

FABIO FLORIANELLO
Responsabile Sezione Sanità
Privata Accreditata Centro
Studi e Formazione
Anaao Assomed

ROSSANA CARON
Consigliere Nazionale
Anaao Assomed

COSTANTINO TROISE
Responsabile Nazionale
Centro Studi e Formazine
Anaao Assomed

PIERINO DI SILVERIO
Segretario Nazionale
Anaao Assomed

GLI SPECIALI DI
d!rigenza medica

IL SETTORE SANITARIO PRIVATO ACCREDITATO

PARTE PRIMA

L'OFFERTA

1 INTRODUZIONE

Questo studio si propone di ragionare sul futuro del SSN e in particolare sul ruolo che il privato accreditato ricopre attualmente analizzando, attraverso i dati relativi all'offerta ospedaliera e territoriale nell'arco dell'ultimo decennio, lo spazio acquisito nell'erogare prestazioni sanitarie. Prestazioni che, quale componente del SSN se pur di appartenenza privata, sono del tutto pubbliche.

Nell'ambito delle difficoltà in cui si dibatte attualmente il SSN un tema estremamente dibattuto è, infatti, quello del ruolo di una sanità privata che sembra avanzare in modo incontrollato, o forse incoraggiato, e su cui è venuto il momento di fare un po' di chiarezza. Distinguendo tra sanità privata pura, ossia quella pagata di tasca propria dal cittadino (out of pocket) o attraverso sistemi di intermediazione (Fondi Integrativi, Assicurazioni, Società di Mutuo Soccorso), da quella privata accreditata oggetto del presente studio.

2 RIFERIMENTI LEGISLATIVI

È necessario innanzitutto delineare il quadro normativo di riferimento in base al quale la sanità privata accreditata è parte integrante del SSN.

■ **La Legge 833/1978** istituisce in Italia il Servizio Sanitario Nazionale in applicazione dell'art. 32 della Costituzione: *la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti.*

Si fonda sui principi di universalità, globalità, eguaglianza assicurando assistenza ospedaliera attraverso gli ospedali pubblici e gli altri istituti convenzionati nell'osservanza del principio della libera scelta del cittadino al ricovero.

Anche le prestazioni medico-specialistiche ambulatoriali, ivi comprese quelle di diagnostica strumentale e di laboratorio, sono fornite, di norma, presso gli ambulatori e i presidi delle unità sanitarie locali ... ed inoltre da gabinetti specialistici, da ambulatori e da presidi convenzionati ai sensi della presente legge (art. 25).

Le modalità di convenzione con le

istituzioni sanitarie sono affidate ai Piani Sanitari Regionali che decidono anche la necessità di convenzionare le istituzioni private (art. 41-42-43).

■ Con il **D. Lgs. 502/1992** di riordino del SSN e col successivo **D. Lgs. 229/1999** sono stati introdotti i Livelli Essenziali di Assistenza garantiti dalle Regioni e il principio di accreditamento, quale possesso di requisiti specifici per erogare prestazioni per il SSN

In particolare l'art. 8 bis esplicita che le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati. E l'art 8 ter aggiunge che l'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie da parte di strutture pubbliche e private presuppone il possesso dei requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi che determina l'accreditamento delle strutture stesse.

L'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione re-

Il settore sanitario privato accreditato. L'offerta

gionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti (8 quater).

In sintesi Regioni e Unità Sanitarie Locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private (art. 8 quinquies).

Tutte le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del SSN, pubbliche e private, sono finanziate secondo un ammontare globale predefinito indicato negli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies e determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte nell'ambito e per conto della rete dei servizi di riferimento (8 sexes).

■ Con il **DPR 14 gennaio 1997** sono stati approvati i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. *"Ferma restando la competenza delle regioni e delle province autonome nel disciplinare la materia delle autorizzazioni sanitarie, sono approvati i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private"* (art. 1).

■ Con il successivo **DM 70/2015** vengono definiti gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera e la programmazione regionale provvede alla definizione delle reti dei posti letto ospedalieri per acuti, attribuendo ai presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati le relative funzioni

■ La **Legge 118/2022** introduce una nuova norma: l'accreditamento può essere concesso in base alla qualità e ai volumi dei servizi da erogare, nonché sulla base dei risultati dell'attività eventualmente già svolta, tenuto altresì conto degli obiettivi di sicurezza delle prestazioni sanitarie e degli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione delle attività erogate in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza, le cui modalità sono definite con decreto del Ministro della salute e i soggetti privati sono individuati, ai fini della stipula degli accordi contrattuali, mediante procedure trasparenti, eque e non discriminatorie, previa pubblicazione da parte delle regioni di un avviso contenente criteri oggettivi di selezione, che valorizzino prioritariamente la qualità delle specifiche prestazioni sanitarie ai fini della stipula degli accordi contrattuali introduce procedure trasparenti, eque e non discriminatorie (art. 15).

Il quadro normativo riportato evidenzia come il legislatore abbia inteso fondare il SSN, fin dalla sua istituzione, su due componenti, l'una di diritto pubblico e l'altra di diritto privato, entrambe eroganti prestazioni per il servizio pubblico e dunque prestazioni pubbliche.

Lo stesso quadro normativo riporta, inoltre, il principio della libera scelta della struttura da parte del cittadino, norma che propone da parte del legislatore una equivalenza tra strutture pubbliche e private accreditate entrambe accomunate da una medesima remunerazione.

Inizialmente la componente privata aderiva al servizio pubblico mediante una "convenzione" quale riconoscimento all'esercizio delle prestazioni sanitarie in nome e per conto del SSN.

Le norme intervenute successivamente hanno modificato l'impostazione iniziale superando il regime di convenzione introducendo il concetto di accreditamento in base a requisiti strutturali, standard qualitativi e quantitativi, dotazioni e requisiti del personale, volumi dei servizi da erogare e attribuendone la responsabilità di affidamento e controllo alle Regioni.

Importante in ogni caso ricordare che a differenza di quanto si pensi comunemente la componente privata del SSN non è un "unicum" ma è costituita da strutture giuridicamente diverse, con una nomenclatura differente, tutte facenti parte del SSN quale componente di diritto privato.

Si distinguono Strutture Equiparate alle Pubbliche¹ con le quali vige un accordo in base all'art. 4 c.12 D. Lgs. 502/92 e s.m.i. e Case di Cura accreditate sottoposte ad un regime di contrattualizzazione.

Sono definite strutture di ricovero equiparate alle pubbliche pur essendo di proprietà privata:

■ **Policlinici universitari privati** (Ex art 43 L. 833/1978 - Ex art. 4 c.12 D.Lgs. 502/1992)

■ **IRCCS privati e le fondazioni private** (Ex art 42 L.833/1978 - D. Lgs. 288/2003)

■ **Ospedali classificati o assimilati** (art.1, ultimo comma, L. 132/1968)

■ **Istituti privati qualificati presidi A.S.L.**

(Ex art. 43 comma 2 L. 833/78 e DPCM 20/10/88)

■ **Enti di ricerca** (Ex art. 40 L. 833/1978)

Sono definite strutture di ricovero private accreditate:

■ **Case di Cura Accreditate con il SSN**

1 Nell'Annuario Statistico Sanitario i dati relativi alle strutture equiparate, pur di proprietà privata, sono riportati insieme a quelli pubblici. La motivazione, oltre all'art. citato, viene così esplicitata da parte dell'Ufficio 2 - Ufficio di Statistica/Min Salute: La prospettazione dei dati nell'Annuario statistico del SSN, per quanto riguarda le risorse e le attività delle strutture ospedaliere è effettuata secondo le categorie "Strutture ospedaliere pubbliche ed equiparate alle pubbliche" e "Case di cura private accreditate" perché le equiparate alle pubbliche (Policlinici universitari, IRCCS, Enti di ricerca ecc.) hanno un accordo "obbligatorio" con il SSN diversamente dalle Case di cura private accreditate che sono contrattualizzate. Altro concetto è la natura giuridica della struttura

3 L'OFFERTA OSPEDALIERA

Per avere un quadro completo sul sistema sanitario privato accreditato ci siamo riferiti ad un arco temporale abbastanza ampio, 2010-2021 con estensione al 2022 (laddove i dati pubblicati lo consentono) per una valutazione della composizione e della evoluzione subita nell'ambito del SSN. Il confronto con le strutture pubbliche contribuisce ad evidenziare con maggiore chiarezza "lo spazio e il ruolo" fin qui acquisito dal privato accreditato.

I PRESIDI OSPEDALIERI

2010

■ Il SSN contava 1.232 Presidi di cui 609 pubblici (49,4 %) e 623 privati (50,6%). Questi ultimi comprendevano 92 strutture Equiparate e 531 Case di Cura.

2021

■ Il SSN può contare su 1054 Presidi di cui 485 pubblici (46 %) e 569 privati (54 %). Questi ultimi comprendono 85 strutture Equiparate e 484 Case di Cura.

I POSTI LETTO

Nel periodo 2010-2021 i **posti letto/Acuti** totali sono diminuiti in totale di 10.295. In particolare i pubblici sono diminuiti di 11.925 e i privati sono aumentati di 1.656 di cui 1.519 nelle equiparate e 137 nelle case di cura. Per quanto riguarda i **posti letto Post Acuti di Riabilitativa** sono diminuiti di 137. I pubblici diminuiti di 1.111 mentre i privati sono aumentati di 984, con le Equiparate che aumentano di 265 e le Case di Cura di 719. In **Lungodegenza** si registra in totale una diminuzione di 2.896 posti letto: nei pubblici la diminuzione è stata di 1.677, nei privati di 1.219 di cui -52 nelle equiparate e -1.167 nelle Case di Cura.



Posti Letto/Acuti (compreso DH)

2010

■ Posti letto/acuti totali:

sono 207.016

- 162.698 (78,6 %) in presidi pubblici
- 44.318 (21,4 %) in ospedali privati suddivisi in 15.423 equiparati e 28.895 Case di Cura

■ Rapporto posti letto/acuti per mille abitanti è del 3,41 ‰ abitanti

2021

■ Posti letto/acuti totali:

sono 196.721

- 150.747 (76,6 %) in presidi pubblici
- 45.974 (23,4 %) in ospedali privati suddivisi in 16.942 equiparati e 29.032 Case di Cura

■ Rapporto posti letto/acuti per mille abitanti è salito dopo il Covid a 3,33 ‰ abitanti

Posti Letto Post Acuti: Riabilitazione e Lungodegenza

2010

■ Posti letto/Riabilitativa:

sono 24.404

- 7.475 (28,3 %) in presidi pubblici
- 18.929 (71,7 %) in ospedali privati suddivisi in 6.426 equiparati e 18.929 in Case di Cura

2021

■ Posti letto/Riabilitativa:

sono 26.277

- 6.364 (24,2 %) in presidi pubblici
- 19.913 (75,8 %) in ospedali privati suddivisi in 6.691 equiparati e 13.222 in Case di Cura

2010

■ Posti letto/Lungodegenza:

erano 10.890

- 5.234 (48,1 %) in presidi pubblici
- 5.656 (51,9 %) in ospedali privati suddivisi in 219 equiparati e 5.437 in Case di Cura

2021

■ Posti letto/Lungodegenza:

sono 7.994

- 3.557 (44,5 %) in presidi pubblici
- 4.437 (55,5 %) in ospedali privati suddivisi in 167 equiparati e 4.270 in Case di Cura

In sintesi il rapporto posti letto/post acuti per mille abitanti nel 2021 è dello 0,57 ‰ abitanti mentre nel 2010 era dello 0,58 ‰

GLI ACCESSI NEL PRIVATO

2016

9%

2020

6,5%

2022

10,2%

I SERVIZI DEA/PS

Le strutture

Sono 711 le strutture di DEA/PS censite dal Ministero della Salute nel 2021 di cui 637 in ospedali pubblici (89,6%) e 74 privati accreditati (10,4%), di cui 35 in strutture equiparate e 39 in Case di Cura accreditate.

I PS Pediatrici sono 87 di cui 78 in strutture pubbliche e 9 in private accreditate di cui 8 in equiparate e 1 in Casa di Cura.

Nel 2010 le sedi DEA/PS erano 902, 810 pubbliche (89,6%) e 92 private (10,4%) di cui 35 nelle equiparate e 57 nelle Case di Cura. I PS Pediatrici erano 100, 89 pubblici e 11 privati di cui 9 in equiparate e 2 in Case di Cura.

In sintesi dal 2010 al 2021 le sedi di DEA/PS sono diminuite di 191 strutture, -173 quelle pubbliche e -18 quelle private tutte in Case di Cura.

Gli Accessi

I dati pubblicati da AGENAS (ora non più pubblicati) risalgono al 2016, 2017, 2020 che hanno evidenziato una costante diminuzione.

Dai 20 mln 729.000 del 2016 si è passati ai 14 mln 159.000 del 2020 (anno della pandemia) ai 17 mln 180.000 del 2022 con un privato che ha accolto il 9% degli accessi nel 2016, il 6,5 % nel 2020 e il 10,2 % nel 2022 (5,6 % nelle Equiparate e 4,6 % nelle Case di Cura).

I RICOVERI OSPEDALIERI

(tab.9-10-11-- Grafico 8-9-10)

Acuti:

i ricoveri in regime ordinario e DH nel decennio considerato sono diminuiti di 3.699.438. In particolare nelle strutture pubbliche la diminuzione è stata di 3.119.457, nelle private 579.981 di cui -226.955 nelle equiparate e -353.026

2010

■ Ricoveri Totali/SSN:

sono stati 10.325.242

- 7.997.576 (77,5 %) pubblici
- 2.327.666 (22,5 %) privati di cui 946.041 nelle Equiparate e 1.381.625 in Case di Cura

2021

■ Ricoveri Totali/SSN:

sono stati 6.625.804

- 4.878.119 (73,6 %) pubblici
- 1.747.685 (26,4 %) privati di cui 719.086 nelle Equiparate e 1.028.599 in Case di Cura

Il settore sanitario privato accreditato. L'offerta

Post Acuti

(Riabilitativa e Lungodegenza)

I Ricoveri in Riabilitativa sono diminuiti in totale di 97.702. Nelle strutture pubbliche la diminuzione è stata di 53.874, in quelle private di 43.828 con le equiparate a - 28.939 e le case di cura a - 14.889. In lungodegenza si è registrata una diminuzione di 46.217 con i pubblici a - 29.878 e i privati a - 16.339 (equiparate a + 338 e le case di cura a - 16.6773).

2010

■ **Ricoveri Totali/SSN Riabilitativa:** sono stati 356.752

- 105.510 (29,6 %) pubblici
- 251.242 (70,4 %) privati di cui 87.523 nelle Equiparate e 163.719 in Case di Cura

2021

■ **Ricoveri Totali/SSN Riabilitativa:** sono stati 259.050

- 51.636 (19,9%) pubblici
- 207.414 (80,1 %) privati di cui 56.808 nelle Equiparate e 140.736 in Case di Cura

2010

■ **Ricoveri Totali/SSN Lungodegenza:** sono stati 112.444

- 60.352 (53,7 %) pubblici
- 52.092 (46,3 %) privati di cui 1.430 nelle Equiparate e 50.662 in Case di Cura

2021

■ **Ricoveri Totali/SSN Lungodegenza:** sono stati 66.227

- 30.474 (46,0%) pubblici
- 35.753 (54,0%) privati di cui 1.768 nelle Equiparate e 33.985 in Case di Cura

4 SANITÀ PRIVATA NON ACCREDITATA

(tab.12)

È costituita da strutture classificate come **Case di Cura non accreditate** ma anche come policlinici, istituti clinici, centri ospedalieri. Ammontano a n. 65 nel 2021 ed erano 65 nel 2010 con alcune variazioni regionali. I Ricoveri/Acuti sono stati 65.622 nel 2021 vs. 62.937 nel 2010 con un incremento di 2.685. I Ricoveri/Post Acuti sono stati 235 in Riabilitativa nel 2021 vs. 191 nel 2010, mentre in Lungodegenza 622 nel 2021 vs. 155 nel 2010.

5 L'OFFERTA TERRITORIALE

Le strutture sanitarie/SSN che erogano prestazioni in ambito di assistenza distrettuale sono rappresentate da:

ambulatori/laboratori in cui si erogano prestazioni specialistiche come l'attività clinica, di laboratorio e di diagnostica strumentale;

strutture di assistenza territoriale:

- in regime residenziale
- semiresidenziale
- di altro tipo (centri di salute mentale, consultori, stabilimenti idrotermali);

istituti o centri di riabilitazione ex art. 26, L. 833/78

Ambulatori/laboratori

■ **Pubblici:**

- 2010 n. 3.855 (40,0 %)
- 2021 n. 3.474 (39,6 %)

■ **Privati Accreditati:**

- 2010 n. 5.780 (60,0 %)
- 2021 n. 5.304 (60,4 %)

Strutture di assistenza territoriale

■ **Residenziali**

■ **Pubblici:**

- 2010 n. 2.496 (24,6 %)
- 2021 n. 2.139 (16,0 %)

■ **Privati Accreditati:**

- 2010 n. 6.301 (75,4 %)
- 2021 n. 8.850 (84,0 %)

■ **Semi-Residenziali**

■ **Pubblici:**

- 2010 n. 2.496 (37,2 %)
- 2021 n. 2.139 (28,7 %)

■ **Privati Accreditati:**

- 2010 n. 6.301 (62,8 %)
- 2021 n. 8.850 (71,3 %)

■ **Strutture Residenziali di altro tipo**

■ **Pubblici:**

- 2010 n. 4.870 (88,3 %)
- 2021 n. 6.098 (86,3 %)

■ **Privati Accreditati:**

- 2010 n. 64 (11,7 %)
- 2021 n. 966 (13,7 %)

■ **Istituti o Centri di Riabilitazione** Ex articolo 26

■ **Pubblici:**

- 2010 n. 240 (24,7 %)
- 2021 n. 252 (21,8 %)

■ **Privati Accreditati:**

- 2010 n. 731 (75,3 %)
- 2021 n. 902 (78,2 %)

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale

Visite Specialistiche, Ambulatori Radiologici e Laboratori di Analisi nel periodo 2010/2021 hanno subito una variazione passando da un volume totale di oltre 1 mld 300.000 nel 2010 a 1 mld 269.000 nel 2021 con una erogazione effettuata dalle strutture private accreditate di oltre il 65 % in coerenza con la presenza maggioritaria di strutture territoriali, come riportato in precedenza.

Anche le prestazioni residenziali e semiresidenziali sono state in maggioranza erogate dal privato accreditato per oltre il 70% eccetto le "prestazioni di altro tipo" vale a dire prestazioni effettuate in centri di salute mentale, consultori, stabilimenti idrotermali che non raggiungono il 15 %.

6 IL PERSONALE

GLI ORGANICI

Il Personale Medico nel periodo considerato ha subito variazioni numeriche significative, sia nel pubblico che nel privato. Nel 2010 i Medici nel pubblico erano 111.289, mentre nel Privato Accreditato Equiparato erano 13.687 di cui 10.940 dipendenti, 2.747 libero-professionisti. Nel 2021 i Medici erano 108.064, mentre nel privato equiparato erano 11.861 Medici (7.819 dipendenti e 4.042 libero-professionisti).

Per quanto riguarda i Sanitari nel 2010 erano nel Pubblico 14.769 mentre nel privato equiparato 1.643 di cui 1.083 dipendenti, 560 libero-professionisti); nel 2021 nel pubblico erano 14.112 e nel privato equiparato 2.125 di cui 1.270 dipendenti, 855 libero-professionisti). La diminuzione totale è stata di 3.882 tra medici e sanitari nel pubblico, mentre nel privato i Medici sono diminuiti di 1.314 con uno spostamento dal rapporto di dipendenza a quello libero professionale. I sanitari sono al contrario aumentati di 482 Unità (187 dipendenti e 295 libero-professionisti). Per quanto riguarda le Case di Cura Accreditate non sono reperibili dati relativi al 2010. Nel 2021 i medici erano in totale 26.880 di cui 5.461 dipendenti, 21.419 libero-professionisti, i Sanitari 1.934 con 889 dipendenti e 1.045 libero-professionisti).

PERSONALE MEDICO NEL PUBBLICO

2010

111.289

2021

108.064

PERSONALE MEDICO NEL PRIVATO ACCREDITATO EQUIPARATO

2010

13.687

2021

11.861

2010

■ **Strutture pubbliche:**

- Medici 111.289
- Sanitari 14.769

■ **Strutture Equiparate:**

- Medici 13.687 (10.940 dipendenti, 2.747 lib. prof.)
- Sanitari 1.643 (1.083 dipendenti, 560 lib. prof.)

2021

■ **Strutture pubbliche:**

- Medici 108.064
- Sanitari 14.112

■ **Strutture Equiparate:**

- Medici 11.861 (7.819 dipendenti, 4.042 lib. prof.)
- Sanitari 2.125 (1.270 dipendenti, 855 lib. prof.)

■ **Case di Cura**

- Medici 26.880 (5.461 dipendenti, 21.419 lib. Prof.)
- Sanitari 1.934 (889 dipendenti, 1.045 lib. prof.)

I CONTRATTI DI LAVORO

Il rapporto di lavoro nelle strutture private accreditate è rappresentato da una molteplicità di tipologie contrattuali che coesistono nell'ambito della stessa struttura ospedaliera, ma anche nella stessa Unità Operativa.

Si viene così a realizzare che a parità di funzioni e responsabilità coesistono tutele e retribuzioni completamente differenziate.

1 **CCNL AIOP/Medici:** fermo al CCNL 2002/2005 con aspetti normativi del tutto obsoleti in cui, a titolo di esempio, il personale medico mantiene qualifiche e attribuzioni risalenti alla Legge 128/1969, vale a dire Assistente, Aiuto, Primario. Anche se l'articolo 7, ultimo paragrafo, proprio del CCNL/AIOP tuttora in vigore, prevede che *l'attribuzione delle suddette qualifiche deve avvenire nel pieno rispetto della normativa nazionale e regionale vigente in materia*. E sia nel pubblico che in alcune realtà del privato accreditato la qualifica attribuita ai medici prevista dalla attuale normativa è la dirigenza, in riferimento alla autonomia e responsabilità richiesta nell'esercizio della professione. Per quanto riguarda la retribuzione si va dai 15.000 ai 30.000€ in meno rispetto al contratto pubblico peraltro già inferiore rispetto a quanto avviene in Europa.

2 **CCNL AIOP/Non Medici**, ossia Biologi, Farmacisti, Psicologi, Fisici, Chimici. È stato rinnovato nell'autunno 2020 per il triennio 2016/2019. Anche in questo caso il CCNL non riconosce a queste pro-

fessioni la qualifica di dirigente mantenendole nel Comparto in categoria E con retribuzione che va dai 20.000 ad oltre 40.000 € in meno rispetto al pubblico.

3 **Contratto ARIS/Medici.** È in vigore il CCNL 2020/2003 in seguito al venir meno del tradizionale contratto AIOP/ARIS, evidentemente per il riconoscimento da parte di ARIS dell'insostenibilità di mantenere un contratto fermo al 2002. È prevista l'attribuzione della qualifica dirigenziale, l'applicazione dell'esclusività di rapporto e una retribuzione dai 6.500 ai 14.000 € inferiori rispetto al pubblico.

4 **Contratto ARIS Non Medici (Personale Sanitario, Professionale, Tecnico ed Amministrativo).** Firmato il CCNL 2020/2022 con riconoscimento della dirigenza e retribuzione che va dai 14.000 ai 18.000 € in meno rispetto al pubblico.

5 **Contratto Compatibilizzato con quello Pubblico.** In numerose strutture accreditate a medici e sanitari non medici assunti prima del 2014 è applicato il CCNL compatibilizzato con quello pubblico, con il riconoscimento dello stato di dirigente, stesse voci retributive fisse, ma fermo al 2010 ossia senza i miglioramenti dell'ultimo Contratto pubblico 2016/2018.

6 **Contratti decentrati.** Alcune strutture hanno da qualche anno introdotto Contratti locali che a partire dai CCNL in vigore, AIOP o ARIS, prevedono alcuni miglioramenti normativi e retributivi che li avvicinano parzialmente al contratto pubblico. Sono contratti che prevedono l'assorbimento delle modifiche a seguito di eventuali accordi nazionali.

7 **Contratti con indennità ad personam.** Un'ulteriore variante riguarda i medici specialisti di recente assunzione. Nella difficoltà diffusa in tutto il Paese di trovare medici, soprattutto di alcune specialità, vengono assunti con uno dei Contratti sopra riportati con un'indennità aggiuntiva, non pensionabile e "riassorbibile" al momento dei rinnovi contrattuali nazionali.

8 **Contratti Libero Professionali** con mansioni e turnistica pari a quella dei dipendenti, minimi diritti normativi, entità dei compensi con modalità e tempi di erogazione da stipulare al momento del contratto.

9 **Contratti con Cooperative/Imprese private** che forniscono medici turnisti, per lo più a rotazione, con dubbia certezza dei titoli abilitativi e delle competenze rispetto alle specialità da coprire, non certo per responsabilità dei medici arruolati ma per le carenze di capitoli e protocolli varati nell'esclusiva preoccupazione di dare copertura al turno scoperto.

7 CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Al termine di questa esposizione sull'offerta da parte del privato accreditato in confronto al pubblico si può avanzare qualche riflessione conclusiva:

Il SSN si fonda su due sistemi, uno pubblico e l'altro privato accreditato entrambi eroganti prestazioni pubbliche, entrambi finanziati dal Fondo Sanitario Nazionale e con diritto di scelta della struttura da parte del cittadino.

L'accreditamento si basa su un sistema di regole e requisiti, previste dalla normativa vigente, che accomunano le due componenti del SSN.

Il rispetto di tali regole e requisiti è affidato al controllo da parte delle Regioni che decidono le strutture a cui conferire l'accreditamento.

Lo spazio acquisito dalla componente privata nell'ambito del SSN, diversa per quanto riguarda la tipologia delle prestazioni ospedaliere, 30% circa per le prestazioni/Acuti, oltre il 70% per quelle post/acuti, ed intorno al 60% - 65% per quelle distrettuali, mette in evidenza la difficoltà, per non dire impossibile reversibilità dello spazio acquisito da tale componente pur in presenza di una diversificazione regionale.

La condizione del Personale, Medico e Sanitario, è caratterizzata da una molteplicità di contratti di lavoro ed uno spostamento evidente da contratti di dipendenza a libero professionali che non appare in linea con i requisiti minimi organizzativi delle regole di accreditamento.

Il panorama di offerta descritto evidenzia la mancanza di una governance da parte istituzionale (Regioni in particolare) senza la quale componente pubblica e privata accreditata, lasciate a sé, non potranno realizzare quel rapporto di sinergia sanitaria indispensabile per il mantenimento di un SSN efficace ed efficiente.

PER GRAFICI E TABELLE
CONSULTARE IL QR CODE



La parte seconda sarà pubblicata sul prossimo numero di *Dirigenza Medica*