

Dossier

22

PANORAMA della SANITÀ • n° 47 • dicembre 2012

Presentato a Roma il 10° Rapporto Aiop sull'attività ospedaliera in Italia nel triennio 2012-2014: tagli complessivi per 14 miliardi di euro a carico del comparto privato

# Sostenibile ed efficace: il servizio sanitario nazionale va salvato a tutti i costi

“Il problema italiano non è dunque quello di una spesa sanitaria eccessiva, anzi. È invece quello di una spesa sanitaria più che moderata in uno Stato con una spesa pubblica complessiva eccessiva”. Questo il concetto cardine al centro del 10° Rapporto sull'attività ospedaliera in Italia, edito da FrancoAngeli presentato a Roma, lo scorso 4 dicembre, da Gabriele Pelissero, presidente Aiop. Un servizio sanitario nazionale sostanzialmente in salute, nonostante tutto. Un sistema apprezzato, che l'Oms colloca tra i primi posti al mondo per il livello dei servizi offerti, con punte di eccellenza che differenziano alcune regioni, ma con un costante gradimento espresso dai cittadini. Tra le principali caratteristiche, la sostanziale libertà di scelta fra erogatori, a fronte di una spesa sanitaria pubblica che si colloca costantemente tra 1 e 2 punti percentuali di Pil al di sotto di quella di Paesi come Francia e Germania. Un andamento virtuoso che ha portato infatti a un calo della spesa sanitaria pubblica dal 7,2 al 7,1 % del Pil: nonostante la recessione, un fatto straordinario, un successo tutto italiano e ancor più significativo se consideriamo gli ingenti investimenti necessari a sostenere l'alta

innovazione tecnologica propria di questo settore. Dal 2010 ad oggi lo scenario è profondamente mutato con l'avanzare di manovre governative che hanno applicato tagli lineari: la manovra Tremonti del 2011, la spending review e infine la legge di Stabilità 2013 hanno pesantemente aggredito la spesa sanitaria, in un Paese dove questa è già più che moderata, all'interno invece di una spesa pubblica generale eccessiva. Per il triennio 2012-2014 sono infatti previsti tagli complessivi per 14 miliardi, prevalentemente a carico del comparto privato accreditato. Ma da dove nasce l'idea di poter intervenire in modo così drastico sul finanziamento pubblico della

sanità? In effetti da molto lontano e precisamente da quando si assistette ad un forte incremento della spesa sanitaria che nel 1990 assorbiva il 32% del totale della spesa, una percentuale che salì al 37% nel 2009. Se ne deduce in maniera inequivocabile che tra le voci della spesa pubblica, difesa, istruzione, protezione dell'ambiente, ecc., la sanità era di certo quella più onerosa. Per definire una spesa sanitaria onerosa, non bisogna tuttavia paragonare ambiti così differenti tra loro per dinamica dei bisogni, contenuti tecnologici, evoluzione delle conoscenze scientifiche, ma guardare a sistemi uguali in contesti diversi e nel confronto con i paesi europei, abbiamo già

Intervista a Gabriele Pelissero, presidente Aiop

**«La sanità non è il luogo in cui si può fare facilmente cassa»**

«Il pubblico e il privato rappresentano un connubio strategico per il Ssn», lo ha dichiarato a “Panorama della Sanità” Gabriele Pelissero, presidente Aiop.

Presidente, qual è il messaggio che intendete lanciare in occasione del 10° Rapporto Aiop?

Quello che intendiamo sottolineare è che il sistema sanitario italiano è sostanzialmente virtuoso. Costa poco rispetto ad altri sistemi europei comparabili e ha sempre dato ottimi risultati. Le varie leggi che si sono avvicinate





visto il comportamento virtuoso del nostro sistema. Nel rapporto: "Elementi per una revisione della spesa pubblica" firmato dal Ministro Giarda nel 2012, si arriva alla conclusione che il 33,1 % della spesa sanitaria sia aggredibile. Questo dato, suo malgrado, ha innescato una sequela di interventi giudicati molto pericolosi da tutti gli operatori del comparto, con evidenti distorsioni, una per tutti la spending-review, la cui distorta applicazione ha trasformato l'aggressione agli sprechi in tagli lineari, distribuiti proporzionalmente su tutte le regioni italiane, le quali si sono trovate nella condizione obbligata di far cassa, da un lato attraverso la riduzione degli acquisti da parte delle aziende ospedaliere pubbliche e dall'altro attraverso il taglio lineare ai budget delle aziende private. Conseguenza di tutto ciò: gli sprechi non saranno colpiti ma, purtroppo per i cittadini, le liste di attesa cresceranno vorticosamente a carico delle strutture pubbliche, le quali non vengono retribuite per prestazioni, ma per costi, con un incremento dei loro disavanzi. «Continuiamo a credere in un servizio sanitario universale, solidaristico e pluralistico, che deve essere difeso con ostinazione, in quan-

to determinante per la coesione sociale e l'economia italiana», ha dichiarato Gabriele Pelissero, presidente Aiop, «è fuor di dubbio che maggiore efficienza possa essere raggiunta attraverso un'autentica alleanza tra strutture di diritto pubblico e privato; è bene ricordare che queste ultime rappresentano il 25% di tutte le prestazioni erogate, a fronte del 15% dell'intera spesa: il loro contributo è quindi fondamentale per il sistema». Salvare quindi il servizio sanitario nazionale è possibile, secondo Aiop, con pochi ma fondamentali interventi: l'istituzione del pagamento a prestazione per tutti e non solo per i privati, il finanziamento razionale, ovvero il pagamento di tutte le prestazioni appropriate attraverso un tariffario che corrisponda realmente ai costi razionalmente rilevati, l'istituzione di un organo di vigilanza e controllo autenticamente terzo rispetto a tutti gli erogatori. «I tagli predisposti dalle leggi esistenti non sono sostenibili», conclude Pelissero, «è necessario che tutti i soggetti interessati si uniscano da subito in un progetto di salvataggio finanziario del servizio sanitario nazionale. Il rischio per l'intero sistema produttivo è che collassi il Servizio pubblico, ribaltan-

do sulle aziende italiane il costo insostenibile dell'assistenza sanitaria ai lavoratori. Se venisse meno la copertura pubblica finiremmo come gli Usa, dove le aziende devono sobbarcarsi anche il costo delle assicurazioni sanitarie dei propri dipendenti e delle loro famiglie». «Il rapporto Aiop dimostra che siamo tutti nella stessa barca, aziende pubbliche e private, e se non si farà una revisione del sistema delle tariffe si rischia di non coprire più i costi». Lo ha affermato Giovanni Monchiero, presidente della Federazione delle aziende sanitarie e ospedaliere (Fiaso), che ha sottolineato: «Le politiche di taglio stanno iniziando a creare problemi di cassa alle Asl e, già a dicembre, si potrebbero verificare criticità nei pagamenti per le forniture. In un contesto in cui già paghiamo i fornitori a 400 giorni. Una realtà a dir poco insostenibile». Preoccupazione è espressa anche dal presidente dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), Giovanni Bissoni: «Bisogna attraversare ed affrontare questa complessa situazione, ma senza dimenticare che la compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini è già molto alta rispetto agli altri Paesi Ue».

negli ultimi due anni, sicuramente, introducono un sistema di tagli che, però, dovrebbe essere modificato. Quello che chiediamo, appunto, è di tornare a lavorare tutti insieme nel settore della sanità, per salvare questa grande conquista di civiltà; rivedendo quella che è la disciplina realizzata alla luce del principio che, l'efficienza, si può ricercare; ma la sanità non è certo il luogo in cui si può fare facilmente cassa.

**Pubblico-Privato: quanto è importante questo connubio per il Ssn?**

Molto. Sono due settori che vanno incontro ad una integrazione sempre più profonda. Il Servizio sanitario nazionale italiano è un sistema universale, solidale e misto in cui l'erogazione delle prestazioni è fatto sia dalla parte pubblica che privata. Due realtà che possono (e devono) lavorare insieme, in un sistema integrato in cui, naturalmente, possono

scambiarsi reciprocamente quelli che sono gli stimoli di qualità.

**Anche se il momento storico non aiuta...**

È vero. Il momento storico non favorisce nessun settore. Però il servizio che offriamo è reale, poiché rispondiamo ai veri bisogni di salute della popolazione. In pratica garantiamo qualcosa che non può essere cancellato, per nessuna ragione al mondo.

E.M.



La sintesi del 10° Rapporto Annuale "Ospedali & Salute/2012"

## Oltre l'ansia di oggi



**S**i è giunti quest'anno alla decima edizione, consolidando così nel tempo la funzione di presidio culturale rispetto allo sviluppo dei servizi ospedalieri del Paese. Da sempre risulta importante mettere sotto osservazione annualmente una realtà in costante trasformazione, in modo da offrire agli operatori, ai decisori e alla stessa pubblica opinione analisi e riflessioni che investono sia le modalità con cui vengono offerti i servizi sia i comportamenti e le opinioni dei cittadini sia i

temi della spesa pubblica, che quest'anno risultano particolarmente delicati, stante il processo di riduzione e di controllo di quest'ultima anche attraverso la *spending review* in corso.

La fotografia del sistema ospedaliero del 2012 non può dunque che registrare la delicata fase di intervento sulle risorse pubbliche. Tale intervento, da un lato si ripercuote sulle inadeguatezze e sulle contraddizioni messe in luce nei Rapporti precedenti e, dall'altro ingenera nuove

distorsioni che corrono il rischio di creare seri squilibri in un sistema che risponde ai principi di universalità e di solidarietà ed è basato su una logica (ancorché imperfetta) di copresenza di strutture pubbliche e di strutture private accreditate. Ecco allora i tre punti fondamentali di attenzione del Rapporto 2012.

### Il confronto tra ospedalità "reale" e ospedalità "finanziaria"

Il primo punto di attenzione è quello legato alla necessità di considerare le esigenze di quella che può essere definita come ospedalità "reale", esigenze che entrano inevitabilmente in dialettica con quelle derivanti da quella che può essere chiamata ospedalità "finanziaria".

Nella prima infatti operano i soggetti che utilizzano e quelli che erogano servizi attraverso processi organizzativi e di impiego delle risorse (umane ed economiche) disponibili: il tutto certamente in una situazione da migliorare e, per certi aspetti, da ripensare, dovendo tener sempre più conto della crescita del numero di an-





**Dossier**

32

PANORAMA della SANITÀ • n° 47 • dicembre 2012

ziani e delle attese sempre più evolute di cura.

Nella seconda operano soggetti e si applicano logiche che tendono (legittimamente) a qualificare la spesa pubblica, accrescendo l'efficienza complessiva del sistema ospedaliero.

È evidente che la ricerca di un rapporto soddisfacente tra quella che è stata definita come ospedalità "reale" e quella definita come ospedalità "finanziaria" non può risultare sbilanciato solo sulla prima (perché questo significherebbe accettare *tout-court* le modalità di gestione oggi esistenti) né può sbilanciarsi solo sulla seconda, salvo dare origine a fenomeni distorsivi di pressione non appropriata sui diversi attori del sistema e cioè sulle strutture pubbliche, sulle strutture private accreditate e sugli utenti.

**La necessità di comprendere un sistema in movimento**

Il secondo punto di attenzione del Rapporto riguarda la necessità di una piena comprensione delle componenti di forza e di continuità del nostro sistema ospedaliero. Esse riguardano ad esempio:

- l'integrazione di fatto tra servizi ospedalieri pubblici e servizi ospedalieri privati accreditati, secondo una logica di sistema misto come del resto era già stato previsto dal Decreto Legislativo del 1992 (ma applicato solo in parte); il che viene confermato dall'erogazione di 51,4 milioni di giornate di degenza da parte delle strutture pubbliche e di 18,9 milioni da parte delle strutture private accreditate (con una suddivisione quindi del

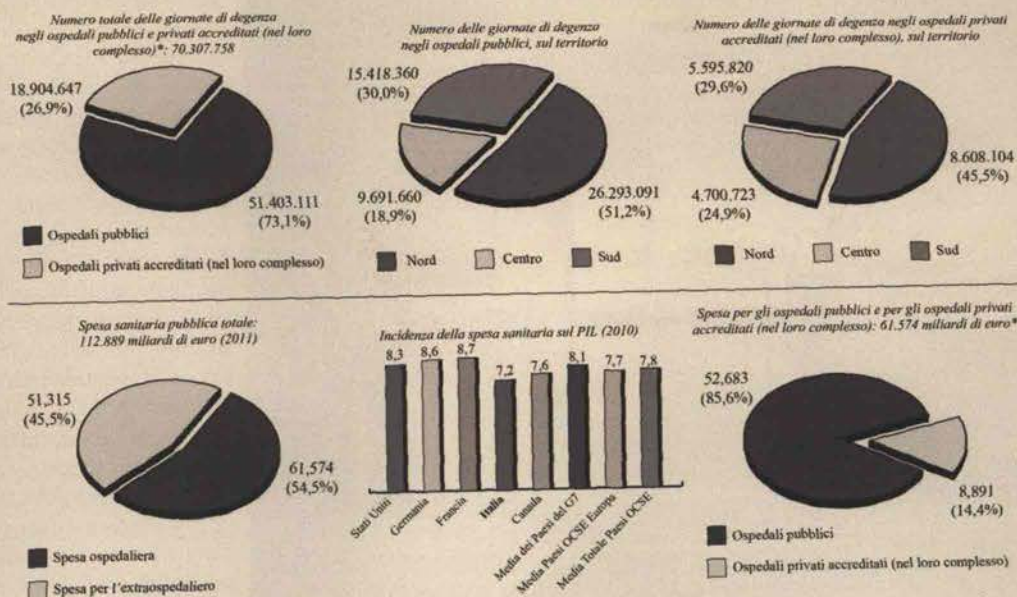
73,1% e del 26,9% rispettivamente);

- una distribuzione della spesa ospedaliera pubblica complessiva che si ripartisce per l'85,6% in favore delle strutture pubbliche e si rivolge per il 14,4% a quelle private accreditate (nel loro complesso);

- un confronto tra numero di giornate di degenza fornite e relativa attribuzione di risorse pubbliche, che permette di evidenziare come col 14,4% di queste ultime le strutture private accreditate (nel loro complesso) riescano a fornire il 26,9% delle giornate suddette, svolgendo così un ruolo non solo di componente significativa del sistema misto ma anche di soggetto che opera a costi più contenuti (cfr. grafico 1);

- una fornitura di servizi che evidenzia un livello di complessità media nazionale delle pre-

**Grafico 1 – Quadro sintetico degli aggregati del sistema ospedaliero del Paese: giornate di degenza (Anno 2010) e spesa (Anno 2011) (\*)**



(\*) Corrispondente alla tavola 2, pag. 32.  
 (\*) Gli ospedali accreditati (nel loro complesso) comprendono oltre le case di cura accreditate: i Policlinici universitari privati, gli IRCCS privati, gli Ospedali ecclesiastici classificati, gli Istituti-Presidi delle ASL ed infine gli Enti di ricerca.  
 Mentre gli ospedali pubblici fanno riferimento alle Aziende ospedaliere, agli Ospedali a gestione diretta, alle Aziende ospedaliere integrate col Sistema Sanitario Nazionale, alle Aziende ospedaliere integrate con le Università ed infine agli IRCCS pubblici.  
 Fonte: indagine *Ermeneia - Studi & Strategie di Sistema*, 2012



Tabella 1 – Il confronto tra istituti pubblici e ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop, sulla base del “case-mix” delle prestazioni effettuate. Anni 2007-2010 (\*)

Regioni	Istituti pubblici			Ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop		
	2007 <sup>(*)</sup>	2008 <sup>(*)</sup>	2009 <sup>(**)</sup>	2007 <sup>(*)</sup>	2008 <sup>(*)</sup>	2009 <sup>(**)</sup>
Piemonte	1,17	1,15	1,10	1,09	1,31	1,33
Lombardia	1,11	1,05	1,04	1,03	1,29	1,26
P.A. di Bolzano	0,95	0,89	0,94	0,93	0,80	0,87
P.A. di Trento	1,00	0,98	1,00	0,91	0,76	0,75
Veneto <sup>(a)</sup>	1,06	1,03	1,07	1,06	1,04	1,13
Friuli Venezia Giulia	1,11	1,05	1,08	1,06	0,95	0,82
Liguria <sup>(b)</sup>	1,12	1,08	1,09	1,07	2,31	1,94
Emilia Romagna	1,11	1,05	1,05	1,04	1,16	1,16
Toscana	1,12	1,10	1,10	1,09	1,32	1,34
Umbria	1,05	1,00	1,00	0,99	1,04	1,06
Marche	1,07	1,01	1,04	1,02	0,89	0,96
Lazio	1,01	0,98	1,01	1,01	0,97	0,96
Abruzzo	0,98	0,96	0,96	0,96	1,07	1,11
Molise	1,00	0,98	0,98	0,98	0,95	-
Campania	1,00	0,91	0,92	0,95	0,93	0,90
Puglia	0,95	0,92	0,92	0,92	1,32	1,28
Basilicata	1,06	1,02	1,02	1,03	n.d.	-
Calabria	0,89	0,86	0,85	0,87	0,91	0,88
Sicilia	0,95	0,93	0,87	0,89	0,91	1,00
Sardegna	0,93	0,91	0,91	0,92	0,90	0,84
Totale	1,05	1,00	1,01	1,00	1,07	1,07

(\*) Corrispondente alla tavola 15, pag. 55.

(\*) Valori calcolati con la versione DRG CMS 19.0 adottata dal Ministero della Salute che utilizza i pesi Medicare 2002, con un “allargamento” dei DRG precedenti (che passano da 492 a 521).

(\*\*) Valori calcolati con un’ulteriore versione DRG CMS 24.0 adottata successivamente dal Ministero della Salute. In tale versione sono stati ulteriormente “esplosi” alcuni DRG preesistenti (in tal caso il numero aumenta ulteriormente, passando da 521 a 538).

(a) Tra gli istituti pubblici del Veneto sono compresi 4 ospedali privati (case di cura accreditate) associati Aiop classificati presidio Usi.

(b) L’indicatore è elevato in quanto esistono due case di cura accreditate, in larga parte dedicate all’alta specialità.

Fonte: elaborazioni Ermeneta - Smid & Strategie di Sistema su dati Ministero della Salute e Aiop

stazioni (misurate sulla base dell’indicatore di case-mix) che risulta superiore nel caso degli ospedali privati accreditati rispetto agli istituti pubblici: e questo si proietta in maniera ancora più marcata su alcune Regioni (che vanno dal Piemonte alla Lombardia, dal Veneto alla Liguria, dall’Emilia Romagna alla Toscana, dall’Umbria all’Abruzzo, alla Calabria) come viene evidenziato dalla tabella 1);

- un riconoscimento da parte degli stessi cittadini del sistema misto, considerato che nell’85% dei casi essi affermano come ormai le strutture private accreditate facciano parte del sistema ospedaliero complessivo presente sul territorio e quando ci si deve ricoverare non si guarda se la struttura è pubblica oppure privata accreditata, bensì si considerano altri fattori che influenzano la decisione come la presenza della specializzazione che serve, la qualità delle prestazioni, la vicinanza rispetto all’abitazione e così via (cfr. tab. 2).

### Tre “stantuffi” da governare in maniera equa

Il terzo punto di attenzione ha a che fare con le possibili dinamiche discorsive indotte dagli interventi sull’ospedalità “finanziaria”. Si è in presenza infatti di una sorta



**Dossier**

**Tabella 2 – L'empowerment dei cittadini e degli utenti e i comportamenti coerenti con un sistema misto pubblico/privato (°)**

Fenomeni	Dati											
	2003	2008	2009	2010	2011	2012	2003	2008	2009	2010	2011	2012
<b>GLI UTENTI EFFETTIVI</b>												
- Conoscenza della possibilità di utilizzare un ospedale privato accreditato senza oneri aggiuntivi da parte di chi ha utilizzato negli ultimi dodici mesi un ospedale pubblico. <sup>4</sup>	63,7%	68,1%	64,3%	78,9%	73,0%	74,3%	63,7%	68,1%	64,3%	78,9%	73,0%	74,3%
- Scelta potenziale (certa e/o probabile) di un ospedale privato accreditato in alternativa all'ospedale pubblico se si fosse conosciuta tale possibilità da parte degli utilizzatori di un ospedale pubblico negli ultimi dodici mesi (al netto delle mancate risposte): <sup>5</sup>	53,7%	59,2%	51,5%	41,5%	50,6%	49,6%	53,7%	59,2%	51,5%	41,5%	50,6%	49,6%
- Proporzione degli utilizzatori degli ospedali dodici mesi, che hanno preso in considerazione le varie possibilità prima di ricoverarsi: <sup>6</sup>												
▪ scegliendo poi un ospedale pubblico	25,7%	20,2%	21,2%	19,7%	19,8%	19,4%	25,7%	20,2%	21,2%	19,7%	19,8%	19,4%
▪ scegliendo poi un ospedale privato accreditato	46,1%	35,7%	36,0%	30,4%	40,4%	36,5%	46,1%	35,7%	36,0%	30,4%	40,4%	36,5%
▪ scegliendo poi una clinica privata	56,6%	37,4%	46,5%	46,1%	53,8%	24,5%	56,6%	37,4%	46,5%	46,1%	53,8%	24,5%
<b>I CITTADINI</b>												
- Conoscenza odierna da parte dei cittadini delle disposizioni che permettono di utilizzare sia ospedali pubblici che ospedali privati accreditati senza oneri aggiuntivi: <sup>1</sup>												
▪ Sì, con chiarezza	27,9%	31,6%	35,5%	39,2%	42,0%	36,8%	27,9%	31,6%	35,5%	39,2%	42,0%	36,8%
▪ Sì, ma con una certa vaghezza	40,5%	43,1%	43,1%	37,9%	36,5%	42,2%	40,5%	43,1%	43,1%	37,9%	36,5%	42,2%
- Giudizio da parte dei cittadini sulle possibilità di utilizzare ospedali pubblici e ospedali privati accreditati senza oneri aggiuntivi per il paziente (giudizi "molto + abbastanza positivi"): <sup>2</sup>												
▪ Conoscenza da parte dei cittadini della possibilità di trasferirsi per cura in ospedali al di fuori della propria Regione	69,9%	74,6%	75,5%	74,5%	75,7%	73,4%	69,9%	74,6%	75,5%	74,5%	75,7%	73,4%
▪ sono perfettamente a conoscenza	21,8%	28,3%	31,9%	35,4%	39,0%	32,5%	21,8%	28,3%	31,9%	35,4%	39,0%	32,5%
▪ sembrano ricordare	43,2%	43,6%	41,5%	38,9%	38,8%	44,3%	43,2%	43,6%	41,5%	38,9%	38,8%	44,3%
- "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 accreditata, bensì si tiene conto di altri fattori: la presenza della specializzazione, la qualità delle prestazioni, la vicinanza a casa, ecc. (giudizi molto + abbastanza d'accordo, al netto dei "non so"): <sup>7</sup>												
▪ Le Regioni o le Asl dovrebbero investire in opportune campagne di informazione del cittadino per favorire una sua effettiva libera scelta, visto che si conosce poco delle diverse opportunità di ricovero che offre l'ospedalità privata accreditata" (giudizi "molto + abbastanza d'accordo", al netto dei "non so") <sup>7</sup>	87,2%	89,7%	88,3%	89,1%	88,6%	85,9%	87,2%	89,7%	88,3%	89,1%	88,6%	85,9%
▪ "Le Regioni o le Asl dovrebbero investire in opportune campagne di informazione del cittadino per favorire una sua effettiva libera scelta, visto che si conosce poco delle diverse opportunità di ricovero che offre l'ospedalità privata accreditata" (giudizi "molto + abbastanza d'accordo", al netto dei "non so") <sup>7</sup>	79,3%	80,8%	84,3%	80,8%	80,3%	80,4%	79,3%	80,8%	84,3%	80,8%	80,3%	80,4%

(°) Corrispondente alla tavola 22, pag. 70.  
 (1) Cfr. tabella 14/Parte seconda, pag. 109.  
 (2) Cfr. tabella 15/Parte seconda, pag. 109.  
 (3) Cfr. tabella 16/Parte seconda, pag. 111.  
 (4) Cfr. tabella 7/Parte seconda, pag. 97.  
 Fonte: *indagine Ermeneta - Studi & Strategie di Sistema, 2012*

di fluidità (quasi) permanente dei provvedimenti che si susseguono e si sovrappongono nel tentativo di ridurre la spesa sanitaria pubblica attraverso una molteplicità di azioni che non sono costituite solo da "tagli" diretti bensì anche da meccanismi di intervento su specifici aspetti (tariffe, accessi, standard dimensionali e di costo, numero di posti letto, ecc.). Il che mostra come l'emergenza di tipo finanziario finisca inevitabilmente col prevalere. Anche se ciò genera effetti distorsivi derivanti dall'inevitabile attrito che si viene a creare tra logica dell'ospedalità "finanziaria" (di per sé più veloce ma anche più superficiale) e logica dell'ospedalità "reale" (di per sé inevitabilmente più lenta e più rigida nelle sue possibili trasformazioni). Basti ricordare a tale proposito alcuni esempi come:

- il fenomeno cumulativo di riduzione progressiva della spesa, frutto dell'intreccio dei provvedimenti di indirizzo, predisposti a cavallo di due anni (con Legge 111/2011, con Legge 135/2012 e con Legge di stabilità 2012), il cui risultato complessivo porta ad una contrazione del Fondo Sanitario Nazionale di 14,3 miliardi di euro nel triennio 2012-2014:



Tabella 3 – Effetto combinato delle riduzioni di spesa sanitaria, previste dalla Legge 111/2011 (Tremonti) e dalla Legge 135/2012 (Spending review) (in milioni di euro) (\*)

Voci di spesa	2012		2013		2014		Totale triennio, per singola Legge			Totale generale 2012-2014
	Legge 135/2012	Legge 111/2011	Legge 135/2012	Legge 111/2011	Legge 135/2012	Legge 111/2011	Legge 135/2012	Legge di Stabilità 2012	Legge di Stabilità 2012	
Ospedaliera accreditata	45,0	-	90,0	-	180,0	-	315,0	-	-	315,0
Specialistica accreditata	25,0	-	50,0	-	100,0	-	175,0	-	-	175,0
Personale dipendente e convenzionato	-	-	-	163,5	-	-	163,5	-	-	163,5
Farmacaceutica	325,0	1.000,0	747,0	1.090,0	747,0	-	1.819,0	-	-	3.909,0
Beni e servizi – Appalti e forniture, prezzi di riferimento	505,0	750,0	463,0	1.199,0	393,0	-	1.361,0	-	-	3.310,0
Beni e servizi – Standard posti letto	-	-	20,0	-	50,0	-	70,0	-	-	70,0
Beni e servizi – Dispositivi medici	-	750,0	400,0	817,5	500,0	-	900,0	-	-	2.467,5
Erogatori privati – Prestazioni a funzione	-	-	30,0	-	30,0	-	60,0	-	-	60,0
Nuovi ticket	-	-	-	2.180,0	-	-	2.180,0	-	-	2.180,0
Riduzione della spesa	-	-	-	600,0	-	-	-	1.000,0	-	1.600,0
<b>Totale</b>	<b>900,0</b>	<b>2.500,0</b>	<b>1.800,0</b>	<b>5.450,0</b>	<b>2.000,0</b>	<b>7.950,0</b>	<b>4.700,0</b>	<b>1.600,0</b>	<b>1.600,0</b>	<b>14.250,0</b>

(\*) Corrispondente alla tavola 4, pag. 36.  
Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2012 (a valere sui dati dei vari Provvedimenti)*

il che corrisponde all'incirca ad una diminuzione del 12,6% della spesa sanitaria pubblica corrente rispetto al 2011, quando essa ammontava a 112,9 miliardi di euro (cfr. tab. 3);

- la pressione sbilanciata sulla riduzione delle risorse destinate agli erogatori privati, visto che la quasi totalità delle poste previste in decrescita fanno capo a questi ultimi, cui si aggiunge una pressione diretta sugli utenti attraverso l'istituzione di nuovi ticket (cfr. sempre tabella 3);
- e questo avviene pur considerando un rapporto del tutto contenuto tra spesa sanitaria pubblica e Pil, che per l'Italia è del 7,2% (nell'anno 2010), rispetto ad un'incidenza più elevata per l'insieme dei Paesi Ocse e per quelli del G7 (rispettivamente pari al 7,8% e all'8,1%) e ciò malgrado la riduzione del Pil italiano che dovrebbe peggiorare il rapporto suddetto;
- la quantità di risorse pubbliche dedicate all'ospedalità privata (case di cura accreditate) che risulta stabilmente ancorata al 7,3% della spesa ospedaliera pubblica complessiva, con una dinamica di crescita

contenuta nel periodo 2008-2011, pari (a prezzi correnti) al 2,3% a fronte del 5,4% per gli ospedali pubblici e per le Aziende Ospedaliere; ma tale dinamica diventa addirittura negativa se valutata a prezzi costanti: -1,1% nel periodo considerato per le strutture accreditate, contro il +2,0% per le strutture pubbliche (cfr. tabella 4). Esiste poi una parallela pressione sugli utenti che è registrabile sia dal punto di vista oggettivo che soggettivo. Dal punto di vista oggettivo si tenga presente che l'aumento nel periodo 2009-2011 dei ticket sanitari per visite e prestazioni specialistiche ambulatoriali presso gli ospedali pubblici cresce dell'11,3%, mentre aumenta del 13,3% nello stesso periodo l'onere per ticket sui farmaci, senza contare le diverse addizionali Irpef nelle varie Regioni. Ma vicino agli aspetti oggettivi esiste anche la percezione soggettiva di tale pressione, secondo quanto emerge dalle dichiarazioni fornite dagli stessi utenti. I dati presenti nella tabella 5 illustrano le spese sostenute per i ricoveri, per il ricorso dei pazienti ai servizi *intramoenia* degli ospedali pubblici (13,9% degli intervistati), per l'uso obbligato delle liste di attesa (60,6%). Come pure sono evidenti le differenze di giudizio circa la performance dei diversi servizi sanitari, qualora si guardi alle Regioni con Piani di Rientro rispetto alle altre; e soprattutto quando si considerino i timori degli utenti rispetto alle conseguenze probabili della *spending review* in termini di una possibile riduzione dei servizi goduti: il 75,1% degli intervistati infatti teme che solo in parte o marginalmente si riuscirà ad incidere



**Dossier**

36

PANORAMA della SANITA' • n° 47 • dicembre 2012

Tabella 4 - Andamento spesa sanitaria corrente: anni 2008-2011 (in miliardi di euro + N.I.: 2008 = 100,0) (\*)

	Valori a prezzi correnti			
	2008	2009	2010	2011
	Miliardi di euro	Miliardi di euro	Miliardi di euro	Miliardi di euro
Ospedali pubblici e aziende ospedaliere	49.979	51.764	52.333	52.683
Ospedaliere convenzionata	8.877	8.827	8.849	8.891
di cui: ospedali privati (case di cura accreditate)	4.366	4.428	4.439	4.465
Spesa ospedaliere pubblica totale	58.856	60.591	61.182	61.574
Altre funzioni di spesa	48.285	49.569	50.151	51.315
Spesa sanitaria pubblica totale	107.141	110.160	111.333	112.889
	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.
	100,0	103,6	104,7	105,4
	100,0	99,4	99,7	100,2
	100,0	101,4	101,7	102,3
	100,0	102,9	104,0	104,6
	100,0	102,7	103,9	106,3
	100,0	102,8	103,9	105,4

	Valori a prezzi costanti (Deflatore PIL a prezzi anno 2000)			
	2008	2009	2010	2011
	Miliardi di euro	Miliardi di euro	Miliardi di euro	Miliardi di euro
Ospedali pubblici e aziende ospedaliere	40.359	41.143	41.431	41.158
Ospedaliere convenzionata	7.168	7.016	7.006	6.946
di cui: ospedali privati (case di cura accreditate)	3.526	3.519	3.514	3.488
Spesa ospedaliere pubblica totale	47.527	48.159	48.437	48.104
Altre funzioni di spesa	38.991	39.398	39.704	40.089
Spesa sanitaria pubblica totale	86.518	87.557	88.141	88.194
	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.
	100,0	101,9	102,7	102,0
	100,0	97,9	97,7	96,9
	100,0	99,8	99,7	98,9
	100,0	101,3	101,9	101,2
	100,0	101,0	101,8	102,8
	100,0	101,2	101,9	101,9

(\*) Corrispondente alla tavola 6, pag. 42.  
Fonte: elaborazioni Ermenegia su dati contenuti nel Rapporto "Relazione generale sulla situazione economica del Paese", 2011, Vol. II, Ministero della salute - Rendiconti delle Usl

sui livelli di efficienza dei servizi ospedalieri pubblici, col risultato di addossare ai pazienti oneri ulteriori (ticket, imposte aggiuntive, minori esenzioni, ecc.) oppure di riservare loro un minor numero di servizi, allo scopo di far quadrare i conti complessivi (tab. 5).  
L'esigenza di fondo - se si vuole che l'ospedalità "finanziaria" diventi effettivamente ospedalità "reale" - è che si individui un'equa e trasparente suddivisione degli sforzi, senza implicite traslazioni di comodo degli oneri da un soggetto all'altro e più precisamente dal soggetto ospedaliero pubblico al soggetto ospedaliero privato accreditato o addirittura agli utenti finali. Insomma serve un governo equo della pressione che si deve esercitare sulle tre componenti fondamentali (i tre "stantuffi"), senza dimenticare che già lo scorso anno si è sottolineato come proprio l'ospedalità pubblica presenti un tasso medio di inefficienza implicita difficilmente comprimibile, pari in media al 27,9% per le Regioni a Statuto Ordinario e al 36,1% per le Regioni a Statuto Speciale.

**Un'alleanza per costruire l'ospedalità del dopo-crisi**

Il Rapporto, in conclusione, sollecita l'esigenza di allungare lo sguardo al di là della situazione contingente che ha a che fare con la situazione di crisi e con il conseguente sforzo di riduzione/qualificazione della spesa pubblica. La difficile coniugazione tra risanamento finanziario e trasformazione concreta del sistema ospedaliero ha bisogno infatti di andare al di là dell'ansia dell'oggi che le operazioni centrate sul rigore finiscono con il provocare. È necessario perciò trasformare tale



Tabella 5 – La percezione soggettiva della “pressione” sugli utenti (°)

Fenomeni	Dati		
	Negli ospedali pubblici	Negli ospedali privati accreditati	Nelle cliniche private
– Utenti dei servizi ospedalieri negli ultimi dodici mesi che hanno sostenuto qualche tipo di spesa <sup>(1)</sup>	50,7%	61,9%	81,5%
– Utenti dei servizi ospedalieri negli ultimi dodici mesi che hanno fatto ricorso ai servizi intramoenia a pagamento all'interno degli ospedali pubblici <sup>(2)</sup> , di cui:	13,9%		
• Per evitare liste di attesa troppo lunghe	7,1%		
• Per ricorrere ad uno specialista di fiducia	6,8%		
– Utenti di servizi ospedalieri negli ultimi dodici mesi che hanno avuto esperienze di liste di attesa <sup>(3)</sup> di cui:	60,6%		
• Oltre i 60 e fino a 120 giorni	9,3%		
• Oltre i 120 giorni	12,5%		
– Giudizio sulle performance del servizio sanitario della propria Regione <sup>(4)</sup> :			
• Performance rimaste uguali	53,8%	Regioni con Piani di Rientro	Altre Regioni
• Performance peggiorate	38,6%		57,3%
• Performance migliorate	7,6%		23,3%
– Stima delle persone da 18 anni in poi che hanno dovuto rinunciare per motivi economici a prestazioni sanitarie <sup>(5)</sup>	18,1%		19,4%
– Timori degli utenti dei servizi ospedalieri negli ultimi dodici mesi circa le conseguenze della spending review <sup>(5)</sup> :			
• Si riuscirà effettivamente a migliorare l'efficienza del sistema ospedaliero pubblico che sarà in grado di fornire prestazioni adeguate agli utenti ma a costi minori			24,9%
• Si potrà incidere solo in parte o marginalmente sui livelli di efficienza dei servizi ospedalieri pubblici, addossando agli utenti oneri ulteriori (ticket, imposte aggiuntive, minori esenzioni, ecc.) o comunque un minor numero di servizi, al fine di far quadrare i conti			26,5%
• Forse si riuscirà a incidere un po' sull'efficienza dei servizi ospedalieri pubblici ma si finirà col gravare in termini di maggiori costi e di minori prestazioni sugli utenti finali, costringendo questi ultimi ad ottenere minori servizi o a ricorrere a servizi esterni a pagamento			48,6%

(°) Corrispondente alla tavola 13, pag. 13.

(1) Cfr. tabella 24/Parte seconda, pag. 128.

(2) Cfr. tabella 28/Parte seconda, pag. 134.

(3) Cfr. tabella 31/Parte seconda, pag. 137.

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2012

(4) Cfr. Censis, *Indagine Forum per la Ricerca Biomedica*, 2012.

(5) Cfr. tabella 35/Parte seconda, pag. 142.

ansia nell'immagine di quello che potrà essere il Sistema Sanitario (e nella fattispecie il sistema ospedaliero), affinché l'intervento sul piano di quella che è stata definita come ospedalità “finanziaria” possa essere utilizzata per far evolvere il patrimonio costituito dall'ospedalità “reale” di cui disponiamo, pur con tutte le trasformazioni necessarie.

È evidente che tale patrimonio ha bisogno di una profonda revisione per quanto riguarda: una maggiore efficienza dei processi, una migliore efficacia (diffusa territorialmente in maniera più omogenea) dei risultati, una maggiore trasparenza del rapporto tra risorse investite e prestazioni fornite dal pubblico come dal privato, una *governance* più equilibrata del sistema come pure una inevitabile maggiore responsabilità da parte del cittadino. Per quanto riguarda in particolare la *governance* si dovrà giungere ad una situazione in cui si possa distinguere tra ruolo dei soggetti che esprimono l'indirizzo complessivo del sistema e forniscono le risorse rispetto al ruolo dei soggetti che invece si occupano dell'erogazione dei servizi e rispetto al ruolo di un Soggetto Terzo cui attribuire l'onere del controllo indipendente dei risultati raggiunti.

Una fase di vera “mutazione” sta investendo la nostra intera convivenza e il sistema ospedaliero non può certo sottrarsi a tale processo: per questo diventa assolutamente importante poter dar vita ad un'alleanza virtuosa che aiuti l'intero sistema a trasformarsi, migliorando i propri risultati e distribuendo in maniera equa gli sforzi necessari.