

**Ermeneia**

Studi & Strategie  
di Sistema

9

# Ospedali & Salute

NONO RAPPORTO ANNUALE 2011



COLLANA

**Aiop**

Associazione Italiana  
Ospedalità Privata

**FrancoAngeli**

Il presente Rapporto è stato curato da Nadio Delai, attraverso una stretta collaborazione tra la Società Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema di Roma e l’Aiop – Associazione Italiana Ospedalità Privata. È stato costituito allo scopo un apposito gruppo di lavoro tecnico misto, composto da: Angelo Cassoni, Filippo Leonardi, Alberta Sciachi, Stefano Turchi, oltre che Giuseppe Biamonte e Bernardino Scarpino, integrato da Nadio Delai (Ermeneia).

E inoltre ci si è avvalsi di un Comitato di Indirizzo, formato da Enzo Paolini, Gabriele Pelissero, Emmanuel Miraglia, Franco Bonanno.

Si ringraziano infine per la collaborazione prestata anche i responsabili e i collaboratori della sede nazionale e delle sedi regionali, per lo sforzo di raccolta e di organizzazione dei dati interni al sistema Aiop.

A.I.O.P.

Associazione Italiana Ospedalità Privata

Presidente:

*Enzo Paolini*

Vice Presidente:

*Gabriele Pelissero*

Tesoriere:

*Fabio Marchi*

Comitato Esecutivo:

*Enzo Paolini, Gabriele Pelissero, Emmanuel Miraglia, Fabio Marchi, Barbara Cittadini, Ettore Sansavini, Vincenzo Schiavone*

Direttore Generale:

*Franco Bonanno*

**Ermeneia**

Studi & Strategie  
di Sistema

# Ospedali & Salute

NONO RAPPORTO ANNUALE 2011

COLLANA

**Aiop**

Associazione Italiana  
Ospedalità Privata

**FrancoAngeli**

Grafica della copertina: Andrea Albanese.

Copyright © 2012 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

# Indice

<b>Presentazione</b>	pag.	9
----------------------	------	---

## **Parte prima EFFICIENZA DI SISTEMA E CENTRALITÀ DELLA PERSONA**

<b>1. Le tensioni presenti dal lato dell'offerta</b>	»	15
1.1. Il quadro completo dell'inefficienza sommersa dell'ospedalità pubblica nelle diverse Regioni italiane	»	15
1.2. Il confronto pubblico/privato sulla qualità delle prestazioni fornite	»	28
1.3. L'impegno verso il miglioramento e il riposizionamento delle strutture accreditate (e non)	»	42
1.4. Un legame virtuoso tra spesa in contrazione e qualità in crescita nel privato	»	45
<b>2. La necessità di guardare alla persona e non solo all'utente/cliente</b>	»	50
2.1. L'importanza di accompagnare attivamente il processo di <i>empowerment</i>	»	50
2.2. L'attenzione particolare per la continuità assistenziale del paziente anziano	»	54
2.3. La crescita culturale dei cittadini misurata dal <i>set</i> di indicatori di sistema	»	57

<b>3. Mettersi in linea con l'Europa nell'interesse del paziente</b>	pag.	67
3.1. Il passo avanti (piano) della mobilità transfrontaliera	»	67
3.2. La convergente attenzione per le implicazioni socio-sanitarie dell'invecchiamento	»	73

### **Parte seconda**

## **L'ANALISI CONGIUNTURALE DEI RAPPORTI TRA FAMIGLIE ITALIANE E OSPEDALITÀ**

<b>1. Le esperienze e le opinioni degli utenti effettivi</b>	»	81
1.1. Una variabilità di accessi, legata alla morbilità, ma anche ad un uso improprio del Pronto Soccorso	»	81
1.2. Una spinta diversificata nello scegliere tipologia e localizzazione dell'ospedale	»	85
1.3. L'interesse verso l'esercizio delle proprie facoltà di scelta	»	93
1.4. Una valutazione in crescita delle prestazioni ottenute	»	95
<b>2. Le conoscenze e i giudizi dei cittadini</b>	»	106
2.1. L'aumento della consapevolezza e dei comportamenti di scelta tra pubblico e privato, oltre che tra locale ed extralocale	»	106
2.2. Una valutazione in crescita dei servizi, anche se più contenuta da parte degli utenti effettivi	»	112
2.3. Un permanente giudizio positivo nei confronti di un sistema misto pubblico/privato	»	118
<b>3. L'approfondimento tematico: il bisogno di una struttura ospedaliera di riferimento per la cura e l'assistenza degli anziani</b>	»	125
3.1. L'ampliarsi del raggio di presidio dalla famiglia ristretta a quella allargata	»	126
3.2. La molteplicità di atti sanitario-assistenziali come pure delle strutture utilizzate	»	128
3.3. La domanda di servizi ospedalieri proiettati anche sul territorio	»	131

**Parte terza**  
**UN SISTEMA OSPEDALIERO PRIVATO**  
**ORIENTATO AL RIPOSIZIONAMENTO**

<b>1. La registrazione di problemi vecchi e nuovi</b>	pag.	139
1.1. L'impatto relativo della crisi	»	139
1.2. L'attenzione particolare per i rapporti col Sistema Sanitario Regionale	»	144
1.3. L'esame dei problemi aziendali e delle strategie specifiche poste in atto	»	147
<b>2. Un atteggiamento reattivo di fondo</b>	»	151
2.1. L'investimento sul futuro dell'imprenditore e della struttura	»	151
2.2. Le strade molteplici del riposizionamento possibile	»	153
2.3. L'esercizio concreto della crescita sul piano dell'occupazione e degli investimenti	»	156

**Parte quarta**  
**GLI INDICATORI STATISTICI**

<b>1. I dati di struttura</b>	»	163
1.1. La presenza di istituti pubblici e di istituti privati accreditati	»	163
1.2. La distribuzione dei posti letto	»	164
1.3. La dotazione di apparecchiature	»	165
<b>2. I dati di attività</b>	»	178
2.1. Le giornate di degenza e il tasso di utilizzo	»	178
2.2. Le tipologie dei ricoveri e dei dimessi	»	179
2.3. I DRG più diffusi	»	179
2.4. Le attività classificate a seconda delle maggiori categorie diagnostiche	»	180
2.5. Le attività classificate per disciplina	»	181
2.6. La mobilità sanitaria	»	182
<b>3. Le informazioni sul personale</b>	»	231
3.1. L'andamento degli addetti nel tempo	»	231
3.2. La situazione degli addetti per territorio	»	232
<b>4. I dati di spesa</b>	»	237
4.1. L'andamento dei flussi nel tempo	»	237
4.2. La spesa sanitaria a confronto	»	237

**Allegati**

1. La metodologia utilizzata	pag.	245
2. L'indice delle tabelle strutturali	»	268
3. Le tabelle di dettaglio dell'indagine sulle famiglie italiane e l'ospedalità	»	273
4. Le tabelle di dettaglio dell'indagine sulle strutture ospedaliere	»	310



## *Presentazione*

*Da ormai nove anni il Rapporto Ospedali & Salute scatta la fotografia del sistema ospedaliero italiano, mettendola a confronto con quelle degli esercizi precedenti e ragionando contemporaneamente sulle prospettive di continua evoluzione per il futuro.*

*L'obiettivo è quello di sottoporre al costante confronto di operatori, decisori e pubblica opinione i servizi ospedalieri nelle relazioni che legano questi ultimi con il Paese: si tratta – è sempre bene ricordarlo – di un'interazione di grande peso, se si considerano i 14 milioni di cittadini che ogni dodici mesi varcano le porte delle strutture di cura, i 650 mila operatori che risultano coinvolti e i 60 miliardi di euro di risorse pubbliche impiegate.*

*L'AIOP ha inteso sin dall'inizio intraprendere con questo Rapporto una vera e propria "operazione di servizio", diretta esplicitamente a percorrere la strada dell'analisi e delle proposte rispetto ad un settore che presenta un'esigenza di miglioramento continuo sul piano delle proprie prestazioni di cura come pure della gestione delle risorse economiche investite e da investire, indipendentemente dal fatto che si tratti di strutture pubbliche, private accreditate o del tutto private.*

*Pertanto le linee-guida nella predisposizione del Rapporto si sono costantemente ispirate:*

- allo sviluppo di un sistema ospedaliero misto pubblico/privato, secondo i principi stabiliti ormai in anni lontani dalla riforma del 1992;*
- ad una concezione di impiego delle risorse pubbliche destinate alla salute (e quindi anche agli ospedali) come un'operazione di investimento e non solo come un'operazione di puro e semplice costo, ovviamente a condizione di prestare servizi che risultino via via sempre più efficaci ed efficienti;*
- ad una continua attenzione rispetto ad una domanda che si è fatta sempre più attenta, evoluta ed esigente da parte dei cittadini;*
- ad una modalità di redazione del Rapporto che non solo guarda all'insieme del sistema ospedaliero, ma che implica una redazione da parte*

*di un soggetto terzo rispetto a chi lo promuove, in modo da garantire la maggiore oggettività possibile nei confronti di un sistema destinato a tutelare il “bene pubblico” della salute.*

*In questo contesto di convinzioni e di scelte di fondo il Rapporto 2011:*

*a) ha compiuto un’ulteriore passo nell’analisi dell’“inefficienza sommersa” dell’ospedalità pubblica italiana, che questa volta presenta un quadro aggiornato e completo della situazione delle diverse Regioni, siano esse a Statuto ordinario o a Statuto speciale (ivi comprese le Province Autonome di Trento e di Bolzano);*

*b) ha messo a confronto la relazione che intercorre tra qualità delle prestazioni e costo delle medesime, effettuando una misurazione in parallelo tra strutture pubbliche e strutture private accreditate, evidenziando un vantaggio di queste ultime per quanto concerne il rapporto tra qualità dei servizi forniti e costi sostenuti da parte del Sistema Sanitario Nazionale; ma ha anche approfondito – tramite un’indagine ad hoc – le condizioni di esercizio, le strategie e soprattutto la “voglia di reagire” e di migliorare dell’insieme delle case di cura aderenti all’AIOP (e questo malgrado i problemi che oggi si debbono affrontare);*

*c) ha accentuato l’attenzione per la “persona” che al fondo di tutte le operazioni di organizzazione, finanziamento, gestione delle risorse umane deve essere messa al centro del sistema dell’ospedalità: non basta ormai più essere “utenti” e nemmeno essere “clienti”, visto che dobbiamo (e dovremo sempre di più) chiederci se e quanto riusciamo a dare risposte appropriate a bisogni consolidati e a quelli nuovi, in presenza di risorse pubbliche via via più contenute rispetto al passato.*

*I risultati dell’analisi condotta attorno ai tre ambiti suddetti hanno permesso di mettere in evidenza:*

- un livello di inefficienza implicita che va da un minimo del 17,2% ad un massimo del 46,4%, con una variabilità interna molto ampia e non solo collocabile lungo l’asse Nord/Sud, bensì anche all’interno delle singole macroaree territoriali;*
- un livello di complessità di prestazioni elevato a fronte di un apporto di spesa pubblica in contrazione, per quanto riguarda specificamente le strutture ospedaliere accreditate rispetto a quelle pubbliche;*
- una crescita costante del livello di empowerment del cittadino nei confronti del sistema ospedaliero, in tema di conoscenza e di capacità di scelta, le quali ormai “esigono” una qualità crescente dei servizi, una particolare attenzione al tema della continuità assistenziale (che diventa ancora più cruciale per l’aumento dei pazienti anziani); ma anche un sistema di informazione allargato che sappia rispondere alla propen-*

sione delle persone verso un uso di tutte le risorse ospedaliere presenti sul territorio, indipendentemente che esse siano pubbliche o private accreditate (e proprio alla centralità della persona e al tema delicato della sanità rivolta ai soggetti anziani è stato riservato un approfondimento anche a livello europeo).

La trattazione dei temi sin qui richiamati si è avvalsa della tradizionale indagine congiunturale (tramite un campione di più di 4.000 cittadini italiani adulti) sui rapporti che intercorrono tra le famiglie e l'ospedalità, cui si è aggiunta un'indagine specifica sulle case di cura aderenti all'AIOP, che ha permesso di ragionare sui risultati derivanti da quasi 200 questionari validi raccolti. Inoltre si è provveduto ad aggiornare – come di consueto – l'insieme degli indicatori statistici che riguardano l'offerta di servizi ospedalieri, allo scopo di mettere a disposizione le informazioni sull'evoluzione delle strutture e delle attività, al servizio delle esigenze dei decisori, degli operatori e degli addetti all'informazione. Tutto ciò ha anche permesso di calcolare il set di Indici relativi sia all'offerta che alla domanda di servizi ospedalieri come pure alla misurazione della propensione delle persone verso una maggiore libertà di scelta nei confronti delle diverse strutture ospedaliere disponibili.

In conclusione, tenendo conto di quanto sinora ricordato, non si può che ribadire una triplice esigenza, in linea con lo spirito del presente Rapporto: quelle di guardare in avanti al fine di mantenere il sistema ospedaliero costantemente sotto tensione evolutiva, stante le esigenze e i problemi che viviamo.

La prima esigenza è che bisognerà pensare ad una vera e propria riforma strutturale che possa, nel medio periodo, meglio rispondere alle esigenze del Paese, garantendo un sistema sanitario universalistico, ma che abbia al suo interno meccanismi che consentano un'ottimizzazione dei costi. Questo permetterebbe di sopperire alla contrazione delle risorse pubbliche, recuperando progressivamente livelli di efficienza, visto che più di 1/4 dei finanziamenti rivolti agli ospedali pubblici evidenziano, al contrario, palesi inadeguatezze dell'impiego delle risorse medesime. Ciò significa che le strutture pubbliche ricevono finanziamenti statali più elevati rispetto al valore delle prestazioni che erogano (e ciò limitandosi a considerare le sole spese di esercizio e non anche quelle di investimento, le quali farebbero aumentare ulteriormente il tasso di inefficienza richiamato).

La seconda esigenza è quella:

- di far crescere la trasparenza, la confrontabilità e l'accessibilità dei dati di bilancio delle strutture ospedaliere pubbliche, in modo da poter costruire un sistema di misurazione adeguato dei livelli di efficienza

*delle strutture suddette, da mettere a confronto con quelle private accreditate;*

- di introdurre un sistema di effettiva terzietà dei controlli sia delle prestazioni fornite ai pazienti sia dei livelli di efficienza che oggi vede invece una confusione di ruoli afferenti al Sistema Sanitario Nazionale che ad un tempo si trova a giocare un ruolo di regolatore, di operatore e di controllore delle proprie strutture e di quelle altrui;*
- di revisionare i sistemi di finanziamento e di accreditamento che hanno bisogno di essere coerentemente ripensati in una logica di effettivo sistema misto pubblico/privato, organizzato secondo una logica di offerta unitaria sul territorio e spinto, in tutte le sue componenti, ad elevare il livello di qualità delle prestazioni e a costi più contenuti.*

*La terza esigenza è quella, tutta da esplorare, diretta a coinvolgere in maniera più consistente il sistema della sanità privata accreditata nella gestione delle strutture pubbliche: il che potrebbe dare un contributo significativo al miglioramento dell'efficienza, considerato che con poco più del 18% delle giornate di degenza fornite le strutture accreditate incidono sulla spesa pubblica solo per il 7% o poco più. Detto in altre parole, le prestazioni del sistema privato (fornite senza oneri aggiuntivi per le persone) pesano meno della metà sulla spesa pubblica rispetto a quanto incidono le prestazioni erogate dagli ospedali pubblici. Ampliare l'apporto dei privati, favorendo la competizione, non significherebbe certo privatizzare la sanità, bensì al contrario, mantenere l'intera governance del sistema nelle mani dello Stato, con i relativi poteri di indirizzo e di controllo, ma permettendo di qualificare il rapporto tra prestazioni e costi. Ma questo è un tema che dovrà essere concretamente sperimentato, lungo una strada che peraltro già è stata intrapresa da diversi Paesi europei che si stanno orientando esplicitamente verso la costruzione di sistemi misti, in cui il confronto tra soggetti erogatori diversi contribuisce ad innescare un meccanismo virtuoso di sana competizione.*

*Ci si augura che anche questa volta il Rapporto possa fornire occasione di confronto e di dibattito sia sulle analisi fornite sia sulle aperture verso il futuro, tenendo sempre presente la centralità della persona e i relativi bisogni, la necessità di dare risposte quantitativamente elevate e l'obbligo parallelo di far funzionare la "macchina" con costi più contenuti.*

Enzo Paolini  
Presidente Aiop

*Parte prima*

*Efficienza di sistema  
e centralità della persona*



## *1. Le tensioni presenti dal lato dell'offerta*

### **1.1. Il quadro completo dell'inefficienza sommersa dell'ospedalità pubblica nelle diverse Regioni italiane**

Da ormai tre anni il presente Rapporto procede ad un'analisi dei livelli di efficienza dell'ospedalità pubblica italiana.

Le ragioni sono del tutto evidenti e risultano legate, da un lato alla necessità di razionalizzare la spesa pubblica sanitaria e, dall'altro all'esigenza di "distribuire" equamente lo sforzo tra tutti i protagonisti, a partire dagli ospedali pubblici, ospedali privati accreditati, industrie farmaceutiche, medicina territoriale.

Se è ragionevole ed anzi assolutamente necessario mettere sotto controllo in particolare la spesa pubblica per l'ospedalità – tanto più nel quadro attuale di riduzione di deficit e di debito dello Stato – apparirebbe ancora più logico applicare un'adeguata simmetria di interventi nelle strutture pubbliche e nelle strutture private accreditate. Ciò vorrebbe dire definire precisi e comuni indicatori di efficienza, diretti a sostenere una parità di costi a fronte di prestazioni analoghe, nonché indicatori di efficacia, diretti a raggiungere un'analogia qualità delle cure fornite da parte delle differenti strutture siano esse pubbliche o private accreditate.

Tali argomenti sono stati affrontati più volte all'interno del Rapporto Annuale Ospedali & Salute, ma in particolare negli ultimi due anni si è approfondito il tema dell'efficienza dell'ospedalità pubblica, giungendo nel 2010 a predisporre un confronto dei risultati di bilancio delle Aziende Ospedaliere pubbliche e degli Ospedali a gestione diretta di 15 Regioni italiane. Il tutto è stato costruito a partire dall'applicazione dei DRG riconosciuti agli ospedali privati accreditati ed applicando una serie di correttivi verso l'alto, al fine di riconoscere agli istituti pubblici una serie di funzioni aggiuntive, svolte rispetto alle strutture private accreditate.

Sono stati così individuati i flussi di finanziamento che potrebbero essere ragionevolmente riconosciuti alle strutture pubbliche, secondo peraltro quello che stabiliva il D.Lgs n. 582 del 1992. La differenza tra tali flussi e quelli effettivamente registrati nei bilanci consuntivi permette di stimare quella che è stata definita come “inefficienza implicita o sommersa” proprio degli ospedali pubblici siano essi Aziende Ospedaliere o Ospedali a gestione diretta. Va da sé che se non si riesce ad incidere in maniera significativa su tale livello di inefficienza diventa difficile ipotizzare un riequilibrio significativo della spesa ospedaliera che rappresenta in complesso circa il 55% della spesa sanitaria pubblica; tanto più che essa è costituita in maniera preponderante (85,1%) da oneri derivanti direttamente dalle strutture pubbliche, visto che solo il 7,4% fa capo a quelle private accreditate ed il 7,5% a quelle cosiddette pubbliche assimilate (come i Policlinici Universitari, Gli Irccs, gli Ospedali ecclesiastici classificati, gli Istituti di presidio Asl).

Quest’anno si è voluto compiere un ulteriore passo avanti, ricalcolando i valori delle 15 Regioni a Statuto ordinario con i dati più recenti rispetto a quelli disponibili nel 2010, ma procedendo anche al calcolo del tasso di inefficienza implicita delle Regioni a Statuto speciale e delle due Province Autonome di Trento e di Bolzano. L’analisi 2011 allarga dunque il panorama di quanta inefficienza possa nascondere l’organizzazione ospedaliera pubblica e perciò di quanto ancora resti da fare in chiave di qualificazione complessiva del sistema e non solo di una limitazione quantitativa della spesa pubblica destinata all’ospedalità. Detto in altre parole, ormai serve non solo tenere sotto controllo la crescita di tale spesa, bensì è necessario entrare all’interno per qualificarla gradualmente toccandone i meccanismi di funzionamento reali.

Le operazioni condotte nell’analisi ormai da tre anni hanno permesso di mettere in evidenza anche una ulteriore necessità fondamentale e cioè quella di pervenire ad una fisiologica e condivisa procedura di trasparenza, di confrontabilità e di pubblicizzazione dei bilanci degli ospedali pubblici, se si intende creare una situazione di tendenziale simmetria di trattamento tra le strutture pubbliche e quelle private, peraltro obiettivo previsto già dalla normativa vigente (e ciò tenendo presenti tutti gli aggiustamenti opportuni al fine di riconoscere le funzioni svolte dalle strutture ospedaliere pubbliche sul territorio).

Il risultato della simulazione messa a punto nel 2011 (cfr. tav. 1) è stato costruito a partire dalle informazioni raccolte a livello di Bilanci consuntivi 2009 che fanno capo alle Aziende Ospedaliere pubbliche e agli Ospedali a gestione diretta, con riferimento alle 15 Regioni a Statuto ordinario indicate



nella tavola suddetta, ma anche alle Regioni a Statuto speciale e alle Province Autonome. In analogia con quanto effettuato nel 2010 si è proceduto nel modo che segue<sup>1</sup>:

- sono stati individuati i valori dei ricavi della “produzione” ospedaliera, calcolati sulla base delle tariffe dei DRG (applicate solo all’ospedalità privata accreditata), tenendo conto che i suddetti DRG sono stati raggruppati per discipline e corretti in base al *case-mix* medio delle prestazioni fornite (cfr. 1<sup>a</sup> colonna);
- sono stati valutati i valori afferenti alle prestazioni specialistiche per ogni singola Regione, come quota aggiuntiva verso l’alto dei costi teoricamente riconoscibili alle strutture pubbliche (cfr. 2<sup>a</sup> colonna);
- è stata riconosciuta alle strutture pubbliche anche un’ulteriore posta stimata, derivante dalle prestazioni “a funzione” e non a DRG (Pronto soccorso + terapia intensiva + presidio territoriale per tossicodipendenti, per trapiantati, per pazienti oncologici, per terapia domiciliare, ecc.) (cfr. 3<sup>a</sup> colonna);
- si è ottenuto così il valore totale dei ricavi teoricamente attribuibili alle strutture pubbliche delle Regioni considerate (cfr. 4<sup>a</sup> colonna);
- ed infine si è calcolata la differenza tra i costi reali, corretti attraverso una ponderazione dei costi del personale con l’Indice di *case-mix* e cioè con il livello di complessità delle prestazioni fornite (cfr. 5<sup>a</sup> colonna) e i ricavi teorici precedentemente calcolati secondo quanto appena ricordato (cfr. 6<sup>a</sup> colonna).

A questo punto si è effettuato il rapporto tra il valore in milioni di euro della quota di inefficienza ottenuta (e interpretabile come un vero e proprio “sovracosto”) e il valore dei costi totali corretti, pervenendo così alla percentuale di “inefficienza sommersa” per ciascuna Regione considerata (sulla base dei dati consuntivi 2009). Il risultato, come si vede (cfr. sempre tavola 1, ultima colonna):

- varia da un minimo del 17,2% per la Regione Veneto ad un massimo del 46,4% per la Regione Calabria;
- mostra una differenza del livello medio di inefficienza sommersa tra Regioni del Nord (21,8%), Regioni del Centro e del Sud (32,8% e 34,9%, rispettivamente);
- ma alla differenza suddetta si aggiunge una variabilità interna alle macroaree, che può essere anche significativa: nell’ambito delle Regioni del Nord si va infatti dal 17,2% del Veneto al 28,0% del Piemonte; nelle

<sup>1</sup> L’illustrazione dettagliata delle modalità di calcolo è contenuta nel capitolo 1 degli Allegati.

Tav. 1 – La stima dell'inefficienza implicita dell'ospitalità pubblica in 15 Regioni ed in quelle a statuto speciale

Regioni	Ricostruzione del valore della "produzione" ospedaliera <sup>(b)</sup>					Totale ricavi teorici	Totale costi reali corretti (in milioni di euro) <sup>(b)</sup>	Quota di inefficienza (in milioni di euro) <sup>(c)</sup>	% di inefficienza sui costi totali <sup>(d)</sup>
	Valore produzione a DRG	Valore prestazioni specialistiche	Quota aggiuntiva per attività "a funzione"	Totale (in milioni di euro)					
<i>Nord</i>									
Piemonte	1.645,2	515,3	246,8	2.407,3		3.345,2	937,9	28,0	
Lombardia	2.940,5	882,2	441,1	4.263,7		5.285,6	1.021,8	19,3	
Veneto	2.218,0	643,2	332,7	3.193,9		3.858,8	664,9	17,2	
Liguria	785,0	180,5	117,7	1.083,3		1.436,5	353,3	24,6	
Emilia Romagna	2.097,7	576,9	314,7	2.989,2		3.900,0	910,8	23,4	
Media 5 Regioni del Nord	1.937,3	559,6	290,6	2.787,5		3.565,2	777,7	21,8	
<i>Centro</i>									
Toscana	1.269,3	342,7	190,4	1.802,4		2.339,3	536,9	23,0	
Umbria	467,0	102,7	70,1	639,8		827,5	187,7	22,7	
Marche	781,0	148,4	117,1	1.046,5		1.443,1	396,6	27,5	
Lazio	1.955,5	449,8	293,3	2.698,6		4.598,9	1.900,3	41,3	
Media 4 Regioni del Centro	1.118,2	260,9	167,7	1.546,8		2.302,2	755,4	32,8	
<i>Sud</i>									
Abruzzo	747,2	134,5	112,1	993,8		1.372,5	378,8	27,6	
Molise	172,0	20,6	25,8	218,4		321,3	102,9	32,0	
Campania	1.375,5	247,6	206,3	1.829,4		3.136,1	1.306,7	41,7	
Puglia	1.309,7	183,4	196,5	1.689,5		2.252,4	562,9	25,0	
Basilicata	243,5	24,4	36,5	304,4		399,4	95,0	23,8	
Calabria	588,7	116,1	83,8	788,5		1.414,4	655,9	46,4	
Media 6 Regioni del Sud	734,4	121,1	110,2	965,7		1.482,7	517,0	34,9	
Media delle 15 Regioni	1.237,7	304,5	185,7	1.727,9		2.395,4	667,5	27,9	

(Segue) Tav. 1 – La stima dell'inefficienza implicita dell'ospedalità pubblica in 15 Regioni ed in quelle a statuto speciale

Regioni	Ricostruzione del valore della "produzione" ospedaliera <sup>(a)</sup>				Totale ricavi teorici	Totale costi reali		Quota di inefficienza (in milioni di euro) <sup>(c)</sup>	% di inefficienza sui costi totali <sup>(d)</sup>
	Valore produzione a DRG	Valore prestazioni specialistiche	Quota aggiuntiva per attività "a funzione"	(in milioni di euro)		corretti (in milioni di euro) <sup>(b)</sup>	(in milioni di euro) <sup>(c)</sup>		
<i>Regioni a Statuto speciale</i>									
Valle d'Aosta	65,5	20,9	9,8	96,3	150,2	54,0	35,9		
Prov. aut. Trento	205,0	81,4	30,8	317,1	467,9	150,8	32,2		
Prov. aut. Bolzano	251,2	96,8	37,7	385,7	607,4	221,7	36,5		
Friuli Venezia Giulia	628,0	139,1	94,2	861,3	1.145,5	284,2	24,8		
Sicilia	2.005,3	211,9	300,8	2.518,0	4.047,2	1.529,2	37,8		
Sardegna	613,3	122,7	92,0	828,0	1.422,6	594,6	41,8		
<i>Media delle Regioni a Statuto speciale</i>	<i>628,1</i>	<i>112,1</i>	<i>94,2</i>	<i>834,4</i>	<i>1.306,8</i>	<i>472,4</i>	<i>36,1</i>		

(a) Ricostruita, a partire dal valore della produzione sulla base dei DRG, raggruppati per discipline e corretti con quote aggiuntive riconosciute come "fisiologiche" (specialistica + attività "a funzione") e con riferimento ai dati consuntivi 2009.

(b) Comprensivi di: costi del personale (corretti attraverso una ponderazione che tiene conto dell'Indice di *case-mix*) + costi per beni + costi per servizi appaltati + altri costi residuali presenti nei Conti Economici 2009 degli istituti ospedalieri pubblici (aziende ospedaliere ed ospedali a gestione diretta).

(c) Calcolato come differenza tra il totale dei costi reali corretti e il totale dei ricavi teorici.

(d) Calcolato come rapporto tra il valore dell'inefficienza (in milioni di euro) e il totale dei costi reali corretti (in milioni di euro).

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2011 (elaborazioni e stime su dati regionali e Ministero della Salute)*