

La sanità dell'Emilia-Romagna tra opacità nel pubblico e confinamento del privato accreditato

Di Paolo Belardinelli e Davide Mattone

Il sistema sanitario dell'Emilia-Romagna è uno dei più attrattivi d'Italia. Nondimeno, alla pari degli altri sistemi sanitari regionali del Paese, si tratta di un sistema in difficoltà, con problemi soprattutto legati alla sistemica scarsità di risorse e alle liste d'attesa. Secondo il sistema informativo SIGLA della Regione Emilia-Romagna, aggiornato al 3 marzo 2026, il 61,8 per cento dei pazienti inseriti in lista con priorità "entro 30 giorni" risulta già oltre i tempi massimi. Per la classe "entro 60 giorni" la quota sale al 66,5 per cento.¹ In questo contesto, è importante tentare di identificare spazi di miglioramento del sistema, sia da un punto di vista regolatorio sia di utilizzo delle risorse a disposizione.

In questo Briefing Paper, analizziamo il sistema sanitario regionale emiliano-romagnolo focalizzandoci sul ruolo del pubblico e del privato accreditato. In particolare, ci concentriamo sul problema della trasparenza dei bilanci nelle strutture ospedaliere pubbliche, comparando l'Emilia-Romagna alle altre regioni italiane, mostrando come su questo punto la regione è tutt'altro che eccezionale e, per le sole strutture ospedaliere pubbliche universitarie della regione, evidenziamo l'entità dei ripiani impliciti da parte del governo regionale che non sono legati ad alcuna prestazione sanitaria. Proseguiamo mostrando il ruolo delle strutture private accreditate, complessivamente marginale ma più rilevante in alcuni settori, come quello ortopedico dove i volumi sono comparabili a quelli del pubblico e gli esiti allineati o migliori. Concludiamo con una disamina di alcuni interventi legislativi regionali recenti che evidenziano il pregiudizio verso i privati. Tale pregiudizio, che porta

1 Bologna e Modena presentano percentuali superiori alla media regionale. Tra gli interventi con il maggior numero di pazienti fuori tempo figurano le protesi d'anca, con 3.438 prenotazioni oltre i tempi massimi nel 2024 e le riparazioni di ernia inguinale, con 4.825.

Si ringrazia AIOE Emilia-Romagna e in particolare lo Studio Breschi per il supporto alla realizzazione di questo studio

KEY FINDINGS

- La trasparenza sui bilanci è un elemento essenziale per migliorare la qualità dei sistemi sanitari, specialmente in un contesto di risorse scarse;
- Questo Briefing Paper sviluppa un Indice sintetico di trasparenza: la Lombardia guida la classifica con un punteggio di 89 su 100, seguita da Basilicata (36) e Umbria (31). Le regioni meno trasparenti sono Molise e Abruzzo (entrambi con punteggio pari a zero) e Puglia (12);
- Viene approfondito come caso studio l'Emilia Romagna, una delle regioni più attrattive d'Italia, dove però la trasparenza manca (il punteggio è di 22, inferiore alla media nazionale di 24) e dove il contributo dei privati è drammaticamente sotto-sfruttato;
- L'opacità dei bilanci pubblici e la compressione del privato sono espressioni dello stesso problema strutturale: un sistema in cui il soggetto pubblico concentra le funzioni di finanziamento, controllo ed erogazione e in cui gli incentivi a una gestione efficiente e trasparente restano deboli.

Paolo Belardinelli è Research Fellow dell'Istituto Bruno Leoni.

Davide Mattone scrive per il Foglio ed è collaboratore di ricerca dell'Istituto Bruno Leoni

l'amministrazione a trattare regolarmente il privato accreditato come soggetto eccezionale – in un sistema dominato dal pubblico – e spesso indesiderato, impedisce di cogliere alcune opportunità che potrebbero giovare ai pazienti. I dati mostrano che dove il privato ha avuto spazio per svilupparsi, produce volumi, attrae pazienti e presenta esiti almeno comparabili a quelli delle strutture pubbliche.

Se le risorse sono un problema ovunque nel nostro Paese, ci sono alcuni punti su cui la regione può fare meglio a parità di capacità: per esempio sulla trasparenza nella gestione delle strutture pubbliche e sulla concorrenza tra strutture pubbliche e private accreditate. Questo significa rafforzare la sanità pubblica, perché un sistema pubblico forte dovrebbe essere abbastanza sicuro di sé da misurare meglio i propri costi e da utilizzare, dove funziona, anche la capacità produttiva privata.

Trasparenza nelle strutture sanitarie pubbliche e analisi dei conti economici

La sanità dell'Emilia-Romagna, sotto l'aspetto della governance, non rappresenta un modello eccezionale nel panorama dei sistemi sanitari regionali italiani. Come negli altri sistemi regionali, a eccezione di quello lombardo,² le competenze di finanziamento, erogazione e controllo dei servizi sanitari stanno di fatto in capo a un unico soggetto, ovvero la regione, che le esercita primariamente tramite le Aziende Unità Sanitarie Locali (AUSL). Tale cornice istituzionale dei sistemi sanitari regionali, incluso quello dell'Emilia-Romagna, è andata via via prendendo forma a partire dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale nel 1978. Un monopolio di fatto, in cui ogni alternativa al finanziamento e all'erogazione pubblici dei servizi sanitari sono stati perlopiù trattati come eccezione, senza tentare di accompagnare la creazione di alternative in maniera sistematica.

Nondimeno, non sono mancati nella storia del servizio sanitario nazionale stimoli da parte del legislatore nazionale volti a scalfire questo monopolio, o quantomeno per tentare di alleviare le storture da un sistema così disegnato, date principalmente dal conflitto di interessi in capo al soggetto pubblico, che è uno e trino: controllore, finanziatore ed erogatore dei servizi. L'eliminazione del pagamento a piè di lista e l'introduzione del pagamento a prestazione rap-

2 In Lombardia la separazione delle funzioni è più netta. Le funzioni di sanità pubblica, assistenza di base e controllo dell'attività ospedaliera sono affidate alle ATS (Agenzie di Tutela della Salute), mentre le funzioni di erogazione delle prestazioni sono affidate alle aziende ospedaliere pubbliche e private. Inoltre, queste aziende ospedaliere pubbliche e private vengono trattate alla pari e considerate in concorrenza tra loro nell'attrarre i pazienti, i quali sono liberi di scegliere dove andare a curarsi.

presentano uno di questi tentativi, per mezzo della riforma di aziendalizzazione del sistema sanitario da parte del governo Amato con la legge 502 del 1992. A partire da quel momento, la prestazione offerta al paziente viene rimborsata all'erogatore sulla base delle tariffe DRG, rigorosamente regolate.

Una delle conseguenze auspicabili di tale riforma avrebbe dovuto essere la possibilità di incentivare una gestione più oculata delle strutture sanitarie, che da quel momento non a caso si chiamano aziende, le quali avrebbero dovuto produrre prestazioni per giustificare le entrate nei loro bilanci. Inoltre, la più facile interpretabilità dei bilanci pubblici delle strutture sanitarie, insieme a una maggiore trasparenza, avrebbero potuto spingere le strutture a una gestione più virtuosa.

Quella riforma ha posto le basi per altri interventi legislativi, che si sono susseguiti negli anni, e hanno avuto come obiettivo l'identificazione delle strutture sanitarie gestite peggio, ovvero quelle i cui ricavi derivanti dalle prestazioni – e da altri contributi pubblici legati a specifiche funzioni come il pronto soccorso – non sono sufficienti a coprirne i costi di gestione.³

A che punto siamo in questo processo? Purtroppo, siamo rimasti alle buone intenzioni. La Ragioneria Generale dello Stato pubblica sul sito *Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche* i dati contabili di tutti gli enti del Servizio Sanitario Nazionale. È qui che uno si aspetterebbe la possibilità di comparare la gestione delle strutture ospedaliere nelle regioni. Invece, proprio a seguito di quella mancata separazione di competenze, la gestione diretta degli ospedali da parte delle AUSL (nelle loro varie denominazioni a seconda delle regioni) comporta che siano visibili solo i bilanci complessivi di queste ultime, senza alcun obbligo per i primi, veri erogatori delle prestazioni, di pubblicare bilanci. Escludendo la Lombardia, in tutte le regioni solo gli ospedali pubblici universitari, che sono enti autonomi, sono tenuti a pubblicare il bilancio e sono gli unici per i quali è possibile capire quanta parte dei loro costi gestionali è coperta dai ricavi legati a prestazioni e altri servizi.

La tabella che segue mostra il valore della produzione degli ospedali a gestione autonoma sul valore totale della spesa della AUSL. Tale valore percentuale rappresenta una misura sintetica di trasparenza della spesa ospedaliera. A eccezione della Lombardia, dove la riforma Formigoni⁴ del 1997 ha separato le aziende ospedaliere dalle AUSL (che oggi in Lombardia si chiamano Agenzie di Tutela della Salute, o ATS), le differenze da regione a regione riflettono di fatto solo il peso degli ospedali pubblici universitari sul totale degli ospedali regionali.

L'Emilia-Romagna, come si può vedere, non fa eccezione. Solo il 22% della

3 D.lgs. 502/1993, D.lgs. 517/1993, D.M. 20/1994, D.M. 11/2002, D. Lgs. 118/2011, Legge di Stabilità 2016.

4 Legge regionale n.31 dell'11/7/1997.

spesa ospedaliera è osservabile nei bilanci nel modo previsto dal legislatore nazionale.

Tabella 1. Misura sintetica di trasparenza della spesa ospedaliera nelle regioni	
Sono escluse le regioni a statuto speciale	
Lombardia	89%
Basilicata	36%
Umbria	31%
Campania	27%
Piemonte	27%
Liguria	26%
ITALIA (media)	24%
Toscana	24%
Emilia Romagna	22%
Calabria	21%
Marche	17%
Veneto	16%
Lazio	14%
Puglia	12%
Abruzzo	0%
Molise	0%

A conferma della ritrosia dell'amministrazione regionale a rendere realmente conoscibili i bilanci dei singoli ospedali, soprattutto per quanto riguarda la parte dei ricavi (che dovrebbero essere legati alle prestazioni erogate e dunque anche ai DRG) è utile richiamare quanto emerso pubblicamente nel corso di una conferenza stampa dell'opposizione, nella quale un consigliere regionale ha reso noto di aver presentato una richiesta formale di accesso agli atti.

Con l'accesso agli atti il consigliere regionale aveva chiesto il conto economico specifico di due stabilimenti dell'AUSL di Bologna (Ospedale Maggiore 'C.A. Pizzardi' e Ospedale Civile di Bentivoglio) e altrettanti dell'AUSL di Reggio Emilia (Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia e "E. Franchini" di Montecchio), che avrebbe presupposto l'attribuzione ai singoli stabilimenti ospedalieri della quota parte dei ricavi, del finanziamento e, più in generale, del valore della produzione. In risposta, è stato trasmesso un rendiconto nel quale erano riportati soltanto i costi, con allegata una lettera che recitava quanto segue:

... si evidenzia che non è possibile fornire un conto economico specifico dei singoli stabilimenti ospedalieri che presupporrebbe l'attribuzione della quota parte dei ricavi, del finanziamento e più in generale del valore della produzione (che per definizione sono attribuibili a livello aziendale) ai singoli stabilimenti ospedalieri.

La formula fa capire come l'attribuzione dei ricavi ai singoli ospedali (o "sta-

bilimenti”) sia di fatto inaccessibile, proprio perché le AUSL ne mantengono il controllo diretto della gestione. Separare gli ospedali dalle AUSL avrebbe il beneficio di chiarire le attività di chi finanzia le prestazioni (AUSL) e quelle di chi le eroga. Al momento, guardando al bilancio delle AUSL non è possibile identificare i ricavi da prestazione, dal momento che la maggior parte dei ricavi sono spiegati dall'assegnazione da parte della regione dei contributi in conto esercizio come quota del fondo sanitario regionale. Sono questi i fondi che servirebbero a finanziare le prestazioni. Le prestazioni dei singoli erogatori non si possono osservare perché i bilanci dei singoli “stabilimenti”, ovvero degli erogatori, non si pubblicano.

Un'opacità che certo non crea gli incentivi a una sana gestione che invece verrebbero promossi da una maggiore trasparenza in cui è facile capire chi fa cosa e in che misura. Si tratta di un limite enorme, particolarmente in una regione dove la quasi totalità delle prestazioni è gestita da strutture pubbliche, per cui una maggiore efficienza consentirebbe di offrire più prestazioni sanitarie ai pazienti. A differenza che delle strutture private infatti, a cui vengono semplicemente retribuite le tariffe legate alle prestazioni che producono e la cui gestione è un problema degli azionisti, se le strutture pubbliche non riescono a chiudere i bilanci in pareggio devono comunque essere tenute in piedi. Se ci sono dei buchi di bilancio, la regione interviene con dei ripiani.

Avere i bilanci dei singoli ospedali consentirebbe di capire l'entità di tali buchi. Al momento, è possibile svolgere questo esercizio solo per gli ospedali pubblici universitari, che in Emilia-Romagna sono cinque: Azienda Ospedaliera Universitaria (AOU) di Parma, AOU di Modena, AOU Sant'Orsola di Bologna, AOU Sant'Anna di Ferrara e l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna.

Analizzando i bilanci di questi cinque ospedali,⁵ a fronte di ricavi di circa 2,5 miliardi di euro, risultano 318 milioni di euro non riconducibili ad alcuna prestazione (né sanitaria, né di ricerca, né di funzioni finanziate separatamente dalle tariffe DRG e ambulatoriale, come il pronto soccorso), pari a circa il 13% del totale dei ricavi. Si tratta di un dato in linea con altre analisi di questo tipo in altre regioni o sul territorio nazionale,⁶ da interpretare considerando che, in

5 La Banca Dati Amministrazione Pubbliche pubblica i conti economici di tutti gli enti del servizio sanitario nazionale, che sono stati utilizzati per questa analisi, identificando i ricavi da contributi regionali che non trovano un legame diretto né con le prestazioni erogate né con alcuna funzione di ricerca e non di ricerca, come il pronto soccorso. I dati fanno riferimento al 2024

6 Si veda, per esempio, lo studio del 2022 da parte dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio: *Gli effetti della pandemia sui bilanci delle Aziende ospedaliere*. Oppure l'articolo su [lavoce.info](https://lavoce.info/archives/99872/spesa-sanitaria-tra-pubblico-e-privato/) di Belardinelli e Stagnaro: *Spesa sanitaria tra pubblico e privato*. Link: <https://lavoce.info/archives/99872/spesa-sanitaria-tra-pubblico-e-privato/>, ultimo

genere, gli ospedali universitari sono quelli meglio gestiti, per cui è ragionevole aspettarsi che, in tutti gli altri ospedali della regione, tale percentuale di ripiani sul totale dei ricavi sia anche più elevata.⁷

Tabella 2. Produzione e ripiani impliciti degli ospedali universitari pubblici in Emilia-Romagna

Nota: dati in milioni di euro

	AOU Parma	AOU Modena	AOU Bologna - Sant'Orsola	AOU Ferrara - Sant'Anna	Istituto Ortopedico Rizzoli
Produzione	€ 515,3	€ 536,2	€ 865,4	€ 373,8	€ 231,4
Ripiani	€ 65,0	€ 80,3	€ 113,8	€ 43,6	€ 15,6
Ripiani / produzione	13%	15%	13%	12%	7%

Il privato accreditato in Emilia-Romagna

La difficoltà di leggere i bilanci dei singoli ospedali pubblici e la presenza di ripiani rilevanti nei cinque enti autonomi analizzabili non esauriscono il problema della governance sanitaria emiliano-romagnola. Piuttosto, si potrebbe dire che ne aprono un secondo.

Se il sistema regionale è quasi interamente pubblico, se la spesa ospedaliera osservabile si ferma al 22 per cento del totale e se il soggetto pubblico concentra funzioni di finanziamento, controllo ed erogazione, la domanda allora diventa se il sistema stia usando bene tutta la capacità produttiva disponibile, anche quella che non gestisce direttamente. È da qui che va osservato il privato accreditato. Non come alternativa sistemica, ma come componente interna di un sistema regolato, finanziato e programmato dal pubblico.

Il modello emiliano-romagnolo resta tra i più solidi e attrattivi nel panorama nazionale. I dati sulla mobilità interregionale lo confermano ogni anno. Questo non significa che non si possa migliorare ulteriormente, valorizzando il lavoro svolto dagli attori privati senza continuare a trattarlo come eccezione da con-

accesso 26 aprile 2026

⁷ Questa analisi, che porta a concludere che i ripiani impliciti sui bilanci ospedalieri ammontano mediamente a circa il 12%, va considerata prudente e conservativa per almeno due motivi. Il primo è che la selezione degli ospedali, limitata a quelli universitari, riguarda strutture generalmente meglio gestite. Il secondo è che vengono considerati integralmente giustificabili anche tutti i ricavi per i quali non è possibile entrare nel dettaglio sulla base dei bilanci, come ad esempio quelli legati a funzioni non tariffate o alla ricerca. In altre parole, si può presumere che quel 12% rappresenti una stima al ribasso, non pienamente rappresentativa degli effettivi ripiani effettuati dalla regione per mantenere operative tutte le strutture pubbliche.

tenere, se non addirittura ostacolare.

Il primo dato da chiarire è la dimensione. Secondo i dati AIOP sul flusso SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera) 2025, le strutture private accreditate erogano in Emilia-Romagna 142.412 ricoveri su 695.120, pari al 20,5 per cento.⁸ Se si considerano i soli ricoveri per acuti, la quota scende al 18,1 per cento: 117.845 su 652.128.⁹ Nell'ambulatoriale del servizio sanitario nazionale la presenza è quasi marginale: 3,4 milioni di prestazioni su 74,4 milioni, il 4,6 per cento¹⁰ – nondimeno, il privato pesa di più sulla chirurgia ambulatoriale, garantendo circa il 13% di queste prestazioni nella regione, ed eroga il 26,5% della diagnostica. Nei dati ospedalieri considerati, il privato accreditato risulta assente o marginale in aree come pediatria, neurologia, oncologia e malattie infettive: molte delle funzioni ospedaliere più tipicamente pubbliche restano quindi largamente in capo alle strutture pubbliche.¹¹

Il confronto nazionale conferma questa lettura. Secondo il rapporto OASI 2025 del Cergas Bocconi, il privato accreditato in Emilia-Romagna rappresenta il 24,2 per cento dei posti letto del servizio sanitario nazionale, una quota non anomala e priva di particolari specializzazioni erogative.¹² In altre parole, il privato accreditato emiliano-romagnolo è una componente minoritaria, regolata e quantitativamente contenuta.

Questa marginalità quantitativa, però, non coincide con irrilevanza funzionale. Il case-mix medio dei ricoveri privati, che sintetizza la complessità e la tipologia dei pazienti trattati pesando per i gruppi diagnostici delle varie prestazioni, è pari a 1,39, contro 1,16 del pubblico.¹³ Il dato va letto con cautela, perché la differenza può riflettere la composizione disciplinare delle strutture piuttosto

8 Elaborazione su dati AIOP Emilia-Romagna, flusso SDO Regione Emilia-Romagna, anno 2025 (non consolidato). Include ricoveri acuti e post-acuti a totale carico SSN. Sono esclusi i ricoveri in libera professione.

9 Ibid. I ricoveri acuti sono 117.845 nel privato e 534.283 nel pubblico.

10 Elaborazione su dati AIOP Emilia-Romagna, flusso ASA (Assistenza Specialistica Ambulatoriale) Regione Emilia-Romagna, anno 2025, regime SSN. Include strutture private aderenti ad AIOP e ANISAP.

11 Nelle discipline di pediatria, neurologia, oncologia, malattie infettive, neonatologia, ematologia, gastroenterologia, nefrologia e chirurgia pediatrica il numero di ricoveri privati nel flusso SDO 2025 è pari a zero. Dati AIOP su flusso SDO Regione Emilia-Romagna.

12 Giudice, L., Preti, L. M., e Ricci, A., "Gli erogatori privati accreditati", in *Rapporto OASI 2025*, Cergas Bocconi.

13 Elaborazione su dati AIOP Emilia-Romagna, flusso SDO Regione Emilia-Romagna, anno 2025 (non consolidato). Il peso DRG è la media dei pesi DRG dei ricoveri erogati.

che una maggiore complessità clinica caso per caso. Ma, allo stesso tempo, dice almeno una cosa: l'attività privata accreditata non si riduce a prestazioni residuali o a bassa valorizzazione tariffaria.

Nei ricoveri post-acuti il privato accreditato eroga 24.567 casi su 42.992, circa il 57 per cento del totale. In termini di giornate di degenza, le strutture private raggiungono quota 512.092, contro 424.232 del pubblico.¹⁴ Il privato accreditato non governa il sistema, ma copre un segmento strutturale della continuità assistenziale dopo la fase acuta. Riabilitazione e lungodegenza sono le aree dove questa funzione è più visibile: il privato pesa rispettivamente il 70 e il 50 per cento dei ricoveri nelle due discipline.¹⁵

È però sulla mobilità che il dato diventa difficile da ignorare. Nelle strutture private accreditate il 46,4 per cento dei ricoveri riguarda pazienti provenienti da fuori regione. Nel pubblico la stessa quota è il 7,3 per cento.¹⁶ Guardando il flusso dall'altra parte: su 116.925 ricoveri complessivi di pazienti non residenti in Emilia-Romagna, 68.832 avvengono in strutture private, il 58,9 per cento del totale. A Bologna la quota extra-regionale del privato sale al 52,4 per cento.¹⁷ Il privato accreditato è, nei fatti, il principale erogatore della mobilità attiva ospedaliera della regione. Non perché il pubblico non attragga pazienti: semplicemente, il privato, pur pesando un quinto dei ricoveri totali, eroga quasi il 60 per cento dei ricoveri di pazienti non residenti. Intercetta dunque pazienti e, con essi, flussi di finanziamento da fuori regione.¹⁸

Si arriva così a un primo risultato. Il privato accreditato in Emilia-Romagna è troppo piccolo per rappresentare una alternativa sistematica (e dunque una "minaccia") al servizio pubblico, ma troppo rilevante per essere liquidato come marginale. Così, la questione non è se debba prendere il posto del pubblico,

14 Ibid. Le giornate di degenza post-acuta includono recupero e riabilitazione, lungodegenza e neuro-riabilitazione.

15 Elaborazione su dati AIOP Emilia-Romagna, flusso SDO per disciplina di dimissione, anno 2025. Il privato eroga 12.194 ricoveri su 17.427 in recupero e riabilitazione (70,0 per cento) e 12.071 su 24.117 in lungodegenza (50,1 per cento).

16 Elaborazione su dati AIOP Emilia-Romagna, Indice di Dipendenza della Struttura dalla Popolazione (IDSP), flusso SDO Regione Emilia-Romagna, anno 2025 (non consolidato). Esclusi i neonati sani.

17 Elaborazione su dati AIOP Emilia-Romagna, flusso SDO per disciplina e regione di residenza, anno 2025. Il dato di Bologna si riferisce all'IDSP delle strutture private dell'Azienda USL di Bologna.

18 Questo è certamente anche conseguenza di leggi nazionali, che dal 2011 limitano la possibilità per le regioni di assegnare risorse aggiuntive ai privati accreditati. In altre parole, da allora l'unico modo per i privati accreditati di incrementare le proprie quote di mercato è quello di attrarre pazienti extra-regione.

ma piuttosto se un sistema opaco nei costi e sotto pressione finanziaria possa permettersi di tenere compressa una capacità produttiva già disponibile. Per rispondere servono dati più specifici, e il settore in cui i dati parlano con più chiarezza è l'ortopedia, ovvero quello in cui il privato ha avuto più spazio da parte del regolatore regionale.

L'ortopedia dell'Emilia-Romagna: dove il privato accreditato si è sviluppato davvero

L'ortopedia è il settore in cui il privato accreditato emiliano-romagnolo si è sviluppato di più, e anche quello in cui i dati consentono un'analisi più granulare. Secondo i dati AIOP su flusso SDO 2025, le strutture private erogano 58.101 ricoveri in ortopedia e traumatologia su 114.261 totali, pari al 50,8 per cento.¹⁹ Nelle giornate di degenza ortopediche il peso è inferiore: 187.078 su 492.996, cioè il 37,9 per cento.²⁰ Il privato accreditato tratta dunque poco più della metà dei casi ortopedici, ma assorbe una quota proporzionalmente minore di giornate di degenza. Fa molti casi, ma con degenze più brevi.

La distribuzione tra residenti e non residenti rende il quadro ancora più marcato. Per i pazienti emiliano-romagnoli, il privato eroga il 30,5 per cento dei ricoveri ortopedici.²¹ Per i pazienti provenienti da fuori regione, la quota sale a circa il 77 per cento.²² L'ortopedia privata emiliano-romagnola è, in larga misura, un canale di attrazione interregionale.

Ma non tutta l'ortopedia è uguale. I dati del Programma Nazionale Esiti di Agenas, edizione 2025 con dati di attività 2024, consentono di disaggregare per singola procedura e mostrano una divisione del lavoro netta tra pubblico e privato. La Tabella 3 riassume le quote.

19 Elaborazione su dati AIOP Emilia-Romagna, flusso SDO per disciplina di dimissione, Regione Emilia-Romagna, anno 2025 (non consolidato). Residenti e non residenti, ricoveri a totale carico SSN, esclusa libera professione.

20 Elaborazione su dati AIOP Emilia-Romagna, flusso SDO per disciplina e giornate di degenza, anno 2025.

21 Elaborazione su dati AIOP Emilia-Romagna, flusso SDO per disciplina, residenti in Emilia-Romagna. Il privato eroga 19.523 ricoveri ortopedici su 63.952 totali per residenti.

22 Calcolato per differenza. 58.101 ricoveri ortopedici privati totali escludendo 19.523 su residenti risultano in 38.578 ricoveri ortopedici privati su non residenti. Totale ricoveri ortopedici non residenti: $114.261 - 63.952 = 50.309$. Quota privata: 76,7 per cento, arrotondata a circa 77 per cento.

Tabella 3. Quote pubblico e privato per alcune procedure ortopediche in Emilia-Romagna

Programma Nazionale Esiti, Agenas, edizione 2025, dati attività 2024. I volumi si riferiscono ai ricoveri inclusi nel calcolo degli indicatori PNE per l'Emilia-Romagna. Strutture con meno di 5 casi escluse

Procedura	N casi privato	N casi pubblico	Quota privato	Quota pubblico
Artroscopia ginocchio	1.500	404	78,8%	21,2%
Protesi ginocchio	12.338	3.626	77,3%	22,7%
Artrodesi vertebrale	6.302	2.154	74,5%	25,5%
Protesi spalla	1.341	743	64,3%	35,7%
Protesi anca	8.331	8.512	49,5%	50,5%
Frattura femore (interventi chirurgici)	194	7.962	2,4%	97,6%

Il privato accreditato è dominante in alcune procedure ortopediche programmabili: protesi di ginocchio, artroscopie, artrodesi vertebrali, protesi di spalla. Nella protesi d'anca la distribuzione è sostanzialmente paritaria. Nella frattura del femore, che è urgenza pura, il pubblico gestisce la quasi totalità dei casi. Si tratta di una specializzazione che in parte è obbligata essendo dettata dall'assegnazione delle risorse da parte del regolatore regionale, ma in parte deriva anche dal libero movimento dei pazienti extra-regione, che scelgono le strutture dove andare a farsi curare. Quando la prestazione è programmabile, è più facile attrarre pazienti da fuori regione – che difficilmente possono affrontare un viaggio a seguito di una frattura del femore, per esempio – e ovviare alla rigida assegnazione delle risorse da parte del regolatore regionale.

A differenza dell'amministrazione regionale, che storicamente concentra la propria programmazione sulle strutture pubbliche, i pazienti, quando liberi di programmare e scegliere, sembrano dare più fiducia al privato. Il Programma Nazionale Esiti di Agenas, che fornisce indicatori risk-adjusted, cioè corretti per le caratteristiche dei pazienti (età, comorbidità, condizioni al ricovero), sembra suggerire che questa fiducia non sia affatto mal riposta. La Tabella 4 presenta un confronto tra strutture pubbliche e private in Emilia-Romagna. Le medie riportate sono ponderate per il numero di casi trattati e includono solo le strutture con almeno cinque casi e con percentuale aggiustata disponibile.²³

²³ Le medie sono ponderate per numero di casi: una struttura con 600 casi pesa proporzionalmente di più di una con 6. Sono escluse le strutture con solo percentuale grezza e senza dato aggiustato. Per la metodologia completa si vedano le note metodologiche allegate al dataset.

Tabella 4. Indicatori di esito risk-adjusted, ortopedia programmata, Emilia-Romagna

Programma Nazionale Esiti, Agenas, edizione 2025, dati attività 2024. Medie ponderate per numero di casi, solo strutture con percentuale aggiustata disponibile e almeno 5 casi

Indicatore	Privato ER (%)	Pubblico ER (%)	Italia (%)	Delta (Priv-Pub)	Direzione
Protesi anca: riammissioni 30 gg	2,30	3,96	3,21	-1,66	più basso = meglio
Protesi ginocchio: riammissioni 30 gg	1,35	1,79	1,13	-0,44	più basso = meglio
Protesi anca: revisione entro 2 anni	2,23	2,84	2,12	-0,61	più basso = meglio
Protesi ginocchio: revisione entro 2 anni	3,20	3,56	2,88	-0,36	più basso = meglio
Protesi spalla: riammissioni 30 gg	1,82	2,40	1,50	-0,58	più basso = meglio
Artroscopia ginocchio: reintervento 6 mesi	1,03	1,11	0,84	-0,08	più basso = meglio

Gli indicatori di esito risk-adjusted suggeriscono una qualità più elevata nelle strutture private per le procedure ortopediche programmabili. In diversi casi il privato accreditato presenta valori migliori del pubblico regionale, in altri è allineato. La frattura del femore va trattata a parte: è un'area di emergenza in cui il privato ha volumi molto ridotti e in cui il pubblico performa meglio sull'indicatore organizzativo chiave, cioè l'intervento entro 48 ore.²⁴

Sul piano gestionale, un dato complementare riguarda la degenza preoperatoria, cioè il tempo che intercorre tra il ricovero e l'intervento. Non è un indicatore di qualità clinica, ma di efficienza organizzativa, e per il paziente che attende un intervento programmato non è irrilevante. La degenza preoperatoria media nelle strutture private accreditate è di 0,55 giorni, contro 1,51 nel pubblico. Nell'area muscoloscheletrica il divario è analogo: 0,48 giorni nel privato accreditato contro 1,56 nel pubblico.²⁵

Il quadro che emerge dall'ortopedia è dunque quello di un privato accreditato che, nel segmento in cui ha avuto modo e spazio per svilupparsi, produce volumi significativi, contribuisce in modo decisivo all'attrattività interregionale e presenta esiti in linea o migliori rispetto al pubblico regionale.

La normativa regionale. Una capacità utile trattata come eccezione da contenere

I dati sull'ortopedia mostrano che il privato accreditato non rappresenta una

24 Nella frattura del femore il privato tratta 122 casi (dato aggiustato disponibile) in una sola struttura sull'indicatore "operati entro 48 ore" e 110 casi sull'indicatore "mortalità a 30 giorni", contro rispettivamente 6.501 e 5.808 casi nel pubblico. La percentuale di pazienti operati entro 48 ore è del 50,27 per cento nel privato contro il 67,99 per cento nel pubblico. La mortalità a 30 giorni è del 2,80 per cento nel privato e del 3,89 per cento nel pubblico, ma il confronto è statisticamente fragile per l'esiguità del campione privato.

25 Elaborazione su dati AIOP Emilia-Romagna, flusso SDO Regione Emilia-Romagna, anno 2025. Il dato per area muscoloscheletrica si riferisce alla MDC 08 (Apparato muscoloscheletrico e tessuto connettivo).

presenza indifferenziata dentro il sistema sanitario emiliano-romagnolo. È piccolo nel complesso, ma rilevante in alcuni segmenti; non sostituisce il pubblico, ma in alcune procedure programmate produce volumi significativi e di qualità. È da questo punto che il discorso deve spostarsi dalla quantità alla governance. Se una capacità produttiva è già presente nel sistema, il modo in cui la regione la regola diventa parte del problema. Alcuni atti recenti suggeriscono che la programmazione regionale tratti il privato accreditato come un fenomeno da contenere e ostacolare, piuttosto che una componente dell'offerta da valorizzare e integrare.

L'accordo Emilia-Romagna - Calabria

Il caso più esplicito è l'accordo bilaterale tra Emilia-Romagna e Calabria per il governo della mobilità sanitaria, approvato dalla Giunta regionale nel novembre 2025 e valido dal primo novembre 2025 al 31 dicembre 2027.²⁶ L'accordo nasce con l'obiettivo dichiarato di governare e ridurre i flussi di pazienti, in particolare dalla Calabria verso l'Emilia-Romagna. Fin qui nulla di anomalo: la mobilità sanitaria è un fenomeno che le regioni hanno interesse a programmare, soprattutto quando produce squilibri finanziari tra sistemi sanitari regionali molto diversi. Nondimeno, questi accordi, che di fatto impediscono ai pazienti di curarsi dove preferiscono, contrastano con la retorica del servizio sanitario nazionale a disposizione di tutti. Ad ogni modo, ciò che colpisce di questo accordo è la distinzione tra pubblico e privato. Per le prestazioni di alta complessità fornite da strutture pubbliche non sono previsti tetti; per le strutture private accreditate, invece, se i ricoveri di alta complessità superano il tetto complessivo, viene richiesta una riduzione dell'attività di non alta complessità.²⁷ Per la restante attività ospedaliera, i tetti previsti per l'Emilia-Romagna sono 11,5 milioni di euro per i ricoveri in strutture pubbliche e 9,1 milioni per quelli in strutture private.²⁸

L'asimmetria è chiara. La logica che possa giustificare tale asimmetria non lo è. Il privato viene trattato come un'eccezione e l'eccezione si traduce in una penalizzazione. A vantaggio di chi non si capisce proprio. Sembra piuttosto un

26 Regione Emilia-Romagna, "La Giunta delibera l'accordo di governo della mobilità sanitaria tra Emilia-Romagna e Calabria", 24 novembre 2025. L'accordo è valido dal 1° novembre 2025 al 31 dicembre 2027. Portale Salute Regione Emilia-Romagna.

27 Ibid. Testualmente dall'accordo: "la produzione relativa all'Alta complessità viene riconosciuta al 100% qualora resa da strutture pubbliche; mentre per le strutture private è previsto che a un incremento dei ricoveri oltre il tetto complessivo debba corrispondere un decremento di quelli a non alta complessità, erogati presso le strutture private della controparte".

28 Ibid. I tetti si riferiscono alle prestazioni ospedaliere nell'ambito dell'accordo bilaterale ER-Calabria.

pregiudizio di fondo che non ha alcun senso se l'obiettivo è quello di avere un sistema sanitario funzionante, attrattivo e capace di aumentare le risorse a propria disposizione. L'intervento è comprensibile solo se l'obiettivo è semplicemente quello di preservare un sistema totalmente controllato in cui non c'è spazio per la libera scelta.

Il vincolo sulla mobilità e il protocollo RER-AIOP del 2025

La stessa logica si riscontra nel protocollo d'intesa tra Regione Emilia-Romagna e AIOP per il 2025, approvato con la DGR 1640 del 13 ottobre 2025. Il protocollo funge da quadro economico di riferimento per la contrattazione locale delle aziende sanitarie con le strutture ospedaliere private accreditate aderenti ad AIOP, sia per l'attività resa a cittadini residenti in Emilia-Romagna sia per quella resa a cittadini residenti in altre regioni italiane. La delibera richiama inoltre la nota regionale del 20 maggio 2025 sulle prestazioni ospedaliere rese da strutture private accreditate a residenti fuori regione, indicando per il 2025 la definizione di un tetto massimo di spesa, con eccezione delle prestazioni di alta complessità riconosciute in sede di accordi bilaterali e comunque entro un valore compatibile con il vincolo nazionale di spesa²⁹. In parallelo, le linee di programmazione e finanziamento del servizio sanitario regionale, approvate con DGR 972/2025, prevedono che le aziende sanitarie indichino in prima fase previsionale, per le prestazioni rese da strutture private a residenti fuori regione, un valore non superiore alla produzione fatturata nel 2023.³⁰

La mobilità extra-regionale privata, cioè una delle aree in cui i dati mostrano la maggiore capacità di attrazione, viene disciplinata anzitutto come variabile di spesa da contenere. Anche in questo caso, sembra che il criterio di programmazione prevalente sia la necessità di ricondurre l'attività privata dentro un perimetro amministrativo.

29 DGR 1640 del 13 ottobre 2025, "Approvazione del protocollo di intesa tra Regione Emilia-Romagna e l'Associazione Italiana di Ospedalità Privata (AIOP) - Sezione Emilia-Romagna - per la regolamentazione dei rapporti economici finalizzati alla fornitura di prestazioni ospedaliere per l'anno 2025". Pagina Amministrazione trasparente, Regione Emilia-Romagna, sezione "Accordi che intercorrono tra la Regione e strutture sanitarie private accreditate". La delibera richiama la nota regionale del 20 maggio 2025 sulla definizione di un tetto massimo di spesa per le prestazioni ospedaliere rese da strutture private accreditate a residenti fuori regione.

30 DGR 972/2025, "Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del servizio sanitario regionale per l'anno 2025". La previsione sul valore non superiore alla produzione fatturata nel 2023 per le prestazioni rese da strutture private accreditate a residenti fuori regione è riportata anche nelle note illustrative dei bilanci preventivi 2025 delle Aziende USL.

La sospensione dei criteri di selezione

Un terzo episodio riguarda i criteri di selezione delle strutture private accreditate. Con la DGR 691 del 12 maggio 2025, la regione ha confermato i requisiti generali di accreditamento adottati con la DGR 1314/2024, ma ha anche sospeso la DGR 1470/2024 sui criteri di selezione delle strutture private accreditate per la stipula degli accordi contrattuali, in attesa della revisione complessiva del quadro normativo nazionale.³¹ Il tema è complesso ed esula dagli scopi di questo lavoro. Ciò che è rilevante, ai nostri fini, è che la selezione del privato accreditato attraverso criteri oggettivi, trasparenti e prevedibili dovrebbe essere funzionale a distinguere chiaramente tra chi programma, chi finanzia e chi produce. Fondare i rapporti tra pubblico e privato unicamente all'interno di una dimensione negoziale e amministrativa meno trasparente rischia di penalizzare le potenzialità del privato e, dunque, l'efficacia dell'intero sistema.

I ristori Covid: un'ulteriore conferma

La vicenda dei ristori Covid conferma questo problema di affidabilità del quadro regolatorio. Nel 2020 la regione ha recepito l'accordo quadro con AIOIP per il coinvolgimento degli ospedali privati accreditati nella rete ospedaliera regionale durante l'emergenza Covid-19.³² Stando ad AIOIP Emilia-Romagna, la regione fu l'unica in Italia a richiedere al privato accreditato la disponibilità della totalità dei posti letto accreditati, e non solo di quelli negoziati, vietando contestualmente il ricorso alla cassa integrazione.³³ Nel novembre 2024, con la DGR 2133, la Giunta aveva preso atto delle procedure condivise con AIOIP in relazione a quella fase.³⁴ Nel 2025, però, la nuova Giunta ha avviato

31 DGR 691 del 12 maggio 2025. La delibera conferma i requisiti generali di accreditamento adottati con DGR 1314/2024 e sospende la DGR 1470/2024 sui criteri di selezione delle strutture private accreditate per la stipula degli accordi contrattuali, in attesa della revisione complessiva del quadro normativo nazionale. Fonte: pagina ASSR Regione Emilia-Romagna, "Novità normative in materia di accreditamento sanitario", 23 maggio 2025.

32 DGR 344 del 16 aprile 2020, "Recepimento dell'accordo quadro tra Regione Emilia-Romagna e l'Associazione Italiana di Ospedalità Privata (AIOIP). Sezione Emilia-Romagna per la regolamentazione dei rapporti finalizzati al coinvolgimento degli ospedali privati accreditati nella rete ospedaliera regionale della gestione dell'emergenza COVID-19". Pagina Amministrazione trasparente, Regione Emilia-Romagna.

33 Comunicato AIOIP Emilia-Romagna, agosto 2025. Secondo AIOIP, l'Emilia-Romagna fu l'unica regione a richiedere la disponibilità di tutti i 5.000 posti letto accreditati, e a vietare il ricorso alla cassa integrazione per il personale delle strutture private.

34 DGR 2133 dell'11 novembre 2024, "Presenza d'atto della condivisione con AIOIP Emilia-Romagna delle procedure applicative della DGR 344/2020 e della determinazione

il procedimento di annullamento in autotutela della delibera, sostenendo che il testo presentava profili non applicabili emersi dopo gli approfondimenti di legittimità.³⁵

Il procedimento giudiziario farà il suo corso, ma la vicenda mostra un punto politico e amministrativo: il privato accreditato viene coinvolto quando serve capacità produttiva, ma resta esposto quando quella capacità deve essere stabilizzata, regolata e remunerata.

Trasparenza e contendibilità

Il caso del privato accreditato conferma, da un'altra angolatura, il problema emerso nell'analisi dei bilanci pubblici. Da un lato, gran parte della produzione ospedaliera pubblica resta poco leggibile nei conti dei singoli stabilimenti; dall'altro, la componente privata, pur piccola e misurabile, viene regolata entro confini rigidi anche dove produce volumi, mobilità attiva ed esiti almeno comparabili a quelli del pubblico regionale. La radice è la stessa: un sistema poco contendibile, in cui il regolatore tende a proteggere l'erogazione pubblica e a trattare l'alternativa privata come eccezione indesiderata (salvo quando fa comodo, come nel caso dei ristori Covid), nonostante questa sia abbastanza rilevante per essere parte della soluzione in alcuni segmenti, come mostrato nel caso della chirurgia ortopedica programmata e nella post-acuzie. Trattare il privato come una capacità da contenere non rafforza il pubblico, sembra piuttosto una corsa al ribasso e rischia di sminuire una capacità già disponibile, proprio mentre il sistema dichiara di avere bisogno di più prestazioni, più efficienza e minori liste d'attesa.

Conclusioni

Il problema che questo paper ha cercato di documentare non è la qualità dell'assistenza sanitaria in Emilia-Romagna, ma la governance del suo sistema. Da un lato, i bilanci dei singoli ospedali pubblici gestiti dalle AUSL restano non osservabili separatamente: solo il 22 per cento della spesa ospedaliera regionale è osservabile nei bilanci degli enti autonomi, e nei cinque ospedali universitari analizzabili 318 milioni di euro non sono coperti da ricavi riconducibili a prestazioni, ricerca o funzioni finanziate separatamente (circa il 12 per cento della produzione). Dall'altro, il privato accreditato (una componente minoritaria ma funzionalmente rilevante, soprattutto nell'ortopedia programmata e nella

9898/2020".

35 Regione Emilia-Romagna, "Salute, privato accreditato: la Giunta approva l'avvio del procedimento di annullamento in autotutela della DGR 2133", 5 agosto 2025. La motivazione indica profili di inapplicabilità e assenza di copertura di spesa. Portale Notizie Regione Emilia-Romagna.

mobilità interregionale) viene regolato con strumenti che ne limitano la capacità produttiva anziché integrarla dove i risultati lo giustificherebbero.

Le due diagnosi non sono indipendenti. L'opacità dei bilanci pubblici e la compressione del privato sono espressioni dello stesso problema strutturale: un sistema in cui il soggetto pubblico concentra le funzioni di finanziamento, controllo ed erogazione e in cui gli incentivi a una gestione efficiente e trasparente restano deboli. Quando gli ospedali pubblici non sono tenuti a rendere leggibili i propri costi e quando il privato accreditato viene trattato come eccezione anziché come parte ordinaria dell'offerta, il risultato è un sistema poco contendibile, in cui la pressione a migliorare non arriva né dall'interno né dall'esterno.

Alcune direzioni di intervento sono coerenti con questa diagnosi. Una maggiore trasparenza dei bilanci ospedalieri, attraverso la pubblicazione dei conti economici dei singoli ospedali pubblici e non solo delle AUSL che li incorporano, consentirebbe di distinguere le strutture gestite bene da quelle che accumulano squilibri coperti dai ripiani regionali. Una separazione più netta tra le funzioni di committenza e quelle di produzione ridurrebbe il conflitto d'interessi strutturale che caratterizza il sistema attuale. E un utilizzo del privato accreditato basato sulla valutazione dei risultati (per esempio, volumi, esiti, efficienza, attrattività) anziché su vincoli previsionali ancorati al passato e su tetti asimmetrici, permetterebbe di integrare nel sistema una capacità già disponibile, soprattutto nelle attività programmabili dove le liste d'attesa documentano un fabbisogno insoddisfatto.

Queste proposte, se accolte, consentirebbero di rafforzare il sistema pubblico rendendolo più trasparente, più contendibile e più capace di usare tutte le risorse di cui dispone. Un sistema pubblico che si misura con i propri costi, con i propri risultati e con gli altri erogatori quando possono contribuire a curare più pazienti non è un sistema più debole. È un sistema che si prende sul serio.