



Centro di Ricerca sugli Enti Pubblici Società di Fondazione Etica

## LE REGIONI AL BIVIO TRA SANITÀ PUBBLICA E PRIVATA

### *COSA DICONO I DATI (E LA LORO DISPONIBILITÀ)*

#### Premessa

L'opinione pubblica è solitamente interessata alle politiche pubbliche della propria Regione, e quasi mai alla capacità di funzionamento della macchina amministrativa regionale, senza la quale nessuna politica pubblica può essere realizzata. È per questo che la Commissione Europea dedica molti dei suoi interventi e raccomandazioni a quella che definisce la "capacità amministrativa". Senza un'amministrazione efficiente, infatti, anche le politiche più qualificanti rischiano di fallire, soprattutto a livello locale.

Per rafforzare la macchina amministrativa occorre, prima di tutto, conoscerne lo stato di salute complessivo, ed è quello che facciamo come Centro di Ricerca sugli Enti Pubblici (REP): mappiamo ogni anno la performance complessiva delle Amministrazioni Pubbliche, tra cui le Regioni, attraverso la raccolta e l'analisi dei dati che quelle stesse hanno l'obbligo normativo di pubblicare sui rispettivi siti web istituzionali<sup>1</sup>. Ciò consente di individuare punti di forza e di debolezza del singolo Ente, e intervenire miratamente per supportarlo.

Un ambito rilevante della performance regionale riguarda la **governance del sistema sanitario**, in particolare il peso che rivestono oggi le strutture private accreditate. L'analisi si focalizza sugli indicatori

---

<sup>1</sup> L'analisi della performance delle PA si basa sull'Indice di Capacità Amministrativa, un modello di valutazione comparata sviluppato da Fondazione Etica da oltre quindici anni. Si differenzia da altri modelli valutativi perché: utilizza esclusivamente dati oggettivi in quanto pubblicati dagli Enti, e non derivanti da interviste o questionari; si basa non solo su dati di bilancio ma anche di altre cinque macroaree che declinano la sostenibilità ESG del singolo Ente (governance, personale, servizi, appalti, ambiente); l'attribuzione di un sistema di scoring avviene su base comparata.

relativi all'incidenza della spesa per strutture private accreditate e alla loro diffusione sul totale delle strutture sanitarie regionali.

## La governance sanitaria tra pubblico e privato

La governance dei sistemi sanitari regionali rappresenta uno degli ambiti più complessi e sensibili dell'azione pubblica, in quanto chiamata a tenere insieme principi di rango costituzionale, vincoli finanziari stringenti e assetti organizzativi fortemente eterogenei sul territorio nazionale. Il sistema sanitario costituisce, infatti, il principale ambito di esercizio dell'autonomia regionale, nonché la funzione che assorbe la quota più rilevante della spesa pubblica decentrata, rendendo particolarmente evidente il nesso tra scelte di policy, capacità amministrativa e risultati conseguiti.

All'interno del SSN la regionalizzazione della sanità ha prodotto nel tempo modelli di governo differenziati, nei quali **il principio dell'universalismo dell'assistenza si è progressivamente confrontato con strategie diverse di organizzazione dell'offerta**. In tale quadro, l'integrazione tra strutture pubbliche e strutture private accreditate non è considerata un'anomalia del sistema, bensì uno degli esiti strutturali del processo di riforma avviato a partire dagli anni Novanta: il ricorso al privato accreditato si è così configurato come uno degli strumenti attraverso cui le Regioni hanno cercato di rispondere alla domanda di prestazioni sanitarie, compensando limiti strutturali dell'offerta pubblica, rigidità organizzative e vincoli di personale.

La centralità del tema emerge con particolare evidenza se si considera che le strutture private accreditate concorrono all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), incidendo direttamente sulla garanzia dei diritti di cittadinanza sanitaria. In questo senso, l'equilibrio tra pubblico e privato non è neutro rispetto agli obiettivi di equità territoriale, poiché **una forte eterogeneità nella diffusione del privato accreditato può tradursi in differenze significative nei percorsi di accesso alle cure**. La governance sanitaria è, quindi, chiamata non solo a garantire la sostenibilità economica del sistema, ma anche a presidiare la coerenza complessiva dell'offerta rispetto ai principi fondanti del SSN.

Il tema del ruolo delle **strutture private accreditate** si intreccia a più riprese con un altro tema di grande attualità: la questione delle **liste d'attesa**, che rappresentano, nell'attualità, uno degli ambiti più critici e sensibili della performance dei sistemi sanitari regionali. Quelle liste, infatti, costituiscono una misura indiretta della capacità di risposta del sistema sanitario pubblico alla domanda di prestazioni e incidono in maniera rilevante sulla percezione dei cittadini verso l'azienda sanitaria territoriale di riferimento. Anche in questo caso, il ricorso al privato accreditato è frequentemente utilizzato dalle Regioni come strumento di integrazione dell'offerta, volto a contenere i tempi di attesa e ad assorbire quote di domanda che il sistema pubblico non riesce a soddisfare in modo tempestivo.

Su questo sfondo, l'analisi che segue si propone di esaminare **l'incidenza della spesa per strutture private accreditate e la loro diffusione nei sistemi sanitari regionali**, interpretando i risultati non come valori isolati, ma come possibili segnali di modelli diversi di governo che incidono sulla capacità delle Regioni di garantire un sistema sanitario efficiente, sostenibile ed equo.

È da segnalare che, a inizio febbraio 2026, quando è stato redatto il presente report, i dati pubblici disponibili per il calcolo di entrambi gli indicatori risultavano **fermi al 2023**. Dopo qualche giorno, sono stati aggiornati **al 2024** i dati relativi a uno degli indicatori, quello di spesa per le strutture sanitarie accreditate (fonte MEF), ma non i dati relativi al numero di quelle strutture (fonte Ministero della

Salute). Ciò nonostante, si è deciso di **mantenere l'analisi sui dati 2023** per coerenza tra i due indicatori.

Alla luce di ciò, è inevitabile riflettere sulle possibili **conseguenze di una tale lentezza nell'aggiornamento di dati pubblici** tanto rilevanti e delicati per i cittadini, soprattutto oggi, in un'epoca in cui digitalizzazione e intelligenza artificiale sono diventati gli slogan di punta della comunicazione pubblica. È evidente che, restando questi i tempi di pubblicazione dei dati, qualsiasi intervento nelle politiche sanitarie rischia di venire condotto, se non "al buio", di sicuro con molta poca luce ad illuminare la strada da intraprendere. Una eventualità da evitare.

### **Le strutture private accreditate: quante sono e quanto costano alle Regioni**

I due indicatori esaminati colgono due dimensioni distinte ma complementari del ruolo delle strutture sanitarie private accreditate nei sistemi sanitari regionali.

**Il primo indicatore** misura **l'incidenza della spesa per strutture private accreditate sulla spesa complessiva per servizi sanitari**, restituendo una lettura solo in parte di tipo finanziario. Consente, infatti, di osservare il peso relativo del privato accreditato all'interno dei bilanci sanitari regionali, al contempo evidenziando le scelte di allocazione delle risorse e di modalità di erogazione dell'offerta sanitaria.

**Il secondo indicatore**, relativo al **numero di strutture sanitarie private accreditate ogni 10.000 abitanti**, intercetta, invece, la dimensione strutturale e territoriale del fenomeno. Consente, quindi, di valutare il grado di diffusione del privato accreditato in rapporto alla popolazione residente, offrendo una misura della capillarità dell'offerta sanitaria privata convenzionata. Anche in questo caso, l'indicatore da solo non esprime il volume di attività svolta dalle singole strutture né il loro peso economico, ma restituisce informazioni utili sull'assetto organizzativo dei sistemi sanitari regionali e sulle scelte di programmazione dell'offerta.

**È la lettura congiunta dei due indicatori** che consente di cogliere **quanto una Regione punti sul privato più che sul pubblico in ambito sanitario**. Potrebbe, teoricamente, accreditare un alto numero di strutture private; tuttavia, riservando loro attività di scarso valore economico (esami del sangue piuttosto che chirurgia protesica): in questo caso, si può pensare ad una Amministrazione che preferisce puntare sulla sanità pubblica. Diversamente, una Regione potrebbe riservare risorse finanziarie importanti a un numero contenuto di strutture private. L'analisi dei dati fornisce una bussola interpretativa al riguardo.

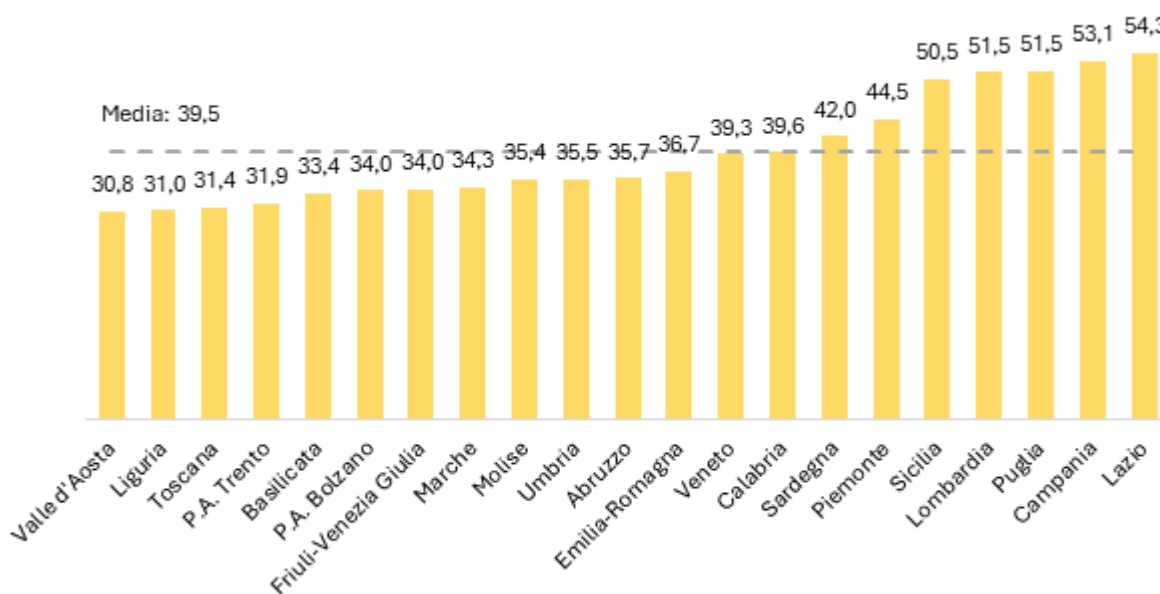
Il primo grafico (Figura 1) riguarda l'incidenza della spesa per strutture private accreditate sulla spesa complessiva per servizi sanitari, evidenziando differenze rilevanti tra le Regioni. Queste, infatti, si collocano lungo un intervallo piuttosto ampio rispetto alla media nazionale pari al 39,5%.

**Diverse Regioni presentano valori inferiori alla media**, come la Valle D'Aosta (30,8%), la Liguria (31%), la Toscana (31,4%) e la Provincia Autonoma di Trento (31,9%), e dunque un peso piuttosto contenuto della spesa per il privato accreditato sul totale della spesa sanitaria.

**All'estremo opposto della distribuzione** è il Lazio la Regione con il peso più alto (54,3%), seguita, a breve distanza, da Campania (53,1%), Puglia, Lombardia (51,5%) e Sicilia (50,5%), tutte con una spesa per il privato accreditato che assorbe oltre la metà di quella complessiva regionale per i servizi sanitari.

Dunque, una scelta di allocazione delle risorse finanziarie che orienta il budget di alcune Regioni, distribuite tra Sud, Centro e Nord, come confermano anche i valori sopra la media di Piemonte (44,5%) e Sardegna (42%).

Figura 1. Incidenza della spesa delle Regioni per strutture private accreditate in rapporto alla spesa per servizi sanitari (%)



Fonte: Indice di Capacità Amministrativa REP - Rielaborazione su dati MEF (2023)

Il secondo grafico (Figura 2), che riguarda il numero di strutture sanitarie private accreditate ogni 10.000 abitanti, restituisce una configurazione parzialmente diversa.

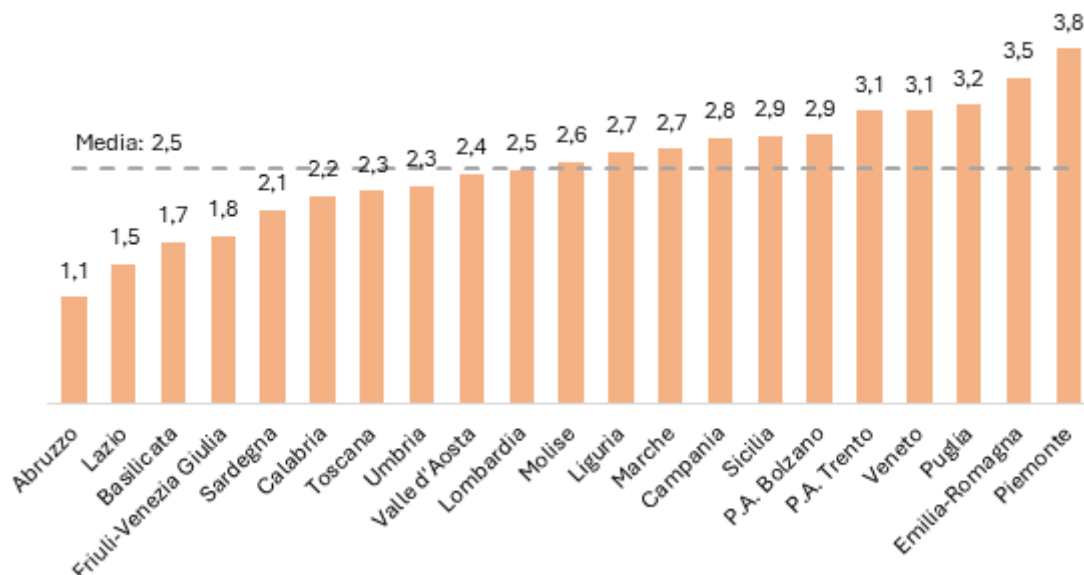
**È del Sud la Regione con meno privato** ogni 10.000 abitanti: l'Abruzzo (1,1). La seguono il Lazio (1,5) e, a breve distanza, la Basilicata (1,7), con una dotazione di strutture private accreditate significativamente inferiore alla media nazionale, pari a 2,5 strutture.

Al di sotto di quest'ultima anche due Regioni a Statuto Speciale: Friuli-Venezia Giulia (1,8) e Sardegna (2,1).

Sul lato opposto del ranking, è il Piemonte (3,8) la **Regione con la maggiore capillarità del privato accreditato sul territorio** in rapporto alla popolazione, seguita da un'altra Regione del Nord come l'Emilia-Romagna (3,5) e da una del Sud come la Puglia (3,2).

Con più di 3 strutture private risultano anche il Veneto e la Provincia Autonoma di Trento, entrambe con 3,1, seguite, appena sotto il 3, dall'altra Provincia Autonoma (Bolzano) e dalla Sicilia, entrambe con 2,9.

Figura 2. Numero di strutture sanitarie private accreditate dalle Regioni ogni 10.000 abitanti (val./10.000 ab.)



Fonte: Indice di Capacità Amministrativa REP - Rielaborazione su dati del Ministero della Salute (2023)

### La lettura comparata dei risultati

Al di là dei risultati di ciascuno dei due indicatori, come accennato, è la **lettura comparata degli stessi che consente di cogliere l'orientamento di una Regione**, chiamata ad allocare risorse finanziarie circoscritte e a scegliere quante investire sulla sanità pubblica e quante su quella privata. Senza demonizzare nessun tipo di scelta, vediamo cosa racconta il raffronto tra i due indicatori.

I risultati evidenziano un primo caso di Regioni caratterizzate dalla combinazione di un'incidenza della spesa più elevata che per altre, a fronte, però, di una diffusione territoriale del privato accreditato molto circoscritta. È il caso, ad esempio, del Lazio, che, come visto, è la Regione che spende di più (54,3%) e la seconda con meno strutture private (1,5). Dunque, strutture che assorbono molte risorse finanziarie pubbliche, presumibilmente per l'alto livello delle prestazioni sanitarie e l'alta specializzazione, oltre che per il considerevole numero di assistiti da fuori Regione<sup>2</sup>.

I risultati mostrano anche un secondo tipo di casi: quello di Regioni in cui il numero di strutture private accreditate è alto, ma il peso finanziario, al contrario, contenuto. È il caso dell'Emilia-Romagna, che ha la seconda più alta presenza di strutture private accreditate in rapporto alla popolazione (3,5), ma una spesa sotto alla media delle Regioni (36,7% contro 39,5%).

<sup>2</sup> Si tenga conto che questo indicatore è calcolato sulla popolazione residente, senza considerare i flussi di mobilità sanitaria interregionali. Gli ospedali del Lazio, soprattutto quelli situati a Roma, forniscono assistenza, infatti, anche molti pazienti provenienti da altre Regioni.

Diverso ancora è il caso del Piemonte, che registra una maggiore corrispondenza dei due indicatori, con la più alta presenza di strutture sanitarie private accreditate (3,8) che si accompagna a una spesa per strutture private (44,5%) superiore a quella media.

Coerenti appaiono anche i risultati della Toscana, ma sul lato basso della distribuzione: è tra le tre Regioni con meno privato accreditato (2,3) cui corrisponde un costo contenuto, percentualmente inferiore alla media (31,4%). Ancora più coerenti appaiono i risultati della Puglia, con il terzo più alto numero di strutture private (3,2) e anche la terza più alta incidenza della relativa spesa (51,5%).

Da notare, infine, il caso Lombardia: solitamente ritenuta, a livello di opinione pubblica, la “regina” della sanità privata, risulta, in effetti, tra le quattro Regioni, al pari della Puglia, con l’incidenza di spesa più alta per strutture private accreditate (51,5%), a fronte, però, di una presenza di privato al livello della media delle Regioni (2,5).

In conclusione, i dati dimostrano che la **presenza di un numero alto di strutture sanitarie private sul territorio regionale non implica necessariamente un’elevata incidenza della relativa spesa** su quella complessiva per i servizi sanitari: le strutture, infatti, possono essere di piccole dimensioni o concentrate su prestazioni a bassa intensità economica. Viceversa, **una spesa elevata può essere associata a un numero più contenuto di strutture** che operano in ambiti ad alta complessità o ad alto costo.

In questo senso, il ricorso a esempi regionali non mira a distinguere tra modelli “virtuosi” o “critici”, ma serve a rendere più leggibile la variabilità territoriale, al contempo chiarendo come le differenze osservate riflettano assetti di governance e scelte di programmazione non omogenee, che trovano espressione sia sul piano finanziario sia su quello organizzativo.