

Presentazione del 10° Rapporto Annuale “Ospedali & Salute/2012”

Sintesi per la stampa

Il giorno 4 dicembre 2012, alle ore 10.00, presso il Senato della Repubblica – Sala Capitolare presso il Chiostro del Convento di Santa Maria Sopra Minerva, Piazza della Minerva, 38 - Roma, viene presentato il 10° Rapporto Annuale “Ospedali & Salute/2012”, promosso dall’AIOP – Associazione Italiana Ospedalità Privata e realizzato dalla società Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema di Roma (con la direzione di Nadio Delai).

Si 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 anziani 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 prestazioni (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 distorsive indotte dagli interventi sull'ospedalità “finanziaria”. Si è in presenza infatti di una sorta 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: 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 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.

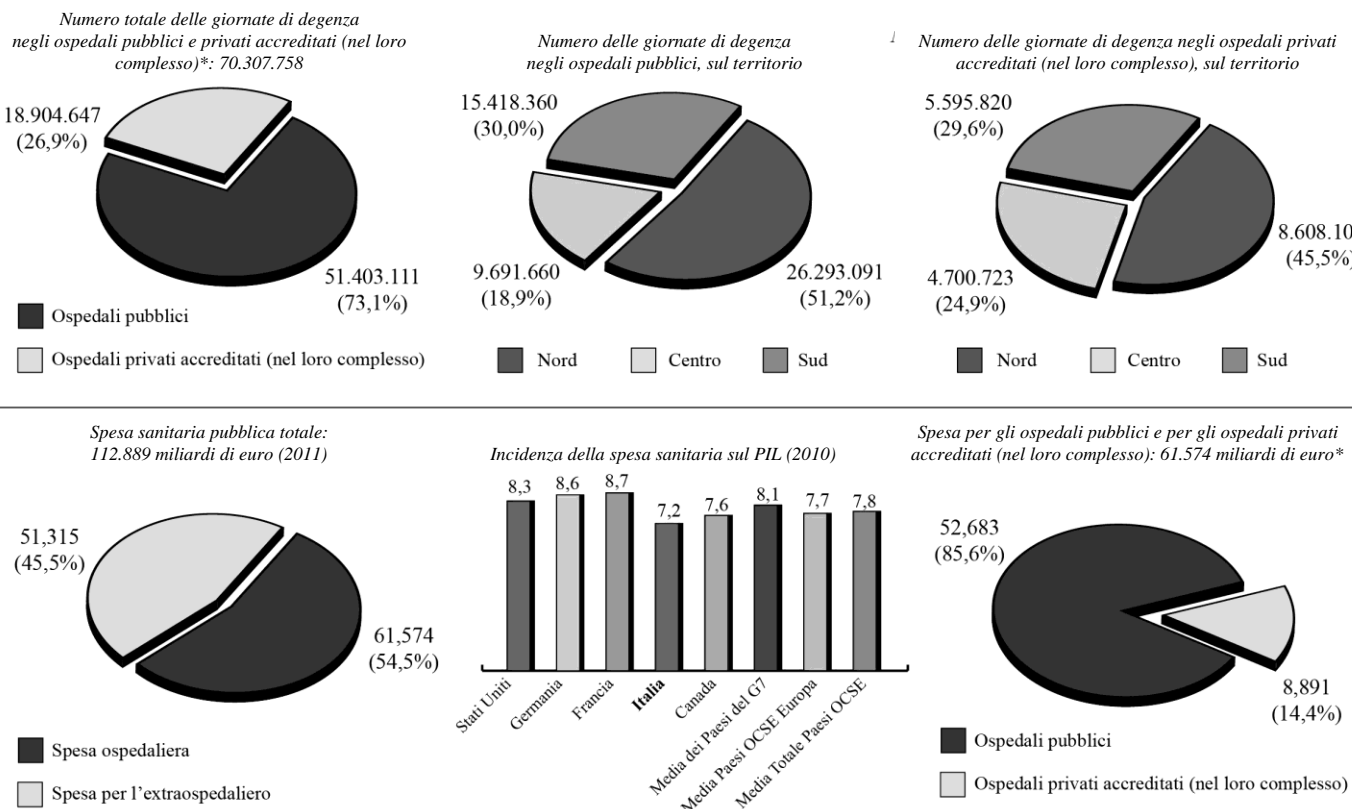
La difficile coniugazione tra risanamento finanziario e trasformazione concreta del sistema ospedaliero ha bisogno infatti di andare al di là dell'ansia dell'oggi che le operazioni centrate sul rigore finiscono con il provocare. È necessario perciò trasformare tale ansia nell'immagine di quello che potrà 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.

Graf. 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*

Tab. 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 (°)	2008 (°)	2009 (**)	2010 (**)	2007 (°)	2008 (°)	2009 (**)	2010 (**)
– Piemonte	1,17	1,15	1,10	1,09	1,29	1,31	1,33	1,34
– Lombardia	1,11	1,05	1,04	1,03	1,30	1,29	1,26	1,27
– P.A. di Bolzano	0,95	0,89	0,94	0,93	0,84	0,80	0,87	0,86
– P.A. di Trento	1,00	0,98	1,00	0,91	-	0,76	0,75	0,82
– Veneto (a)	1,06	1,03	1,07	1,06	1,05	1,04	1,13	1,13
– Friuli Venezia Giulia	1,11	1,05	1,08	1,06	0,95	0,95	0,82	1,01
– Liguria (b)	1,12	1,08	1,09	1,07	2,29	2,31	1,94	2,09
– Emilia Romagna	1,11	1,05	1,05	1,04	1,19	1,16	1,16	1,19
– Toscana	1,12	1,10	1,10	1,09	1,33	1,32	1,34	1,40
– Umbria	1,05	1,00	1,00	0,99	1,07	1,04	1,06	1,09
– Marche	1,07	1,01	1,04	1,02	0,89	0,86	0,96	1,00
– Lazio	1,01	0,98	1,01	1,01	0,94	0,97	0,96	1,00
– Abruzzo	0,98	0,96	0,96	0,96	1,06	1,07	1,11	1,12
– Molise	1,00	0,98	0,98	0,98	0,84	0,95	-	-
– Campania	1,00	0,91	0,92	0,95	0,89	0,93	0,90	0,89
– Puglia	0,95	0,92	0,92	0,92	1,37	1,32	1,28	1,28
– Basilicata	1,06	1,02	1,02	1,03	n.d.	n.d.	-	-
– Calabria	0,89	0,86	0,85	0,87	0,97	0,91	0,88	0,88
– Sicilia	0,95	0,93	0,87	0,89	0,96	0,91	1,00	0,97
– Sardegna	0,93	0,91	0,91	0,92	0,86	0,90	0,84	0,89
Totale	1,05	1,00	1,01	1,00	1,07	1,07	1,07	1,08

(°) 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 Usl.

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

Fonte: elaborazioni Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema su dati Ministero della Salute e Aiop

Tab. 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
GLI UTENTI EFFETTIVI						
– 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: ⁴	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): ⁵	53,7%	59,2%	51,5%	41,5%	50,6%	49,6%
– Proporzione degli utilizzatori degli ospedali negli ultimi dodici mesi, che hanno preso in considerazione le varie possibilità prima di ricoverarsi: ⁶	2003	2008	2009	2010	2011	2012
▪ scegliendo poi un ospedale pubblico	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%
▪ scegliendo poi una clinica privata	56,6%	37,4%	46,5%	46,1%	53,8%	24,5%
I CITTADINI						
– Conoscenza odierna da parte dei cittadini delle disposizioni che permettono di utilizzare sia ospedali pubblici che ospedali privati accreditati senza oneri aggiuntivi: ¹	2003	2008	2009	2010	2011	2012
▪ Sì, con chiarezza	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%
– 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”): ²	2003	2008	2009	2010	2011	2012
	69,9%	74,6%	75,5%	74,5%	75,7%	73,4%
– Conoscenza da parte dei cittadini della possibilità di trasferirsi per cura in ospedali al di fuori della propria Regione	2005	2008	2009	2010	2011	2012
▪ sono perfettamente a conoscenza	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%
– “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”): ⁷	2004	2008	2009	2010	2011	2012
	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”): ⁷	2004	2008	2009	2010	2011	2012
	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.

(5) Cfr. tabella 8/Parte seconda, pag. 97.

(2) Cfr. tabella 15/Parte seconda, pag. 109.

(6) Cfr. tabella 5/Parte seconda, pag. 92.

(3) Cfr. tabella 16/Parte seconda, pag. 111.

(7) Cfr. tabella 22/Parte seconda, pagg. 123-124.

(4) Cfr. tabella 7/Parte seconda, pag. 97.

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

Tab. 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 di Stabilità 2012	Legge 111/2011	Legge 135/2012	Legge di Stabilità 2012	Legge 111/2011	Legge 135/2012	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
Farmaceutica	325,0	1.000,0	747,0	-	1.090,0	747,0	-	2.090,0	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	-	1.949,0	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	-	1.567,5	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	1.600,0
Totale	900,0	2.500,0	1.800,0	600,0	5.450,0	2.000,0	1.000,0	7.950,0	4.700,0	1.600,0	14.250,0

(°) Corrispondente alla tavola 4, pag. 36.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2012 (a valere sui dati dei vari Provvedimenti)*

Tab. 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	N.I.	Miliardi di euro	N.I.	Miliardi di euro	N.I.	Miliardi di euro	N.I.
Ospedali pubblici e aziende ospedaliere	49,979	100,0	51,764	103,6	52,333	104,7	52,683	105,4
Ospedaliera convenzionata	8,877	100,0	8,827	99,4	8,849	99,7	8,891	100,2
<i>di cui: ospedali privati (case di cura accreditate)</i>	4,366	100,0	4,428	101,4	4,439	101,7	4,465	102,3
Spesa ospedaliera pubblica totale	58,856	100,0	60,591	102,9	61,182	104,0	61,574	104,6
Altre funzioni di spesa	48,285	100,0	49,569	102,7	50,151	103,9	51,315	106,3
<i>Spesa sanitaria pubblica totale</i>	<i>107,141</i>	<i>100,0</i>	<i>110,160</i>	<i>102,8</i>	<i>111,333</i>	<i>103,9</i>	<i>112,889</i>	<i>105,4</i>
	Valori a prezzi costanti (Deflatore PIL a prezzi anno 2000)							
	2008		2009		2010		2011	
	Miliardi di euro	N.I.	Miliardi di euro	N.I.	Miliardi di euro	N.I.	Miliardi di euro	N.I.
Ospedali pubblici e aziende ospedaliere	40,359	100,0	41,143	101,9	41,431	102,7	41,158	102,0
Ospedaliera convenzionata	7,168	100,0	7,016	97,9	7,006	97,7	6,946	96,9
<i>di cui: ospedali privati (case di cura accreditate)</i>	3,526	100,0	3,519	99,8	3,514	99,7	3,488	98,9
Spesa ospedaliera pubblica totale	47,527	100,0	48,159	101,3	48,437	101,9	48,104	101,2
Altre funzioni di spesa	38,991	100,0	39,398	101,0	39,704	101,8	40,089	102,8
<i>Spesa sanitaria pubblica totale</i>	<i>86,518</i>	<i>100,0</i>	<i>87,557</i>	<i>101,2</i>	<i>88,141</i>	<i>101,9</i>	<i>88,194</i>	<i>101,9</i>

(°) Corrispondente alla tavola 6, pag. 42.

Fonte: elaborazioni Ermeneia su dati contenuti nel Rapporto “Relazione generale sulla situazione economica del Paese”, 2011, Vol. II; Ministero della salute – Rendiconti delle Usl

Tab. 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 ⁽¹⁾	50,7%	61,9%	81,5%
– Utenti dei servizi ospedalieri negli ultimi dodici mesi che hanno fatto ricorso ai servizi <i>intramoenia</i> a pagamento all’interno degli ospedali pubblici ⁽²⁾ , di cui:	13,9%		
• <i>Per evitare liste di attesa troppo lunghe</i>	7,1%		
• <i>Per ricorrere ad uno specialista di fiducia</i>	6,8%		
– Utenti di servizi ospedalieri negli ultimi dodici mesi che hanno avuto esperienze di liste di attesa ⁽³⁾ di cui:	60,6%		
• <i>Oltre i 60 e fino a 120 giorni</i>	9,3%		
• <i>Oltre i 120 giorni</i>	12,5%		
– Giudizio sulle performance del servizio sanitario della propria Regione ⁽⁴⁾ :		<i>Regioni con Piani di Rientro</i>	<i>Altre Regioni</i>
• <i>Performance rimaste uguali</i>		53,8%	57,3%
• <i>Performance peggiorate</i>		38,6%	23,3%
• <i>Performance migliorate</i>		7,6%	19,4%
– Stima delle persone da 18 anni in poi che hanno dovuto rinunciare per motivi economici a prestazioni sanitarie ⁽³⁾		18,1%	
– Timori degli utenti dei servizi ospedalieri negli ultimi dodici mesi circa le conseguenze della <i>spending review</i> ⁽⁵⁾ :			
• <i>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</i>			24,9%
• <i>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</i>			26,5%
• <i>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</i>			48,6%

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

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

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

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

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

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

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema*, 2012