

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

Sintesi per la stampa

**Embargo: ore 11 di martedì 10 dicembre**

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’ospedalità “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, ricono-

scendo 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.