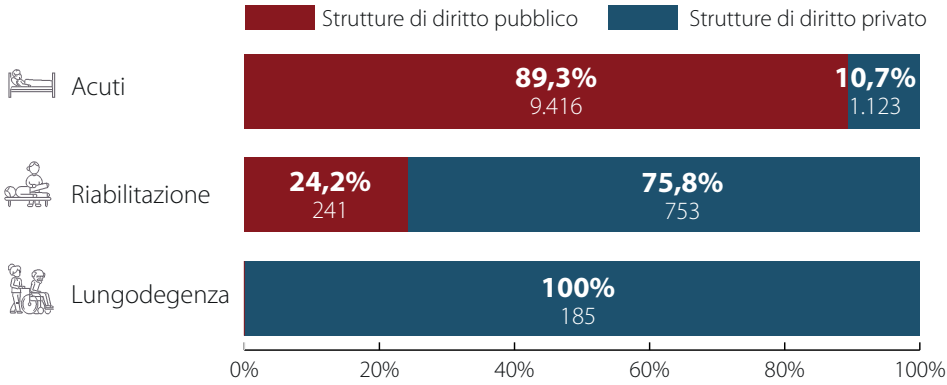
Posti letto SSN



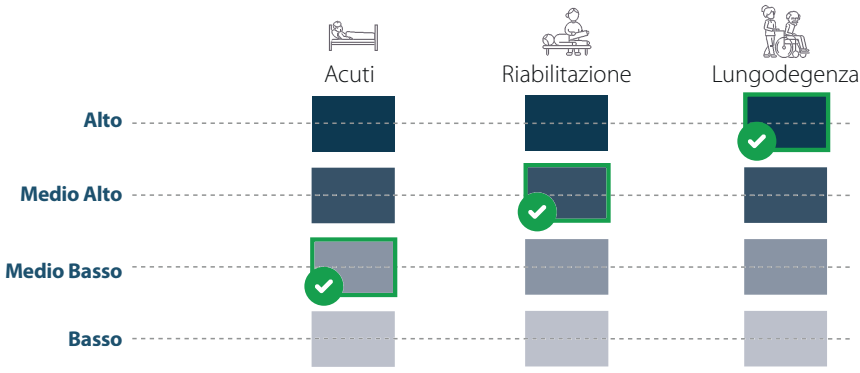
Strutture di diritto pubblico
82,4%

Strutture di diritto privato
17,6%

Posti letto SSN per tipologia

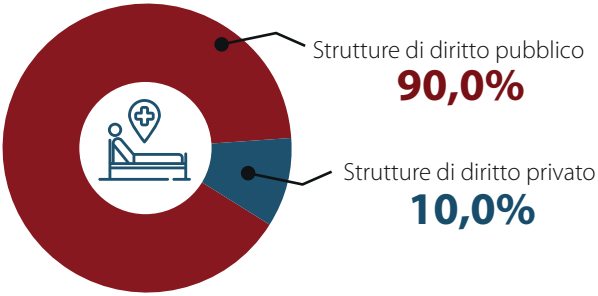


Contributo del privato accreditato al SSN (posti letto)

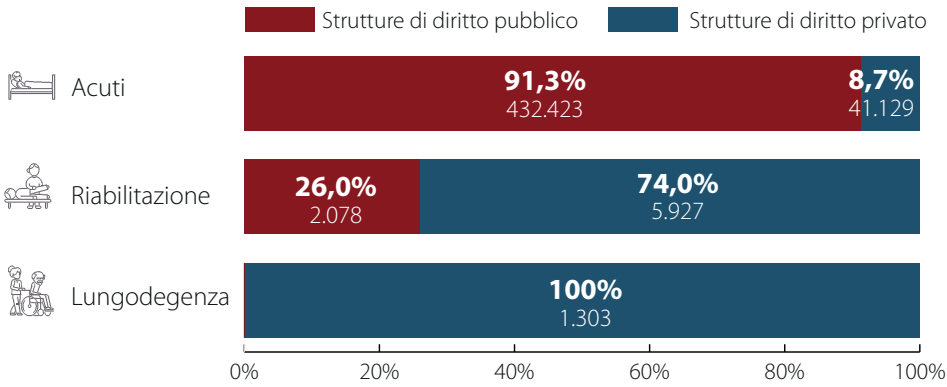


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

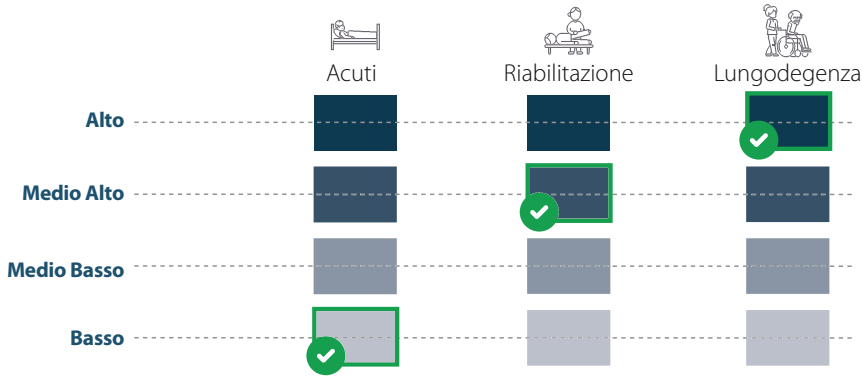
Ricoveri SSN



Ricoveri SSN per tipologia

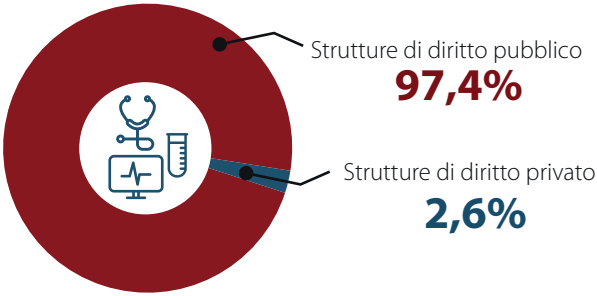


Contributo del privato accreditato al SSN (ricoveri)

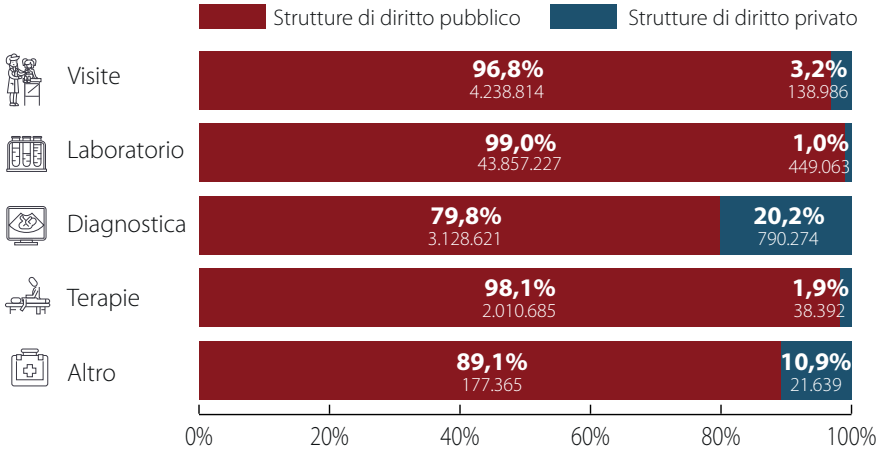


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

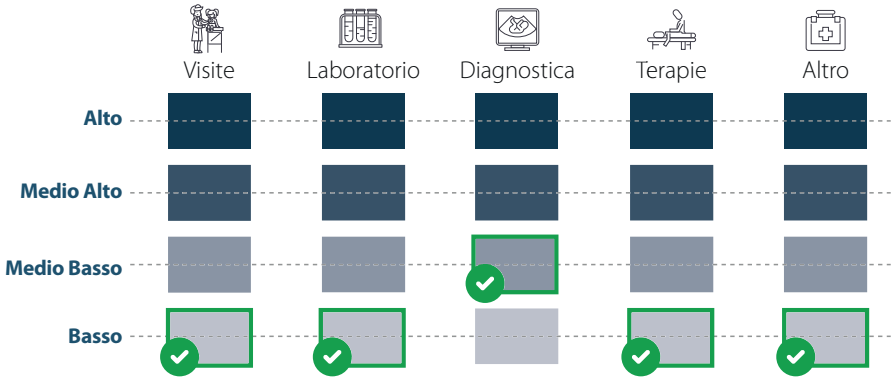
Prestazioni ambulatoriali SSN



Prestazioni ambulatoriali SSN per tipologia



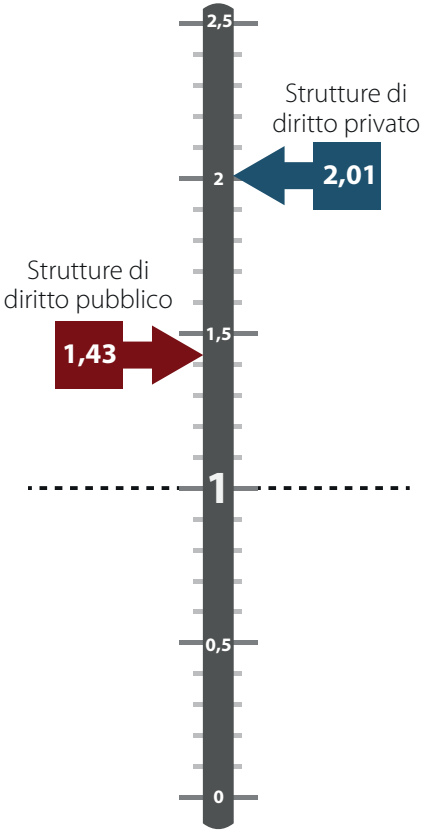
Contributo del privato accreditato al SSN (ambulatoriale)



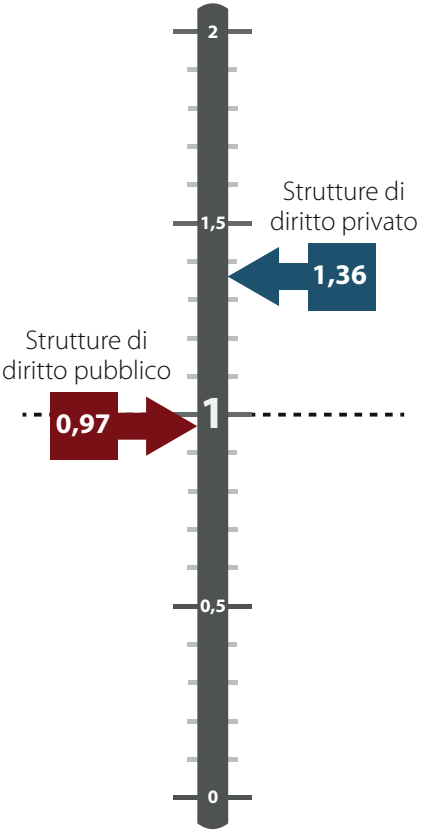
Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Complessità delle prestazioni ospedaliere

Peso medio



Case-mix



Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Umbria



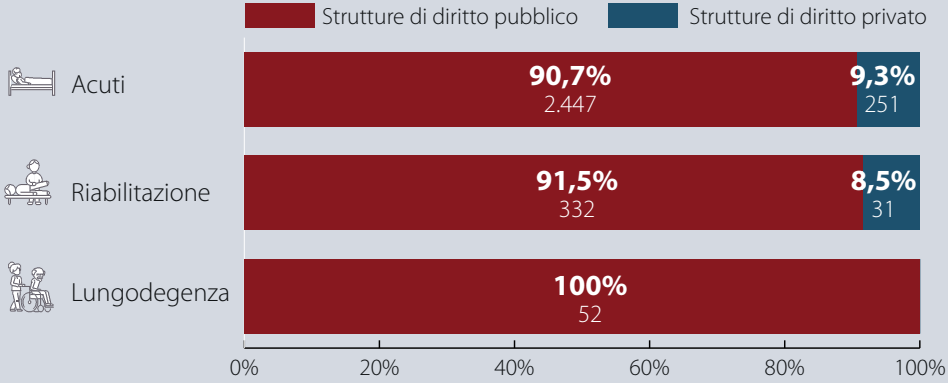
Posti letto SSN



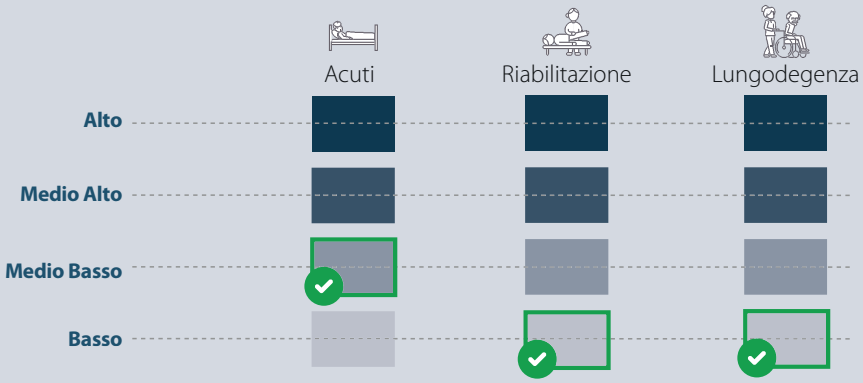
Strutture di diritto pubblico
90,9%

Strutture di diritto privato
9,1%

Posti letto SSN per tipologia

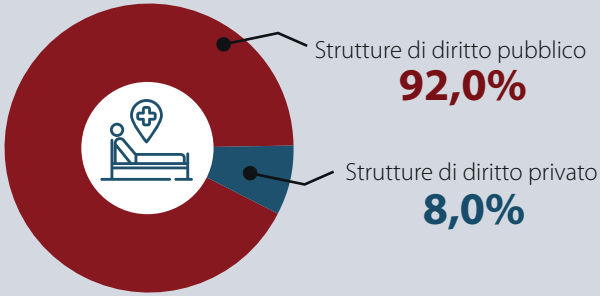


Contributo del privato accreditato al SSN (posti letto)

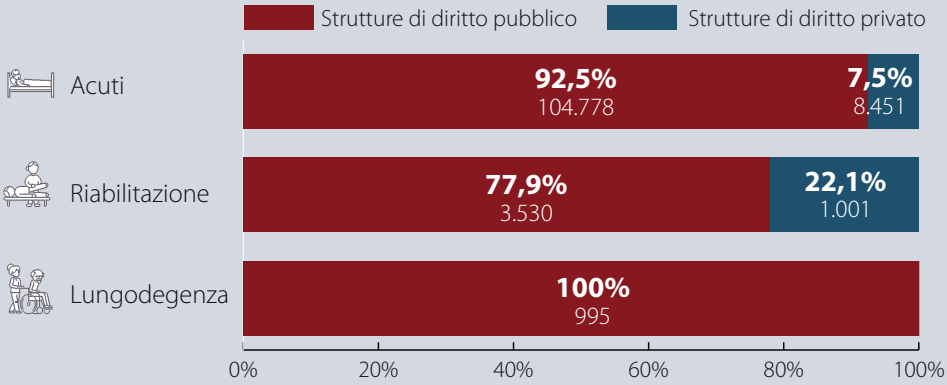


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

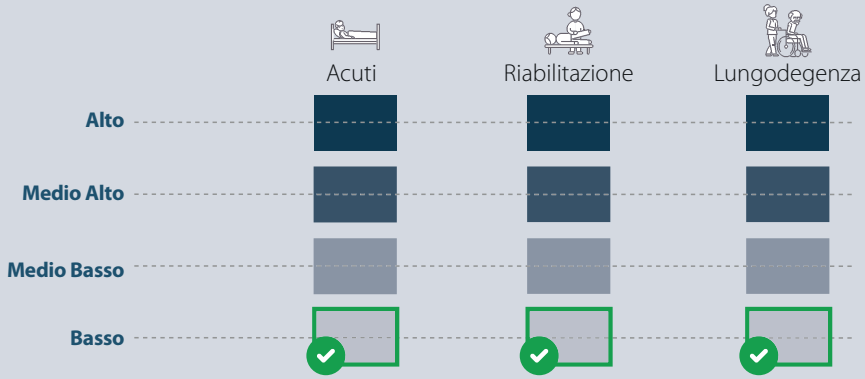
Ricoveri SSN



Ricoveri SSN per tipologia

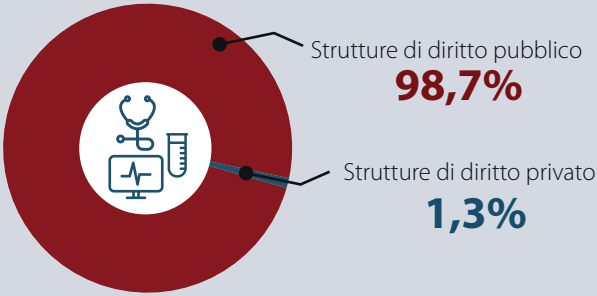


Contributo del privato accreditato al SSN (ricoveri)

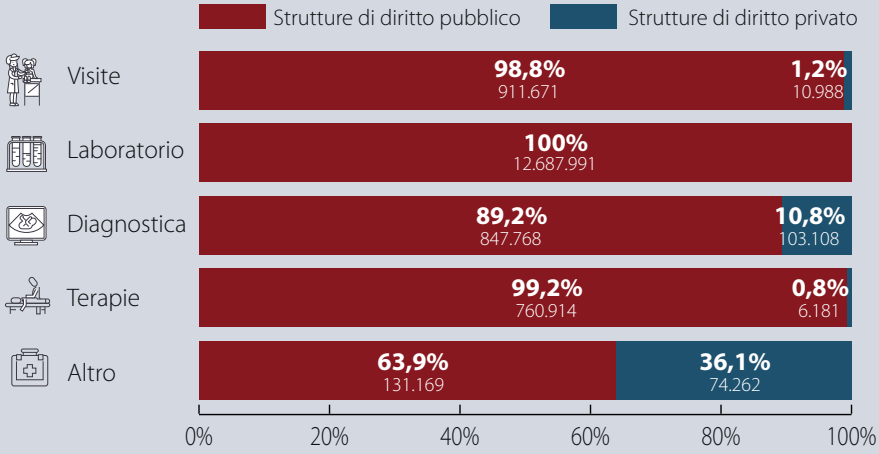


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

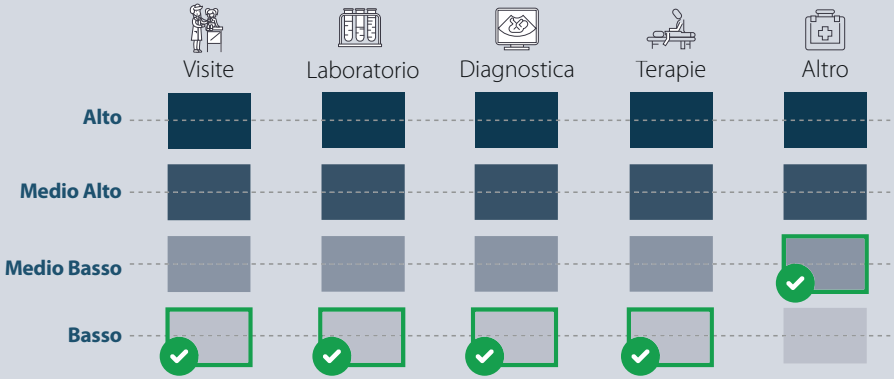
Prestazioni ambulatoriali SSN



Prestazioni ambulatoriali SSN per tipologia



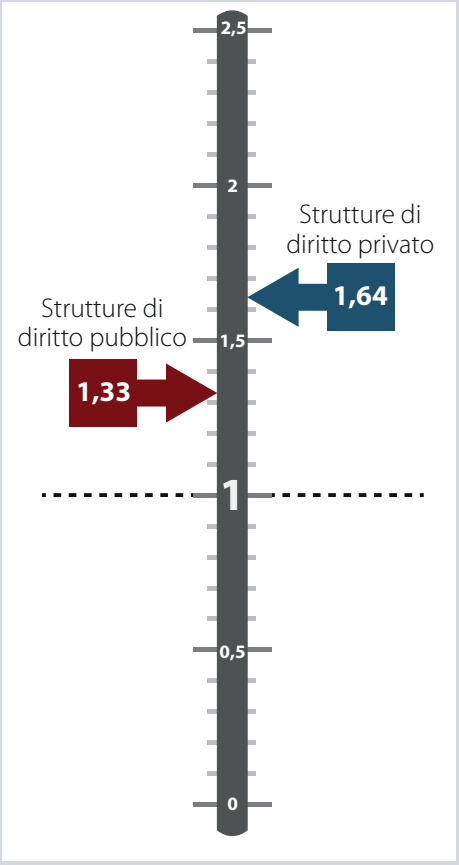
Contributo del privato accreditato al SSN (ambulatoriale)



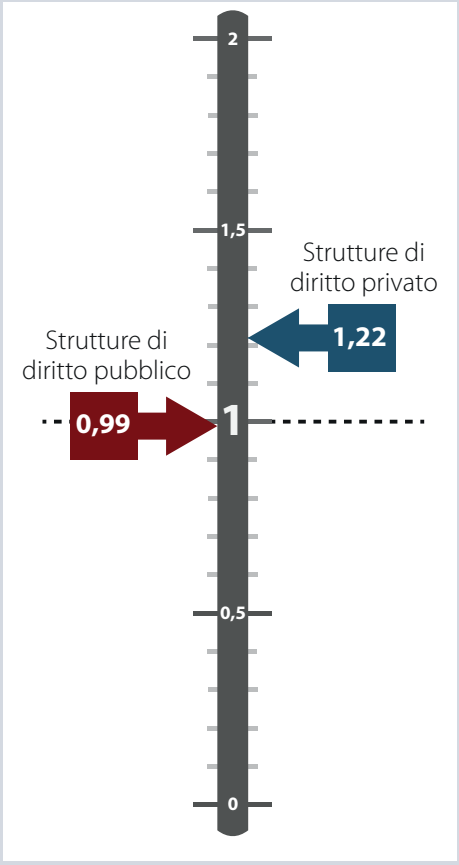
Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Complessità delle prestazioni ospedaliere

Peso medio



Case-mix

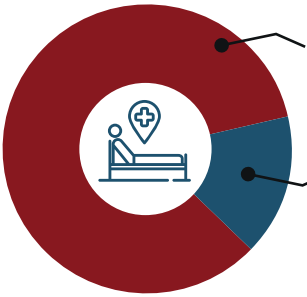


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Marche



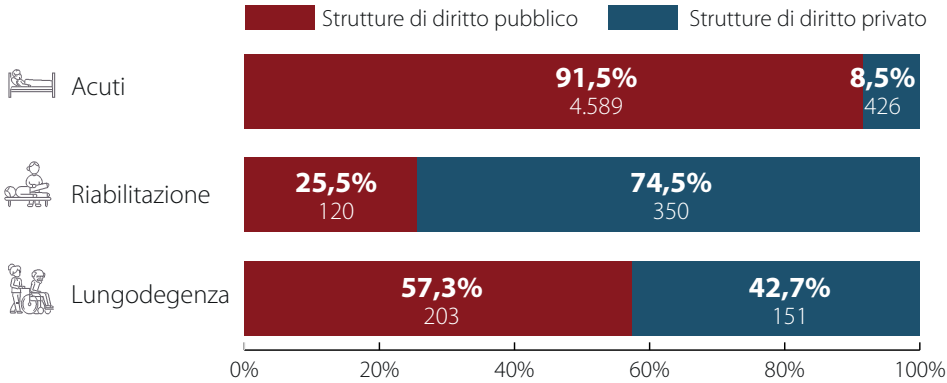
Posti letto SSN



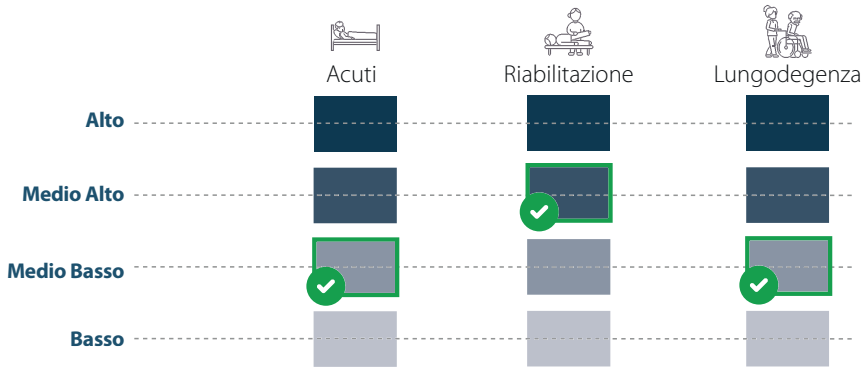
Strutture di diritto pubblico
84,1%

Strutture di diritto privato
15,9%

Posti letto SSN per tipologia

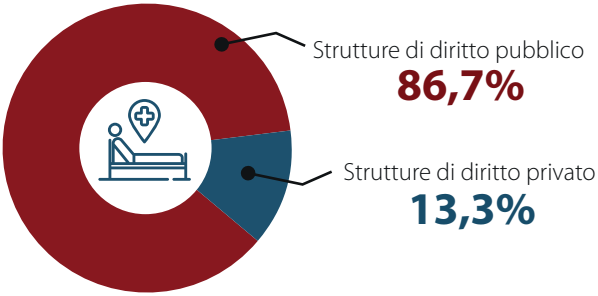


Contributo del privato accreditato al SSN (posti letto)

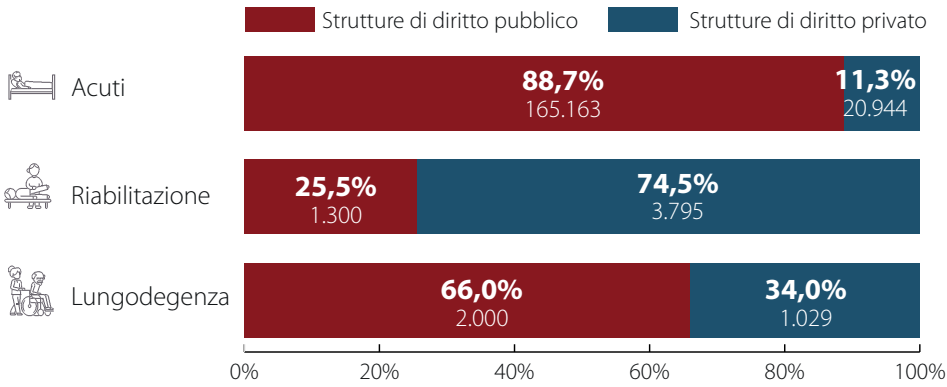


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

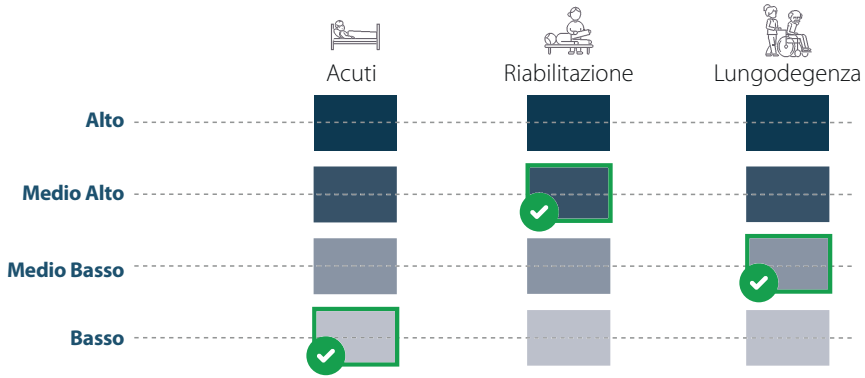
Ricoveri SSN



Ricoveri SSN per tipologia

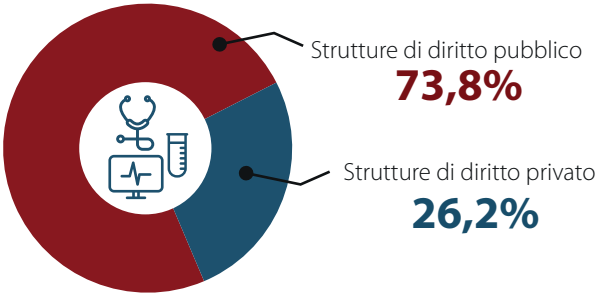


Contributo del privato accreditato al SSN (ricoveri)

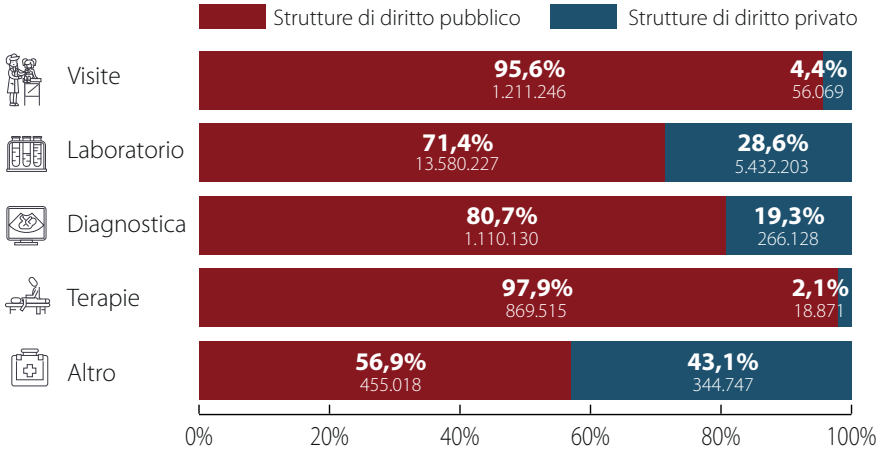


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

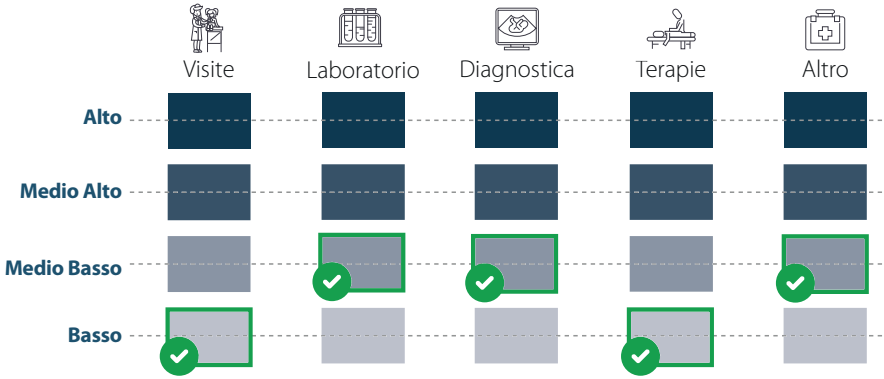
Prestazioni ambulatoriali SSN



Prestazioni ambulatoriali SSN per tipologia



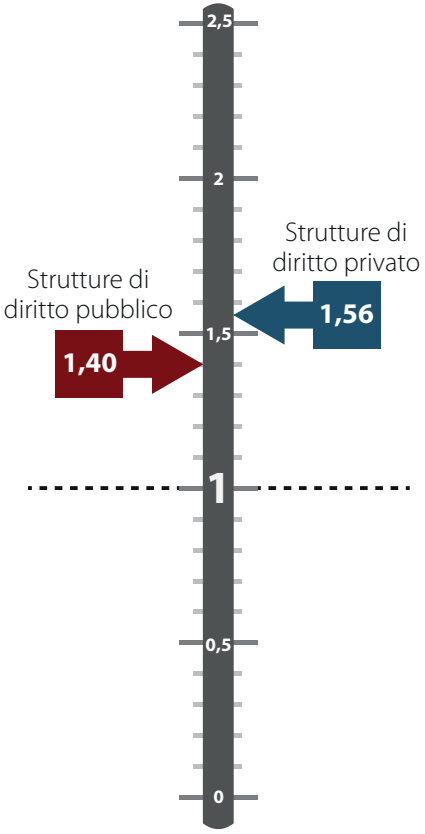
Contributo del privato accreditato al SSN (ambulatoriale)



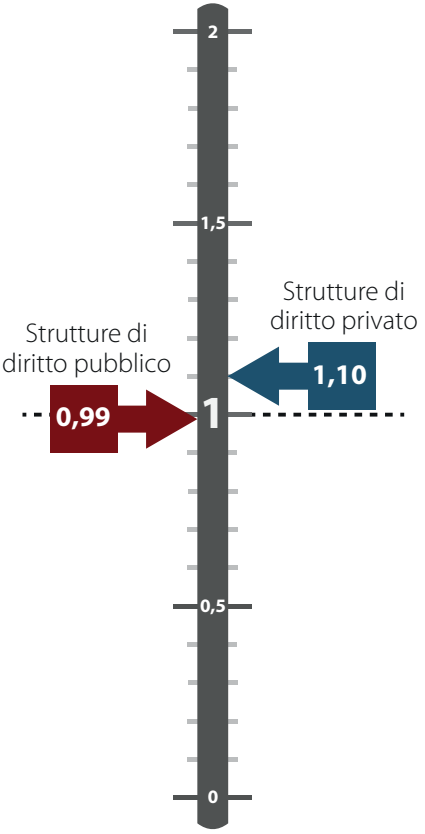
Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Complessità delle prestazioni ospedaliere

Peso medio



Case-mix

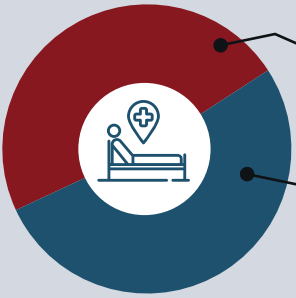


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Lazio



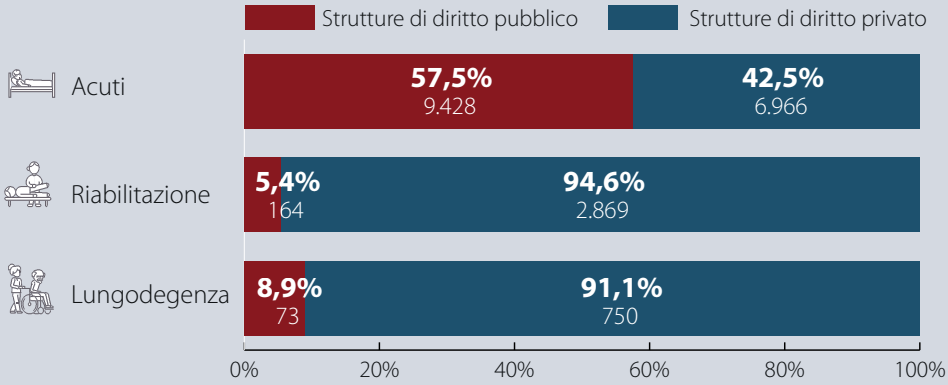
Posti letto SSN



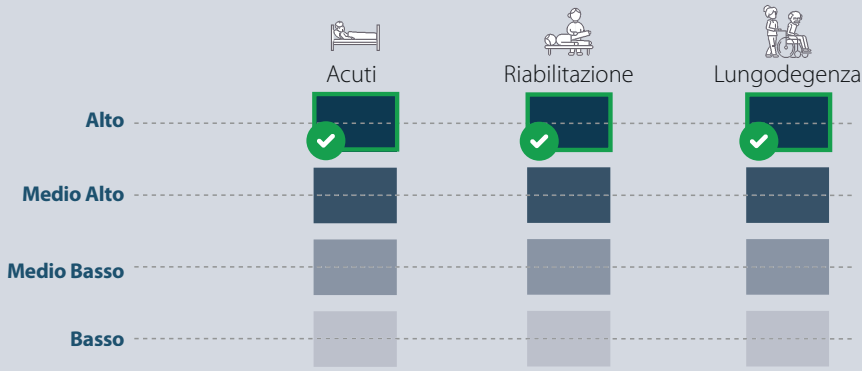
Strutture di diritto pubblico
47,7%

Strutture di diritto privato
52,3%

Posti letto SSN per tipologia

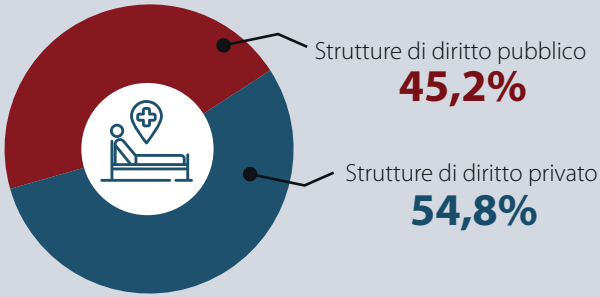


Contributo del privato accreditato al SSN (posti letto)

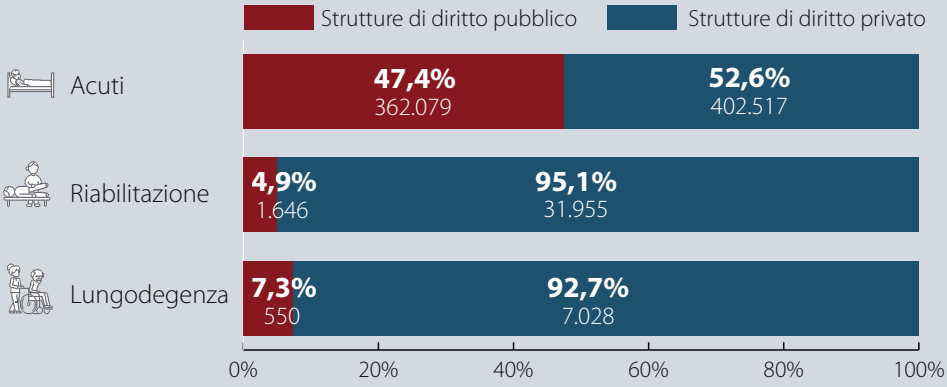


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

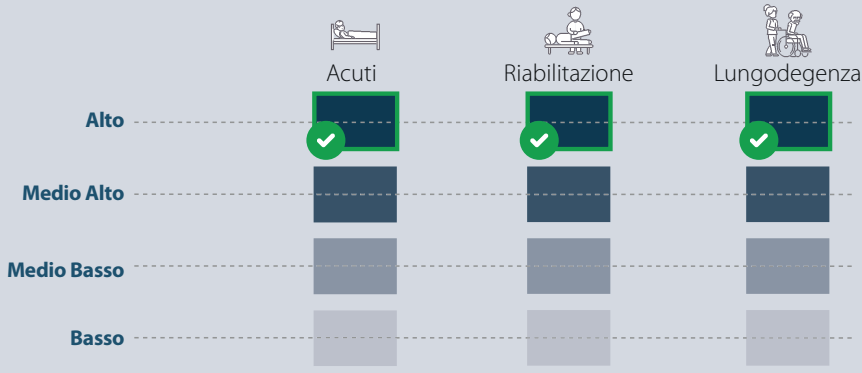
Ricoveri SSN



Ricoveri SSN per tipologia

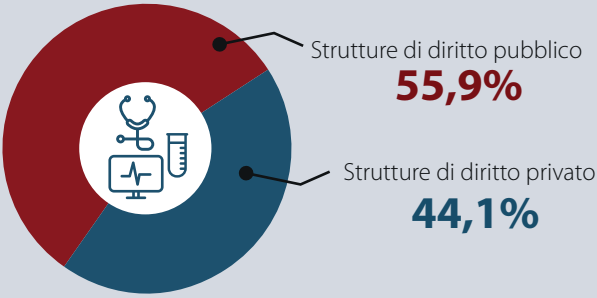


Contributo del privato accreditato al SSN (ricoveri)

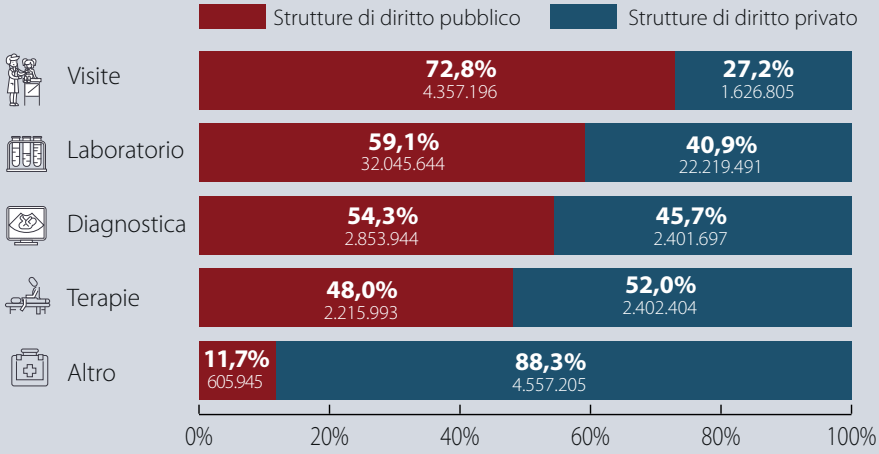


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

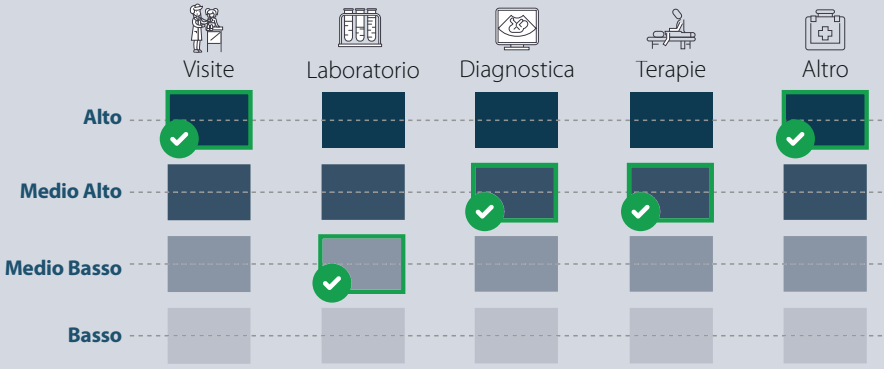
Prestazioni ambulatoriali SSN



Prestazioni ambulatoriali SSN per tipologia



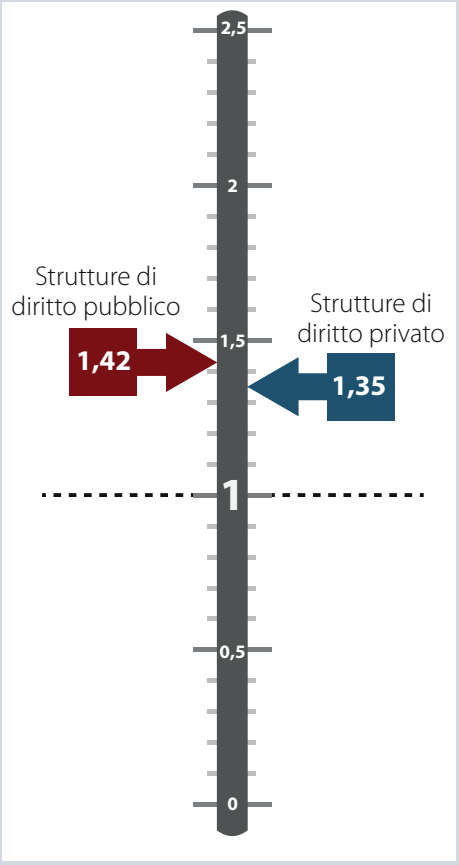
Contributo del privato accreditato al SSN (ambulatoriale)



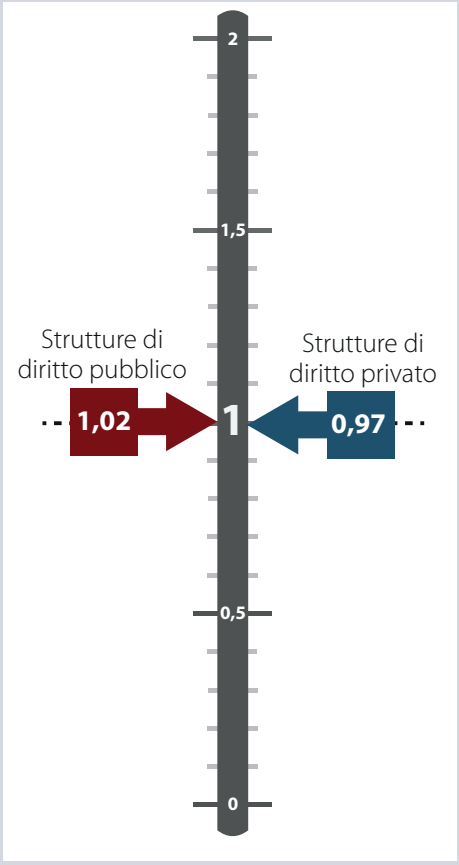
Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Complessità delle prestazioni ospedaliere

Peso medio



Case-mix

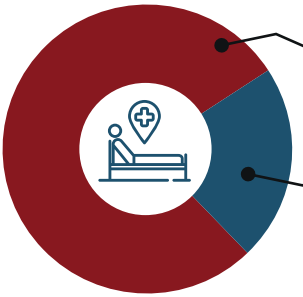


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Abruzzo



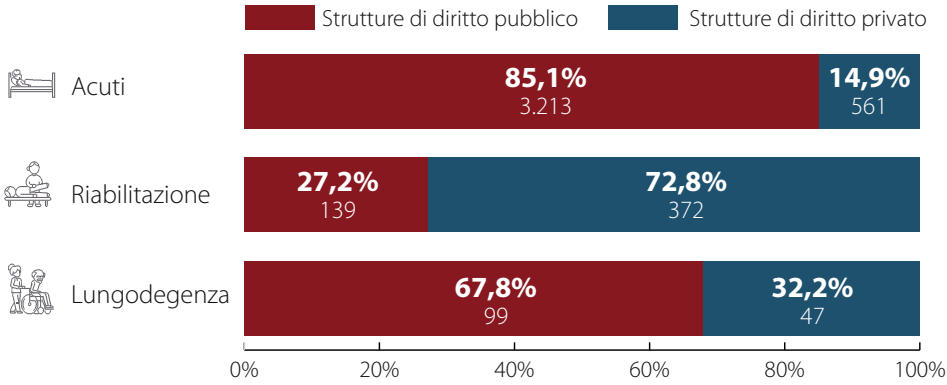
Posti letto SSN



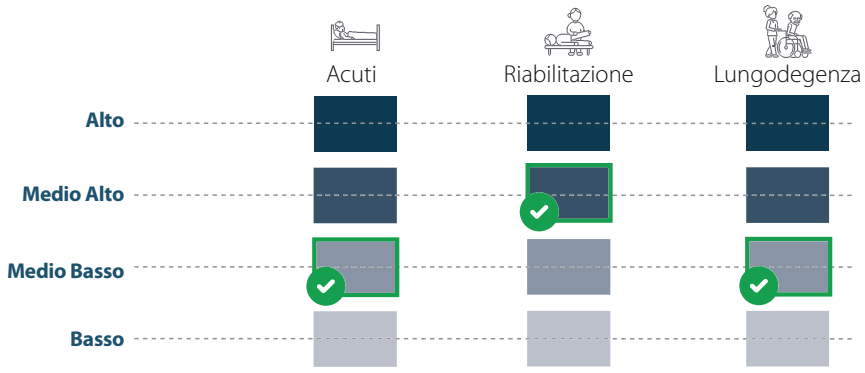
Strutture di diritto pubblico
77,9%

Strutture di diritto privato
22,1%

Posti letto SSN per tipologia

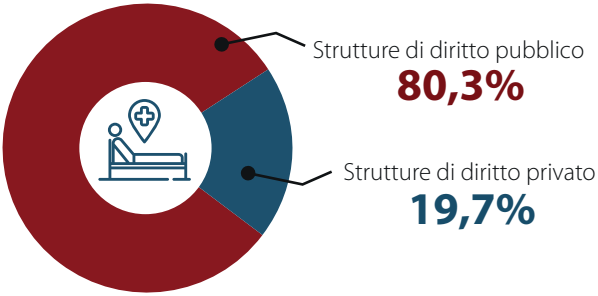


Contributo del privato accreditato al SSN (posti letto)

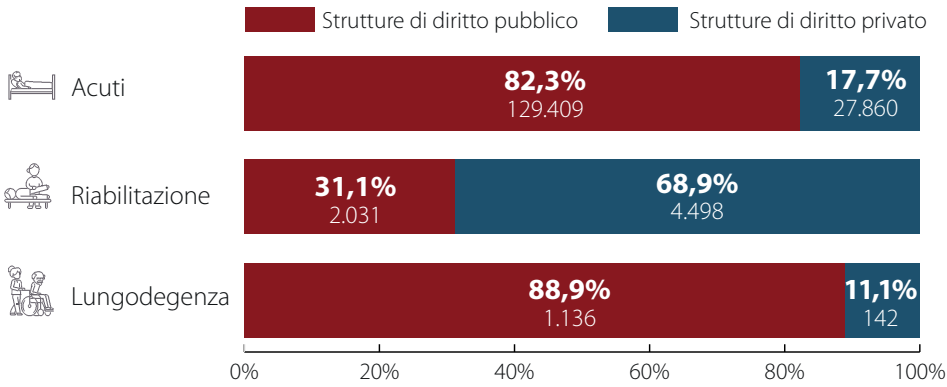


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

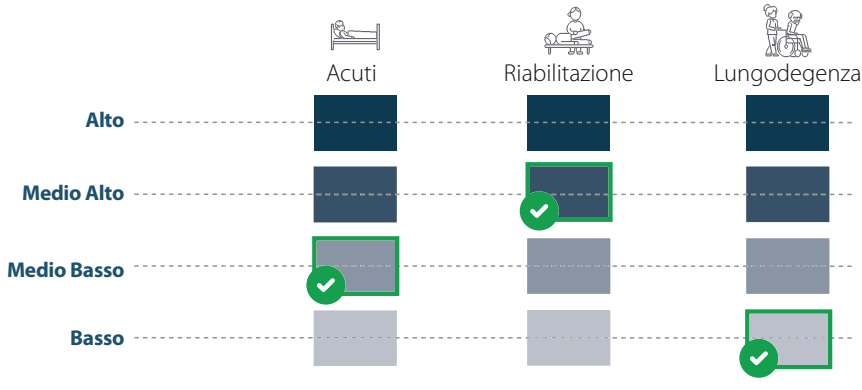
Ricoveri SSN



Ricoveri SSN per tipologia

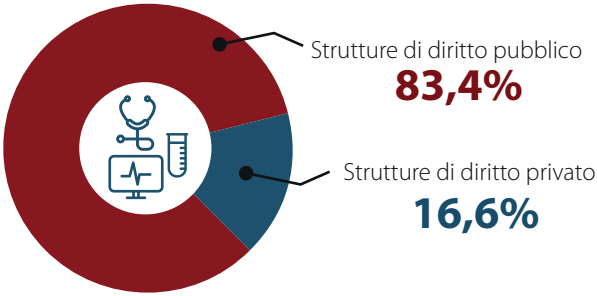


Contributo del privato accreditato al SSN (ricoveri)

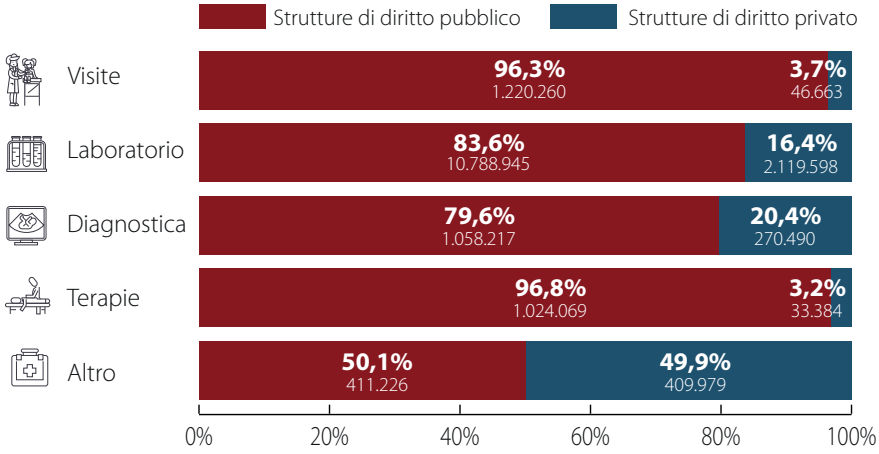


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

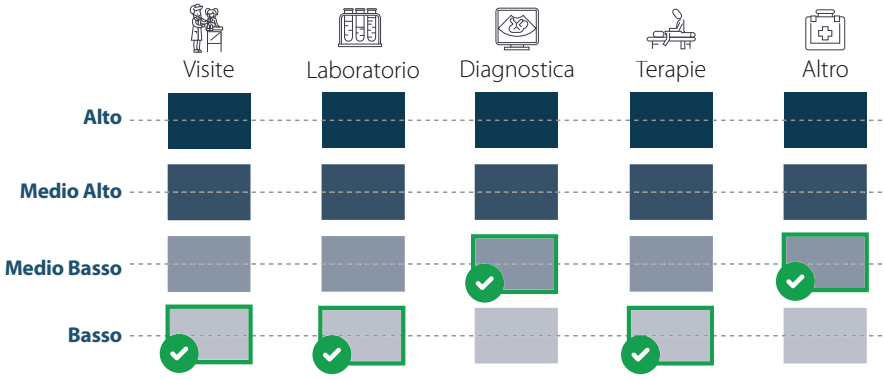
Prestazioni ambulatoriali SSN



Prestazioni ambulatoriali SSN per tipologia



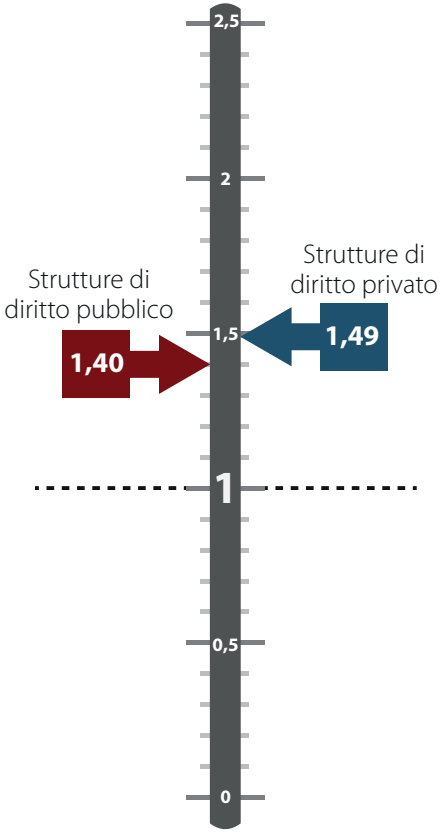
Contributo del privato accreditato al SSN (ambulatoriale)



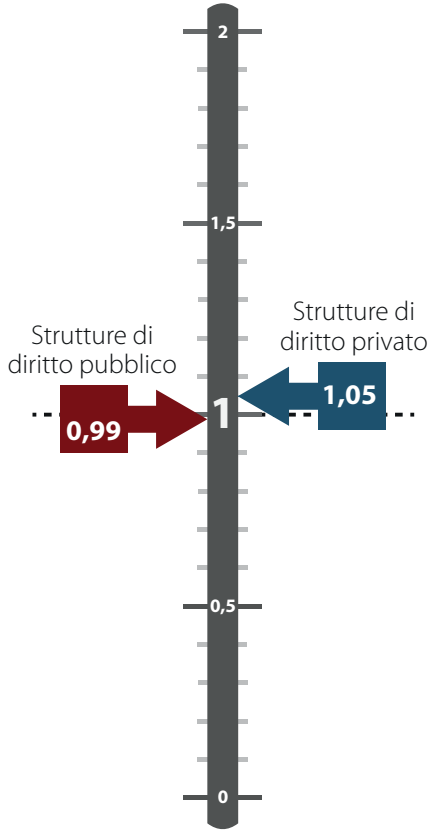
Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Complessità delle prestazioni ospedaliere

Peso medio



Case-mix

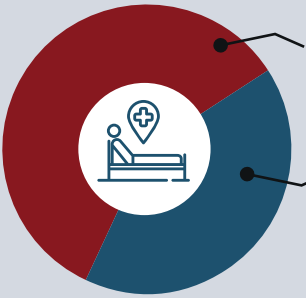


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Molise



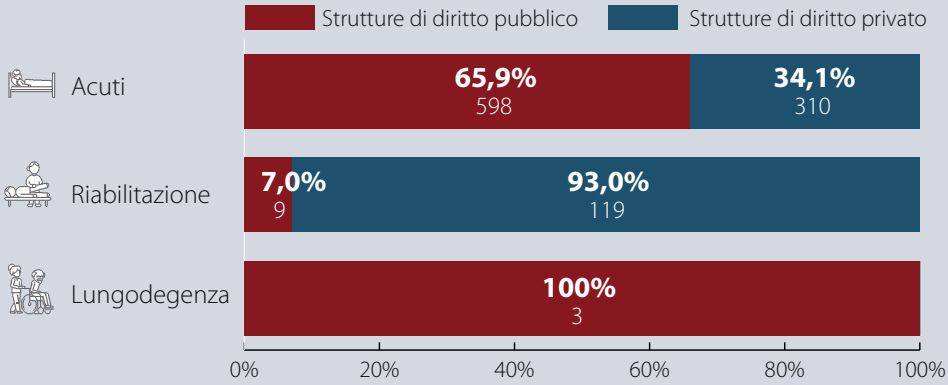
Posti letto SSN



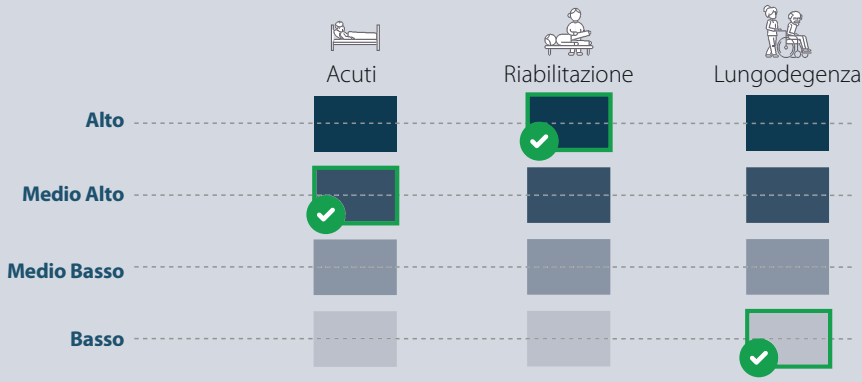
Strutture di diritto pubblico
58,7%

Strutture di diritto privato
41,3%

Posti letto SSN per tipologia

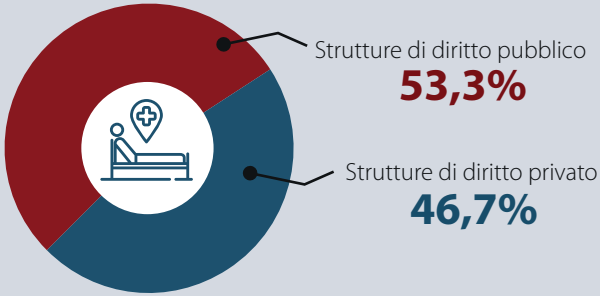


Contributo del privato accreditato al SSN (posti letto)

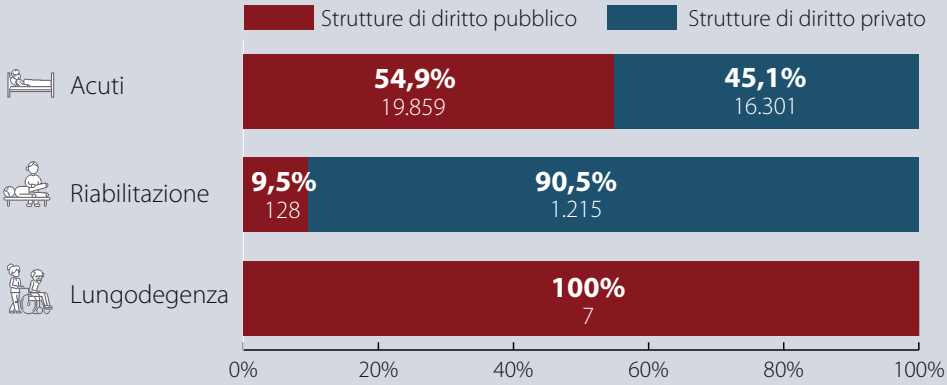


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

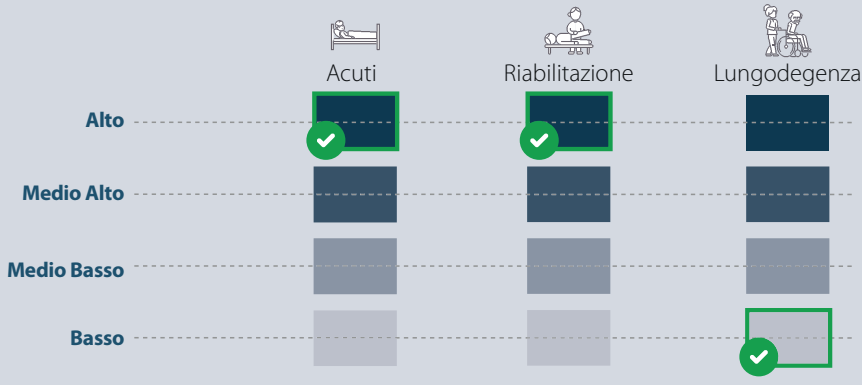
Ricoveri SSN



Ricoveri SSN per tipologia

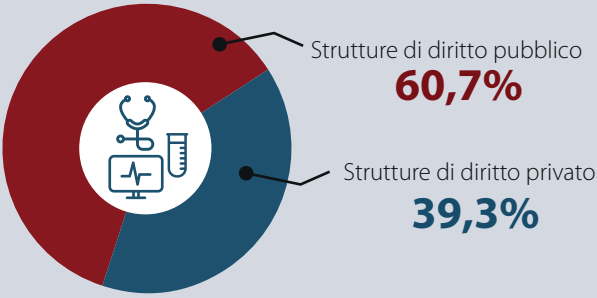


Contributo del privato accreditato al SSN (ricoveri)

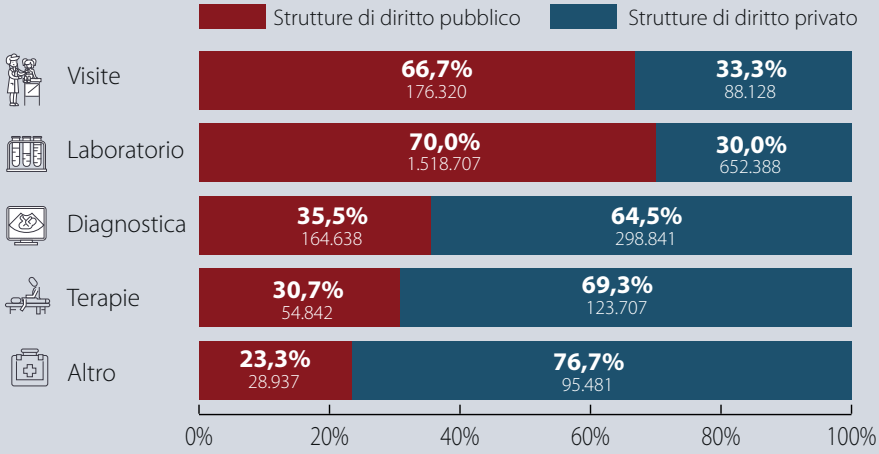


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

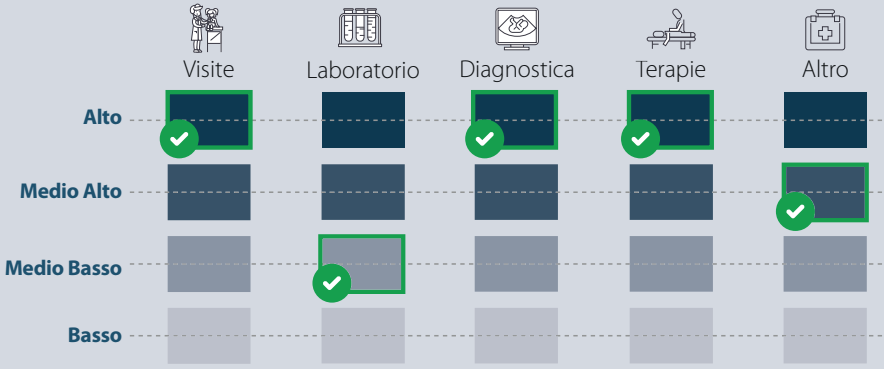
Prestazioni ambulatoriali SSN



Prestazioni ambulatoriali SSN per tipologia



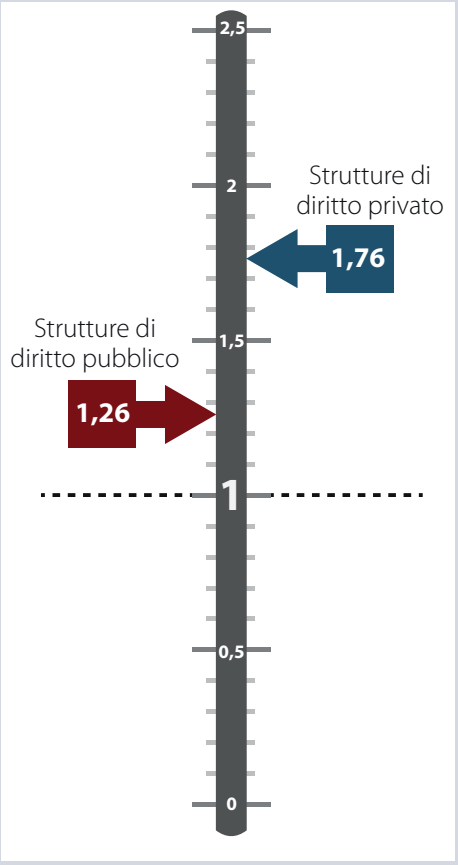
Contributo del privato accreditato al SSN (ambulatoriale)



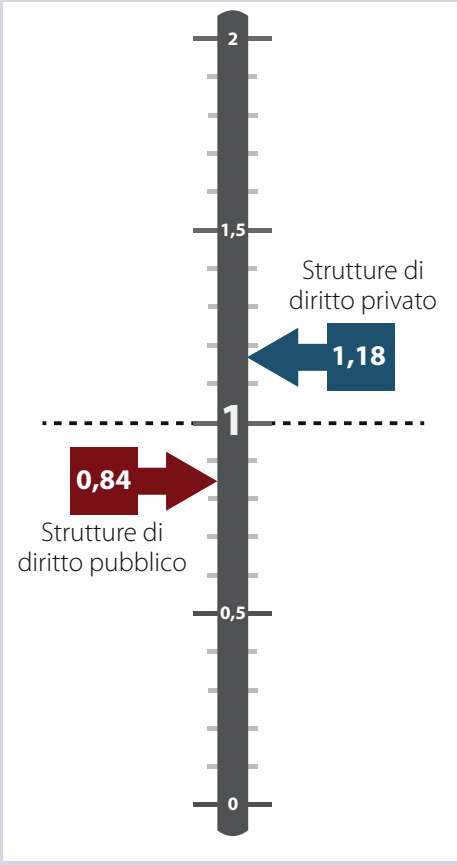
Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Complessità delle prestazioni ospedaliere

Peso medio



Case-mix

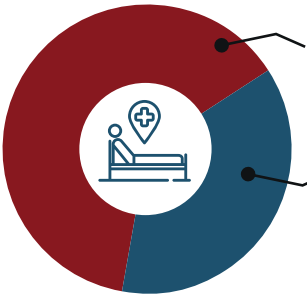


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Campania



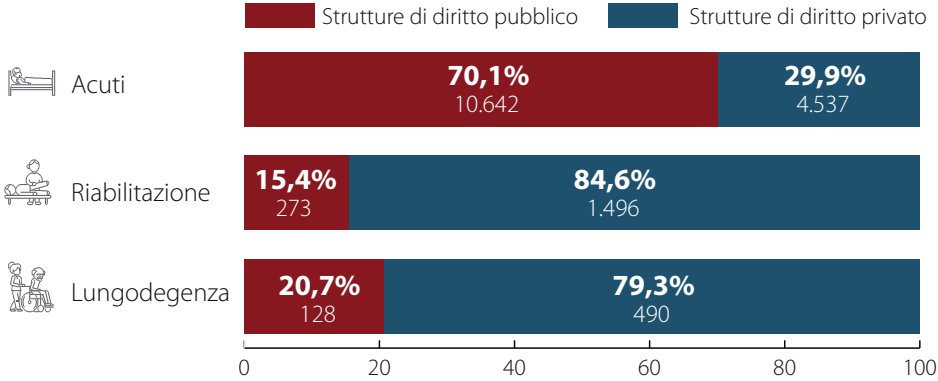
Posti letto SSN



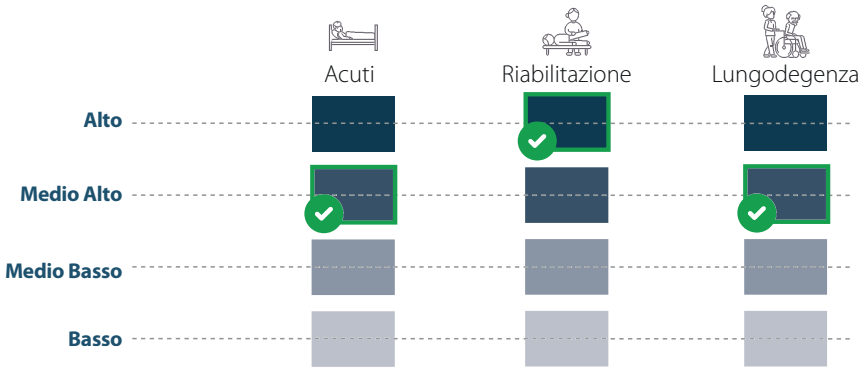
Strutture di diritto pubblico
62,9%

Strutture di diritto privato
37,1%

Posti letto SSN per tipologia

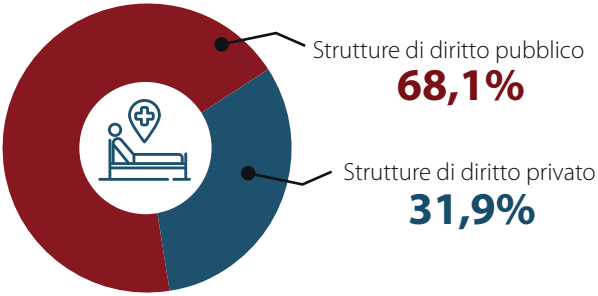


Contributo del privato accreditato al SSN (posti letto)

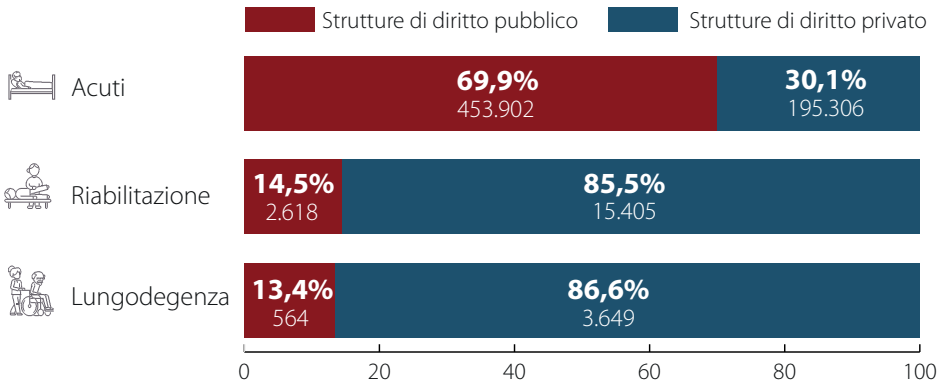


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

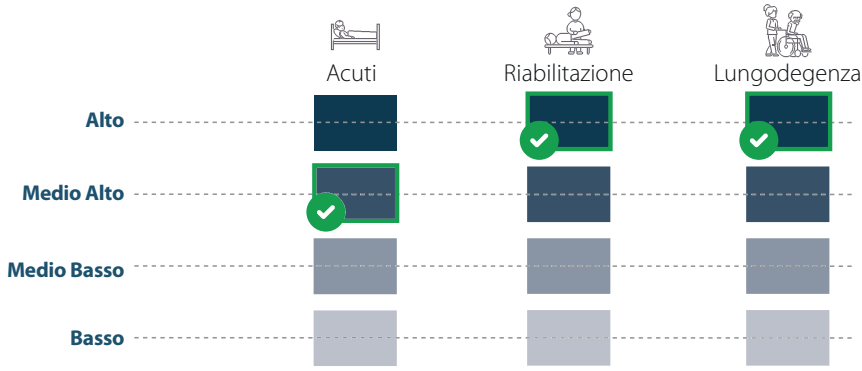
Ricoveri SSN



Ricoveri SSN per tipologia

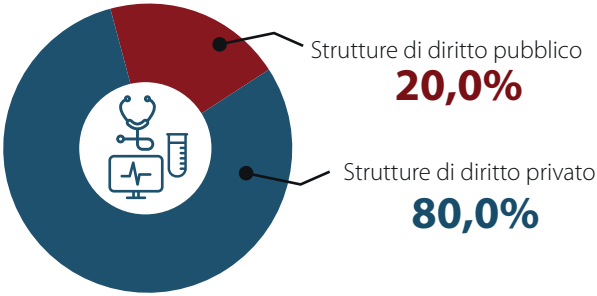


Contributo del privato accreditato al SSN (ricoveri)

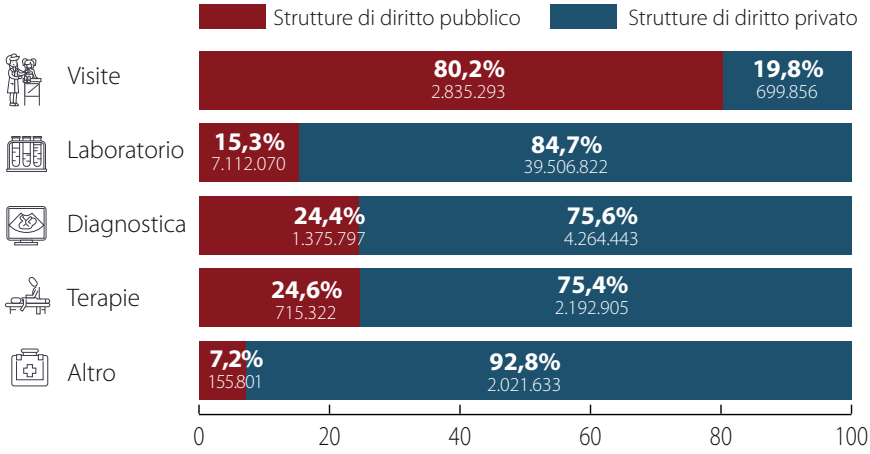


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

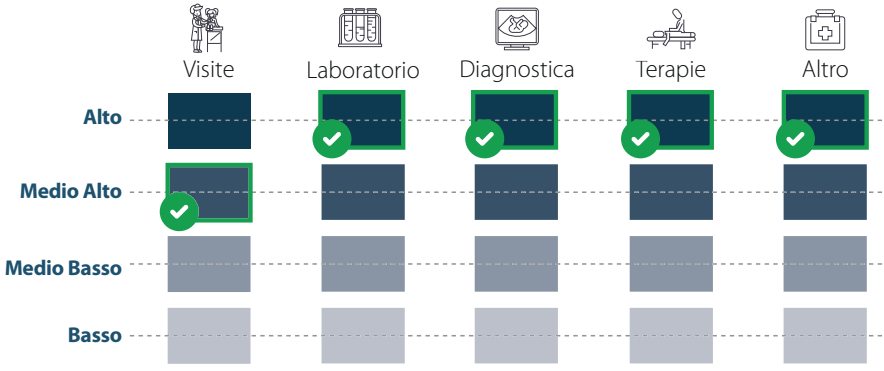
Prestazioni ambulatoriali SSN



Prestazioni ambulatoriali SSN per tipologia



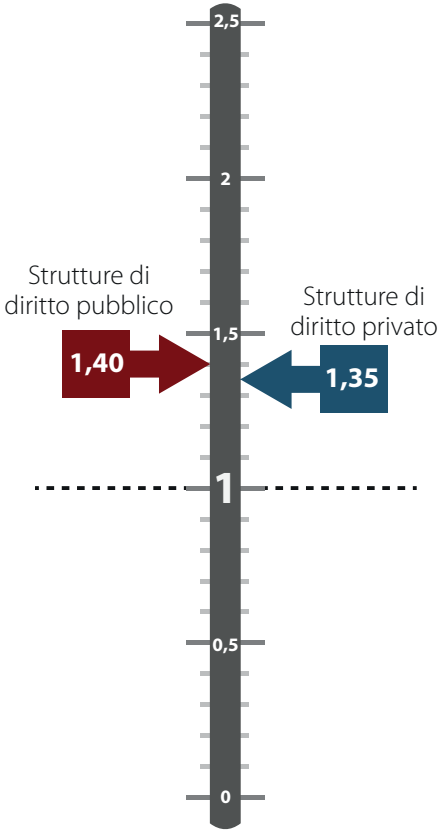
Contributo del privato accreditato al SSN (ambulatoriale)



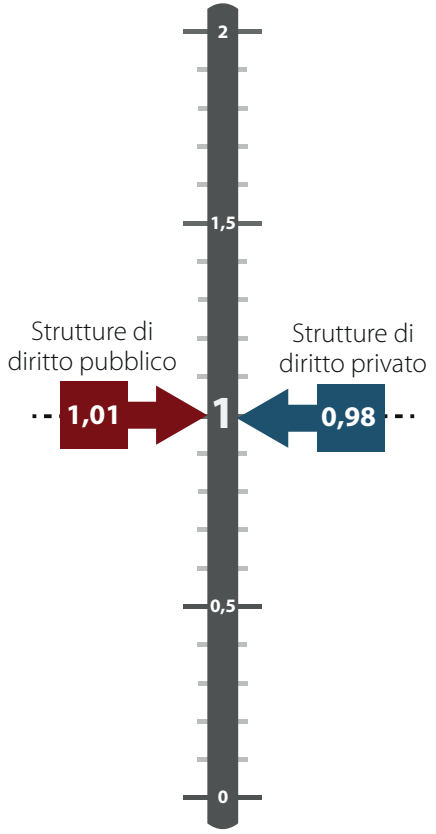
Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Complessità delle prestazioni ospedaliere

Peso medio



Case-mix

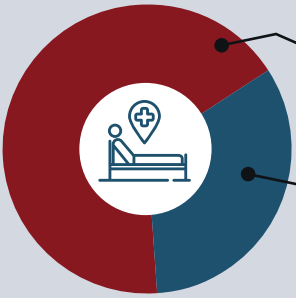


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Puglia



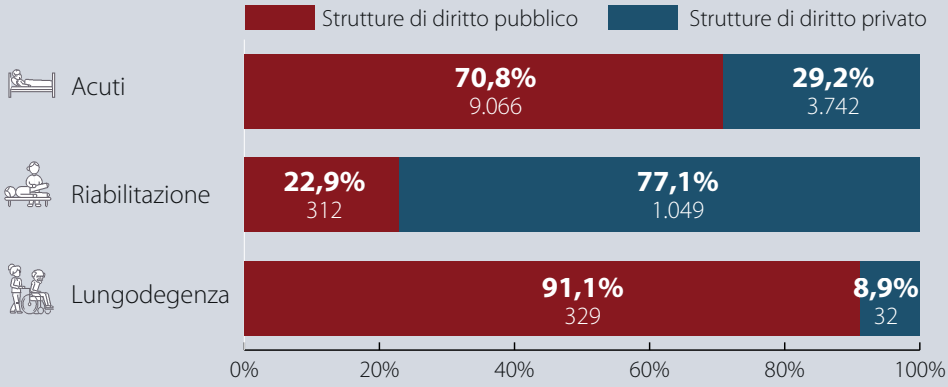
Posti letto SSN



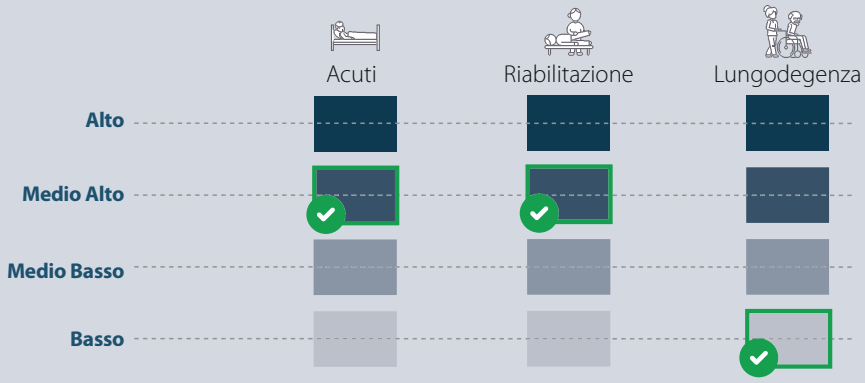
Strutture di diritto pubblico
66,8%

Strutture di diritto privato
33,2%

Posti letto SSN per tipologia

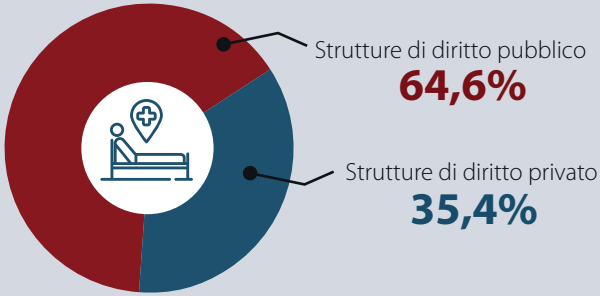


Contributo del privato accreditato al SSN (posti letto)

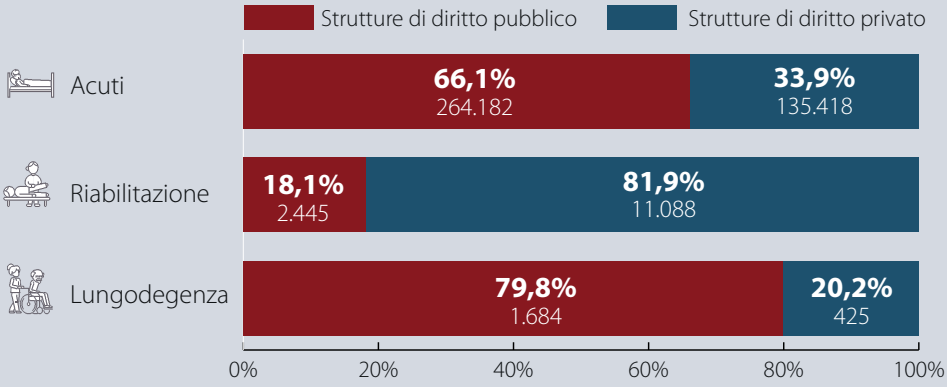


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

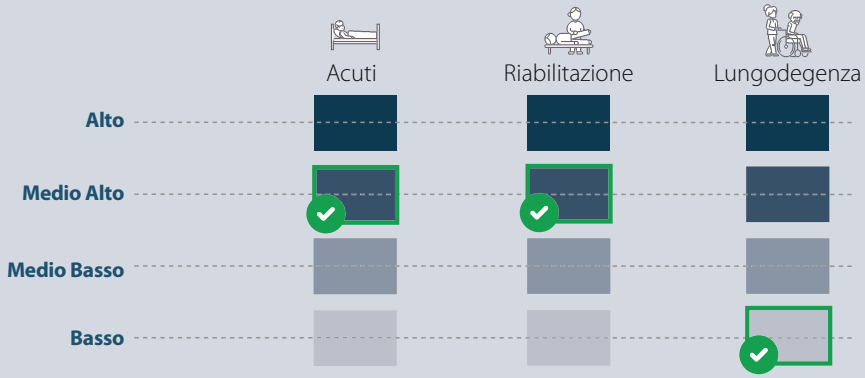
Ricoveri SSN



Ricoveri SSN per tipologia

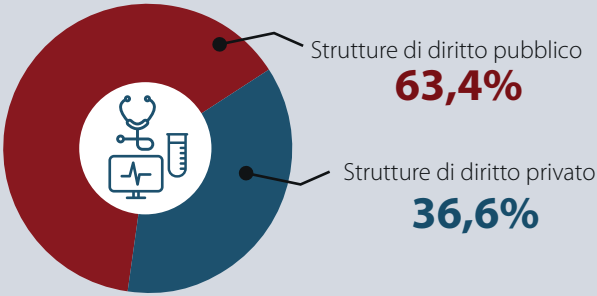


Contributo del privato accreditato al SSN (ricoveri)

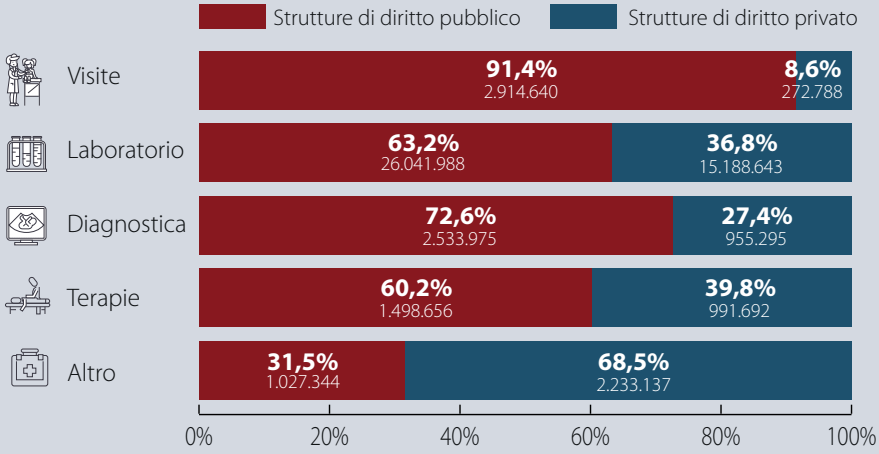


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

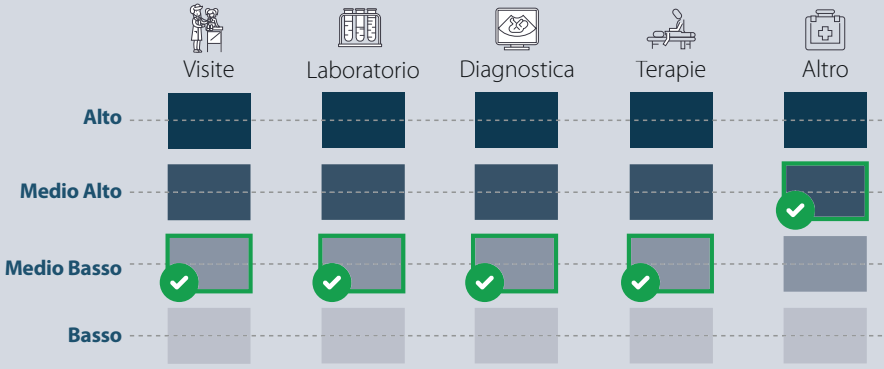
Prestazioni ambulatoriali SSN



Prestazioni ambulatoriali SSN per tipologia



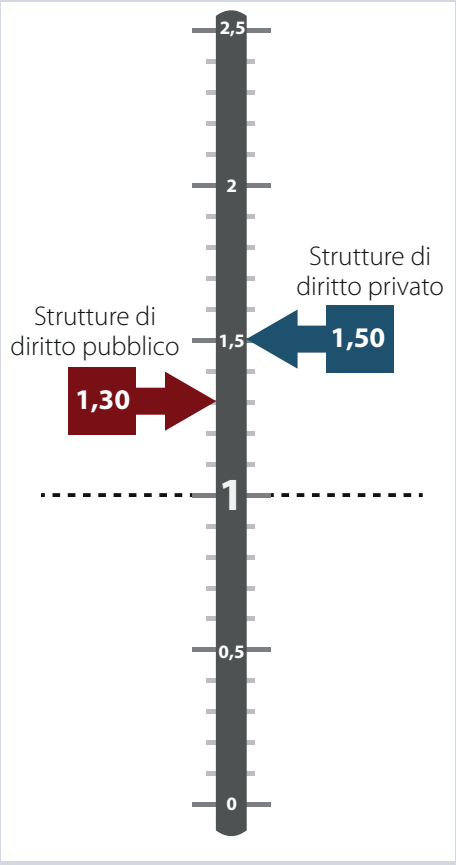
Contributo del privato accreditato al SSN (ambulatoriale)



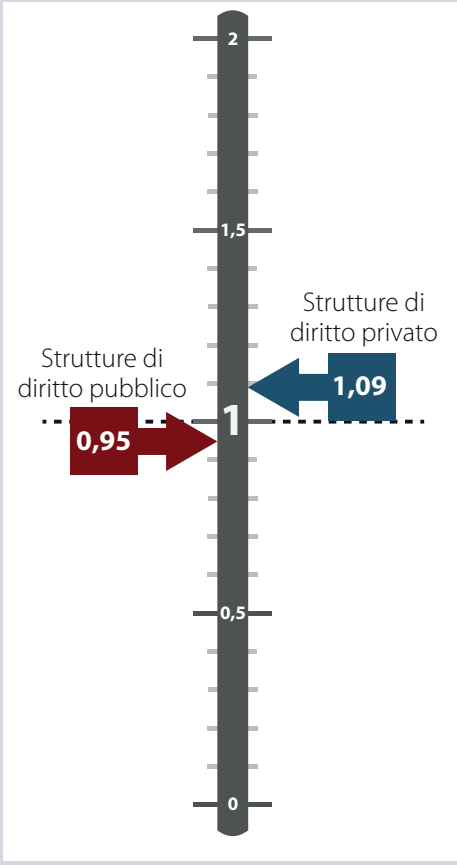
Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Complessità delle prestazioni ospedaliere

Peso medio



Case-mix

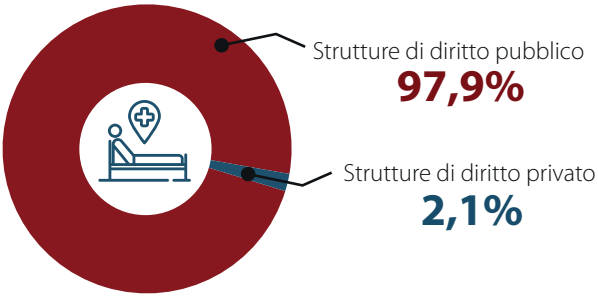


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

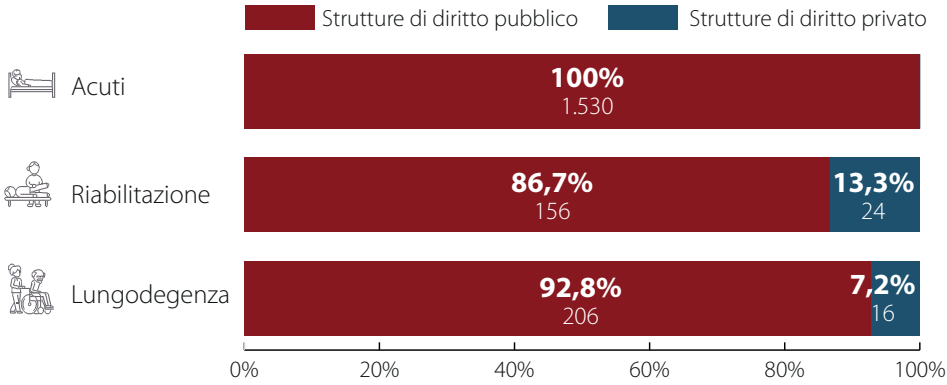
Basilicata



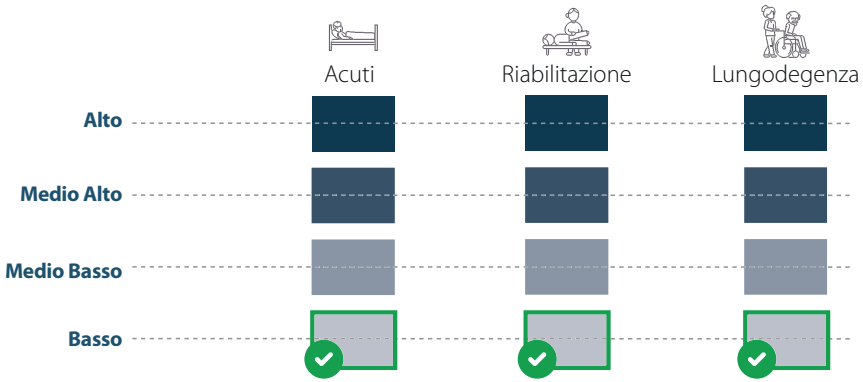
Posti letto SSN



Posti letto SSN per tipologia

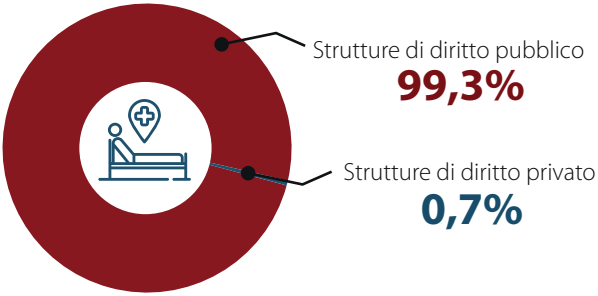


Contributo del privato accreditato al SSN (posti letto)

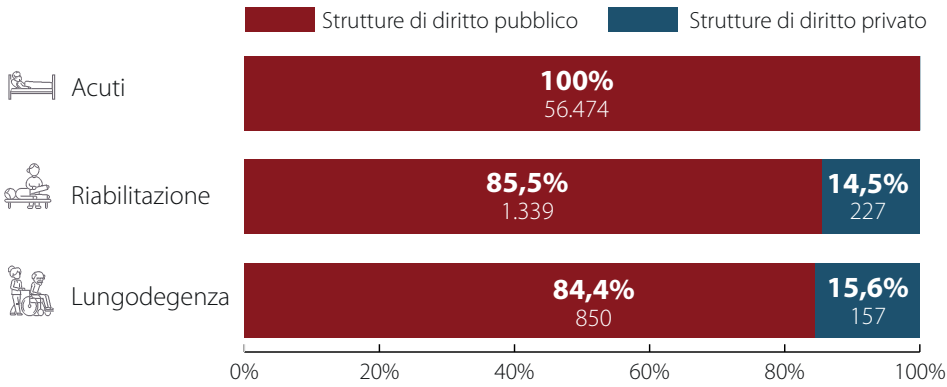


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

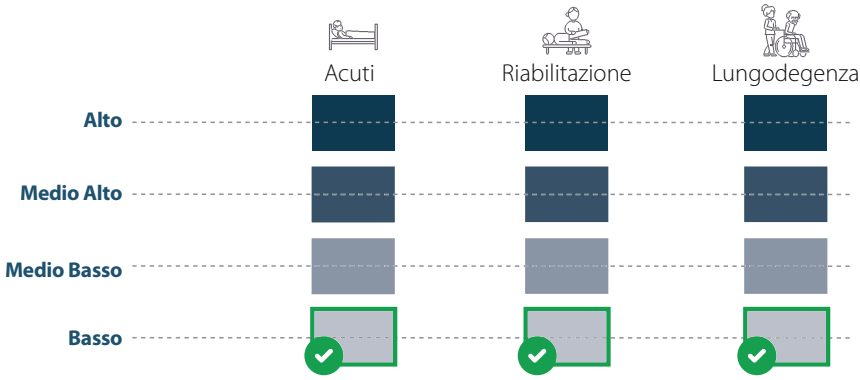
Ricoveri SSN



Ricoveri SSN per tipologia

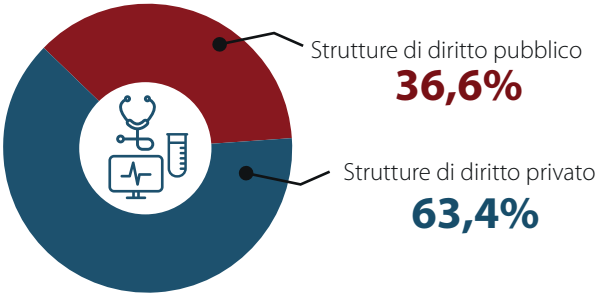


Contributo del privato accreditato al SSN (ricoveri)

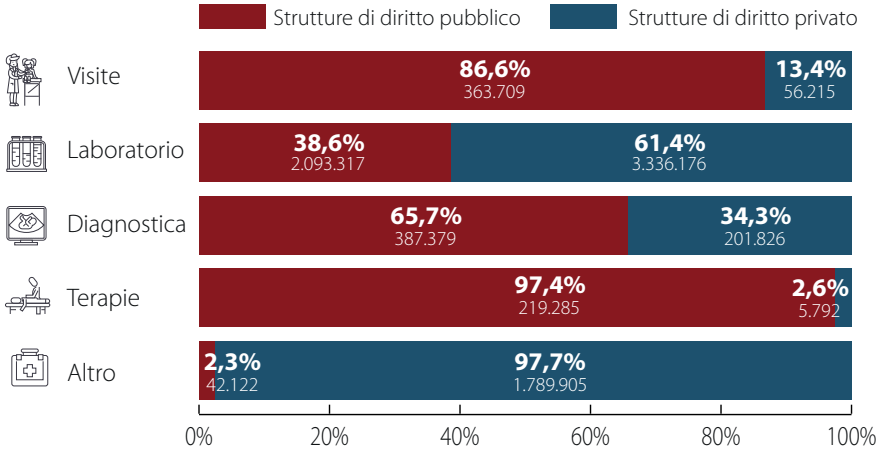


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

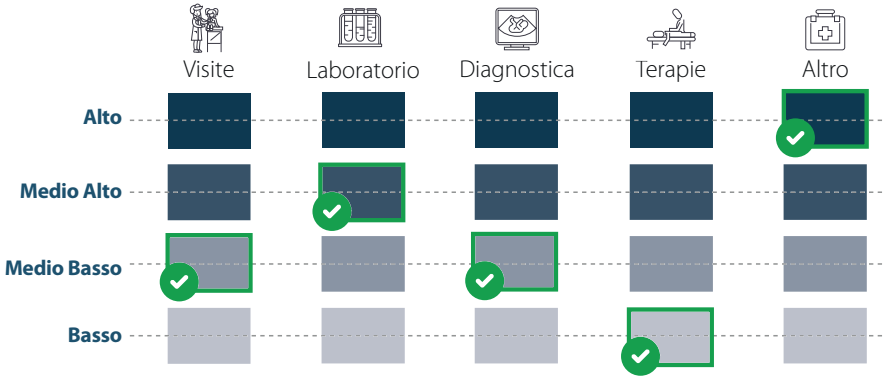
Prestazioni ambulatoriali SSN



Prestazioni ambulatoriali SSN per tipologia



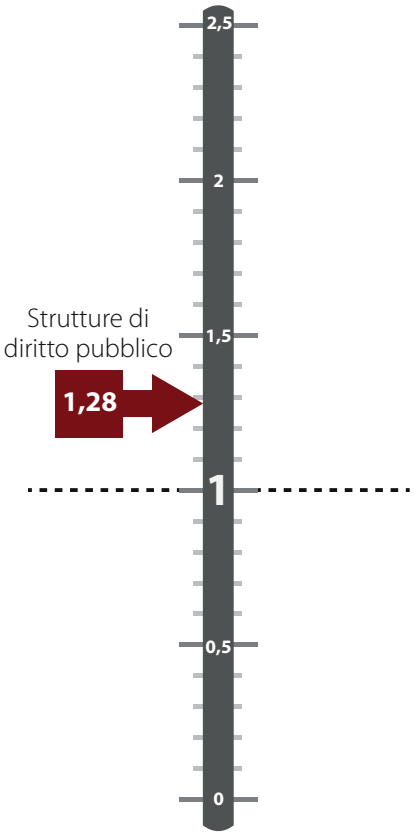
Contributo del privato accreditato al SSN (ambulatoriale)



Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Complessità delle prestazioni ospedaliere

Peso medio



Case-mix

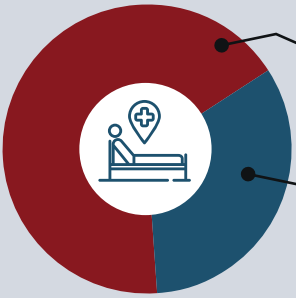
Non applicabile in quanto nella Regione non sono presenti strutture di diritto privato accreditate.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Calabria



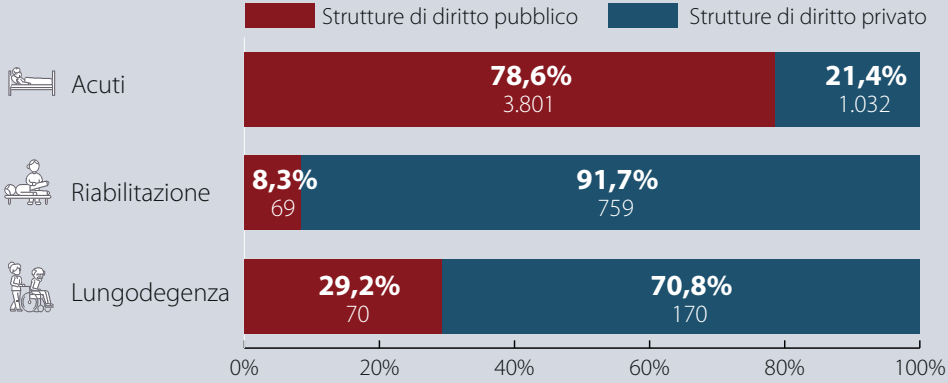
Posti letto SSN



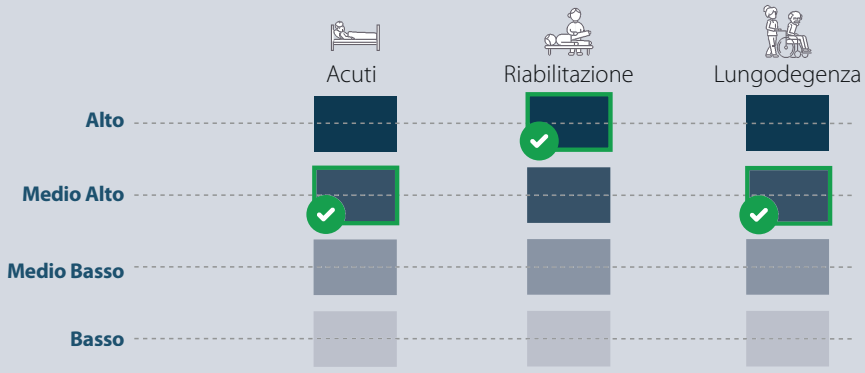
Strutture di diritto pubblico
66,8%

Strutture di diritto privato
33,2%

Posti letto SSN per tipologia

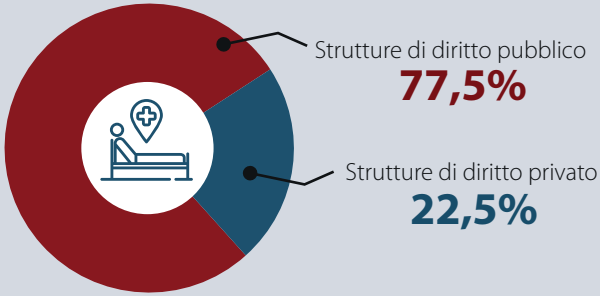


Contributo del privato accreditato al SSN (posti letto)

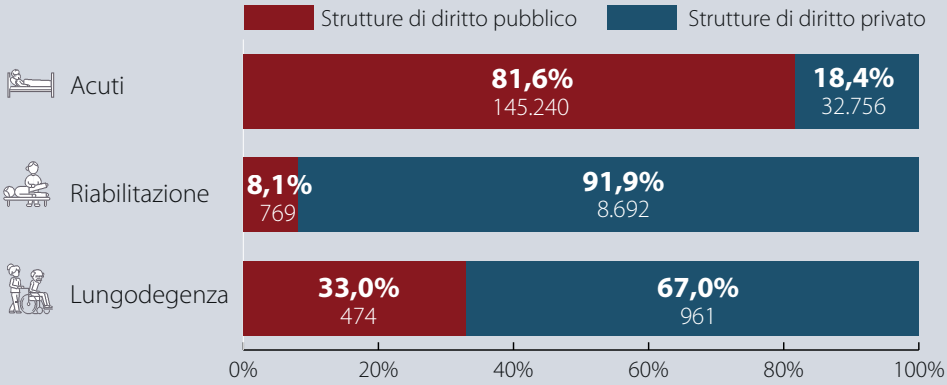


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

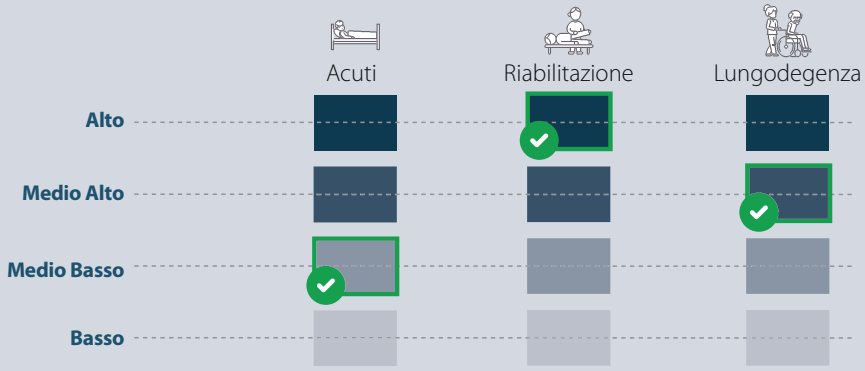
Ricoveri SSN



Ricoveri SSN per tipologia

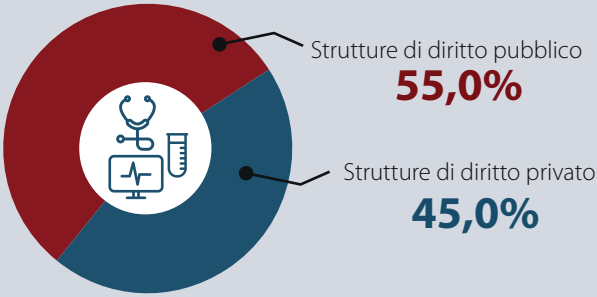


Contributo del privato accreditato al SSN (ricoveri)

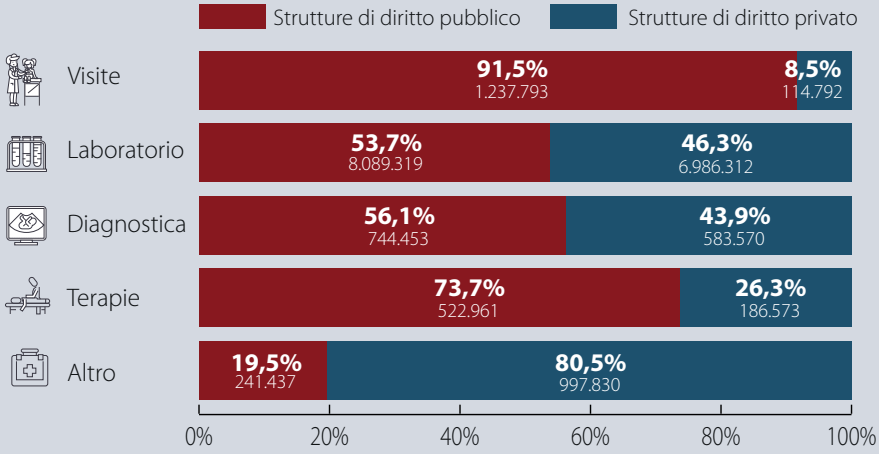


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

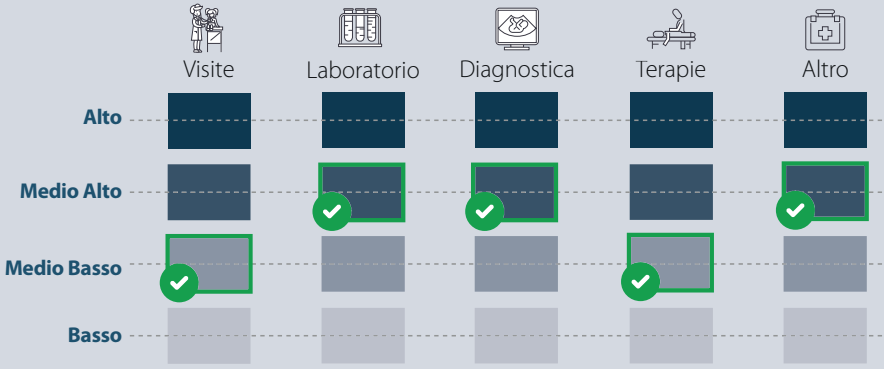
Prestazioni ambulatoriali SSN



Prestazioni ambulatoriali SSN per tipologia



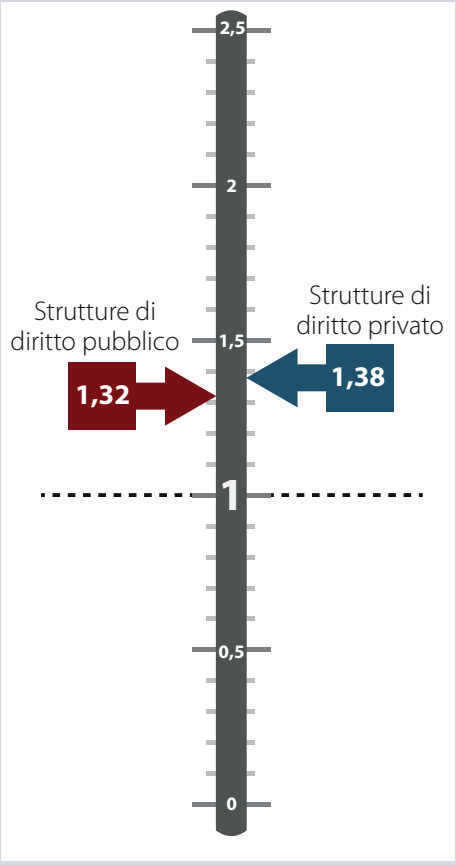
Contributo del privato accreditato al SSN (ambulatoriale)



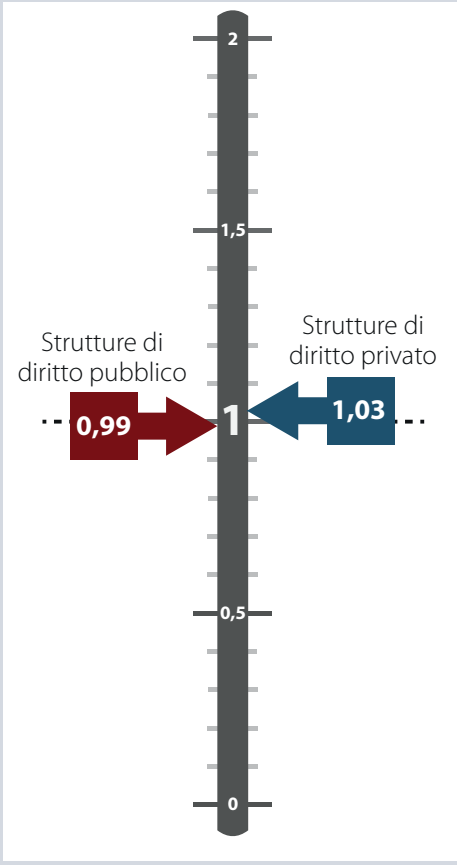
Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Complessità delle prestazioni ospedaliere

Peso medio



Case-mix

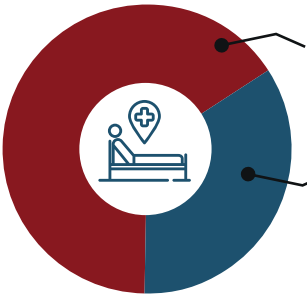


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Sicilia



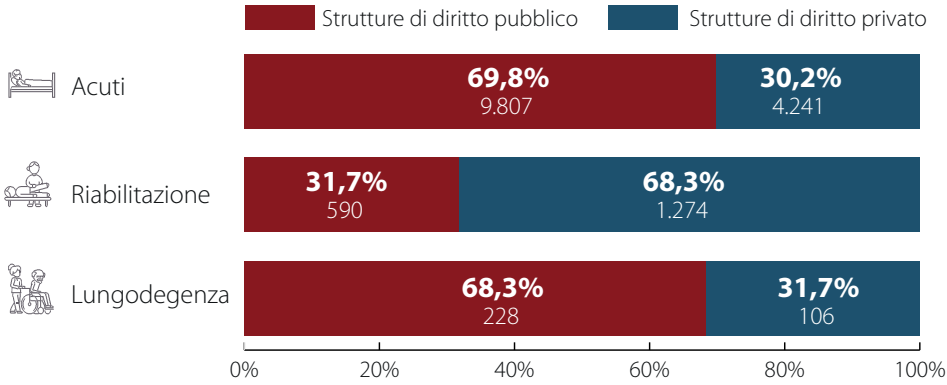
Posti letto SSN



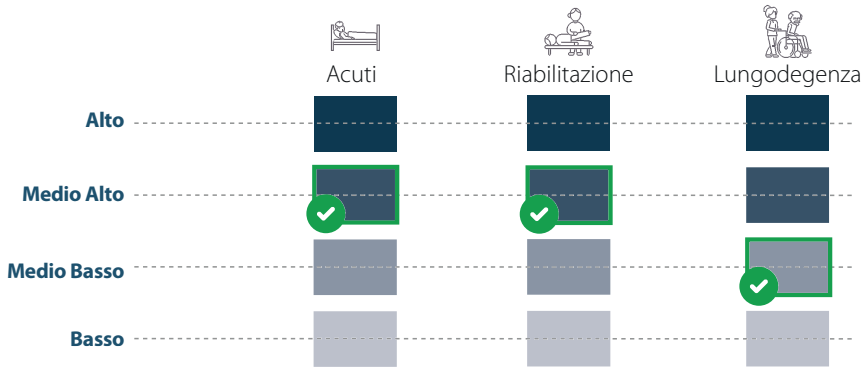
Strutture di diritto pubblico
65,4%

Strutture di diritto privato
34,6%

Posti letto SSN per tipologia

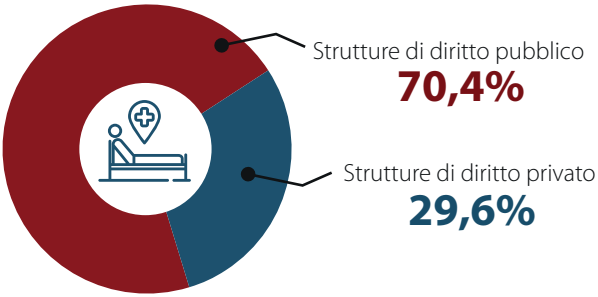


Contributo del privato accreditato al SSN (posti letto)

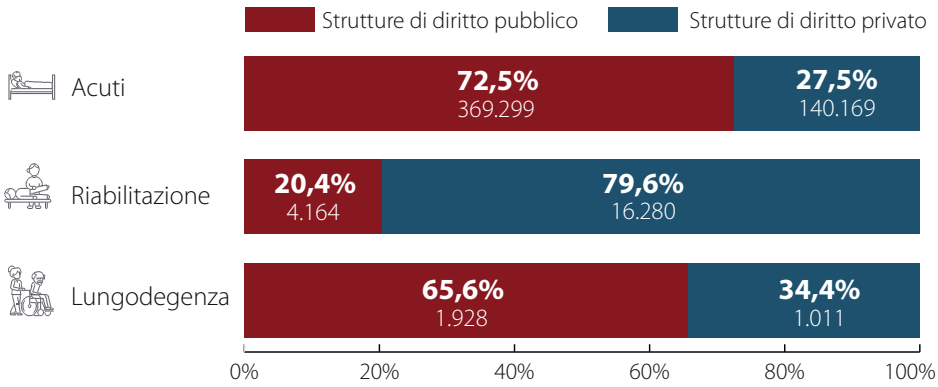


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

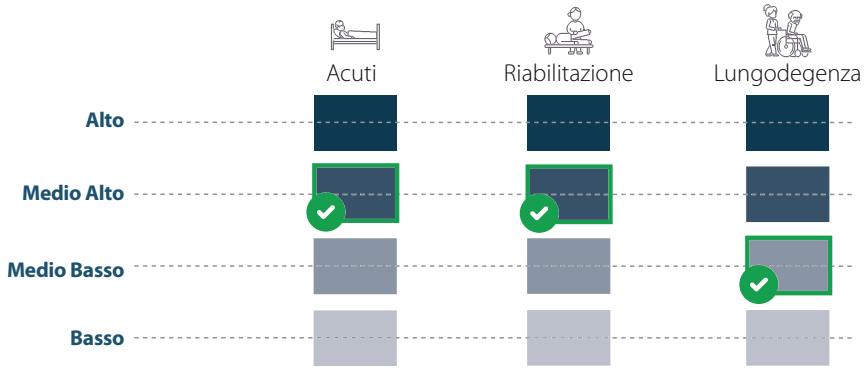
Ricoveri SSN



Ricoveri SSN per tipologia

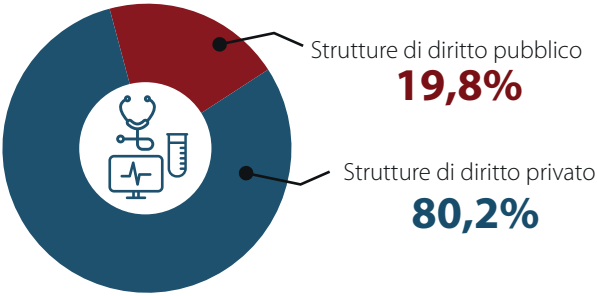


Contributo del privato accreditato al SSN (ricoveri)

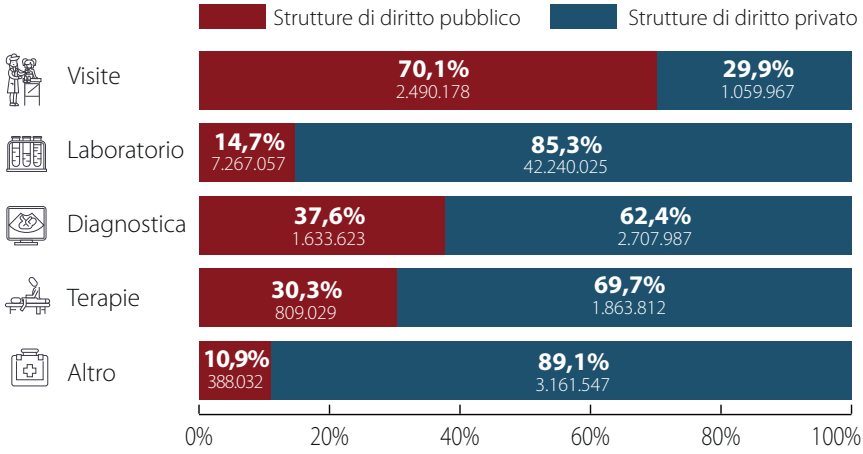


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

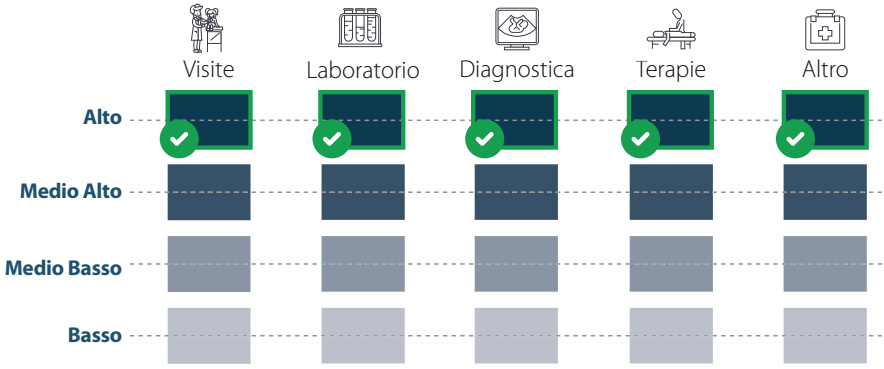
Prestazioni ambulatoriali SSN



Prestazioni ambulatoriali SSN per tipologia



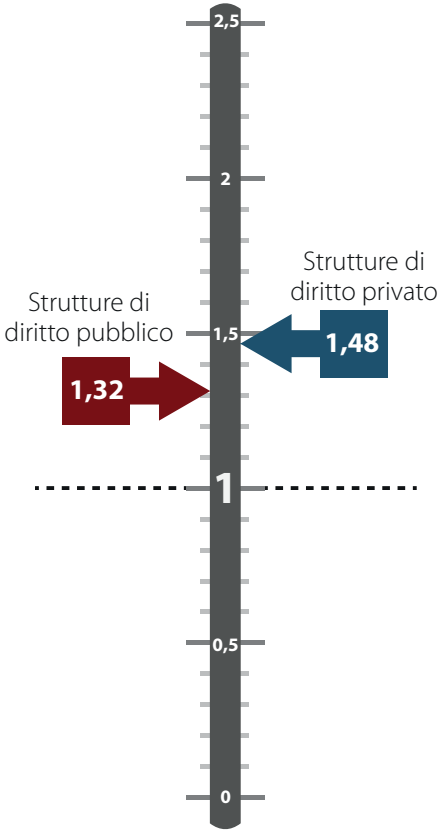
Contributo del privato accreditato al SSN (ambulatoriale)



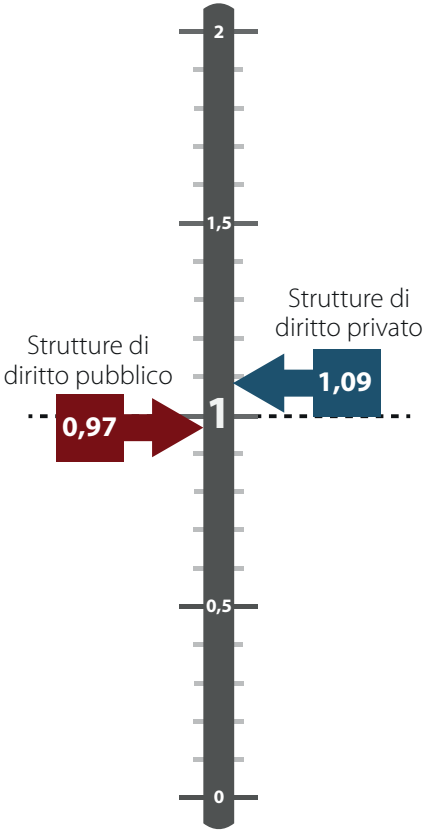
Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Complessità delle prestazioni ospedaliere

Peso medio



Case-mix

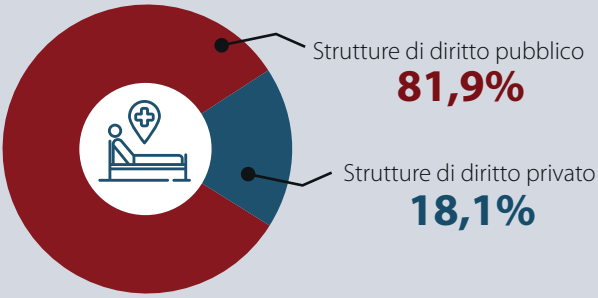


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

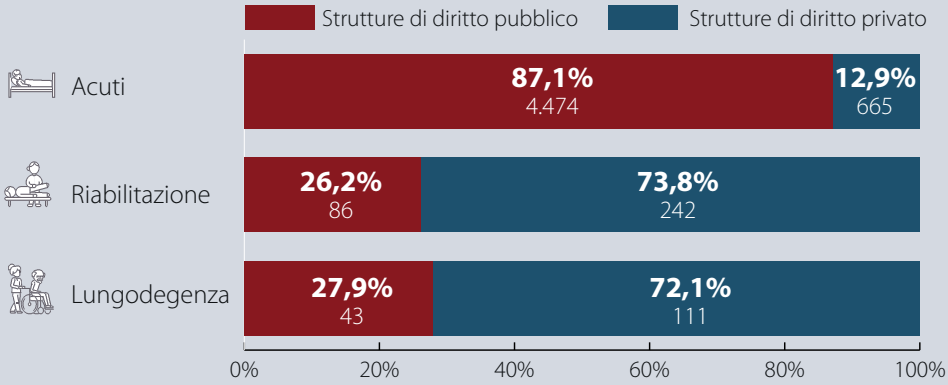
Sardegna



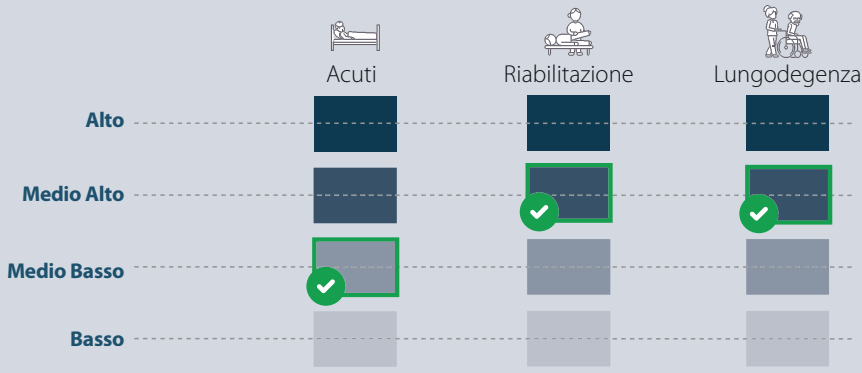
Posti letto SSN



Posti letto SSN per tipologia

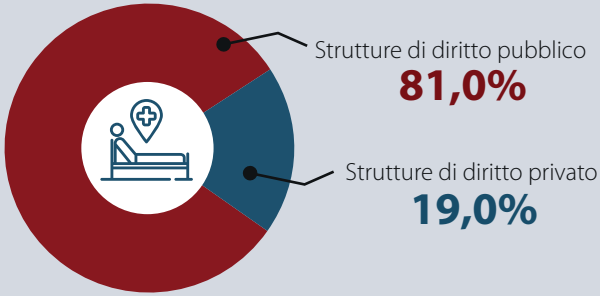


Contributo del privato accreditato al SSN (posti letto)

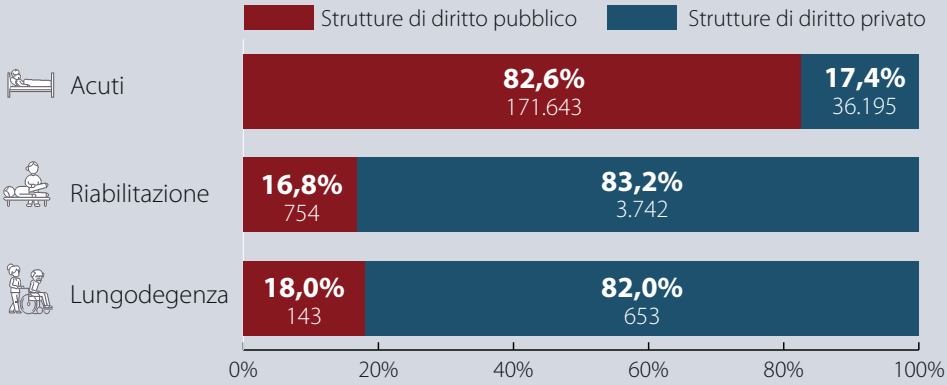


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

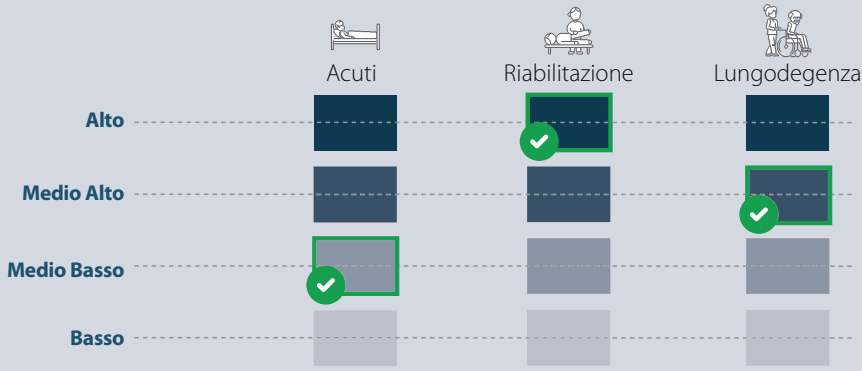
Ricoveri SSN



Ricoveri SSN per tipologia

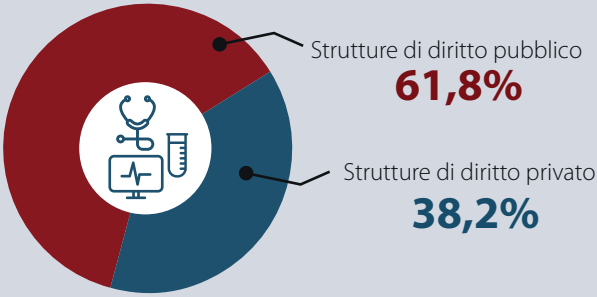


Contributo del privato accreditato al SSN (ricoveri)

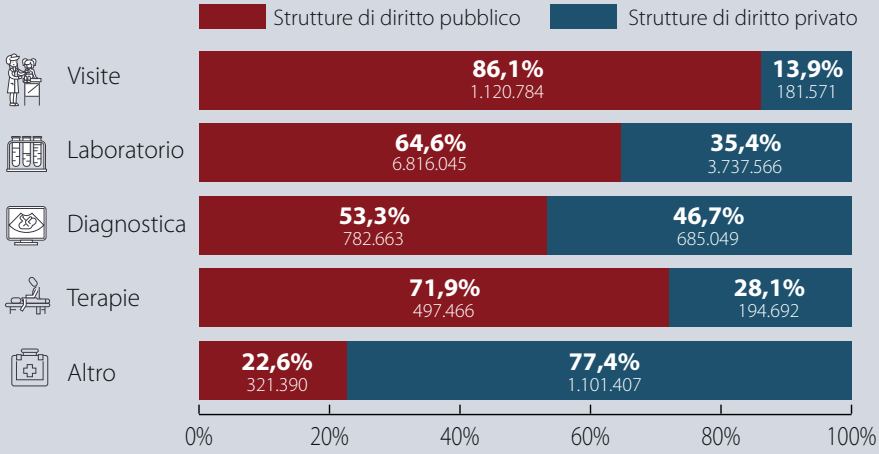


Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

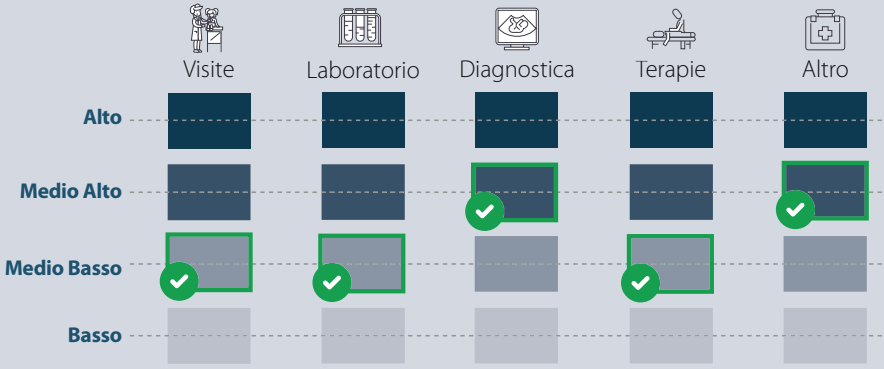
Prestazioni ambulatoriali SSN



Prestazioni ambulatoriali SSN per tipologia



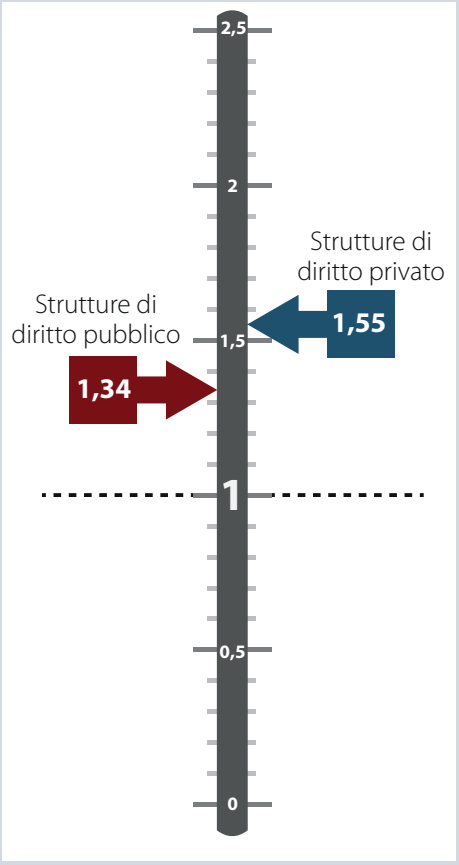
Contributo del privato accreditato al SSN (ambulatoriale)



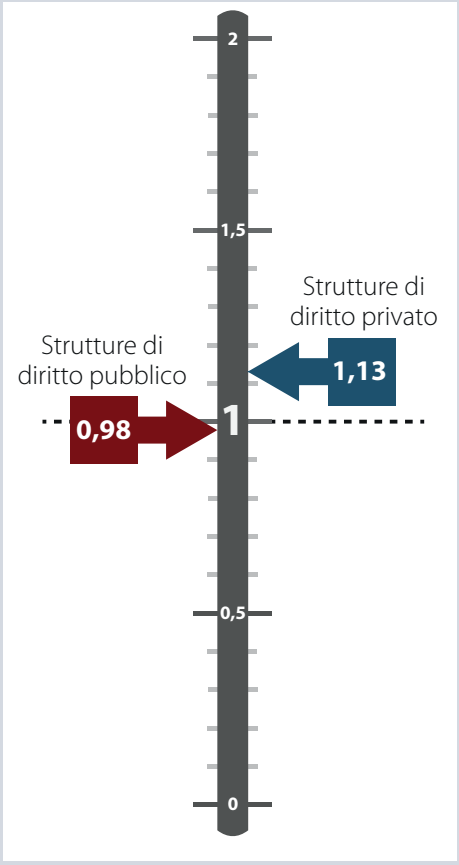
Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Complessità delle prestazioni ospedaliere

Peso medio



Case-mix



Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835199373

Questo LIBRO ti è piaciuto?

Comunicaci il tuo giudizio su:
www.francoangeli.it/opinione

VUOI RICEVERE GLI AGGIORNAMENTI
SULLE NOSTRE NOVITÀ
NELLE AREE CHE TI INTERESSANO?

ISCRIVITI ALLE NOSTRE NEWSLETTER SEGUICI SU:

FrancoAngeli
La passione per le conoscenze

Vi aspettiamo su:

www.francoangeli.it

per scaricare (gratuitamente) i cataloghi delle nostre pubblicazioni

DIVISI PER ARGOMENTI E CENTINAIA DI VOCI: PER FACILITARE LE VOSTRE RICERCHE.



Management, finanza, marketing, operations, HR
Psicologia e psicoterapia: teorie e tecniche
Didattica, scienze della formazione
Economia, economia aziendale
Sociologia
Antropologia
Comunicazione e media
Medicina, sanità





Architettura, design, arte, territorio
Informatica, ingegneria
Scienze
Filosofia, letteratura, linguistica, storia
Politica, diritto
Psicologia, benessere, autoaiuto
Efficacia personale
Politiche e servizi sociali

FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

All'interno del Servizio sanitario nazionale (SSN), sin dalle sue origini, si sono trovati a coabitare erogatori di diritto pubblico ed erogatori di diritto privato. Nonostante la reale composizione di questo mix sia generalmente poco conosciuta, questa struttura duale è una caratteristica così intrinseca al welfare sanitario italiano che esso di fatto non potrebbe esistere senza la presenza di entrambe le componenti e la loro collaborazione.

Il Rapporto Ospedali&Salute rappresenta da oltre vent'anni un osservatorio sul Servizio sanitario nazionale in grado di analizzare, in modo integrato, i vari aspetti – strutturale, quantitativo e qualitativo – che definiscono l'offerta di servizi alla salute.

L'obiettivo è quello di fornire una enciclopedia, sempre aggiornata, della sanità pubblica, con particolare attenzione alla natura composita dell'offerta. In particolare, Ospedali&Salute vuole restituire – attraverso la validazione e l'analisi di dati ufficiali – una mappa rappresentativa delle caratteristiche del nostro SSN nell'integrazione tra componente pubblica e componente privata dell'offerta, nonché della sua articolazione in sistemi regionali distinti e fortemente eterogenei anche rispetto alla loro conformazione.

La consapevolezza di questa realtà complessa e composita è una necessità assoluta per chi è chiamato a definire regole e finanziamento del welfare sanitario, considerato che la disfunzione di una delle sue componenti non può che determinare diffuse criticità operative in tutto il sistema di offerta e quindi un danno importante per gli utenti e per la salute di tutta la popolazione.

Aiop
Associazione che rappresenta le strutture ospedaliere, socio-sanitarie e territoriali di diritto privato del Servizio sanitario nazionale (SSN), nonché le realtà operanti nel campo della sanità integrativa, Aiop è impegnata attraverso il proprio Ufficio studi in attività di ricerca e analisi sui temi della sanità pubblica, dell'economia sanitaria e dell'epidemiologia valutativa.

Fondazione Sanità Futura
Fondata a Milano nel 2017, ha la finalità di promuovere studi sullo sviluppo dei sistemi sanitari e socio-sanitari, ispirandosi ai principi della libertà di scelta dei cittadini e del pluralismo degli erogatori. Ha come obiettivo la divulgazione delle conoscenze di interesse sanitario, soprattutto nel campo della qualità e degli esiti clinici delle strutture ospedaliere.

FrancoAngeli
La passione per le conoscenze