

Presentazione dell'11° Rapporto Annuale “Ospedali & Salute/2013”

Sintesi per la stampa

Il giorno 10 dicembre 2013, alle ore 10.00, presso il CNEL - Sala del Parlamentino, Viale David Lubin 2 – 00196 Roma, viene presentato l'11° Rapporto Annuale “Ospedali & Salute/2013”, promosso dall'AIOP – Associazione Italiana Ospedalità Privata e realizzato dalla società Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema di Roma (sotto la direzione di Nadio Delai).

Si può ben dire che nel corso del passato decennio un pezzo significativo di strada è stato compiuto sul piano del presidio interpretativo del sistema ospedaliero italiano: dando conto dei temi più importanti emersi anno per anno, raccogliendo le opinioni e le valutazioni dei cittadini e degli utenti, fornendo un'analisi puntuale del funzionamento della “macchina” e predisponendo l'aggiornamento degli indicatori fondamentali di funzionamento del sistema.

Il Rapporto 2013 parte dalla necessità di cambiare il punto di vista, uscendo da una visione troppo “pendolare” rispetto al sistema di protezione della salute. Si corre infatti il rischio di continuare a porre l'attenzione prevalente su quella che già lo scorso anno abbiamo definito come ospedalità “finanziaria”: quella cioè fatta di flussi di risorse, di (pur necessario) miglioramento dei livelli di efficienza e di una spinta a ridurre la spesa. Mentre si finisce col mettere di lato la cosiddetta ospedalità “reale” e cioè quella costituita dai 14 milioni di pazienti che utilizzano annualmente i servizi, dai 650 mila addetti, dal presidio diffuso sul territorio. Abbiamo forse vissuto in anni non troppo lontani con una visione opposta, in cui la spesa sanitaria finiva col rappresentare una specie di variabile indipendente, malgrado le distorsioni e le inefficienze.

Tuttavia una buona classe dirigente sa collocarsi, rispetto a qualsiasi grande realtà in mutazione, nello spazio centrale del moto del pendolo, cercando con realismo (e fatica) di far incontrare entrambe le esigenze. Per questo si ritiene necessario oggi cambiare il punto di vista, ritrovando il senso

dell'equilibrio e delle giuste priorità: mettendo effettivamente al centro il paziente, preservando la forza del sistema misto pubblico/privato e infine recuperando una visione "patrimoniale allargata" del sistema sanitario e ospedaliero in particolare.

L'esigenza di mettere al centro il paziente nei fatti e non nelle parole

È questa la ragione per la quale si è dato molto spazio nel Rapporto 2013 alle dinamiche che interessano il paziente e la famiglia, tenendo conto sia dei dati oggettivi sia di quelli soggettivi (approfonditi anche con una apposita indagine su 2.000 *care-giver*).

Tre sono le parole-chiave che descrivono l'attuale situazione: stretta, rimbalzo, erosione.

L'intervento prolungato sulla spesa pubblica per la salute ha portato e sta portando ad una stretta progressiva sul fronte dei pazienti, che assume aspetti molteplici, come ad esempio (tab. 1):

- la lievitazione dei ticket sanitari, pagati a fronte di visite e di prestazioni specialistiche presso gli ospedali pubblici: essi hanno raggiunto la cifra di 1.465,4 milioni di euro nel 2012, con un incremento pari al 22,1% rispetto al 2009;
- l'aumento dei ticket nel campo dei farmaci comprensivo dello *spread* tra generici e *branded* che nel periodo 2009-2012 sono aumentati del 63,3%, raggiungendo la cifra di 1.406 milioni di euro;
- l'incremento del 51,4% in un solo anno (tra il 2011 e il 2012) del ricorso a pagamento alle prestazioni *intramoenia*, valutate attraverso i ricavi dichiarati da parte degli ospedali pubblici;
- la lievitazione delle addizionali Irpef regionali che, tra il 2009 e il 2012, sono via via cresciute, con punte (in termini di Numeri Indice: 2009 = 100,0) del 123,0, del 136,0, del 145,0 sino a 177,0, con un evidente peggioramento più pronunciato per i cittadini residenti nelle Regioni sottoposte a Piani di Rientro.

Ma vicino all'appesantimento dal lato della spesa sostenuta dai pazienti e dalle loro famiglie esiste l'appesantimento soggettivo e cioè quello della percezione del sovraccarico dell'assistenza che l'indagine sui *care-giver* ha illustrato, qualora si tenga conto del doppio onere, derivante dall'assistenza prestata alla famiglia ristretta e parallelamente alla famiglia allargata, e si

considerino i comportamenti di rimando o di rinuncia vera e propria rispetto alle prestazioni sanitarie e socioassistenziali. A tale ultimo proposito si tenga conto che (tab. 2):

- il 22,6% dei *care-giver* intervistati ha rimandato o ha rinunciato a cure dentarie per i membri della propria famiglia ristretta o allargata (5,5 milioni di famiglie coinvolte);
- il 19,5% ha dovuto a sua volta rimandare o rinunciare a visite specialistiche (4,7 milioni di famiglie);
- l'11,7% ha dovuto rimandare o rinunciare ad effettuare analisi di laboratorio (2,9 milioni di famiglie).

E a questo si aggiunga che all'incirca il 50% degli stessi *care-giver* riconosce come si sia ridotta negli ultimi dodici mesi la copertura pubblica dei servizi sanitari e socioassistenziali oppure si sia dovuti ricorrere ad altri servizi a pagamento come per l'appunto le prestazioni *intramoenia* negli ospedali pubblici, oppure le prestazioni presso strutture private (tra il 9,1% e l'11,4% degli intervistati), con un evidente peggioramento nel Mezzogiorno rispetto al resto del Paese.

Si è in presenza in questo caso di una lenta erosione del servizio pubblico nei fatti, frutto di un "processo di rimbalzo", in base al quale si finisce col trasferire gli impegni e gli oneri derivanti dalla riduzione e/o dall'efficientamento delle strutture pubbliche sulle spalle dell'utente: e ciò avviene come diretta conseguenza della difficoltà di incidere in maniera significativa sulle inefficienze presenti nel sistema pubblico (sul piano delle stesse strutture, dell'organizzazione, del personale, dei servizi acquistati all'esterno).

L'importanza di preservare la forza dell'attuale sistema misto pubblico/privato

Esiste tuttavia un secondo protagonista-chiave su cui viene esercitata (e non da oggi) una stretta sbilanciata sul piano del riconoscimento delle prestazioni svolte. Si tratta della componente ospedaliera privata accreditata, la quale fornisce più di un quarto delle giornate di degenza complessive di tutto il sistema ospedaliero italiano, assorbendo un settimo delle risorse complessive (cfr. successiva tabella 5).

Due sono gli elementi di disagio che vengono illustrati nel Rapporto 2013.

Il primo riguarda una situazione di sostanziale “sottotariffazione” delle prestazioni fornite dalle strutture private accreditate. L’entità del fenomeno è stata stimata – attraverso una simulazione appositamente predisposta – tra il 15% e il 20% (cfr. tabella 3) qualora si operi un confronto alla pari con quanto ricevono le Aziende Ospedaliere pubbliche. Senza contare le altre limitazioni che concorrono alla stretta, legate all’applicazione di “tetti”, di regressioni tariffarie o di ritardo nei pagamenti da parte dei Sistemi Sanitari Regionali.

Peraltro – sempre attraverso la simulazione suddetta – si è voluto verificare anche a cosa potrebbe portare un sistema maggiormente equo di ripartizione della spesa afferente rispettivamente alle strutture ospedaliere pubbliche e a quelle private accreditate, qualora potesse entrare in gioco un aumento effettivo dei livelli di efficienza del sistema ospedaliero pubblico. Ciò dovrebbe avvenire attraverso la riduzione del tasso di inefficienza implicita che è stato più volte misurato nei precedenti Rapporti *Ospedali & Salute*. Anche assumendo una riduzione parziale di tale inefficienza (secondo due ipotesi: riduzione del 50% oppure del 33% rispetto ad oggi) si vede come tale operazione consentirebbe in teoria di riassorbire il recupero della sottotariffazione sopra menzionata da parte delle strutture private accreditate, generando addirittura un risparmio di spesa ospedaliera complessiva, compresa tra il 4,6% e il 9,0% (cfr. tabella 4).

Il secondo elemento di disagio riguarda le inadeguate modalità di rendicontazione degli ospedali pubblici che rendono ancora oggi impossibile effettuare confronti e misurazione dei risultati all’interno di tali strutture e tra queste ultime e le strutture private accreditate. Il recente D.Lgs 118/2011 ha compiuto qualche passo avanti, dal punto di vista normativo almeno, per poter aumentare trasparenza e pubblicizzazione dei bilanci pubblici, i cui passi avanti effettivi si spera potranno aiutare il percorso di convergenza tra “ospedalità reale” e “ospedalità finanziaria”.

Anche nel caso dunque della stretta che si esercita sull’ospedalità privata accreditata valgono i due processi prima ricordati nei confronti degli utenti: si è in presenza infatti di un fenomeno di erosione progressiva dei livelli di riconoscimento economico delle prestazioni effettuate e di un fenomeno di tendenziale rimbalzo del sistema ospedaliero pubblico ad intervenire sui propri “fattori di produzione”, trasferendo impegni ed oneri sulle strutture private accreditate secondo una logica per l’appunto di rimbalzo, più volte ricordata nel corso del testo.

L'opportunità di recuperare una visione patrimoniale "allargata" del sistema ospedaliero

Cambiare il punto di vista significa anche prendere effettivamente atto di ciò che rappresenta a tutti gli effetti l'accumulazione che si è generata nel corso degli anni e che ha prodotto non solo un'estensione quantitativa dell'offerta, ma anche un miglioramento qualitativo delle prestazioni, pur senza tacere delle inefficienze di sistema. Tale patrimonio va considerato nella sua forma allargata, andando al di là di una sua formulazione di tipo puramente finanziario. È bene ricordare che esso è costituito contemporaneamente:

- dai 211 mila posti letto (70% pubblici e 30% privati accreditati nel loro complesso), che fanno capo a 1.125 strutture ospedaliere e che producono complessivamente 67,9 milioni di giornate di degenza;
- da una spesa ospedaliera pubblica pari a 61,6 miliardi di euro, di cui il 14,4% fa capo alle strutture private accreditate nel loro complesso, le quali però generano il 27,3% delle giornate di degenza;
- da un quadro di spesa sanitaria che risulta essere oggi la più bassa (7,0%), pur tenendo conto di un Pil nazionale in contrazione, rispetto alla media dei Paesi Ocse (7,8%) e dei Paesi del G7 (8,0%), oltre che risultare in progressiva contrazione negli ultimi anni;
- da una complessità crescente delle prestazioni fornite da entrambe le componenti, quella pubblica e quella privata accreditata, con punte di eccellenza riconosciuta a livello nazionale e internazionale (e peraltro con livelli di complessità che risultano non di rado più elevati proprio per quanto riguarda la componente privata accreditata);
- dalla presenza di quasi 650 mila addetti (il 16,6% è costituito da medici, il 40,9% da personale infermieristico e un ulteriore 42,5% da altro personale) che forniscono le loro prestazioni professionali per "servire" il flusso annuale degli utenti sopra menzionato;
- da un flusso di 14 milioni di pazienti che ogni anno entrano in una struttura ospedaliera (a cui si aggiungono familiari e accompagnatori) per effettuare visite, diagnosi, processi di cura, interventi chirurgici, prestazioni di Pronto Soccorso e così via;
- dalla presenza di un sistema misto di diritto (perché previsto già dal lontano D.Lgs 502/1992) e di fatto, stante la ripartizione sopra ricordata delle giornate di degenza, ma anche considerato le valutazioni proprio degli utilizzatori effettivi delle strutture ospedaliere che per più dell'80%

dichiarano di essere “molto e/o abbastanza soddisfatti” delle prestazioni ricevute (percentuale peraltro che sale a più del 90% nel caso delle strutture private accreditate), mentre una proporzione analoga di cittadini dichiara di apprezzare esplicitamente il sistema misto di cui disponiamo, visto che “ormai l’ospedale privato accreditato fa parte del sistema ospedaliero complessivo e quando ci si deve ricoverare non si considera se la struttura è pubblica o privata, bensì si tiene conto di altri fattori come la presenza della specializzazione che serve, la qualità delle prestazioni fornite, la vicinanza a casa, ecc.”.

In conclusione dunque si può affermare di essere davanti a un vero e proprio patrimonio “allargato”, costituito non solo dalla parte strutturale ma anche da quella dei servizi e dei professionisti che operano nel sistema ospedaliero complessivo, a cui si aggiunge l’insieme di dotazioni e di attività nel campo scientifico, tecnologico e di ricerca, oltre che quella “sociale” dei pazienti e delle loro famiglie.

Anche per le ragioni suddette si corre il rischio di non valutare adeguatamente tale patrimonio qualora si restringa la visione all’ospitalità “finanziaria”, dimenticando il valore e la portata di quella “reale”.

Per questo serve lavorare al miglioramento del sistema suddetto, trovando il modo di cambiare la prospettiva e adottando una reinterpretazione più ampia di medio periodo senza limitarsi a fronteggiare le singole Leggi di Stabilità o i nuovi cicli di *spending review*.

Del resto a conferma dell’esigenza di mutare la prospettiva per ritrovare un punto di equilibrio tra le due visioni richiamate si ricordano alcune delle opinioni espresse dai *care-giver* nell’apposita indagine condotta quest’anno per il Rapporto.

Gli intervistati hanno fatto e fanno esperienza di quanto sin qui ricordato ed hanno idee chiare a proposito della necessaria maggior efficienza da introdurre nel sistema. Basti considerare i livelli non certo banali di consenso manifestati con riferimento alle affermazioni contenute nella tabella 6. Ci si riferisce alla necessità di premiare le strutture migliori e di punire le strutture peggiori, valutandole attraverso un Ente Terzo autonomo che guardi contemporaneamente alle strutture pubbliche e a quelle private accreditate; come pure alla necessità di prevedere dei costi standard anche per le strutture pubbliche, in maniera tale da poter chiudere quelle inefficienti, sino a dismettere anche il personale in sovrappiù; e tenendo conto della necessità di applicare tariffe appropriate sia per il pubblico che

per il privato, riconoscendo i costi standard accettabili per entrambi, sino ad arrivare ad ipotesi di gestione privata di alcuni ospedali pubblici.

Ma è altrettanto interessante vedere come ci sia la consapevolezza circa la necessità di istituire un legame più stretto tra reddito effettivamente percepito e prestazioni ricevute come pure dell'esigenza di assumersi come famiglie l'onere di maggiori spese qualora si voglia effettivamente affinare il sistema universalistico e solidale di cui oggi disponiamo (tab. 7).

È, in conclusione, il caso di chiedersi se sarà possibile compiere uno sforzo collettivo che ci salvi da una visione "agli estremi" (o troppo economico-finanziaria o troppo appiattita su quello che già succede) e che ci aiuti a ridisegnare un sistema di protezione della salute che abbia un respiro di prospettiva che sia più efficiente nel modo di erogare i servizi e contemporaneamente più efficace e più equo rispetto ad oggi.

Tab. 1 – L'accentuarsi della stretta sulle famiglie attraverso l'incremento degli oneri economici e fiscali

Fenomeni	Dati	
	V.a. 2012 (in milioni di euro)	Δ % 2009-2012
– Pagamento ticket sanitari per visite e prestazioni specialistiche presso gli ospedali pubblici ¹	1.465,4	+22,1%
– Pagamento ticket per farmaci ²	1.406,0	+63,3%
	V.a. 2012 (in milioni di euro)	Δ % 2011-2012
– Pagamento per prestazioni <i>intramoenia</i> presso gli ospedali pubblici ³	1.719,6	+51,4%
		Δ % 2009-2013
– Andamento delle medie delle addizionali Irpef regionali ⁴		da +7,0% a +77,8%
– Aggravamento per i cittadini delle Regioni soggette a Piano di Rientro ⁴		da +23,6% a +76,9%

(1) Cfr. tav. 17/Parte prima, pag. 77.

(2) Cfr. tav. 18/Parte prima, pag. 78 (i valori esposti comprendono il valore dei ticket + gli *spread* pagati tra generici e *branded*)

(3) Cfr. tav. 19/Parte prima, pag. 78.

(4) Cfr. tav. 24/Parte prima, pag. 85.

Fonte: indagine *Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema*, 2013

Tab. 2 – L'appesantimento percepito dalle famiglie attraverso le opinioni dei care-giver¹

Fenomeni	Dati				
– Il profilo-tipo del care-giver:					
▪ È prevalentemente donna	62,4				
▪ È concentrata/o nella fascia 35-54 anni	51,1				
▪ È impegnata/o sul fronte della sola famiglia ristretta	84,7				
▪ È impegnata/o sul fronte sia della famiglia ristretta sia della famiglia allargata	52,4				
– Il numero medio di servizi sanitari e socioassistenziali utilizzati negli ultimi dodici mesi ² :					
▪ Per la famiglia ristretta	2,9				
▪ Per la famiglia allargata	2,9				
– Hanno sostenuto spese per l'accesso ai servizi sanitari e socioassistenziali:					
▪ Per servizi utilizzati nell'ambito della sola famiglia ristretta	70,9				
▪ Per servizi utilizzati nell'ambito sia della famiglia ristretta che della famiglia allargata	34,7				
– Il livello medio di soddisfazione/insoddisfazione dei servizi utilizzati negli ultimi dodici mesi:					
▪ Molto + abbastanza soddisfatti	69,3				
▪ Poco + Per nulla soddisfatti	21,3				
– Il livello di insoddisfazione (Poco + Per nulla soddisfatto) dei servizi sanitari e socioassistenziali utilizzati negli ultimi dodici mesi:					
▪ Media nazionale	21,3				
▪ Nord-Ovest	11,0				
▪ Nord-Est	12,8				
▪ Centro	23,7				
▪ Sud e Isole	33,8				
– Principali rimandi e/o rinunce alle prestazioni sanitarie negli ultimi dodici mesi a causa delle difficoltà economiche familiari:					
	<i>Rimandi</i>		<i>Rinunce</i>		<i>Rimandi + Rinunce</i>
▪ Cure dentarie	1° 13,8		1° 8,8		1° 22,6
▪ Visite specialistiche	2° 12,7		2° 6,8		2° 19,5
▪ Analisi di laboratorio	3° 8,6		3° 3,1		3° 11,7
▪ Ricorso al medico di base	4° 4,4		6° 2,0		4° 6,4
– Si è ridotta negli ultimi dodici mesi la copertura pubblica dei servizi sanitari (54,6%) e dei servizi socioassistenziali (50,9%) oppure si è dovuto ricorrere ad altri servizi a pagamento come le prestazioni <i>intramoenia</i> negli ospedali pubblici oppure le prestazioni presso strutture private (11,4% per le prestazioni sanitarie e 9,1% per le prestazioni socioassistenziali):					
		<i>Servizi sanitari</i>		<i>Servizi socioassistenziali</i>	
▪ Media nazionale		66,0		60,0	
▪ Nord-Ovest		58,6		55,3	
▪ Nord-Est		64,0		53,1	
▪ Centro		70,8		63,4	
▪ Sud e Isole		71,2		66,0	

(1) Cfr. tavola 16/Parte prima, pag. 74 e tavola 21/Parte prima, pag. 80.
Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2013*

Tab. 3 – Stima della sottotariffazione media dei DRG, calcolata sulla base di un gruppo qualificato di Aziende Ospedaliere del Nord e del Centro Italia (Anno 2012)¹

Aziende Ospedaliere	Numero ricoveri 2012 A	Ricavi produzione ospedaliera da ricoveri, come da Conto Economico 2012 B		Differenza ricavi produzione e ricavi a tariffe DRG 2012 E = C - B		% di sottotariffazione grezza (al lordo dell'inefficienza implicita regionale) H	Quota di sottotariffazione da inefficienza (50%) (in mil. di euro)	Quota di sottotariffazione da inefficienza (33%) (in mil. di euro)	Sottotariffazione stimata con recupero del 50% dell'inefficienza (val. %)	Sottotariffazione stimata con recupero del 33% dell'inefficienza (val. %)
		Ricavi a tariffe DRG 2012 (in mil. di euro)	Ricavi produzione ospedaliera da ricoveri, come da Conto Economico 2012 (in mil. di euro)	Differenza ricavi produzione e ricavi a tariffe DRG 2012 (in mil. di euro)	% di sottotariffazione grezza (al lordo dell'inefficienza implicita regionale)					
Nord										
Azienda Ospedaliera n. 1	37.205	113,7	151,0	37,3	32,8%	28,0%	15,9	10,5	18,8%	23,6%
Azienda Ospedaliera n. 2	24.500	70,6	92,8	22,2	31,4%	19,3%	6,8	4,5	31,8%	25,1%
Azienda Ospedaliera n. 3	48.000	131,6	198,0	66,4	50,5%	19,3%	12,7	8,4	40,8%	44,1%
Azienda Ospedaliera n. 4	38.360	97,2	126,0	28,8	29,6%	19,3%	9,4	6,2	20,0%	23,3%
Azienda Ospedaliera n. 5	57.670	177,3	230,4	53,1	29,9%	17,2%	15,2	10,1	21,3%	24,3%
Azienda Ospedaliera n. 6	54.456	162,5	254,5	92,0	56,6%	23,4%	19,0	12,5	44,9%	48,9%
Azienda Ospedaliera n. 7	40.860	114,5	169,4	54,9	47,9%	23,4%	13,4	8,8	36,2%	40,2%
Azienda Ospedaliera n. 8	46.000	119,6	165,7	46,1	38,5%	23,4%	14,0	9,2	26,8%	30,8%
Azienda Ospedaliera n. 9	77.800	228,1	282,5	54,4	23,8%	23,4%	26,7	17,6	12,1%	16,1%
Azienda Ospedaliera n. 10	48.400	115,6	157,6	42,0	36,3%	23,4%	13,5	8,9	24,6%	28,6%
Totale	473.251	1.330,7	1.827,9	497,2	37,4%	21,8%	145,0	95,7	26,5%	30,2%
Centro										
Azienda Ospedaliera n. 11	75.000	292,4	292,0	-0,4	-0,1%	23,0%	33,6	22,2	-11,6%	-7,7%
Azienda Ospedaliera n. 12	37.000	127,1	220,0	92,9	73,1%	22,7%	14,4	9,5	61,7%	65,6%
Azienda Ospedaliera n. 13	54.357	221,0	197,3	-23,7	-10,7%	41,3%	45,6	30,1	-31,4%	-24,4%
Azienda Ospedaliera n. 14	38.243	94,5	114,2	19,7	20,8%	41,3%	19,5	12,9	0,2%	7,2%
Totale	204.600	735,0	823,5	88,5	12,0%	32,8%	120,5	79,6	-4,4%	1,2%
Totale Centro-Nord	677.851	2.065,7	2.651,4	585,7	28,4%	26,1%	269,6	177,9	15,3%	19,7%

(1) Cfr. tavola 8/Parte prima, pag. 52

A = Numero dei ricoveri per singola Azienda Ospedaliera (Anno 2012).

B = Ricavi a tariffe DRG, calcolati con tariffe medie per gruppi di discipline affini al DRG considerato.

C = Valore della produzione ospedaliera da ricoveri (al netto perciò da specialistica esterna + attività File F e attività a funzione), come emerge dal Conto Economico della singola Azienda Ospedaliera.

E = Differenza tra ricavi della produzione ospedaliera da Conto Economico e ricavi teorici calcolati a tariffe DRG per gruppi di discipline affini.

H = Tasso di inefficienza implicita regionale così come è stata calcolata nell'ambito del Rapporto "Ospedali & Salute/2011", tavola 1, pag. 18.

Fonte: *indagine Ermeneia - Studi & Strategie di Sistema, 2013 (elaborazione e calcoli sui dati dei Conti Economici delle Aziende Ospedaliere)*

Tab.4 – Simulazione del recupero della sottotarifffazione relativa alle strutture ospedaliere convenzionate e accreditate in presenza di un parallelo recupero di inefficienza da parte delle strutture pubbliche ¹ *

Tipologia di spesa per destinatari	Spesa corrente 2011 (milioni di euro)	Minore spesa per recupero di inefficienza		Maggiore spesa per recupero valore delle tariffe		Spesa corrente ricalcolata (Meno inefficienza/ Più tariffazione) In milioni di euro		Differenze % tra spesa corrente ricalcolata e spesa corrente effettiva	
		Ipotesi A	Ipotesi B	Ipotesi A	Ipotesi B	Nell'ipotesi A	Nell'ipotesi B	Nell'ipotesi A	Nell'ipotesi B
		Recupero del 50% (= 26,1% : 2) In milioni di euro	Recupero del 33% (= 26,1% : 3) In milioni di euro	Δ 15,3%	Δ 19,7%				
– Spesa per Ospedali pubblici e Aziende Ospedaliere	52.683	-6.875	-4.583	-	-	45.808	48.100	-13,0%	-8,7%
– Spesa per Ospedali convenzionati nel loro complesso, di cui:	8.891	-	-	+1.360	+1.752	10.251	10.643	+15,3%	+19,7%
• Spesa per ospedali e case di cura private accreditate	4.465	-	-	+683	+880	5.148	5.345	+15,3%	+19,7%
– Spesa ospedaliera pubblica totale	61.574	-6.875	-4.583	+1.360	+1.752	56.059	58.743	-9,0%	-4,6%

(1) Cfr. tavola 9/Parte prima, pag. 55.

(*) Simulazione costruita sulla base delle risultanze della precedente tabella 3, tenendo conto della spesa ospedaliera corrente per l'anno 2011.

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2013

Tab. 5 – Il patrimonio “allargato” del sistema ospedaliero misto pubblico/privato (Dati 2011)

Fenomeni		Dati	
Numero posti letto¹		<i>V.a.</i>	<i>Comp. %</i>
– Posti letto pubblici		147.806	70,0
– Posti letto privati accreditati (nel loro complesso)		63.225	30,0
Totale		211.031	100,0
Numero giornate di degenza¹		<i>In milioni</i>	<i>Comp. %</i>
– Presso ospedali pubblici		49,4	72,7
– Presso ospedali privati accreditati (nel loro complesso)		18,5	27,3
Totale		67,9	100,0
Spesa pubblica per gli ospedali¹		<i>In miliardi di euro</i>	<i>Comp. %</i>
– Ospedali pubblici		52,7	85,6
– Ospedali privati accreditati (nel loro complesso)		8,9	14,4
Totale		61,6	100,0
Spesa sanitaria pubblica¹		<i>In miliardi di euro</i>	<i>Comp. %</i>
– Spesa ospedaliera		61,6	54,5
– Spesa extraospedaliera		51,3	45,5
Totale		112,9	100,0
Incidenza spesa sanitaria pubblica sul Pil²		2009	2010
– Italia		7,2	7,2
– Media Paesi G7		8,0	8,0
– Media Paesi Ocse Europa		7,7	7,5
– Media totale Paesi Ocse		7,7	7,5
Numero degli addetti²		<i>V.a.</i>	<i>Comp. %</i>
– Medici		107.333	16,6
– Personale infermieristico		264.093	40,9
– Altro personale		274.657	42,5
Totale		646.083	100,0
– Flusso annuale utenti negli ospedali italiani (stima 2013) ³			13.800.000
– Livello di apprezzamento degli ospedali italiani da parte degli utilizzatori del sistema misto pubblico/privato (giudizi “molto + abbastanza soddisfatto” - 2013) ⁴ :			
▪ Ospedali pubblici			84,7%
▪ Ospedali privati accreditati			91,3%

(1) Cfr. paragrafo 1.1/Parte prima, pag. 29.

(2) Cfr. tavola 11/Parte prima, pag. 59.

(3) Cfr. paragrafo 1.1/Parte seconda, pag. 103.

(4) Cfr. tavola 7/Parte prima, pag. 45.

Fonte: *indagine Ermeneia* – *Studi & Strategie di Sistema*, 2013

Tab. 6 – La consapevolezza di dover trasformare con coraggio il sistema ospedaliero, secondo le opinioni dei care-giver (Giudizi “Molto + Abbastanza d'accordo”) (val. %)¹

Fenomeni	Dati
<i>Valutare, premiare o penalizzare le strutture ospedaliere¹</i>	
– Si potrebbe utilizzare meglio la rete degli ospedali pubblici, da un lato e di quelli privati accreditati, dall'altro <i>con la conseguenza</i> di istituire un Ente Terzo autonomo che valuti i livelli di efficienza e di efficacia terapeutica sia delle strutture pubbliche che di quelle private accreditate	65,2
– Si potrebbe riconsiderare la cosiddetta spending review <i>con la conseguenza</i> di premiare le strutture migliori e di “punire” le strutture peggiori (evitando di utilizzare i tagli uguali per tutti che finiscono invece per punire i bravi e per premiare i cattivi ospedali)	70,3
<i>Applicare costi standard, tariffe appropriate ed eventualmente dismissioni ove necessario¹</i>	
– Si potrebbero prevedere dei costi standard delle prestazioni da rispettare per gli ospedali pubblici <i>con la conseguenza</i> di chiudere le strutture inefficienti, dismettendo anche il personale in sovrappiù (gli ospedali privati accreditati sono già retribuiti sulla base delle prestazioni fornite)	53,1
– Si potrebbero applicare delle tariffe per ogni prestazione fornita sia dalle strutture ospedaliere pubbliche che dalle strutture ospedaliere private accreditate <i>con la conseguenza</i> di valutare dei costi standard accettabili per gli uni e per altri, riconoscendo le funzioni effettivamente svolte attraverso tariffe appropriate	54,7
– Si potrebbero privatizzare, se del caso, anche alcuni ospedali pubblici, <i>con la conseguenza</i> di riorganizzare i servizi e di snellire strutture e personale	33,2

(1) Cfr. tavola 26 Parte prima, pag. 91.

Fonte: indagine *Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2013*

Tab. 7 – La consapevolezza di doversi assumere una maggiore responsabilità nell'ambito del welfare sanitario e socioassistenziale da parte dei caregiver (Giudizi "Molto + Abbastanza d'accordo") (val. %) ¹

Fenomeni	Dati
<i>Un legame più stretto tra reddito effettivamente percepito e prestazioni ricevute</i>	
– Si potrebbe far pagare i ticket sanitari in proporzione al reddito effettivamente percepito, con la conseguenza di utilizzare anche i nuovi strumenti di controllo di cui si parla (redditometro, spesometro, controlli incrociati sui conti correnti, ecc.)	72,4
– Si potrebbero investire più risorse pubbliche sulla sanità, con la conseguenza di dover recuperare a tal fine parte dell'evasione fiscale, utilizzando anche i nuovi strumenti di controllo di cui si parla (redditometro, spesometro, controlli incrociati sui conti correnti, ecc.)	75,1
<i>L'ottenimento di minori servizi oppure il sostegno di maggiori spese da parte delle famiglie</i>	
– Si potrebbero garantire i servizi sanitari minimi, compatibili con gli effetti della riduzione della spesa derivanti dalla spending review con la conseguenza da parte delle famiglie di dover subire liste di attesa più lunghe, con il rischio di dover effettuare esami essenziali per la salute dei propri membri troppo in là nel tempo rispetto alle esigenze di intervento e di cura	36,5
– Si potrebbero garantire i servizi sanitari minimi essenziali nel campo sanitario, compatibili con gli effetti della riduzione della spesa derivanti dalla spending review, con la conseguenza di lasciare alle famiglie l'onere di pagarsi il resto con risorse proprie e/o con forme assicurative di copertura dei rischi legati alla salute	30,6
<i>Un'assunzione di maggiori oneri da parte delle famiglie per avere più prestazioni</i>	
– Si potrebbero garantire i servizi sanitari minimi essenziali, con la conseguenza di prevedere in alternativa al caso precedente la reintroduzione del sistema delle Mutue di un tempo che prevedeva di anticipare le spese da parte delle famiglie, ottenendo i rimborsi successivamente (ma solo per le prestazioni che vanno al di là dei servizi sanitari minimi essenziali)	36,1
– Si potrebbe prevedere una maggiore tutela rispetto alle malattie invalidanti e alla non autosufficienza, specie delle persone anziane, con la conseguenza di promuovere un'assicurazione obbligatoria (e quindi a costi più contenuti) a partire dal 18esimo anno di età, al fine di garantire alle famiglie un sostegno in più per le malattie suddette	50,1

(1) Cfr. tavola 25/Parte prima, pag. 89.

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2013