

Ospedali & Salute

QUATTORDICESIMO RAPPORTO ANNUALE 2016



COLLANA

Aiop

Associazione Italiana
Ospedalità Privata

FrancoAngeli
OPEN  ACCESS

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, Annagiulia Caiazza, Alberta Sciachi, Stefano Turchi, Fabiana Rinaldi, oltre che Peppino Biamonte e Paolo Parente, integrato da Nadio Delai (Ermeneia).

E inoltre ci si è avvalsi di un Comitato di Indirizzo, formato da Gabriele Pelissero, Emmanuel Miraglia e Filippo Leonardi.

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:

Gabriele Pelissero

Vice Presidente:

Barbara Cittadini

Tesoriere:

Fabio Marchi

Comitato Esecutivo:

Gabriele Pelissero, Barbara Cittadini, Emmanuel Miraglia, Fabio Marchi, Giuseppe Puntin, Ettore Sansavini, Vincenzo Schiavone, Jessica V. Faroni, Lorenzo Miraglia, Giulia De Leo

Direttore Generale:

Filippo Leonardi



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più:

http://www.francoangeli.it/come_publicare/publicare_19.asp

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Ermeneia
Studi & Strategie di Sistema

Ospedali & Salute

QUATTORDICESIMO RAPPORTO ANNUALE 2016

COLLANA

Aiop

Associazione Italiana Ospedalità Privata

FrancoAngeli

OPEN  ACCESS

Grafica della copertina: Andrea Albanese.

Copyright © 2017 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza *Creative Commons Attribuzione- Non opere derivate 3.0 Italia* (CC-BY-ND 3.0 IT)

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

<http://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/it/legalcode>

Indice

Il cappio <i>di Gabriele Pelissero, Presidente Nazionale AIOP</i>	pag.	9
Introduzione	»	25
Parte prima PIÙ RAZIONAMENTO DELLA DOMANDA CHE NON EFFICIENTAMENTO DELL'OFFERTA		
1. Il rischio di “deflazionare” i servizi e insieme gli atteggiamenti e i comportamenti degli utenti	»	33
1.1. Un presidio che permane malgrado le difficoltà	»	33
1.2. Maggiori oneri e limitazioni di accesso come meccanismo di riduzione della domanda	»	48
1.3. La percezione di una minore tenuta del sistema e l'adeguamento dei comportamenti	»	56
1.4. Rimandi e rinunce delle cure oggi, probabile peggioramento dello stato di salute dei cittadini domani	»	64
2. La persistente difficoltà nel razionalizzare l'offerta	»	74
2.1. I Sovraccarichi che concorrono a “bloccare” l'impianto esistente	»	74
2.2. Il (troppo) lento percorso della trasparenza e della certificabilità dei bilanci delle strutture sanitarie pubbliche	»	93
2.3. Una spesa sanitaria stabilmente sottofinanziata rispetto agli altri Paesi	»	104

2.4. L'efficienza proiettata più all'esterno che non all'interno dell'ospedalità pubblica	pag.	108
2.5. Una solida presenza sul territorio e un contributo sostanziale del privato accreditato alle prestazioni di alta qualità	»	114

Parte seconda

L'OPINIONE DI UTENTI E CITTADINI NELL'ANALISI CONGIUNTURALE 2016

1. Un atteggiamento più critico e contemporaneamente più fidelizzato da parte degli utenti	»	121
1.1. La conferma di una tendenza ad accedere maggiormente ai servizi ospedalieri	»	121
1.2. Un orientamento in crescita verso le strutture private	»	125
1.3. Il graduale formarsi di una polarizzazione dei giudizi sugli ospedali effettivamente utilizzati	»	127
1.4. Una certa resistenza nel cambiare le strutture già sperimentate	»	131
2. La permanente consapevolezza dell'importanza di disporre di un sistema ospedaliero pubblico/privato, ma con giudizi differenziati nei confronti delle relative strutture	»	136
2.1. Una minore conoscenza e una maggiore prudenza rispetto alle alternative possibili	»	136
2.2. Una valutazione in diminuzione per le strutture pubbliche e in lieve ripresa per le strutture private	»	144
2.3. Un atteggiamento sempre positivamente orientato verso il sistema misto pubblico/privato accreditato	»	149
3. Il set annuale di indicatori sull'accesso alle strutture ospedaliere	»	155
3.1. L'indicatore di crescita di un sistema misto	»	155
3.2. L'indicatore del livello di soddisfazione dei servizi	»	158
3.3. L'indicatore della propensione a scegliere da parte dei cittadini	»	160

Parte terza
MOBILITÀ SANITARIA EXTRAREGIONALE
E RIMANDO/RINUNCIA ALLE CURE
NELL'ESPERIENZA DEI CARE-GIVER

1.	Un ricorso più pronunciato e consapevole ai servizi ospedalieri	pag.	165
	1.1. Il maggiore utilizzo delle prestazioni negli ultimi dodici mesi	»	165
	1.2. La conoscenza più accentuata dei <i>care-giver</i> circa le possibili alternative esistenti	»	171
2.	Il vissuto in tema di mobilità sanitaria	»	174
	2.1. Esperienze ed opinioni sull'utilizzo degli ospedali al di fuori della propria Regione	»	174
	2.2. Valutazione delle prestazioni ospedaliere ricevute fuori Regione e dei servizi sanitari e socioassistenziali della propria Regione di residenza	»	181
	2.3. Giudizi sulle modalità di gestione della mobilità sanitaria extraregionale	»	185
3.	La non sempre facile copertura dei bisogni di cura	»	189
	3.1. L'andamento dei rimandi e/o delle rinunce alle prestazioni	»	189
	3.2. La percezione del progressivo logoramento del Sistema Sanitario di tipo "universalistico e solidale"	»	195

Parte quarta
GLI INDICATORI STATISTICI

1.	I dati di struttura	»	201
	1.1. La presenza di istituti pubblici e di istituti privati accreditati	»	201
	1.2. La distribuzione dei posti letto	»	202
	1.3. La dotazione di apparecchiature	»	204
2.	I dati di attività	»	216
	2.1. Le giornate di degenza e il tasso di utilizzo	»	216
	2.2. Le tipologie dei ricoveri e dei dimessi	»	217
	2.3. I DRG più diffusi	»	218
	2.4. Le attività classificate a seconda delle maggiori categorie diagnostiche	»	218

2.5. Le attività classificate per disciplina	pag.	219
2.6. La mobilità sanitaria	»	220
3. Le informazioni sul personale	»	265
3.1. L'andamento degli addetti nel tempo	»	265
3.2. La situazione degli addetti per territorio	»	266
4. I dati di spesa	»	271
4.1. L'andamento dei flussi nel tempo	»	271
4.2. La spesa sanitaria a confronto	»	272
 Allegati		
1. La metodologia utilizzata	»	279
2. L'indice delle tabelle strutturali	»	323
3. Le tabelle di dettaglio dell'indagine sugli individui	»	327
4. Le tabelle di dettaglio dell'indagine sui <i>care-giver</i>	»	354

Il cappio

di Gabriele Pelissero, Presidente Nazionale AIOP

1. Uno scontro infinito

Il Servizio Sanitario Nazionale nasce nel 1978 con una indiscutibile aspirazione al monopolio pubblico della produzione di tutte le prestazioni sanitarie, figlio in questo del clima politico degli anni '60 e di una analoga concezione già presente nell'originario modello britannico.

La realtà dei fatti non consentì mai la piena attuazione di questa aspirazione iniziale, ma solo agli inizi degli anni '90 l'idea del pluralismo degli erogatori, all'interno di un Sistema di welfare, universalistico, sempre rigorosamente governato da Stato e Regioni, troverà una buona elaborazione normativa con i DD.Lgs 502/92 e 517/92.

La cosiddetta "riforma della riforma" introduce infatti, da un lato l'idea della aziendalizzazione degli erogatori pubblici, dall'altro un principio di pluralismo e parità fra pubblico e privato che tenta di immettere qualche elemento di competitività nel Ssn quale motore per il miglioramento della qualità e dell'efficienza generale.

In questo rinnovato contesto la presenza di operatori di diritto privato all'interno dei Sistemi Sanitari Regionali cresce, seppur disordinatamente in modalità molto diverse da Regione a Regione.

Ma pochi anni dopo il grande scontro istituzionale del 1996 fra la Regione Lombardia, che vuole realizzare una vera parità competitiva fra pubblico e privato, e il Governo nazionale, dove il Ministero della Sanità si preparava a varare la terza riforma di orientamento nettamente statalista e pubblicista, raffigura in modo evidentissimo l'esistenza di due visioni inconciliabili del Ssn. Uno scontro destinato a non interrompersi neppure dopo l'approvazione della D.Lgs 229/99, ma anzi a consumarsi nella quotidianità di uno stile di governo regionale per lo più ostile alla presenza di chi non è pubblico, al quale si contrappone la dinamicità degli operatori privati e il loro continuo e

crescente successo decretato dai cittadini e dai pazienti, che quando possono, in tutte le regioni, li utilizzano e ne apprezzano maggiormente le prestazioni offerte.

Per più di 10 anni questa situazione si protrae in una sostanziale continuità senza significativi interventi normativi, mentre la quota di prestazioni ospedaliere rese per conto del Ssn dai privati arriva su base nazionale al 25% del totale, mentre in più di una grande Regione (Lombardia, Lazio, Campania) si spinge verso il 35-40% del totale.

La reazione del pensiero statalista e del declinante monopolio pubblico in sanità non poteva, prima o poi, mancare, e sarà la grande crisi dell'economia mondiale e soprattutto quella drammaticamente emergente della finanza pubblica italiana a offrire l'occasione.

2. La trappola

Già nel 2011 la prima risposta governativa alle crescenti difficoltà della finanza pubblica si era concretizzata con un taglio alla spesa sanitaria con contenuti discutibili, ma l'intervento più radicale e foriero di effetti più negativi sul sistema sanitario si avrà nel 2012 con la cosiddetta *spending review* del Governo Monti, espressa nel DL 95/2012, convertito nella L. 135/2012.

E su questo tema occorre soffermarsi per un approfondimento. Partendo dalla visione complessiva dei tagli al Ssn operati nel periodo 2011-2014, riportati in tabella 1, si osservi in particolare le prime due righe della tabella che evidenziano i tagli selettivi previsti proprio dalla L. 135/2012 a carico degli erogatori ospedalieri e specialistici ambulatoriali di diritto privato.

La storia di questo provvedimento contiene un dato di cronaca che mi riguarda personalmente, perché toccò a me, appena eletto Presidente Nazionale di AIOP nel maggio 2012, confrontarmi con l'allora Ministro della Salute Renato Balduzzi e con i suoi collaboratori.

La previsione di un taglio alle prestazioni erogate dagli operatori di diritto privato mi venne prospettata, in quei difficili mesi, come un inevitabile sacrificio che, insieme a tanti altri, era indispensabile per la salvezza finanziaria del Paese, mentre l'urgenza di effettuare risparmi di cassa rendeva vana, agli occhi del governo, la mia obiezione di fondo che in questo modo si riducevano le prestazioni meno care per il Ssn e più apprezzate dai cittadini, con una conseguente prospettiva, a breve-medio termine, di una crescita delle liste d'attesa e del disagio sociale.

In effetti, la prima formulazione della Legge prevedeva un taglio ancora più gravoso, pari al 1% nel 2012, al 2% nel 2013 e al 4% nel 2014.

Tab. 1 – Spesa sanitaria: entità dei tagli previsti nel triennio 2012-2014 (Manovra Tremonti 2011, Spending review 2012 e Legge di Stabilità 2013) (in milioni di €)

	Anno 2012		Anno 2013		Anno 2014	
	L. 135/12	L. 111/11	L. 135/12	L. 111/11	L. 135/12	L. 135/12
Voci di spesa						
- Ospedaliera accreditata	45,00		90,00		180,00	
- Specialistica accreditata	25,00		50,00		100,00	
Totale	70,00		140,00		280,00	
- Personale dipendente e conv.				163,50		
- Farmaceutica accreditata	325,00	1.000,00	747,00	1.090,00	747,00	
- Beni e servizi – Appalti e forniture	505,00	750,00	463,00	1.199,00	393,00	
- Beni e servizi – Standard posti letto			20,00		50,00	
- Beni e servizi – Dispositivi medici		750,00	400,00	817,50	500,00	
- Erogatori privati – Prestazioni a funz.			30,00		30,00	
- Nuovi ticket				2.180,00		
Totale L.111/11 e L. 135/12	900,00	2.500,00	1.800,00	5.450,00	2.000,00	
			Triennio 2012-2014 (L. 111/11 e L. 135/12) →		12.650,00	
			Legge di Stabilità (0,6 mld per il 2013 e 1 mld per il 2014) →		1.600,00	
			Tagli complessivi triennio 2012-2014 →		14.250,00	

Fonte: dati di spesa come da Provvedimenti di legge citati

Riuscii a convincere il Ministro che ciò avrebbe provocato una vera catastrofe nella capacità del Ssn di erogare prestazioni in molte Regioni, e nella formulazione finale il DL 95/2012, poi convertito nella L. 135/2012 operò un taglio complessivo ai privati del 0,5% nel 2012, del 1% nel 2013 e del 2% nel 2014. Con un risparmio presunto, a regime, di 280 milioni come si può rilevare nella tabella 1, riga terza.

Il sacrificio, doloroso per le aziende e per i pazienti, fu responsabilmente registrato da AIOP come un tributo allo sforzo comune per aiutare il Paese in un momento di straordinaria tensione finanziaria, e tutti cademmo nella trappola.

Il testo finale convertito in Legge è riportato in tabella 2.

Tab. 2 – DL 95/2012 convertito in L. 135/2012, art 15 comma 14

<p>Ai contratti e agli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'Articolo 8-<i>quinquies</i> del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi di acquisto in misura determinata dalla Regione o dalla Provincia Autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5% per l'anno 2012, dell'1% per l'anno 2013 e del 2% a decorrere dall'anno 2014. (...)</p>

Nessuno, nell'immediato, si soffermò sulle quattro parole finali "a decorrere dall'anno", comparse nel testo finale e gravide di molte conseguenze, e solo con il tempo e per di più con modalità molto differenziate da Regione a Regione apparve con crescente chiarezza il disegno sottostante: bloccare per sempre qualunque sviluppo della componente privata nell'intero Ssn, inchiodando i volumi di attività erogabili al valore 31-12-2011 meno il 2%.

Un cappio per soffocare, anno dopo anno, la prospettiva di un Ssn pluralistico, improntato ad una sana competitività fra erogatori di diversa natura giuridica e costruito intorno alla centralità del paziente e al suo diritto di libera scelta del luogo di cura.

3. Diseguaglianze

Ma è davvero questa la interpretazione corretta della norma?

In realtà, in tutte le Regioni italiane tetti e limiti alla presenza dei privati nel Servizio Sanitario Regionale continuarono ad accumularsi in tutto il

periodo 2012-2014 e anche negli anni successivi, perfino aggravando le limitazioni portate dalla L. 135/2012, ciò in conseguenza di una generale tendenza alla contrazione delle risorse del Ssn, che i governi regionali non tentarono di compensare con un maggiore ricorso alle prestazioni meno costose e più rapidamente producibili erogate dai privati.

E in effetti anche volendolo non avrebbero potuto farlo se non cercando di aggirare il vincolo della Legge, che togliendo importanti spazi di manovra organizzativa ai Sistemi Sanitari Regionali si ergeva come ostacolo anche a innovative sperimentazioni pubblico-privato e ad ogni altra forma di sussidiarietà.

Il risultato di questo protratto tentativo di ripristinare un anacronistico oligopolio pubblico non avrebbe potuto essere che un incremento delle liste d'attesa e un crescente disagio sociale, ovviamente più forte nei territori più fragili, e nelle Regioni in Piano di Rientro.

La sensazione che ciò sia avvenuto e stia sempre più avvenendo è universalmente diffusa, ed esiste almeno un importante indicatore della crescita di questo disagio, rappresentato dalla mobilità sanitaria interregionale. E questo rimanda ad un altro aspetto di questa complessa e pasticciata vicenda.

4. La mobilità sanitaria interregionale

Da sempre l'Italia è un paese ad altissima mobilità sanitaria, un fenomeno legato alle differenze quali-quantitative nell'offerta di prestazioni nelle diverse Regioni italiane, ben presente fin dalla nascita del Ssn che non a caso poneva fra i propri obiettivi "il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese" (Art. 2, L. 833/1978).

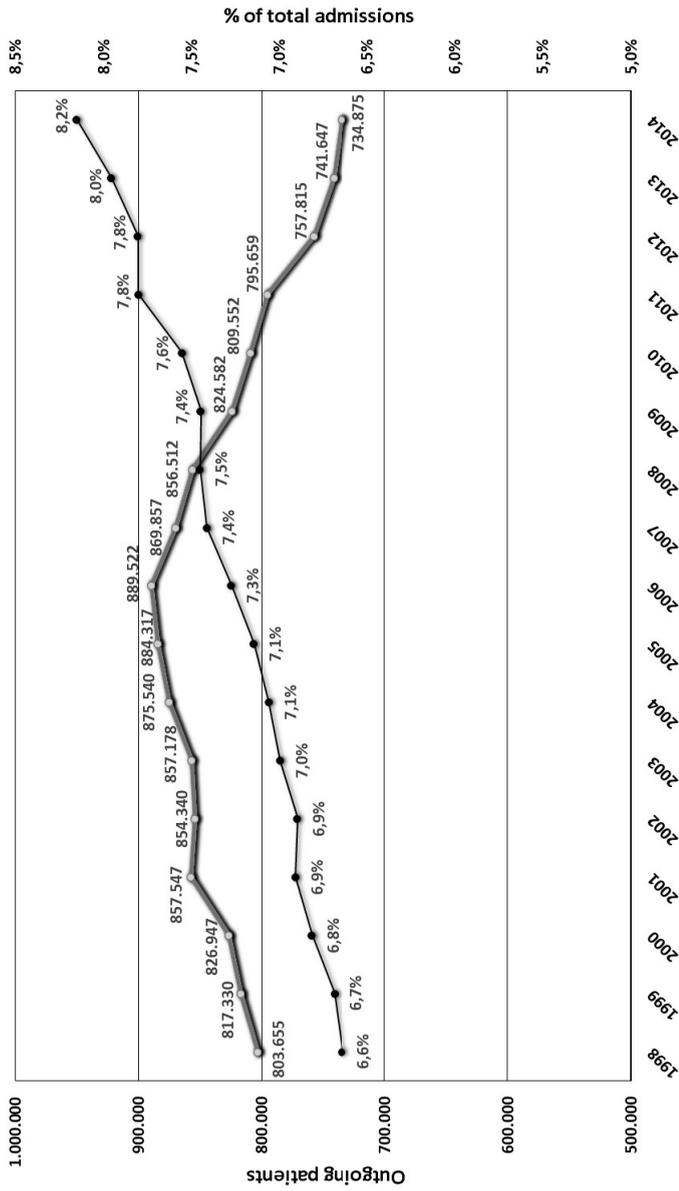
Obiettivo certamente non raggiunto se, come evidenzia la figura 1, vent'anni dopo l'istituzione del Ssn ben 803.655 ricoveri ospedalieri avvenivano in una Regione diversa da quella di provenienza.

Ma l'attento esame dei dati contenuti nella figura 1 evidenzia alcuni fenomeni ancora più rilevanti.

In primo luogo, conferma che una elevata mobilità interregionale è una componente strutturale della sanità italiana, che nei 17 anni illustrati mantiene costantemente un livello altissimo in valore assoluto, senza mai scendere sotto i 700.000 ricoveri annui. Ma anche il calo che si legge a partire dall'anno 2006 non evidenzia una prospettiva di vera contrazione del fenomeno.

Se infatti più correttamente ci si concentra sull'altra curva, che descrive la percentuale di mobilità annuale calcolata sul tasso di ospedalizzazione, si

Fig.1 – Mobilità sanitaria nel periodo 1998 – 2014 (G. Pelissero & N. Bedin 2016)



Note: Ordinary and day hospital admissions.
 Source: Processing by AIOP – data from the Ministry of Health: mobility matrix, 1998-2014

Tab. 3 – Livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato. Anni 2009-2018

Anni	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
– Fabbisogno del Ssn e dei servizi sanitari regionali (in mil. di euro)	103,483	104,614	106,934	107,961	107,004	109,928	109,715	111,000	113,063	114,998
– Incidenza % sul Pil	6,81	6,52	6,53	6,69	6,67	6,78	6,68	6,64	6,60	6,51

Fonte: Patti della Salute e Riparti del Fondo Sanitario Nazionale 2009-2018 per i dati sul fabbisogno; serie storiche Istat e DEF 2016 per i dati consolidati 2006-2015 e per le stime 2016-2018 del Pil

può chiaramente apprezzare come il fenomeno sia in continua e costante ascesa, al netto dei processi di deospedalizzazione.

Inoltre, a partire dall'anno 2010, l'incremento annuale tende a raddoppiarsi rispetto a tutti gli anni precedenti, evidente espressione di una crescente difficoltà a trovare risposte adeguate sul proprio territorio, conseguenza a sua volta di una più marcata sofferenza di alcuni sistemi sanitari regionali.

Questo flusso imponente e continuo ha una direzione tendenziale costante da Sud verso Nord, conseguente a fenomeni strutturali di lunghissima deriva temporale, ma ciò che qui interessa osservare è l'indubbio aggravamento delle dinamiche di mobilità a danno delle Regioni centromeridionali proprio a causa delle disposizioni della L. 135/2012, gestita nelle Regioni in Piano di Rientro (e cioè per lo più in Regioni del Centro e del Sud) in modo rigido, attraverso il commissariamento da parte del Governo centrale.

I Commissari infatti sistematicamente e implacabilmente bloccano la possibilità di utilizzare tutte le risorse dei territori interessati (soprattutto capitali e managerialità privati) per investire in qualità e incrementare l'offerta di prestazioni a cittadini che, di conseguenza, sempre più frequentemente si spostano a cercare le prestazioni di cui hanno bisogno.

Il paradosso di una politica sanitaria intrinsecamente sbagliata va così a formare una tenaglia che soffoca ogni possibilità di avviare un percorso di riequilibrio nella capacità di offerta delle Regioni italiane.

Da un lato, infatti, si mantiene la quantità di risorse complessivamente disponibili per il Ssn a valori bassi rispetto a quelli dei Paesi europei con noi confrontabili, costantemente sotto la soglia di guardia del 7% del Pil e con una tendenza alla progressiva riduzione (tab. 3).

Dall'altro si blocca con la L. 135/2012 la possibilità per le Regioni, e soprattutto per quelle in Piano di Rientro, di ridurre la quota di emigrazione sanitaria e più in generale di riqualificare la propria struttura di offerta potenziando l'investimento degli operatori privati all'interno dei sistemi sanitari regionali, gli unici in grado di intervenire con rapidità ed efficacia.

5. Quali risposte?

Se la difficoltà crescente del Ssn a dare adeguate risposte alla domanda di prestazioni dei cittadini è e rimane il problema centrale, intimamente connesso alla ineludibile esigenza di incrementare l'efficienza della gestione della componente pubblica della rete di erogatori, la mobilità interregionale e il suo governo si conferma nel 2015/2016 come l'aspetto emergente in forma più acuta. Per affrontare il problema – essendo diventato a tutti evidente

che il blocco della possibilità di attivare gli operatori di diritto privato, introdotto con la L. 135/2012, sia un pesante ostacolo alla ricerca di soluzioni anche parziali – su impulso del Ministro della Salute Beatrice Lorenzin la L. 208/2015, comma 574 e segg., tenta di intervenire per la prima volta per rimuovere, almeno parzialmente, il rigido blocco apposto nel 2012, consentendo a tutti i privati che operano nei sistemi sanitari regionali di offrire liberamente e senza limiti le prestazioni di alta complessità a tutti i pazienti provenienti da altre regioni, e rendendo altresì fruibili tutte le prestazioni erogate dagli Irccs di diritto privato.

Affiora così una impostazione orientata ad una visione più aperta e pluralistica del Ssn, che tendenzialmente conferma anche quanto attuato negli anni precedenti nelle poche regioni che non avevano posto barriere alla mobilità. Ma il testo della L. 208/2015 documenta anche, in modo quasi emblematico, la coesistenza nelle stesse strutture governative di visioni diverse e in fondo inconciliabili.

Infatti, a parte le limitazioni alle sole prestazioni di alta complessità che rimanda a questioni tutte da approfondire sui temi della qualità e dell'appropriatezza, la seconda parte del comma 574 introduce elementi sulla copertura finanziaria che tendono a invalidare le aperture precedenti. Tre sono i principali passaggi contenuti nella Legge:

- 1) *Al fine di garantire, in ogni caso, l'invarianza dell'effetto finanziario connesso alla deroga di cui al periodo precedente, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad adottare misure alternative, volte, in particolare, a ridurre le prestazioni inappropriate di bassa complessità erogate in regime ambulatoriale, di pronto soccorso, in ricovero ordinario e in riabilitazione e lungodegenza, acquistate dagli erogatori privati accreditati;*
- 2) *Possono contribuire al raggiungimento del predetto obiettivo finanziario anche misure alternative a valere su altre aree della spesa sanitaria;*
- 3) *Le Regioni trasmettono trimestralmente ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze i provvedimenti di propria competenza di compensazione della maggiore spesa sanitaria regionale per i pazienti extra-regionali presi in carico dagli Irccs. Ne danno altresì comunicazione alle Regioni di residenza dei medesimi pazienti e al coordinamento regionale per la salute e per gli affari finanziari al fine di permettere alla fine dell'esercizio, le regolazioni in materia di compensazione della mobilità sanitaria nell'ambito del riparto delle disponibilità finanziarie del Servizio Sanitario Nazionale.*

Come si può interpretare tutto questo?

Le Regioni possono finalmente avvalersi della capacità attrattiva dei privati che operano all'interno del loro Servizio Sanitario Regionale, ma le prestazioni che erogheranno ai cittadini di altre, dovranno essere pagate con il

denaro sottratto alle prestazioni da erogare ai propri cittadini, atteso che le prestazioni appropriate non devono comunque esistere e invece esistono ovunque liste d'attesa?

Oppure che per pagare le prestazioni a cittadini di altre regioni si dovrà fare risparmi nei confronti dei servizi ai propri cittadini?

E che significa allora la compensazione della mobilità sanitaria nell'ambito del riparto a fine esercizio?

La netta impressione è che dietro alla complicazione che si spinge al limite della contraddittorietà di queste norme ci sia, ancora una volta, il perenne scontro fra una burocrazia centralista sostanzialmente indifferente alla qualità dei servizi e una visione più aperta e orientata al soddisfacimento dei bisogni tramite la promozione della qualità e dell'efficienza accettando se occorre anche elementi di competitività virtuosa.

Detto in altre parole, bisogna scegliere se affrontare la mobilità interregionale chiudendo le frontiere regionali ed elevando muri burocratici per fermare i cittadini che vogliono/debbono spostarsi, oppure cercare in ogni regione di fare crescere un'offerta di qualità, convincente ed efficace, utilizzando per questo inevitabilmente anche erogatori di diritto privato.

6. La risposta delle Regioni

E in effetti i dati confermano che attraverso l'attività delle aziende di diritto privato i sistemi sanitari regionali più avveduti non solo sono in grado di arginare gli eccessi di uscita di pazienti, ma riescono a diventare anche fortemente attrattivi nei confronti dei pazienti in mobilità.

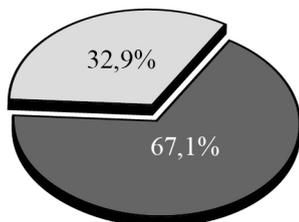
Le figure 2 e 3 mostrano il contributo che il privato accreditato reca alla mobilità attiva nelle due Regioni da sempre al primo posto nella capacità di attrarre pazienti, la Lombardia e l'Emilia Romagna. Sono dati che non meritano commenti per la loro clamorosa evidenza, ma che suscitano almeno una precisa domanda: perché in altre Regioni non si è tentato di percorrere la stessa strada?

Ma le risposte di chi governa il sistema di welfare sanitario italiano sono purtroppo non di rado inadeguate, come emerge dal dibattito sulle linee di politica sanitaria che, in questo caso, si svolge in Conferenza Stato Regioni, e che ancora una volta mostra tutti i limiti, le rigidità e i pregiudizi che connotano la visione statalista di evidente matrice ideologica che permea il Ssn.

L'accordo siglato il 26 settembre 2016 parte dalla constatazione della paralisi normativa sulla mobilità sanitaria, e dall'andamento degli ultimi anni

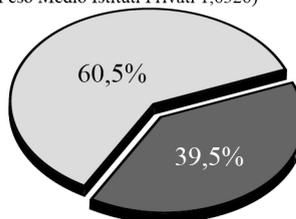
Fig. 2 – Ricoveri totali e attrattività extraregionale negli istituti ospedalieri di diritto pubblico e privato della Lombardia. Anno 2015 (in degenza ordinaria Ssn)

Ricoveri in Do Istituti Privati: 485.341



Ricoveri in Do Istituti Pubblici: 988.456

Attrattività Istituti Privati: 84.944
(Peso Medio Istituti Privati 1,6326)

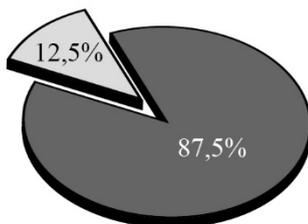


Attrattività Istituti Pubblici: 55.400
(Peso Medio Istituti Pubblici 1,3015)

Fonte: pubblicazione Regione Lombardia “Ricoveri in Lombardia anno 2015”

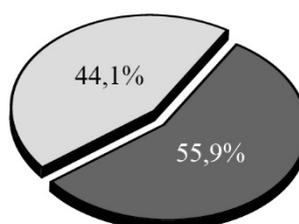
Fig. 3 – Ricoveri e attrattività extraregionale negli istituti ospedalieri di diritto pubblico e privato nell’Emilia Romagna. Anno 2015 – Day Hospital e degenza ordinaria (Ssn)

Ricoveri in Istituti Privati resid.
83.542



Ricoveri in Istituti Pubblici resid.
586.830

Attrattività Istituti Privati
47.579



Attrattività Istituti Pubblici
60.243

Fonte: dati Regione Emilia Romagna

che ben evidenzia un incremento della tendenza dei cittadini a cercare prestazioni al di fuori delle proprie regioni.

A questa domanda è stato dato risposta soprattutto dai privati, con “significativi aumenti” della propria offerta.

Testualmente la Conferenza rileva che *mentre la produzione pubblica (fra il 2013 e il 2015) ha registrato un decremento complessivo del 3% la produzione ascrivibile al privato accreditato mostra un incremento (pur con delle significative differenze fra regione e regione) pari all’11%.*

I valori economici della mobilità sono riportati nella tabella 4, che evidenzia come il fenomeno sia effettivamente in crescita, seppure in valori assoluti non preoccupanti per un fondo sanitario nazionale di più di 110 miliardi di euro, e con un costo nullo per lo Stato, dovendosi compensare questa spesa tra i bilanci regionali, nei quali anche questa opera è già stata finanziata dalla quota capitaria.

Tab. 4 – Valori della mobilità sanitaria interregionale

	2013	2014	2015
Degenza	2.941.272.669	2.977.126.895	3.022.882.901
Specialistica	591.430.506	612.541.872	629.888.524
Somm.azione farmaci*	225.178.578	248.871.194	271.623.401
Altro	169.691.315	176.527.243	179.940.099
<i>Totale</i>	<i>3.927.573.068</i>	<i>4.015.067.204</i>	<i>4.104.334.925</i>

(*) Esclusi farmaci epatite C.

Fonte: *Conferenza Stato Regioni 29.10.2016*

Parrebbe dunque logico che la Conferenza Stato Regioni si ponesse l’obiettivo di sviluppare in ogni Regione l’apporto del privato accreditato per incrementare l’offerta di qualità nella prospettiva di intercettare in modo più diffuso le scelte dei cittadini.

E invece l’accordo si propone il contrario, e afferma:

Il piano nazionale della mobilità dovrà superare la dimensione squisitamente finanziaria che ha caratterizzato il tema della mobilità negli ultimi anni e affrontare in maniera decisa l’appropriatezza dei flussi sanitari migratori, ponendo limiti precisi alla produzione degli erogatori privati sin dal 2017.

È una visione che si commenta da sola, e si connota con la rinuncia al tentativo di qualificare l’offerta, sia pubblica che privata accreditata, sostituendolo con l’apposizione di vincoli burocratici e normativi per impedire alla domanda di manifestarsi, nella più radicale negazione del diritto di libertà di scelta del luogo di cura.

D'altra parte, che questa reazione sia una specie di riflesso condizionato del declinante monopolio pubblico lo si legge in una proposta contenuta nello stesso accordo.

Per comprenderla bisogna premettere che, con una sorta di autolesionismo, le più recenti norme in materia di pubblica amministrazione hanno introdotto il divieto di utilizzo con forme di collaborazione libero-professionale dei dipendenti pubblici andati in pensione. Per la sanità, e probabilmente anche per molti altri settori di attività, si tratta di una assurda rinuncia ad avvalersi di professionisti anche di altissima capacità e universale prestigio, ancora perfettamente in grado di fornire al Paese un contributo di lavoro prezioso e spesso molto difficile da sostituire.

In sanità questi professionisti sono per lo più medici di riconosciuto valore, che trovano nella maggiore flessibilità degli erogatori di diritto privato l'opportunità di non abbandonare i tanti pazienti che continuano a rivolgersi a loro.

Certo, tutto questo è una deprivazione per la rete ospedaliera di diritto pubblico, ed una elementare logica vorrebbe che la Conferenza Stato Regioni, che raccoglie i governi regionali che sono anche i proprietari della maggioranza degli ospedali italiani, chiedesse con vigore l'abolizione di una norma inutile e nociva.

Il testo dell'accordo invece si attesta sull'esatto contrario:

Impegno comune delle Regioni deve essere quello di affrontare il tema dei professionisti collocati a riposo e che nel pubblico non possono più esercitare l'attività e che hanno trovato un ampio spazio nel settore privato, anche accreditato, le cui prestazioni restano comunque a carico del settore pubblico. In tal senso verrà predisposto uno specifico emendamento all'articolo 6 del DL 90/2014 convertito in Legge 11 agosto 2014, n. 114, in sede di Legge di bilancio, al fine di estendere il divieto ad operare nel settore privato accreditato.

Anche in questo caso i commenti sono superflui.

Si può solo aggiungere che la Legge di bilancio 2017 fortunatamente non ha accolto questa incredibile richiesta, lasciando a tutti il tempo di una più approfondita riflessione su quale possa essere il vero interesse del Ssn e soprattutto dei cittadini che vogliono esercitare con libertà e con fiducia il diritto alla salute.

Ma perché tutte queste contorsioni e questi paradossi? È legittimo tutto questo?

7. Ma tutto questo è legittimo?

Riduzione del finanziamento del Ssn, blocco del contributo del privato accreditato, blocco della mobilità interregionale, ostacoli alla possibilità di lavoro per i professionisti.

È ragionevole chiedersi se tutto questo è legittimo, se corrisponde al dovere dello Stato e delle sue articolazioni territoriali di tutelare nel migliore dei modi il diritto alla salute, se rispetta la dignità delle persone.

Sappiamo tutti che l'altissimo debito pubblico e le perduranti difficoltà finanziarie di uno Stato che deve rispondere a domande crescenti da parte dei cittadini, non solo riguardanti la salute, richiedono a volte più dolorosi sacrifici e richiedono a tutti equilibrio e senso di responsabilità.

A tutti. E senza venir meno al rispetto di regole e principi generali, che non debbono e non possono essere derogati.

A nostro avviso la norma che sta all'origine delle criticità che stiamo analizzando, quel comma 14 dell'art. 15 della Legge 135/2012 che in modo un po' colorito abbiamo chiamato "il cappio", quel blocco alla possibilità di utilizzare il privato accreditato per migliorare i sistemi sanitari regionali fermandone la possibilità di erogare prestazioni ai valori del 31-12-2011 meno il 2% *in aeternum*, è illegittima e anticostituzionale.

Ci sostiene in questa convinzione la recente sentenza 3 marzo 2016 n. 43 della Corte Costituzionale che ha stabilito che

gli interventi statali sull'autonomia di spesa delle Regioni sono consentiti, come principi di coordinamento della finanza pubblica, purché transitori, giacché in caso contrario essi non corrisponderebbero all'esigenza di garantire l'equilibrio dei conti pubblici in un dato arco temporale, segnato da peculiari emergenze, ma trasformerebbero in direttive strutturali sull'allocazione delle risorse finanziarie di cui la Regione è titolare, nell'ambito di scelte politiche discrezionali concernenti l'organizzazione degli uffici, delle funzioni e dei servizi (sentenza n. 36 del 2004).

Questa Corte ha perciò già dichiarato l'illegittimità costituzionale di analoghe previsioni (sentenza n. 79 del 2014), per un aspetto che peraltro non inficia la misura di finanza pubblica in sé, ma coinvolge esclusivamente la sua dimensione temporale, allo scopo di «assicurare la natura transitoria delle misure previste, e, allo stesso tempo, di non stravolgere gli equilibri della finanza pubblica, specie in relazione all'anno in corso» (sentenza n. 193 del 2012).

Sotto quest'ultimo profilo questa Corte ha già posto in evidenza la natura necessariamente pluriennale delle politiche di bilancio, che vengono scandite per mezzo della Legge di Stabilità lungo un arco di tempo di regola triennale (sentenza n. 178 del 2015 e n. 310 del 2013).

Nel caso di specie, il DL n. 66 del 2014 è intervenuto per correggere i conti pubblici con riferimento al periodo triennale inaugurato dalla Legge 27 dicembre

2013, n. 147 (*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – Legge di Stabilità 2014*), ovvero, in linea di principio e salva espressa disposizione contraria, dal 2014 al 2016.

Perciò questa Corte deve ripristinare la legalità costituzionale riconducendo la disposizione impugnata ad un corrispondente periodo transitorio di efficacia visto che esso è connaturato alle caratteristiche dell'intervento legislativo in cui la norma è collocata, e si desume perciò direttamente ed inequivocabilmente da quest'ultimo.

Nello specifico, la Corte afferma al punto 9 della sentenza citata

L'art. 14 commi 1 e 2, è censurato con riferimento agli artt. 117, terzo comma, e 119 Cost., anche nella parte in cui stabilisce che le misure preventive si applicano a decorrere dall'anno 2014, e assumono carattere permanente.

Dunque tutte le norme e le disposizioni che dal 2012 bloccano in tante Regioni la possibilità di elaborare efficaci interventi di miglioramento delle qualità utilizzando il privato accreditato, che rappresenta dove ben impiegato una risorsa preziosa, superata la crisi finanziaria dovrebbero decadere, nel rispetto di un rigoroso e ineccepibile orientamento giurisprudenziale così ben espresso dalla Corte Costituzionale.

E sulla base di queste alte considerazioni che AIOP ha chiesto negli ultimi mesi con forza a Governo e Parlamento, di intervenire a ripristinare la legittimità e rimuovere un pesante ostacolo allo sviluppo qualitativo del Ssn, che sempre più dovrà potersi servire di una pluralità di diversi erogatori per assicurare sostenibilità ed efficacia.

La nostra richiesta è stata quella di rimuovere le tre parole “a decorrere dal” che illegittimamente – a nostro giudizio – e irragionevolmente generano solo danni ai cittadini e al Servizio Sanitario delle Regioni italiane, e di farlo tempestivamente nell'ambito della Legge di bilancio 2017.

8. E adesso?

La nostra proposta si è incrociata con la crisi politica post-referendum, bloccata da una prassi parlamentare urgente ed eccezionale che ha portato alla approvazione della Legge di bilancio in un'unica seduta al Senato della Repubblica, senza emendamenti e senza tempo per discussioni e approfondimenti, con un Parlamento ed un Paese tutti tesi ad un futuro, oggi incerto, da costruire.

Nel momento in cui terminiamo la stesura di questo 14° Rapporto per darlo alla stampa il nuovo Governo muove i primi passi in direzioni che non si sono ancora evidenziate.

Ma per noi, come per tutti coloro che nei più diversi ruoli e con le più varie mansioni, con serietà e responsabilità, ogni giorno si confrontano con la vita reale, ogni giorno sorge il sole e ogni giorno chiede un rinnovato impegno.

La rete di aziende ospedaliere associate ad AIOP eroga in tutte le Regioni italiane decine di migliaia di prestazioni di ricovero e ambulatoriali ai pazienti che le chiedono con fiducia, e ha richieste superiori a quanto le viene concesso di offrire.

Con ogni probabilità non pochi cittadini che oggi devono migrare in altre regioni per trovare cure efficaci e affidabili potrebbero trovare risposte soddisfacenti sul proprio territorio, se il privato accreditato fosse messo in condizione di rispondere a questa domanda.

Ma il ripristino della libertà di scelta del luogo di cura per tutte le patologie e per tutte le regioni significa anche innescare un meccanismo virtuoso che, unito ad una vera e generale applicazione del pagamento a prestazione nel finanziamento di tutti gli erogatori pubblici e privati, può incentivare l'investimento, la competizione virtuosa e, lo sviluppo di centri e di reti di eccellenza, contribuendo in modo determinante a mantenere l'intero Ssn in linea con i migliori sistemi di welfare sanitario europeo.

L'esperienza di tutto il mondo mostra che questo non avviene senza un adeguato contributo di capitali e risorse umane da parte dell'imprenditorialità sanitaria, e per questo l'impegno di AIOP in difesa del Ssn e della presenza in esso dei propri associati rappresenta un valore per tutto il Paese.

Introduzione

Fare annualmente un bilancio dell'andamento del sistema ospedaliero richiede di tener conto dei fenomeni specifici che hanno caratterizzato gli ultimi dodici mesi e di verificare se essi siano riportabili ad un processo unitario di fondo che caratterizza l'intero sistema e che si sviluppa non solo nell'immediato ma anche nel medio periodo.

Si è davanti innanzitutto ad *un processo di deflazione da sottofinanziamento* che ad esempio è rilevabile negli ultimi tre anni, visto che la spesa sanitaria pubblica risulta stabilmente bloccata in Italia al 6,8% del Pil, mentre risulta significativamente più alta e in crescita quella relativa ai Paesi del G7 (8,2%). Con l'aggravante che il Pil italiano ha registrato i segni “-”, anno per anno, a causa della crisi e delle conseguenti politiche (salvo un +0,4% nel 2015). E ciò si è manifestato anche per la spesa ospedaliera pubblica complessiva, ferma in Italia al 3,9% del Pil¹.

Ma esiste anche *un processo di deflazione aggiunta derivante dall'inefficienza*, in quanto il sistema ospedaliero pubblico non riesce a “liberare” risorse come invece potrebbe, qualora fosse in grado di rivedere significativamente le proprie modalità organizzative e gestionali attuali: potendo così investire le risorse recuperate sul miglioramento delle strutture, delle attrezzature e dei servizi agli utenti. A questo proposito è stato stimato quest'anno il valore dei possibili “Sovraricavi” (mentre l'anno scorso si erano stimati i “Sovracosti”), con riferimento alla valorizzazione delle attività “a funzione”, riconosciuta alle Aziende Ospedaliere (tenendo presente i Conti Economici 2015) e quindi stimata anche per gli Ospedali a gestione diretta. Tali Sovraricavi, prudentemente valutati, sono compresi tra 2,6 e 3,2 miliardi di euro², su cui sarebbe necessario procedere con un'operazione combinata di efficientamento e di maggiore trasparenza. Ma queste cifre sono passibili di

¹ Cfr. Parte prima, paragrafo 2.3/Tavole 18 e 19, pagg. 105 e 106.

² Cfr. Parte prima, paragrafo 2.1/Tavola 14, pag. 82.

ulteriori aumenti a seguito dell'applicazione del riconoscimento forfetario delle attività "a funzione", le quali potrebbero arrivare sino ad un massimo del 30% dei ricavi da produzione ospedaliera totale³.

La difficoltà dell'ospedalità pubblica nel fare effettiva ristrutturazione e riorganizzazione secondo una logica di maggiore efficienza alimenta un'*ulteriore processo di deflazione a seguito del trasferimento di oneri economici e normativi ai soggetti di offerta di servizi ospedalieri privati accreditati nel loro complesso*.

Vale la pena ricordare a tale proposito che la spesa ospedaliera riconosciuta a tali soggetti si contrae – tra il 2010 e il 2014 – del 4,8% contro una crescita sia pure lieve (+0,8%) di quella riconosciuta alle strutture ospedaliere pubbliche⁴.

Ma è il caso anche di sottolineare che queste ultime utilizzano l'86,2% della spesa pubblica ospedaliera complessiva contro il 13,8% che afferisce invece agli ospedali privati accreditati nel loro complesso, i quali peraltro forniscono il 28,2% delle giornate di degenza complessive⁵.

E l'obiezione – che viene talvolta avanzata – riguardante le strutture private accreditate che sottrarrebbero risorse e offrirebbero per lo più prestazioni di modesta complessità richiede di precisare come in realtà:

- tali strutture contribuiscono a presidiare in maniera tutt'altro che marginale i diversi territori del Paese, visto che esse forniscono il 23,3% dei ricoveri totali per acuti in Italia (nell'anno 2014), ma arrivano a toccare anche quote molto più elevate in singole Regioni come nel caso della Lombardia (30,4%), della Puglia (32,4%), della Campania (34,1%) o del Lazio (45,9%)⁶. Senza contare che è lo stesso sistema ospedaliero pubblico (e non solo gli utenti) a prendere l'iniziativa, ricorrendo a strutture private accreditate per carenza di posti letto oppure al fine di liberare parte di questi ultimi (nel caso di alte specialità) a fronte di una domanda cui non si riesce a dare risposta in termini accettabili e/o con modalità appropriate;
- e inoltre le strutture private accreditate offrano prestazioni che risultano mediamente di più elevata complessità rispetto a quelle che fanno capo agli ospedali pubblici: il 17,5% dei ricoveri presso le strutture accreditate

³ In base al Decreto Ministeriale di attuazione dell'Art. 1, Comma 526 della Legge di Stabilità 2016, sulla base dell'Art. 8-sexies del D.Lgs 502/1992 e successive modificazioni (cfr. Parte prima, paragrafo 2.1.).

⁴ Cfr. Parte prima, paragrafo 2.3/Tavola 20, pag. 107.

⁵ Cfr. Parte prima, paragrafo 1.1/Figura 1 e Figura 2, pagg. 35 e 36.

⁶ Cfr. Parte prima, paragrafo 2.5/Tavola 24, pag. 116.

sono di questo tipo rispetto al 13,9% dei ricoveri presso quelle pubbliche, a cui è il caso di aggiungere che tale situazione si verifica in quasi tutte le Regioni italiane⁷.

Ma è evidente che trasferire sistematicamente oneri economici aggiuntivi sulla componente accreditata finisce con l'innescare anche per quest'ultima un processo di erosione dei servizi forniti agli utenti.

E infine esiste *un processo di deflazione da razionamento di fatto dei servizi offerti nell'ambito dell'ospedalità pubblica*. Quest'ultima infatti ha subito l'impatto dei provvedimenti di *spending review*, che si sono succeduti in questi anni di crisi (nel quadro delle politiche di austerità), mentre non è stata in grado di incorporare quote significative di efficienza, anche per le ben note rigidità che presenta il sistema pubblico (a partire dalla normativa che riguarda il personale). E la conseguenza è stata perciò quella di un razionamento dei servizi rivolti ai pazienti, che ha assunto forme diverse e cioè:

- da un lato, quella della riduzione dell'offerta, connessa ad esempio, nel periodo 2009-2014, alla riduzione del numero di posti letto (-9,2%), alla contrazione del numero di ricoveri (-18,3%) e alla diminuzione delle giornate di degenza (-14,0%), tendenze queste che comprendono certamente anche uno sforzo di maggiore appropriatezza delle prestazioni e di riconduzione delle dotazioni a standard internazionali, ma a ciò si è affiancata la contrazione, il ritardo o il peggioramento delle prestazioni fornite, accentuato anche dalla progressiva riduzione del personale che è diminuito di 45 mila unità (-9,0%) tra il 2010 e il 2014 (a seguito soprattutto delle mancate sostituzioni dei pensionamenti)⁸;
- e dall'altro, quello di un aumento degli oneri per gli utenti (valore dei ticket, ricorso a prestazioni *intramoenia* a pagamento, ricorso a prestazioni di tipo privato, aumento delle addizionali Irpef e allungamento delle liste di attesa)⁹: col risultato di spingere i pazienti e le loro famiglie a cercare soluzioni alternative presso l'ospedalità accreditata e quella del tutto privata o ricorrendo a strutture ospedaliere presenti in Regioni diverse da quella di residenza oppure addirittura a rimandare o a rinunciare alle cure¹⁰, queste ultime – tra l'altro – alimentano prospettive (tutte da valutare) di una certa preoccupazione sul possibile peggioramento nel medio periodo dello stato di salute della popolazione¹¹.

⁷ Cfr. Parte prima, paragrafo 2.5/Tavola 25, pag. 117

⁸ Cfr. Parte quarta, pag. 199 e segg.

⁹ Cfr. Parte prima, paragrafo 1.2/Tavole dalla 5 alla 9, pagg. 49, 51-52, 54, 55.

¹⁰ Cfr. Parte prima, paragrafo 1.3/Tavola 10, pagg. 58-59.

¹¹ Cfr. Parte prima, paragrafo 1.4/Tavola 12, pagg. 72-73.

A quanto appena ricordato si aggiunga che i Piani di rientro hanno applicato la logica economico-finanziaria, avente come obiettivo primario la riduzione dei costi. Ma questo ha avuto un impatto ancora più pronunciato sulla quantità e sulla qualità dei servizi. La separazione tra sanità “finanziaria” e sanità “reale” ha potuto dunque migliorare i conti, ma a scapito delle risposte fornite ai pazienti.

A questo punto bisogna prendere atto che il sentiero si sta facendo stretto, in quanto non si può ragionevolmente ritenere di gestire permanentemente un modello basato su un processo di tipo deflattivo che viene rafforzato dall’accumulazione progressiva dei disagi degli utenti, col rischio di una possibile ipoteca nei fatti del principio universalistico e solidale che – formalmente almeno – si continua a ribadire essere alla base del Sistema Sanitario Nazionale.

Diventa perciò necessario procedere ad una manutenzione straordinaria di quest’ultimo che deve saper reinterpretare il principio suddetto alla luce:

- di una inevitabile crescita di domanda di servizi a seguito *in primis* dell’invecchiamento progressivo della popolazione, ma anche di altri fattori connessi con maggiori flussi di informazione che creano attese sempre più ampie e diffuse (e peraltro non sempre necessariamente fondate) negli utenti;
- di una disponibilità di risorse economiche auspicabilmente maggiore (e magari più confrontabili con quelle di altri Paesi simili al nostro), anche se è più probabile che ci si trovi in una situazione di non automatica espansione di esse in modo da risultare coerente con l’espansione della domanda;
- di una divaricazione tra strutture di punta, caratterizzate da una elevata qualità delle prestazioni e strutture di tipo intermedio che non sempre riescono a garantire una qualità accettabile e diffusa dei servizi offerti (e un sistema “tiene” a condizione che il livello eccellente di alcuni ospedali si appoggi su un tessuto medio accettabile);
- e infine dell’esistenza di significative differenze interne tra strutture ospedaliere analoghe (siano esse di alto o di medio livello) quanto a capacità di efficientamento sul fronte gestionale e a capacità di pervenire ad esiti adeguati sul piano clinico.

Di conseguenza bisognerà far crescere l’abilità di fare di più e meglio con meno, riuscendo così a liberare risorse, oggi “bloccate” dalle difficoltà di procedere ad una ristrutturazione e riorganizzazione sostanziale delle strutture pubbliche.

In tale quadro una maggiore trasparenza dei bilanci delle strutture pubbliche aiuterebbe a misurare, anno per anno, gli impegni di revisione gestionale effettivamente messi in atto e permetterebbe di effettuare più adeguati

confronti tra prestazioni delle strutture ospedaliere pubbliche e di quelle private accreditate. Anche se a tutt'oggi si assiste ad un accumularsi di normative di controllo, nonché di certificabilità e di certificazione, che non sono seguite automaticamente dai comportamenti coerenti necessari¹².

In conclusione bisognerà ripensare lo stesso Patto con i Cittadini per quanto riguarda la tutela e la promozione della salute, in modo da tener conto delle mutate condizioni rispetto al passato, con in più una tendenza pronunciata della domanda orientata alla continua crescita e con la presenza di un'offerta ancora troppo irrigidita nel proprio modo di operare, nonché di una disponibilità più ridotta di risorse finanziarie pubbliche.

Per questo sarà necessario intraprendere un percorso evolutivo che, oltre all'efficientamento, conduca verso forme di Neo-Welfare, in cui far convergere le responsabilità e le risorse del pubblico con a fianco le responsabilità e le risorse dei cittadini (singoli ed associati), delle aziende (a loro volta singole ed associate), del mondo della rappresentanza degli interessi e di quello del Terzo Settore: questo allo scopo di ridisegnare un sistema di protezione e di promozione della salute che rispetti ancora il principio universalistico e solidale, ma che sia anche compatibile con le condizioni che viviamo oggi e che vivremo domani.

In tema di Patto con i Cittadini è il caso di ricordare che il 77% dei *care-giver*, appositamente intervistati per il Rapporto "Ospedali & Salute/2015", dichiarava che "sarebbe importante preservare al meglio il Sistema Sanitario di cui disponiamo, pur sapendo che non sarà più possibile dare tutto a tutti, poiché i bisogni crescono, anche per l'invecchiamento della popolazione e per le attese dei pazienti, mentre le risorse pubbliche certo non si espandono di conseguenza". E un parallelo 71% riconosceva che "è importante promuovere un nuovo sistema di welfare, in cui possano convergere le coperture pubbliche, le coperture assicurative private individuali, le coperture assicurative collettive, aziendali, di categoria o di territorio, allo scopo di creare una situazione di migliore equilibrio tra le esigenze crescenti delle persone e la possibilità di dare risposte eque e solidali nel loro complesso".

Bisogna dunque uscire dalla trappola deflattiva che oggi finisce col punire gli utenti più deboli e col delegittimare il sistema attraverso il suo progressivo logoramento nei fatti (oltre che nella percezione delle persone), specialmente quando si considerino le prestazioni fornite da strutture di tipo medio.

L'esercizio di far convergere i bisogni dei cittadini con le risposte (rinnovate) del Sistema Sanitario Nazionale costituisce – ed è bene ribadirlo –

¹² Cfr. Parte prima, paragrafo 2.2.

una parte fondamentale del necessario processo di ricostruzione del ruolo delle istituzioni, la cui adeguatezza è condizione essenziale per ristabilire il consenso e la fiducia tra cittadini e classi dirigenti, che mai come oggi sembrano essersi particolarmente consumati.

Nadio Delai
Presidente Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema

Parte prima

*Più razionamento della domanda
che non efficientamento dell'offerta*

1. Il rischio di “deflazionare” i servizi e insieme gli atteggiamenti e i comportamenti degli utenti

1.1. Un presidio che permane malgrado le difficoltà

L’analisi critica di ciò che non funziona e le eventuali proposte di miglioramento dell’esistente si riferiscono – ed è bene ricordarlo sempre come premessa – ad un sistema che resta comunque ben posizionato all’interno dei confronti internazionali, stante le restrizioni in tema di spesa pubblica da parte dei principali Paesi e il conseguente ripensamento delle coperture sanitarie fornite ai cittadini.

Le caratteristiche specifiche del sistema misto pubblico/privato che connota la realtà italiana hanno bisogno di essere colte innanzitutto nella loro complessità tipologica rispetto alle strutture operanti all’interno di tale sistema.

Esistono innanzitutto le strutture pubbliche a cui fanno capo le Aziende Ospedaliere, gli Ospedali a gestione diretta delle Asl e le Aziende Ospedaliere integrate con l’università: la grande parte della spesa ospedaliera pubblica corrente (circa il 76%) interessa le strutture menzionate. A queste se ne aggiungono altre e cioè i Policlinici universitari pubblici non Aziende Ospedaliere, gli Irccs pubblici e Fondazioni Pubbliche, gli Istituti qualificati presidio Usl e gli Enti di ricerca, i quali rappresentano complessivamente un altro 10% della spesa ospedaliera corrente di origine pubblica.

Alle strutture precedenti si aggiungono poi le case di cura accreditate, i Policlinici universitari privati, gli Irccs privati e gli ospedali ecclesiastici classificati: a questi fa capo il restante 14% della spesa ospedaliera corrente del Sistema Sanitario Nazionale.

Nell’anno 2014 (ultimi dati disponibili) tale universo raggiunge i 198.904 posti letto, distribuiti per il 70,3% (pari a 139.739 unità) nell’ospedalità pubblica e per il 29,7% (pari a 59.165 unità) nell’ospedalità privata accreditata nel suo complesso (fig. 1). Mettendo a confronto i due insiemi di posti letto si comprende come il sistema assuma a tutti gli effetti le caratteristiche di

una realtà mista, con una prevalenza pubblica ma con una presenza privata più che significativa, come del resto aveva riconosciuto e previsto il D.Lgs 502/1992.

Le strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate sono complessivamente 1.069 (anno 2013), con una prevalenza delle seconde (55,4%) rispetto alle prime (44,6%). Gli ospedali pubblici sono concentrati un po' più nel Centro-Nord (per il 54,1%), mentre gli ospedali privati accreditati risultano maggiormente presenti nel Centro-Sud (59,3%), come evidenzia la seconda parte della figura 1.

Ma il confronto tra il numero di ospedali e il numero dei posti letto consente di pervenire ad un'informazione più articolata:

<i>Ripartizioni geografiche</i>	<i>Ospedali pubblici</i>			<i>Ospedali privati accreditati</i>		
	<i>N. osp.</i>	<i>N. posti letto</i>	<i>Posti letto N. osp.</i>	<i>N. osp.</i>	<i>N. posti letto</i>	<i>Posti letto N. osp.</i>
Nord	152	72.093	474	241	27.588	114
Centro	106	25.912	244	132	13.390	101
Sud	219	41.734	191	219	18.187	83
Totale	477	139.739	293	592	59.165	100

Nella figura 2 sono esposti invece i flussi delle degenze e i flussi di spesa, con riferimento all'anno 2014.

Per quanto riguarda le giornate di degenza, esse risultano essere complessivamente 61,8 milioni nel 2014 contro i 62,9 nel 2013 (-1,8%), i 65,2 nel 2012 e i 67,9 nel 2011, con una diminuzione pari al 9,0% tra il 2011 e il 2014.

Sempre nell'anno 2014 tali giornate si ripartiscono per il 71,8% negli ospedali pubblici e per il restante 28,2% negli ospedali privati accreditati nel loro complesso.

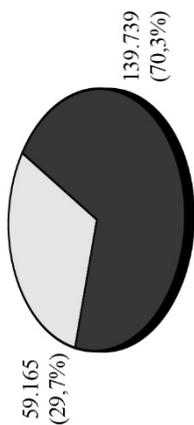
La distribuzione delle giornate di degenza dal punto di vista territoriale, distinti per tipologia di istituto è la seguente:

<i>Ripartizioni geografiche</i>	<i>N. di giornate di degenza negli ospedali pubblici</i>		<i>N. di giornate di degenza negli ospedali privati accreditati</i>	
	<i>In milioni</i>	<i>%</i>	<i>In milioni</i>	<i>%</i>
Nord	23,2	52,4	8,1	46,6
Centro	8,0	18,0	4,0	22,9
Sud	13,2	29,6	5,3	30,5
Totale	44,4	100,0	17,4	100,0

Va anche sottolineato che continua il processo di contrazione delle giornate di degenza nel 2014 rispetto al 2013, con una diminuzione negli ospedali pubblici (-2,7%) e una lieve crescita negli ospedali accreditati (+0,5%). In precedenza la diminuzione delle giornate di degenza negli ospedali pubblici è stata del -4,1%, mentre negli ospedali accreditati del -3,5%, con riferimento

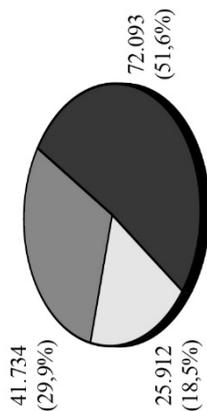
Fig. 1 – Quadro sintetico degli aggregati del sistema ospedaliero del Paese: posti letto e istituti (Anno 2013)

Numero totale dei posti letto negli ospedali pubblici e negli ospedali privati accreditati (nel loro complesso)
198.904



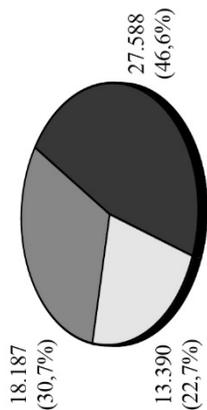
■ Ospedali pubblici (esclusi i pubblici assimilati)
□ Ospedali privati accreditati (nel loro complesso)

Numero dei posti letto degli ospedali pubblici, sul territorio



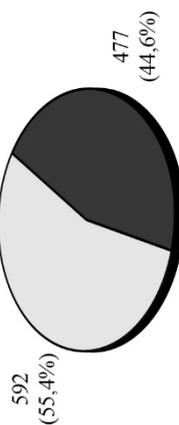
■ Nord
□ Centro
■ Sud

Numero dei posti letto degli ospedali privati accreditati (nel loro complesso), sul territorio



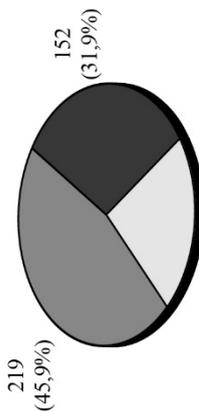
■ Nord
□ Centro
■ Sud

Numero totale degli ospedali pubblici e privati accreditati (nel loro complesso)
1.069



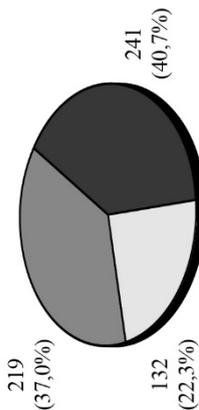
■ Ospedali pubblici (esclusi i pubblici assimilati)
□ Ospedali privati accreditati (nel loro complesso)

Numero totale degli ospedali pubblici, sul territorio



■ Nord
□ Centro
■ Sud

Numero totale degli ospedali privati accreditati (nel loro complesso), sul territorio

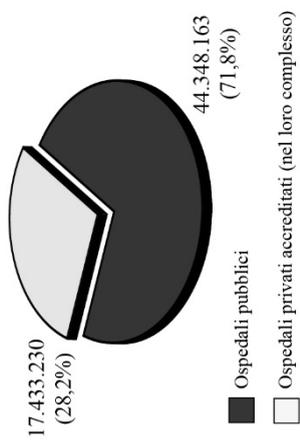


■ Nord
□ Centro
■ Sud

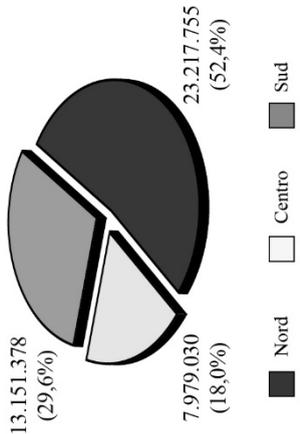
Fonte: elaborazioni Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Fig. 2 – *Quadro sintetico degli aggregati del sistema ospedaliero del Paese: giornate di degenza e spesa (Anno 2014)*

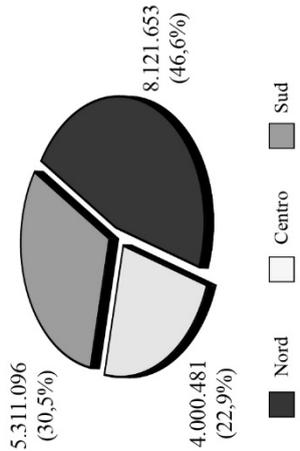
Numero totale delle giornate di degenza negli ospedali pubblici e privati accreditati (nel loro complesso): 61.781.393



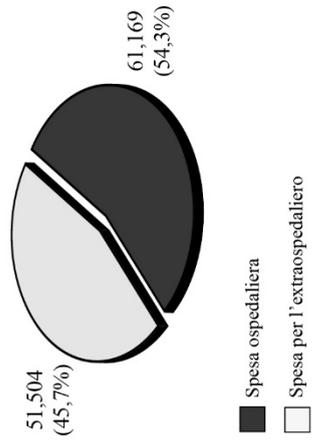
Numero totale delle giornate di degenza negli ospedali pubblici, sul territorio



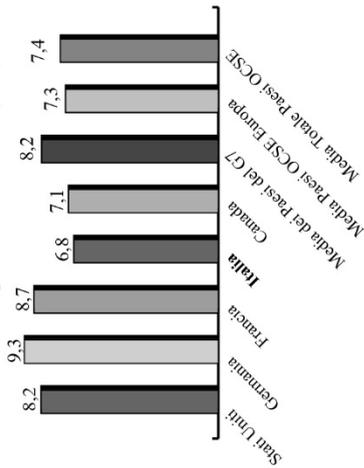
Numero totale delle giornate di degenza negli ospedali privati accreditati (nel loro complesso), sul territorio



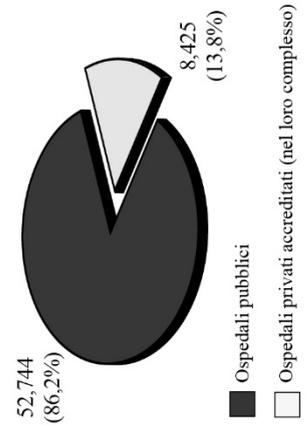
Spesa sanitaria pubblica totale: 112,673 miliardi di euro (2014)



Incidenza della spesa sanitaria sul PIL (2014)

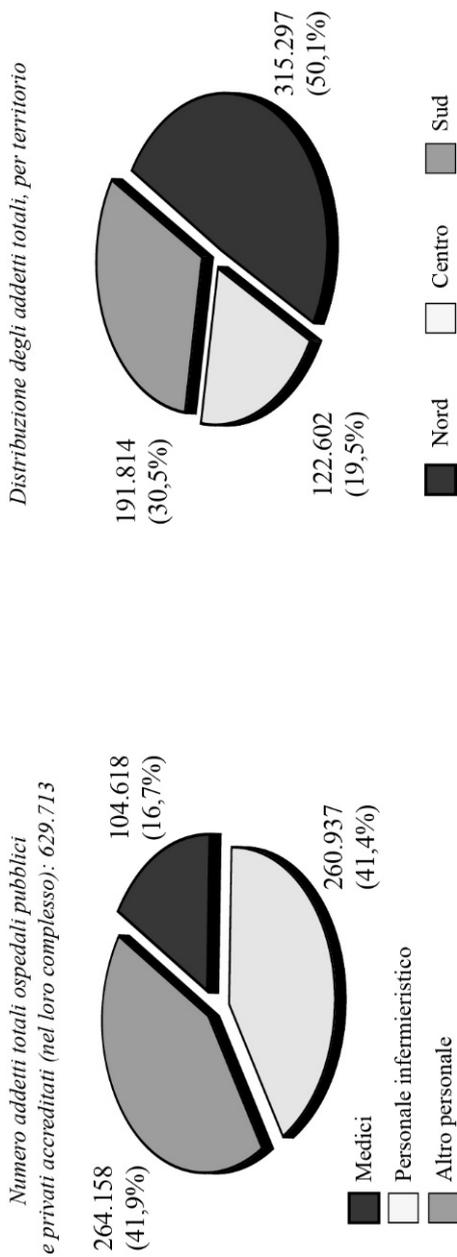


Spesa per gli ospedali pubblici e per gli ospedali privati accreditati (nel loro complesso): 61,169 miliardi di euro



Fonte: elaborazioni Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Fig. 3 – Quadro sintetico degli aggregati del sistema ospedaliero del Paese: addetti totali (Anno 2012)



Fonte: elaborazioni Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

al 2012 rispetto al 2011 a cui ha fatto un -3,8% nel pubblico e un parallelo -2,9% nell'accreditato con riferimento invece all'anno 2013.

Se si considera adesso il flusso delle risorse (cfr. seconda parte della figura 2) si possono avanzare le seguenti considerazioni:

- a) la suddivisione della spesa sanitaria pubblica totale (112,673 miliardi di euro nel 2014) risulta più concentrata – come di consueto – sulla componente ospedaliera (nella misura del 54,3%) rispetto a quella extraospedaliera (45,7%): l'incidenza della spesa ospedaliera sul totale (sulla base delle stime effettuate) ruota più o meno attorno ad analoghe percentuali visto che era del 54,5% nel 2011, del 54,3% nel 2012, scende al 54,2% nel 2013 per tornare al 54,3% nel 2014;
- b) l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul Pil nazionale colloca l'Italia permanentemente al punto più basso (6,8%) rispetto alla media dei Paesi del G7 (8,2%), alla media dei Paesi Ocse-Europa (7,3%) e a quella totale dei Paesi Ocse (7,4%). Ma è bene ricordare, in aggiunta, che il nostro Paese resta sotto di 2,5 punti per quanto riguarda l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul Pil, rispetto alla Germania e di 1,9 punti rispetto alla Francia. Inoltre va sottolineato che rispetto all'anno precedente l'Italia resta ferma sulla percentuale del 6,8% (che peraltro risulta essere in diminuzione costante poiché era il 7,2% nel 2010, il 7,0% nel 2011 e il 6,9% nel 2012). E questo è avvenuto e avviene in presenza di una contrazione prima e di un lievissimo aumento dopo del Pil nazionale, con riferimento agli ultimi anni: con ciò manifestando come l'Italia investa nettamente meno risorse pubbliche rispetto agli altri partner dell'area Ocse (sia in percentuale sia tenuto conto del livello del Pil), pur permanendo all'interno di un sistema universalistico e solidale sia pure con un progressivo logoramento come è stato sottolineato nelle pagine che seguono del presente Rapporto;
- c) la spesa ospedaliera pubblica complessiva (61,169 miliardi di euro nel 2014) si ripartisce per l'86,8% in favore delle strutture pubbliche e per il 13,8% in favore di quelle private accreditate nel loro complesso: la quota di queste ultime era del 14,4% nel 2011, è scesa al 13,6% nel 2013 e risulta lievemente ritoccata in su al 13,8% nel 2014, con una tendenziale erosione dunque della componente accreditata complessiva rispetto a quella pubblica. Ma se si guarda specificamente agli ospedali privati (case di cura accreditate) la percentuale è in riduzione passando dal 7,3% del 2010-2011, al 7,2% nel 2012 e al 7,0% nel 2013 e 2014.

Si tenga presente, proprio a partire da questa ultima osservazione, che se si mette a confronto l'incidenza della spesa dedicata al privato accreditato nel suo complesso (13,8% nel 2014) con l'incidenza delle giornate di degenza fornite dal privato stesso (28,2% del totale) non si può che prendere

atto di una situazione in cui la componente accreditata del sistema misto attuale svolga un ruolo rilevante, offrendo in proporzione il doppio delle giornate di degenza rispetto alla spesa come conseguenza di una gestione più efficiente (e con costi decrescenti per il pubblico nel corso del tempo). A questo si deve anche aggiungere che il confronto tra il livello di complessità delle prestazioni fornite dal pubblico e, in particolare, dalle case di cura accreditate evidenzia sì una crescita media da parte dell'intero sistema ospedaliero, ma con un posizionamento sovente migliore proprio per le case di cura accreditate rispetto alle strutture pubbliche.

Infine la figura 3 fornisce un'idea complessiva delle risorse umane che svolgono la loro attività all'interno del sistema ospedaliero misto. Si è davanti nel 2012 (ultimi dati disponibili) a 629.713 unità, con una contrazione del -2,1% rispetto al 2011, in cui si era già in presenza di una diminuzione del -0,5% rispetto al 2010. Il 16,7% del totale del personale è costituito da medici (104.618 unità), il 41,4% è formato da personale infermieristico (260.937 unità) ed infine il 41,9% comprende il rimanente personale (264.158 unità).

La distribuzione del personale rispetto al territorio rispecchia il peso dell'attività ospedaliera collocata nel Centro-Nord, cui corrisponde il 69,6% delle risorse professionali impiegate (50,1% nel Nord + 19,5% nel Centro), cui si aggiunge il personale del Mezzogiorno (col 30,5% del totale).

La visione di insieme del sistema ospedaliero italiano così come è stata descritta nelle pagine precedenti viene ribadita nella sostanza anche dalla percezione che ne hanno i cittadini.

Questi infatti sottolineano, oltre che nei comportamenti anche nelle opinioni, come si riconoscano nel sistema ospedaliero misto pubblico/privato. Peraltro esso affonda le sue radici nella normativa che risale indietro nel tempo e cioè al D.Lgs 502/1992, ma è soprattutto un sistema misto di fatto in quanto i cittadini vi si relazionano con una modalità del tutto consapevole.

Infatti le opinioni dei cittadini, raccolte attraverso le indagini appositamente condotte anno per anno per il presente Rapporto, mettono in luce come per più di 8 intervistati su 10 (cfr. tavola 1):

- “l'ospedale privato accreditato faccia parte del sistema ospedaliero complessivo e pertanto quando ci si deve ricoverare non si considera se la struttura è pubblica o privata accreditata, bensì si valutano altri fattori come la presenza della specializzazione, la qualità delle prestazioni, la vicinanza rispetto a casa, ecc.” (80,5% di accordo nel 2016);
- ma anche come “lo Stato dovrebbe utilizzare al meglio tutte le strutture ospedaliere presenti sul territorio siano esse pubbliche o private accreditate, al fine di permettere al cittadino di poter scegliere nella maniera migliore, a seconda delle sue necessità, possibilità ed opinioni” (90,6% di accordo nel 2016);

- ed infine, “Regioni e Asl dovrebbero investire in opportune campagne di informazione del cittadino per favorire una sua effettiva libera scelta, visto che si conosce ancora poco delle diverse opportunità di ricovero che offre l’ospedalità privata accreditata” (79,3% di consenso nel 2016).

Va anche osservato che proprio nell’indagine del 2016 si manifesta, vicino alla costante tenuta di un livello di accordo elevato rispetto alle affermazioni contenute nella tavola 1, un atteggiamento che fa intuire proprio un maggior bisogno informativo: è infatti in lieve contrazione di consenso la percentuale relativa alla prima osservazione (80,5% nel 2016 contro 82,4% nel 2015, 83,1% nel 2014, 82,4% nel 2013 e percentuali ancora maggiori in precedenza), mentre cresce quella relativa alla seconda affermazione (90,6% nel 2016 contro 88,2% nel 2015, 88,7% nel 2014, 88,1% nel 2013) e tiene sostanzialmente per quanto riguarda la terza affermazione (79,3% nel 2016, 79,7% nel 2015, 78,4% nel 2014, 77,1% nel 2013).

Al di là delle possibili disfunzioni di cui è giusto dar conto e per le quali bisogna lavorare per migliorare la situazione, le strutture pubbliche e quelle accreditate riescono tuttavia a fornire delle prestazioni mediamente di buon livello, pur in presenza di differenze tra ospedali maggiormente qualificati ed efficienti ed ospedali meno qualificati e meno efficienti (e questo non solo mettendo a confronto il Nord col Sud del Paese, ma anche i diversi ospedali all’interno delle singole Regioni).

Per essere più precisi è bene tener conto dei livelli di complessità delle prestazioni ospedaliere fornite dalle diverse tipologie di strutture, sulla base di due indicatori fondamentali: quello del *Peso medio* e quello del *Case mix*.

Se si considera il primo dei due indicatori e cioè quello del *Peso medio*¹ si possono paragonare le prestazioni degli istituti pubblici con quelle degli ospedali privati (case di cura accreditate), da cui emerge che (tav. 2):

- a) l’indicatore medio nazionale degli istituti pubblici e quello degli ospedali privati accreditati risulta essere costantemente in crescita negli anni

¹ Il peso medio costituisce un indicatore sintetico del livello di complessità delle patologie trattate (casistica). Esso è costruito come media dei pesi relativi attribuiti ad ogni raggruppamento di pazienti (attraverso i DRG), ponderato con la rispettiva numerosità di dimissioni. La formula di calcolo relativa è la seguente:

$$\text{Peso medio} = \frac{\sum_{g=1}^{579} (a_g \cdot N_{gh})}{\sum_{g=1}^{579} N_{gh}}$$

dove: a_g = peso relativo specifico per ciascun DRG;
 N_{gh} = numero di dimessi appartenenti al DRG in un istituto di cura o in un gruppo di istituti.

compresi tra il 2011 e il 2014: per i primi si passa infatti da 1,12 nel 2011 a 1,20 nel 2014 e per i secondi da 1,17 a 1,28 nello stesso periodo (con una lievissima contrazione nel 2014. Ma bisogna anche aggiungere che, essendo disponibili i dati 2015 relativi agli ospedali privati accreditati Aiop, si assiste ad un recupero netto dell'indicatore di *Peso medio* che da 1,28 del 2014 si posiziona a 1,32 nel 2015;

- b) va poi osservato che l'indicatore risulta essere sempre migliore, anno per anno, qualora ci si riferisca alle case di cura accreditate Aiop rispetto agli ospedali pubblici. Questo conferma come il maggior livello di complessità non debba necessariamente far capo agli ospedali pubblici, poiché esistono sul territorio strutture private accreditate altrettanto o addirittura maggiormente valide di quelle pubbliche;
- c) se poi si guarda agli indicatori Regione per Regione nell'anno 2014, è possibile vedere che le realtà che riescono a collocarsi in ambito pubblico al di sopra della media nazionale dell'indicatore di *Peso medio* (1,20) sono in ordine decrescente:
- la Toscana (1,31);
 - il Piemonte (1,29);
 - la Liguria (1,26);
 - il Friuli Venezia Giulia (1,25);
 - le Marche (1,24);
 - il Veneto (1,23);
 - l'Emilia Romagna (1,22).

E inoltre si vede come gli indicatori di *Peso medio* di tutte le Regioni meridionali non superino l'1,20. E analogamente l'indice di *Peso medio* supera la media nazionale pari a 1,28, nel caso degli ospedali accreditati, nelle Regioni che seguono, sempre in ordine decrescente:

- Liguria (2,64);
- Piemonte (1,61);
- Toscana (1,59);
- Lombardia (1,49);
- Puglia (1,44);
- Veneto (1,37);
- Emilia Romagna (1,33);
- Umbria (1,30).

Come si vede in ben 5 Regioni (Piemonte, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Veneto) si supera la media nazionale dell'indicatore di *Peso medio* sia nel mondo delle strutture accreditate sia in quelle pubbliche, a conferma del fatto che un buon contesto territoriale riesce a generare complessivamente più qualità sia nell'una che nell'altra tipologia. Inoltre è

Tav. 1 – Il costante riferimento ad un sistema ospedaliero misto pubblico/privato da parte dei cittadini (val. %)

Fenomeni	Dati										
	2005	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
– “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” espressi dei cittadini, al netto dei “Non so”) ¹⁾ ”	86,3	89,7	88,3	89,1	88,6	85,9	82,4	83,1	82,4	80,5	
– “Lo Stato dovrebbe utilizzare al meglio tutte le strutture ospedaliere presenti sul territorio (pubbliche e private), per permettere al cittadino di poter scegliere nella maniera migliore a seconda delle sue necessità, possibilità ed opinioni (Giudizi “molto + abbastanza d’accordo” espressi dei cittadini, al netto dei “Non so”) ¹⁾ ”	89,6	82,8	84,0	90,1	90,1	90,7	88,1	88,7	88,2	90,6	
– “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’ospitalità privata accreditata” (Giudizi “molto + abbastanza d’accordo” espressi dei cittadini, al netto dei “Non so”) ¹⁾ ”	78,6	80,8	84,3	80,8	80,3	80,4	77,1	78,4	79,7	79,3	

(1) Cfr. tabella 14/Parte seconda, pagg.152-153.

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

anche il caso di sottolineare che la Puglia, nel campo accreditato, presenta un indicatore di *Peso medio* (1,44) fra i più consistenti, come unico caso delle Regioni del Mezzogiorno;

- d) inoltre in quasi tutte le Regioni l'indice di *Peso medio* per l'anno 2014 risulta superiore negli ospedali privati accreditati rispetto a quelli pubblici salvo il caso delle due Province Autonome di Trento e di Bolzano (dove il privato peraltro è del tutto marginale) a cui si aggiungono il Lazio, la Campania e la Sardegna;
- e) e infine gli indicatori di *Peso medio* più elevato sono presenti tipicamente nelle Regioni del Centro-Nord sia per gli istituti pubblici che per quelli privati accreditati (con l'eccezione appunto della Puglia che si colloca fra quelli di maggiore qualità, pur trovandosi nel Mezzogiorno).

A questo punto si può passare a considerare il livello di complessità delle prestazioni misurato attraverso il secondo tipo di indicatore, quello del cosiddetto *Case mix*².

I valori contenuti nella tavola 3 consentono di avanzare le seguenti considerazioni (tav. 3):

- a) si è in presenza di una tendenziale stabilizzazione del valore di tale indicatore per entrambe le tipologie di strutture, visto che esso era, per gli istituti pubblici, pari a 1,00 nel 2011 e così viene confermato per il 2012, mentre si contrae lievemente per il 2013 e per il 2014 a 0,98; per ciò che concerne gli ospedali privati accreditati si verifica invece un andamento

² L'indice di *Case-mix* costituisce un secondo indicatore sintetico (più articolato) del livello di complessità delle patologie trattate. Esso esprime la complessità della casistica trattata da un reparto, da una struttura o da un settore, rispetto alla complessità della casistica dell'intero sistema ospedaliero regionale o nazionale. Livelli di *case-mix* superiori ad 1 sono associati ad una complessità più elevata rispetto alla media del sistema di riferimento. La formula di calcolo relativa è la seguente:

$$\text{Indice di case-mix} = \frac{\left[\sum_{g=1}^{579} (a_g \cdot N_{gh}) \right] : \sum_{g=1}^{579} N_{gh}}{\left[\sum_{g=1}^{579} (a_g \cdot N_{gr}) \right] : \sum_{g=1}^{579} N_{gr}}$$

dove: a_g = peso relativo specifico per ciascun DRG;

N_{gh} = numero di dimessi appartenenti al DRG in un istituto di cura o in un gruppo di istituti;

N_{gr} = numero di dimessi appartenenti al DRG nel sistema che si prende come riferimento (es. regione, totale nazionale).

Si ricorda che l'indice di *case-mix* viene ponderato con la complessità della casistica dell'intero sistema ospedaliero regionale, mentre l'indice di *peso medio* risulta ponderato solo con il numero delle dimissioni: di conseguenza l'indicatore di *peso medio* finisce col ridurre l'ambito di variabilità dell'indicatore stesso che deve tener conto della situazione di contesto.

un po' oscillante dell'indicatore di *Case mix*, visto che era pari a 1,05 nel 2011, sale a 1,08 nel 2012 per poi contrarsi a 1,07 nel 2013 e a 1,05 nel 2014;

- b) in tutti i casi l'indicatore di *Case mix* medio nazionale degli ospedali privati accreditati risulta sempre superiore a quello che caratterizza gli istituti pubblici, come si può verificare confrontando i dati dell'ultima riga della tavola 3;
- c) le realtà regionali che riescono a superare la media nazionale degli istituti pubblici (0,98 nel 2014) sono le seguenti, in ordine decrescente:
- Toscana (1,08);
 - Piemonte (1,05);
 - Liguria (1,03);
 - Friuli Venezia Giulia e le Marche (1,02 per entrambe);
 - Emilia Romagna, Lazio e Veneto (tutte con un indicatore pari a 1,00);
 - Basilicata (0,99).

Lo stesso esercizio, applicato agli ospedali privati accreditati (e sempre per l'anno 2014) vede una media del *Case mix* nazionale pari a 1,05, mentre le Regioni che superano tale valore sono, in ordine decrescente:

- Liguria (2,16);
 - Piemonte (1,32);
 - Toscana (1,30);
 - Lombardia (1,24);
 - Puglia (1,18);
 - Veneto (1,12);
 - Emilia Romagna (1,09);
 - Molise (1,08);
 - Umbria (1,06);
- d) il *Case mix* superiore alla media nazionale si trova rigidamente nelle Regioni del Centro-Nord e così avviene per gli ospedali pubblici, salvo, per un soffio, la Basilicata (indice di *Case mix* 0,99 contro la media nazionale 0,98);
- e) e infine il confronto tra l'indice di *Case mix* degli istituti pubblici e quello degli istituti privati accreditati, con le Regioni individuate come migliori nel precedente punto c), evidenzia un posizionamento più elevato sempre per le strutture Aiop rispetto a quelle pubbliche.

In ogni caso, al di là dell'indicatore di *Peso medio* e di quello di *Case mix* esistono anche altri indicatori che possono essere utilizzati allo scopo di misurare il livello delle prestazioni fornite dalle diverse tipologie di ospedali. Nella tavola 4 sono stati indicati 16 DRG di alta specialità, per i quali viene riportata la corrispondente incidenza su 1.000 pazienti dimessi, sempre con

Tav. 2 – La qualità delle prestazioni, misurata attraverso il Peso medio. Anni 2011-2015

Regioni	Istituti pubblici				Ospedali privati (case di cura Accreditate) Aiop				
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2015
– Piemonte	1,15	1,28	1,29	1,29	1,54	1,59	1,58	1,61	1,65
– Lombardia	1,11	1,22	1,18	1,19	1,40	1,45	1,47	1,49	1,55
– P.A. di Bolzano	1,00	1,08	1,09	1,09	0,94	0,88	0,86	0,80	0,78
– P.A. di Trento	1,07	1,17	1,19	1,18	0,78	0,78	0,99	0,97	0,97
– Veneto ^(a)	1,13	1,21	1,21	1,23	1,25	1,26	1,35	1,37	1,42
– Friuli Venezia Giulia	1,14	1,23	1,23	1,25	1,05	1,10	1,21	1,26	1,30
– Liguria	1,13	1,22	1,25	1,26	2,45	2,61	2,60	2,64	2,80
– Emilia Romagna	1,10	1,21	1,21	1,22	1,30	1,32	1,34	1,33	1,34
– Toscana	1,16	1,29	1,30	1,31	1,49	1,49	1,56	1,59	1,69
– Umbria	1,05	1,18	1,19	1,20	1,16	1,16	1,18	1,30	1,43
– Marche	1,10	1,22	1,24	1,24	1,13	1,15	1,26	1,26	1,30
– Lazio	1,09	1,19	1,21	1,22	1,10	1,08	1,10	1,11	1,19
– Abruzzo	1,05	1,12	1,14	1,15	1,32	1,27	1,29	1,28	1,29
– Molise	1,08	1,16	1,03	1,04	1,08	1,08	1,13	1,32	1,19
– Campania	1,03	1,14	1,17	1,17	0,98	1,03	1,04	1,02	1,05
– Puglia	0,99	1,08	1,06	1,08	1,41	1,44	1,54	1,44	1,50
– Basilicata	1,09	1,20	1,22	1,20	-	-	-	-	-
– Calabria	0,95	1,04	1,05	1,07	0,99	1,04	1,31	1,26	1,42
– Sicilia	1,04	1,13	1,15	1,15	0,88	1,18	1,20	1,16	1,12
– Sardegna	0,98	1,08	1,09	1,11	0,91	0,84	0,85	0,86	0,88
– Italia	1,12	1,18	1,19	1,20	1,17	1,25	1,29	1,28	1,32

Tutti i valori degli indicatori sono allineati alla versione DRG CMS 24.0 adottata dal Ministero della Salute a partire dall'anno 2009. Tale versione si articola su 538 DRG e fa riferimento alla classificazione ICD-9-CM (*International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification*) dell'anno 2007 per la codifica delle malattie, dei traumasmi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche.

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

(b) Il peso medio elevato è legato alla presenza di 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*

Tav. 3 – Il confronto tra istituti pubblici e ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop, sulla base del Cass-mix delle prestazioni effettuate. Anni 2011-2014

Regioni	Istituti pubblici				Ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
– Piemonte	1,07	1,07	1,07	1,05	1,39	1,38	1,31	1,32
– Lombardia	1,03	1,02	0,98	0,98	1,26	1,26	1,24	1,24
– P.A. di Bolzano	0,93	0,91	0,90	0,89	0,85	0,77	0,71	0,65
– P.A. di Trento	0,99	0,98	0,99	0,97	0,70	0,68	0,82	0,80
– Veneto ^(a)	1,04	1,02	1,00	1,00	1,12	1,09	1,12	1,12
– Friuli Venezia Giulia	1,05	1,03	1,02	1,02	0,94	0,95	1,01	1,04
– Liguria ^(b)	1,05	1,03	1,03	1,03	2,20	2,24	2,15	2,16
– Emilia Romagna	1,02	1,01	1,00	1,00	1,17	1,16	1,11	1,09
– Toscana	1,08	1,08	1,07	1,08	1,34	1,30	1,29	1,30
– Umbria	0,98	0,99	0,99	0,98	1,05	1,01	0,98	1,06
– Marche	1,02	1,02	1,02	1,02	1,01	1,00	1,04	1,03
– Lazio	1,00	1,00	1,00	1,00	0,98	0,94	0,91	0,91
– Abruzzo	0,96	0,95	0,94	0,95	1,18	1,10	1,07	1,05
– Molise	0,99	0,98	0,85	0,85	0,97	0,94	0,93	1,08
– Campania	0,95	0,96	0,97	0,96	0,88	0,89	0,86	0,84
– Puglia	0,91	0,91	0,88	0,89	1,27	1,26	1,27	1,18
– Basilicata	1,02	1,01	1,01	0,99	-	-	-	-
– Calabria	0,88	0,87	0,87	0,88	0,89	0,90	1,09	1,03
– Sicilia	0,96	0,95	0,95	0,94	0,79	1,02	1,00	0,95
– Sardegna	0,91	0,91	0,90	0,91	0,82	0,73	0,70	0,70
Totale	1,00	1,00	0,98	0,98	1,05	1,08	1,07	1,05

Tutti i valori degli indicatori sono allineati alla versione DRG CMS 24.0 adottata dal Ministero della Salute a partire dall'anno 2009. Tale versione si articola su 538 DRG e fa riferimento alla classificazione ICD-9-CM (*International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification*) dell'anno 2007 per la codifica delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche.

(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*

Tav. 4 – La qualità delle prestazioni ospedaliere pubbliche e private, misurata dall'incidenza dei DRG^(*) di alta specialità^(a)

DRG		Istituti pubblici (Incidenza su 1.000 dimessi)					Ospedali privati (case di cura accreditate) – Atop (Incidenza su 1.000 dimessi)				
		2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	
104	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	1,370	1,019	1,061	5,190	5,645	5,273				
105	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	1,602	1,319	1,411	2,562	2,586	2,531				
106	Bypass coronarico con PTCA	0,031	0,023	0,026	0,117	0,317	0,181				
108	Altri interventi cardiotoracici	0,591	0,461	0,426	0,868	0,894	0,813				
110	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	1,557	1,407	1,346	1,329	1,233	1,113				
111	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	1,460	1,248	1,332	1,866	2,007	2,026				
515	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	1,509	1,393	1,366	1,657	1,784	1,655				
535	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insuff. cardiaca o shock	0,266	0,236	0,266	0,648	0,716	0,550				
536	Impianto di defibrillatore cardiaco con catete. cardiaco senza infarto miocardico acuto, insuff. cardiaca o shock	0,347	0,293	0,323	0,523	0,596	0,556				
547	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	0,119	0,132	0,135	0,251	0,236	0,231				
548	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	0,490	0,402	0,366	2,018	1,810	1,364				
549	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	0,167	0,156	0,146	0,474	0,430	0,429				
550	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	0,977	0,745	0,716	2,073	2,001	1,976				
551	Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovasc. magg. o di defibrill. autom. (AICD) o di generat. di impulsi	1,510	1,401	1,420	1,434	1,828	1,654				
552	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	4,469	4,188	4,137	4,630	5,264	4,960				
553	Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore	0,308	0,263	0,251	0,145	0,157	0,140				
	<i>Incidenza media</i>	<i>25,016</i>	<i>22,245</i>	<i>22,697</i>	<i>29,218</i>	<i>30,946</i>	<i>28,096</i>				

(*) Ricoveri per acuti in regime ordinario.

(a) Valori calcolati con la nuova versione DRG CMS 24.0 adottata dal Ministero della Salute.

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

riferimento alle due tipologie di strutture ospedaliere considerate. E il confronto consente di rilevare:

- a) un'incidenza media in discesa più pronunciata per gli istituti pubblici che non per gli istituti privati accreditati se si pongono a confronto i valori 2012-2014, ma con un livello stabilmente più elevato di prestazioni per i secondi rispetto ai primi per ciascuno dei tre anni presi in esame (cfr. ultima riga della tavola 4);
- b) ma anche se si pongono a confronto i singoli DRG, nell'anno 2014, tra pubblico e privato, si vede come esista una costante superiorità della seconda tipologia di ospedali rispetto alla prima, salvo il caso del DRG 110 (interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC) e il caso del DRG 553 (altri interventi vascolari con CC, con diagnosi cardiovascolare maggiore).

In conclusione si può affermare che la complessità delle prestazioni fornite dalle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate contribuisce a mettere in luce una buona tenuta media del sistema misto pubblico/privato oggi operante nel nostro Paese, ma con un rafforzamento, sul piano della complessità, della seconda componente rispetto alla prima. Mentre permangono delle diversità rilevanti tra strutture del Centro-Nord e strutture del Mezzogiorno.

Un ulteriore, interessante confronto tra ospedali pubblici e ospedali privati accreditati (nel loro complesso) viene fornito all'interno del paragrafo 2.5 della Parte prima, in cui si mette a confronto l'incidenza delle prestazioni ad alta complessità sul totale delle prestazioni, nell'ambito degli ospedali pubblici e nell'ambito degli ospedali privati accreditati nel loro complesso, evidenziando una situazione di maggior qualità proprio per questi ultimi.

1.2. Maggiori oneri e limitazioni di accesso come meccanismo di riduzione della domanda

La “lunga marcia” di attraversamento della crisi economica da parte delle famiglie italiane ha dovuto sperimentare un progressivo accumulo di oneri di accesso ai servizi (come ticket e compartecipazione alla spesa), di ricorso a prestazioni alternative a pagamento (specie sul piano delle analisi e delle visite specialistiche), nonché di aggravamento sul piano fiscale, connesso con l'incremento delle addizionali Irpef negli scorsi anni, specie nelle Regioni soggette a Piano di Rientro.

Tutto questo è avvenuto, coinvolgendo non solo le famiglie socialmente più deboli bensì anche quelle del ceto medio, le quali a loro volta hanno do-

vuto rivedere – insieme ai propri consumi e stili di vita – le scelte e i comportamenti nel campo della tutela della salute e dell’accesso alle cure, arrivando anche a sperimentare i fenomeni di rimando o di rinuncia di queste ultime.

La situazione odierna rispecchia perciò una sorta di combinato-disposto, costituito da un processo di accumulo, nel corso degli anni, dei disagi vissuti dagli utenti (tav. 5):

- tra gli effetti di una spesa pubblica per la sanità più controllata o addirittura ridotta rispetto al passato (sotto la spinta della *spending review*), anche per colmare i disavanzi precedenti, accompagnata da una contrazione nel periodo 2009-2013 dei posti letto (-9,2%), del numero dei ricoveri (-18,3%) e del numero delle giornate di degenza (-14,0%), oltre che dal blocco delle assunzioni di personale; il tutto con una parallela difficoltà da parte delle strutture ospedaliere pubbliche nell’intraprendere una significativa opera di efficientamento complessivo;
- e lo scarico sui pazienti di tale situazione, con la creazione di una sorta di razionamento di fatto della domanda a seguito dell’aumento degli oneri diretti e indiretti per i pazienti, di attese particolarmente prolungate per ottenere i servizi, sino al rimando e/o alla rinuncia delle cure, esperienze che hanno coinvolto rispettivamente il 16,2% e il 10,9% delle famiglie italiane (per una o più prestazioni e contemporaneamente per una o più persone, tra il *care-giver* e gli altri membri della famiglia ristretta e/o della famiglia allargata).

Tav. 5 – Andamento dei posti letto, dei ricoveri e delle giornate di degenza nel periodo 2009-2014, oltre che il rimando e/o la rinuncia alle cure nell’anno 2016 (val. %)

<i>Fenomeni</i>	<i>Dati</i>
Contrazione di posti letto, ricoveri e giornate di degenza ¹ :	<u>2009-2014</u>
▪ Numero posti letto ²	-9,2
▪ Numero ricoveri	-18,3
▪ Numero giornate di degenza	-14,0
Rimandi e rinunce delle famiglie italiane rispetto alle prestazioni ospedaliere nel 2016 (con riferimento ai <i>care-giver</i> intervistati e/o agli altri membri della famiglia ristretta e/o della famiglia allargata) ² :	<u>2016</u>
▪ Rimandi	16,2
▪ Rinunce	10,9

(1) Cfr. tabelle S/14 e S/20/Parte quarta, pag. 222 e 227.

(2) La percentuale è riferita all’anno 2013, in quanto i dati per il 2014 non sono ancora disponibili.

(3) Cfr. tabella 17/Parte terza, pag. 191.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Alcuni specifici indicatori “oggettivi” sul piano dell’aumento degli oneri parlano da soli, qualora si consideri:

- a) l’andamento dei ricavi da ticket per visite, prestazioni specialistiche o altro incassati dalle Aziende Sanitarie negli anni che vanno tra il 2009 e il 2015 (ultimi da disponibili): in quest’ultimo anno si è trattato di 1.653,3 milioni di euro contro i 1.176,2 milioni del 2009 (tav. 6), con un incremento pari al 40,6% nei sette anni menzionati e con un’accelerazione dal 2012 al 2015 quando la stretta sulla spesa pubblica si è manifestata particolarmente intensa. Le Regioni che mostrano un incremento più pronunciato nel periodo 2009-2015 sono le seguenti:
- Campania (+58,4%);
 - Veneto (+58,2%);
 - Abruzzo (+54,2%);
 - Umbria (+53,5%);
 - Valle d’Aosta (+52,3%);
 - Toscana (+51,8%);
 - Basilicata (+50,5%);
- b) un analogo andamento – sempre in crescita del ticket per quanto riguarda i farmaci, comprensivo dello *spread* tra generici e *branded* (tav. 7), visto che i relativi ricavi sono passati da 861 milioni di euro nel 2009 a 1.521 milioni di euro nel 2015, con un incremento del 76,7% (e quindi con un’espansione decisamente più marcata rispetto all’andamento dei ticket di cui alla precedente tav. 6). In più va considerato che in parallelo diminuisce la spesa pubblica per i farmaci, considerato che essa passa da 11,4 miliardi di euro nel 2009 a 8,5 miliardi di euro nel 2015, con una contrazione superiore al 25%;
- c) l’andamento delle prestazioni *intramoenia* presso gli ospedali pubblici, a cui i pazienti ricorrono allo scopo di accorciare le liste di attesa oppure di poter ottenere una prestazione da parte di uno specifico specialista o chirurgo in cui si ha fiducia o ancora di poter disporre di servizi appropriati più vicini a casa (tav. 8). In tal caso i ricavi degli ospedali pubblici passano da 1.131,9 milioni di euro nel 2009 a 1.380,2 milioni di euro nel 2015. L’incremento complessivo nazionale dei ricavi per attività *intramoenia* nel periodo 2009-2015 è pari al 21,9%, pur in presenza delle difficoltà economiche delle famiglie e dell’invecchiamento parallelo della popolazione. Tra l’altro nel periodo 2010-2012 si assiste ad una contrazione o al massimo ad una stabilizzazione di tali ricavi come reazione immediata rispetto alle difficoltà economiche, mentre a partire dal 2013 riparte la crescita, probabilmente per recuperare quello che non si è potuto fare precedentemente e per compensare la riduzione e/o il peggioramento del-

Tav. 6 – Andamento dei ricavi da ticket per visite, prestazioni specialistiche e altro, incassati dalle Aziende Sanitarie nei vari anni (milioni di euro e N.I.: 2009 = 100,0)

Regioni	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	Mil. di euro	N.I.	Mil. di euro	N.I.	Mil. di euro	N.I.	Mil. di euro	N.I.	Mil. di euro	N.I.	Mil. di euro	N.I.	Mil. di euro	N.I.
- Piemonte	112,1	100,0	113,0	100,8	125,2	111,7	150,7	134,4	156,1	139,3	158,9	141,7	161,4	144,0
- Valle d'Aosta	4,4	100,0	5,5	125,0	5,7	129,5	5,8	131,8	6,0	136,4	6,2	140,9	6,7	152,3
- Lombardia	183,5	100,0	182,7	99,6	207,7	113,2	238,4	129,9	249,5	136,0	254,8	138,9	265,5	144,7
- Trentino A.A.	16,4	100,0	16,4	100,0	17,1	104,3	17,6	107,3	18,4	112,2	18,8	114,6	19,1	116,5
- P.A. Bolzano	14,2	100,0	14,2	100,0	15,3	107,7	15,2	107,0	16,3	114,8	16,7	117,6	16,9	119,0
- P.A. Trento	130,3	100,0	132,9	102,0	141,9	108,9	194,6	149,3	199,5	153,1	203,2	155,9	206,1	158,2
- Veneto	36,0	100,0	36,2	100,6	39,5	109,7	47,7	132,5	49,7	138,1	51,3	142,5	52,4	145,6
- Friuli V.G.	36,1	100,0	37,2	103,0	40,7	112,7	46,1	127,7	47,7	132,1	48,6	134,6	49,2	136,3
- Liguria	131,0	100,0	136,6	104,3	144,4	110,2	152,3	116,3	156,8	119,7	160,7	122,7	164,4	125,5
- Emilia Romagna	108,2	100,0	112,2	103,7	122,6	113,3	152,9	141,3	157,9	145,9	162,2	149,9	164,2	151,8
- Toscana	21,7	100,0	22,8	105,1	23,9	110,1	27,8	128,1	31,9	147,0	32,8	151,2	33,3	153,5
- Umbria	41,0	100,0	40,4	98,5	45,5	111,0	49,0	119,5	50,6	123,4	51,3	125,1	52,7	128,5
- Marche	116,3	100,0	124,0	106,6	137,6	118,3	144,8	124,5	149,1	128,2	152,0	130,7	154,5	132,8
- Lazio	28,4	100,0	31,3	110,2	37,8	133,1	40,9	144,0	41,7	146,8	42,6	150,0	43,8	154,2
- Abruzzo	5,9	100,0	6,2	105,1	6,5	110,2	5,9	100,0	6,1	103,4	6,2	105,1	6,6	111,9
- Molise	40,6	100,0	42,7	105,2	58,0	142,9	58,9	145,1	62,8	154,7	63,7	156,9	64,3	158,4
- Campania	52,0	100,0	51,8	99,6	57,2	110,0	62,4	120,0	65,3	125,6	66,6	128,1	67,4	129,6
- Puglia	10,1	100,0	10,2	101,0	12,2	120,8	13,6	134,7	14,5	143,6	14,9	147,5	15,2	150,5
- Basilicata	19,3	100,0	21,4	110,9	26,7	138,3	28,1	145,6	25,0	129,5	26,8	138,9	24,1	124,9
- Calabria	41,4	100,0	41,7	100,7	42,2	101,9	51,6	124,6	52,5	126,8	53,7	129,7	54,3	131,2
- Sicilia	27,3	100,0	27,2	99,6	28,5	104,4	28,9	105,9	29,5	108,1	30,1	110,3	31,2	114,3
- Sardegna	668,8	100,0	674,7	100,9	737,5	110,3	868,4	129,8	900,0	134,6	919,2	137,4	941,7	140,8
- Nord	300,5	100,0	299,4	99,6	329,6	109,7	374,5	124,6	389,5	129,6	398,3	132,5	404,7	134,7
- Centro	230,9	100,0	232,5	100,7	269,1	116,5	290,3	125,7	297,4	128,8	304,6	131,9	306,9	132,9
- Sud e Isole	1.176,2	100,0	1.206,6	102,6	1.336,2	113,6	1.533,2	130,4	1.586,9	134,9	1.622,10	137,9	1.653,3	140,6
- Italia														

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati ricavati da Ministero dell'Economia, "Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese" – Vari anni e dati Conti Economici (CE) del Sistema Sanitario Nazionale (per l'anno 2013 e 2014)

Tav. 7 – *Andamento della spesa (convenzionata) per farmaci e andamento ticket + spread tra generico e branded, a carico del cittadino (in milioni di euro e N.I.: 2009 = 100,0)*

Anno	Spesa per farmaci in milioni di euro (convenzionata)	N.I.	Ticket + spread	N.I.	% di ticket + spread su convenzionata
- 2009	11.371	100,0	861	100,0	7,6
- 2010	11.191	98,4	998	115,9	8,9
- 2011	10.023	88,1	1.335	155,1	13,3
- 2012	8.985	79,0	1.406	163,3	15,6
- 2013	8.863	77,9	1.436	166,8	16,2
- 2014	8.598	75,6	1.500	174,2	17,4
- 2015	8.477	74,5	1.521	176,7	17,9

Fonte: *elaborazione su dati IMS*

le prestazioni da parte della sanità pubblica. Le Regioni che vedono crescere maggiormente, negli anni presi in considerazione, i ricavi per attività *intramoenia* sono, in ordine decrescente:

- la Provincia Autonoma di Bolzano (+111,1%);
- la Regione Basilicata (+61,0%);
- la Regione Lazio (+60,4%);
- la Regione Molise (+40,6%);
- la Regione Umbria (+38,3%);
- la Regione Campania (+32,5%);
- la Regione Liguria (+30,5%);

d) l'andamento, che si è appesantito via via nel tempo fino all'anno 2015, delle aliquote Irpef regionali che interessano tutti i cittadini siano essi pazienti o meno. Tali addizionali hanno subito una chiara spinta al rialzo, come evidenzia la tavola 9, in cui è stata riportata la media delle aliquote applicate nel corso degli anni, specificando se si tratta di aliquote applicate all'intero reddito del cittadino oppure applicate per fasce distinte, nel qual caso si è calcolata la media delle diverse aliquote tra le varie fasce.

Va subito detto che non c'è alcuna variazione tra il 2015 e il 2016 a seguito delle disposizioni normative introdotte per bloccare l'incremento di tali aliquote, ma sino al 2015 il confronto con sei anni prima (2009) mostra come le Regioni che presentavano un'addizionale particolarmente in movimento verso l'alto sino al 2015 sono, in ordine decrescente (e considerando i valori dei Numeri Indice):

- la Regione Piemonte (+124,8%);
- la Regione Lazio (+115,0%);
- la Regione Toscana (+77,8%);
- la Regione Basilicata (+72,2%);
- la Regione Molise (+69,3%);
- la Regione Liguria (+62,6%);
- la Regione Umbria (+62,0%);

e) ed infine l'andamento della spesa sanitaria privata delle famiglie italiane che ha toccato i 33,6 miliardi di euro nel 2014, pari al 23,0% della spesa sanitaria totale (146,3 miliardi di euro). Ma va rilevato come la spesa delle famiglie nell'ambito sanitario risulti alternante come è stato alternante l'andamento della crisi (cfr. i valori in miliardi di euro contenuti nello schema che segue, Fonte: Istat):

- 2008 31,2
- 2009 30,6
- 2010 30,9

Tav. 8 – Ricavi per attività intramoenia negli ospedali pubblici. (milioni di euro e N.I. 2010 = 100,0)

Regioni	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	Mil. di euro	N.I.	Mil. di euro	N.I.	Mil. di euro	N.I.	Mil. di euro	N.I.	Mil. di euro	N.I.	Mil. di euro	N.I.	Mil. di euro	N.I.
- Piemonte	115,6	100,0	112,9	97,7	113,7	98,4	110,8	95,8	133,9	115,8	136,2	117,8	138,9	120,2
- Valle d'Aosta	3,4	100,0	3,3	97,1	3,9	114,7	3,2	94,1	3,5	102,9	3,6	105,9	3,9	114,7
- Lombardia	228,7	100,0	218,2	95,4	225,3	98,5	223,8	97,9	256	111,9	272,0	118,9	293,6	128,4
- Trento Alto Adige														
- P.A. di Bolzano	0,9	100,0	1,0	111,1	1,6	177,8	1,8	200,0	1,8	200,0	1,8	200,0	1,9	211,1
- P.A. di Trento	9,6	100,0	9,8	102,1	9,6	100,0	9,3	96,9	9,8	102,1	10,0	104,2	10,2	106,3
- Veneto	109,1	100,0	111,9	102,6	110,6	101,4	107,3	98,4	124,7	114,3	127,0	116,4	128,8	118,1
- Friuli V.G.	26,1	100,0	26,6	101,9	26,4	101,1	28,4	108,8	30,7	117,6	31,6	121,1	32,4	124,1
- Liguria	36,7	100,0	40,0	109,0	40,5	110,4	40,7	110,9	46,4	126,4	47,3	128,9	47,9	130,5
- Emilia Romagna	140,1	100,0	143,8	102,6	140,4	100,2	133,2	95,1	145	103,5	148,9	106,3	154,3	110,1
- Toscana	128,0	100,0	124,7	97,4	122,7	95,9	114,4	89,4	123,1	96,2	126,8	99,1	128,3	100,2
- Umbria	12,0	100,0	13,1	109,2	15,9	132,5	13,9	115,8	15,5	129,2	15,9	132,5	16,6	138,3
- Marche	36,7	100,0	36,0	98,1	36,0	98,1	34,8	94,8	38,3	104,4	38,9	106,0	40,9	111,4
- Lazio	97,0	100,0	102,8	106,0	113,0	116,5	110,4	113,8	128,3	132,3	142,2	146,6	155,6	160,4
- Abruzzo	14,3	100,0	16,0	111,9	15,8	110,5	16,9	118,2	17,8	124,5	18,2	127,3	18,4	128,7
- Molise	3,2	100,0	1,6	50,0	1,9	59,4	2,9	90,6	4,1	128,1	4,2	131,3	4,5	140,6
- Campania	51,1	100,0	49,1	96,1	45,9	89,8	46,0	90,0	56,1	109,8	67,3	131,7	67,7	132,5
- Puglia	45,8	100,0	45,6	99,6	43,3	94,5	42,0	91,7	45,2	98,7	46,1	100,7	46,7	102,0
- Basilicata	4,1	100,0	4,4	107,3	5,1	124,4	4,8	117,1	6,4	156,1	6,5	158,5	6,6	161,0
- Calabria	7,9	100,0	9,5	120,3	8,0	101,3	8,8	111,4	9,4	119,0	9,4	119,0	9,9	125,3
- Sicilia	47,8	100,0	44,7	93,5	41,5	86,8	43,2	90,4	51,9	108,6	53,0	110,9	53,7	112,3
- Sardegna	13,8	100,0	15,0	108,7	14,9	108,0	14,6	105,8	18,1	131,2	18,5	134,1	19,4	140,6
- Nord	670,2	100,0	667,5	99,6	672,0	100,7	658,5	98,3	751,8	112,2	778,4	116,1	811,9	121,1
- Centro	273,7	100,0	276,6	101,1	287,6	104,0	273,5	99,9	305,2	111,5	323,8	118,3	341,4	124,7
- Sud e Isole	188,0	100,0	185,9	98,9	176,4	94,9	179,2	95,3	209,0	111,2	223,2	118,7	226,9	120,7
- Italia	1.131,9	100,0	1.130,0	99,8	1.136,0	100,5	1.111,2	98,2	1.266,0	111,8	1.325,4	117,1	1.380,2	121,9

(1) Stima.

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati ricavati da Ministero dell'Economia, "Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese" - Vari anni e dati Conti Economici (CE) del Sistema Sanitario Nazionale (per l'anno 2013 e 2014, 2015)

Tav. 9 – L'appendamento nel corso degli anni delle addizionali Irpef regionali (N.I.: Anno 2009 = 100,0)

Regioni	Anno 2009			Anno 2013			Anno 2015			Anno 2016		
	Media aliquote	N.I.		Media aliquote	N.I.		Media aliquote	N.I.		Media aliquote	N.I.	
Piemonte	Per fasce	1,17	100,0	Per fasce	1,50	128,2	Per fasce	2,63	224,8	Per fasce	2,63	224,8
V. d'Aosta	Per tutto il reddito	0,90	100,0	Per tutto il reddito	1,23	136,7	Per tutto il reddito	1,23	136,7	Per tutto il reddito	1,23	136,7
Lombardia	Per fasce	1,13	100,0	Per fasce	1,60	141,6	Per fasce	1,60	141,6	Per fasce	1,60	141,6
Liguria	Per fasce	1,23	100,0	Per fasce	1,56	126,8	Per fasce	2,00	162,6	Per fasce	2,00	162,6
P.A. Trento	Per tutto il reddito	0,90	100,0	Per tutto il reddito	1,23	136,7	Per tutto il reddito	1,23	136,7	Per tutto il reddito	1,23	136,7
P.A. Bolzano	Per tutto il reddito	0,90	100,0	Per fasce	0,82	91,1	Per fasce	1,23	136,7	Per fasce	1,23	136,7
Veneto	Per fasce	1,15	100,0	Per tutto il reddito	1,23	107,0	Per tutto il reddito	1,23	107,0	Per tutto il reddito	1,23	107,0
Friuli V.G.	Per tutto il reddito	0,90	100,0	Per fasce	0,97	107,8	Per fasce	0,97	107,8	Per fasce	0,97	107,8
Emilia R.	Per fasce	1,25	100,0	Per fasce	1,58	126,4	Per fasce	1,97	157,6	Per fasce	1,97	157,6
Toscana	Per tutto il reddito	0,90	100,0	Per fasce	1,58	175,6	Per fasce	1,60	177,8	Per fasce	1,60	177,8
Umbria	Per fasce	1,00	100,0	Per fasce	1,33	133,0	Per fasce	1,62	162,0	Per fasce	1,62	162,0
Marche	Per fasce	1,23	100,0	Per fasce	1,58	128,5	Per fasce	1,58	128,5	Per fasce	1,58	128,5
Lazio	Per tutto il reddito	1,40	100,0	Per tutto il reddito	1,73	123,6	Per fasce	3,01	215,0	Per fasce	3,01	215,0
Abruzzo	Per tutto il reddito	1,40	100,0	Per tutto il reddito	1,73	123,6	Per tutto il reddito	1,73	123,6	Per tutto il reddito	1,73	123,6
Molise	Per tutto il reddito	1,40	100,0	Per tutto il reddito	2,03	145,0	Per fasce	2,37	169,3	Per fasce	2,37	169,3
Campania	Per tutto il reddito	1,40	100,0	Per tutto il reddito	2,03	145,0	Per tutto il reddito	2,03	145,0	Per tutto il reddito	2,03	145,0
Puglia	Per fasce	1,15	100,0	Per fasce	1,50	130,4	Per fasce	1,58	137,4	Per fasce	1,58	137,4
Basilicata	Per tutto il reddito	0,90	100,0	Per tutto il reddito	1,23	136,7	Per fasce	1,55	172,2	Per fasce	1,55	172,2
Calabria	Per tutto il reddito	1,40	100,0	Per tutto il reddito	2,03	145,0	Per tutto il reddito	1,73	123,6	Per tutto il reddito	1,73	123,6
Sicilia	Per tutto il reddito	1,40	100,0	Per tutto il reddito	1,73	123,6	Per tutto il reddito	1,73	123,6	Per tutto il reddito	1,73	123,6
Sardegna	Per tutto il reddito	0,90	100,0	Per tutto il reddito	1,23	136,7	Per tutto il reddito	1,23	136,7	Per tutto il reddito	1,23	136,7

Fonte: Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016 (<http://www1.finanze.gov.it/finanze2/dipartimentopolitichescalfiscallitlocale/addrgetrpef/scellaregione.htm>)

- 2011 33,3
- 2012 32,8
- 2013 32,7
- 2014 33,6
- 2015 34,8

I valori indicati si contraggono infatti nell'anno più difficile della crisi (il 2009), per riprendere lievemente nel 2010 e soprattutto nel 2011, quindi riducono nuovamente nel 2012 e nel 2013, salvo risalire ancora nel 2014 e nel 2015.

Questo aumento ha alle spalle probabilmente la reazione attiva delle famiglie rispetto al processo di accumulo dei disagi derivanti dal sistema pubblico, ma anche la ripresa dei risparmi delle stesse famiglie, in parte utilizzati proprio per poter far fronte in maniera ritenuta più appropriata alle esigenze di cura dei vari componenti del nucleo di convivenza.

1.3. La percezione di una minore tenuta del sistema e l'adeguamento dei comportamenti

Il processo di accumulo dei disagi proiettati sui pazienti in termini di oneri economici, cui si aggiungono l'attesa per ottenere le prestazioni, le difficoltà burocratiche, la non sempre buona qualità dei rapporti con i pazienti e con le famiglie alimenta una percezione soggettiva di logoramento del Sistema Sanitario e la conseguente messa in atto di comportamenti alternativi e/o adattivi.

La tavola 10 evidenzia tre tipologie di fenomeni.

La prima è la registrazione "soggettiva" del processo di accumulo delle difficoltà "oggettive" ricordate nel precedente paragrafo. Infatti la stessa domanda posta ai *care-giver* nel 2015 e nel 2016 segnala un evidente peggioramento percepito, visto che si passa dal 61,7% al 67,7% di soggetti che affermano come il Sistema Sanitario Nazionale sia "un po' e/o significativamente logorato nel corso degli ultimi anni". Ma è il caso di sottolineare come si accentui proprio il giudizio più negativo ("mi sembra che si sia significativamente logorato"), il quale raddoppia, passando dal 17,3% del 2015 al 34,8% del 2016 (cfr. primo gruppo di dati della tavola 10).

A tale valutazione si può avvicinare quella del peggioramento specifico, negli anni 2014 e 2015, dei servizi ospedalieri pubblici (cfr. secondo gruppo di dati della tavola 10). Tale valutazione è stata espressa dal 20,7% dei *care-giver* intervistati nel corso dell'indagine effettuata lo scorso anno, cui si aggiungono le ragioni che stanno alla base del giudizio sul peggioramento dei

servizi degli ospedali pubblici. Esse ripercorrono i temi già sollevati sul piano “oggettivo” nel paragrafo 1.3 (cfr. terzo gruppo di dati della tavola 10): il ricorso quasi obbligato alle prestazioni *intramoenia* a pagamento oppure a prestazioni private per ovviare a liste di attesa troppo lunghe (94,2% di consensi), le difficoltà burocratiche per effettuare analisi, visite mediche specialistiche, accertamenti, ricoveri (83,4% di consensi), la non sufficiente qualità del rapporto umano col paziente (81,7% di consensi).

La seconda tipologia di fenomeni dà conto invece delle reazioni “attive” che i *care-giver* hanno posto in atto (per sé e/o per i membri della famiglia e/o di quella della famiglia allargata) di fronte al peggioramento dei servizi degli ospedali pubblici. E, come è inevitabile:

- a) la prima reazione è stata quella di ricorrere ad ospedali privati accreditati o a cliniche private a pagamento, rispettivamente nel 40,6% e nel 20,3% dei casi (cfr. quarto gruppo di dati della tavola 10), chiarendo poi che le ragioni sono state soprattutto: la minore attesa per le prestazioni (1° posto, col 42,0% di consensi), la necessità di affrontare un’attesa troppo lunga per il ricovero nell’ospedale pubblico (2° posto, col 30,1% di consensi), la vicinanza dell’ospedale rispetto a casa (3° posto, col 22,3% di consensi) e la maggior fiducia nell’ospedale e nei medici che vi operano (4° posto, col 20,9% di consensi come evidenzia il quinto gruppo di dati della tavola 10);
- b) la seconda reazione è stata quella di ricorrere, in alternativa, a strutture ospedaliere presenti in altre Regioni italiane rispetto a quella di residenza e a tale proposito:
 - appare particolarmente significativa la tendenza contrapposta che vede diminuire nel tempo (tra il 2010 e il 2014) il numero complessivo dei ricoveri in Italia nella misura del 16,4%, ma contemporaneamente vede aumentare la proporzione dei ricoveri extraregione che sale dall’8,2% del 2010 al 9,6% del 2014, pur diminuendo in contemporanea il valore assoluto dei ricoveri extraregione, da 810 mila a 735 mila (cfr. sesto gruppo di dati della tavola 10);
 - e a tale proposito le ragioni più importanti addotte sono proprio quelle attinenti a qualità e fiducia (rispettivamente 1° e 2° posto, col 44,2% e col 31,0% di consensi), seguite dalla presenza di specializzazioni che non esistevano nelle strutture ospedaliere della propria Regione (cfr. settimo gruppo di dati della tavola 10).

La terza tipologia di fenomeni ha invece a che fare con una reazione “passiva”, da paziente scoraggiato o da paziente impossibilitato. Infatti:

- da un lato, i *care-giver* intervistati dichiarano di aver avuto, nel corso del 2016, esperienze per sé e/o per i membri della famiglia ristretta e/o della

Tav. 10 – Il logoramento progressivo del Servizio Sanitario Nazionale e in particolare degli ospedali pubblici, con la propensione ad utilizzare strutture private accreditate e a rivolgersi ad ospedali fuori Regione, secondo l'opinione dei care-giver (val. %)

Fenomeni	Dati	
– Percezione del logoramento del Sistema Sanitario Nazionale di tipo universalistico e solidale (a seguito dell'aumento dei ticket, del prolungamento delle liste di attesa, della diminuzione dei servizi, della difficoltà di accesso a questi ultimi, ecc.):	2015	2016
▪ Mi sembra che si sia un po' logorato nel corso degli ultimi anni	44,4	32,4
▪ Mi sembra che si sia significativamente logorato nel corso degli ultimi anni	17,3	34,8
– Andamento peggiorativo negli anni 2014 e 2015 dei servizi ospedalieri pubblici della propria Regione di residenza (Giudizi "Un po' + Molto peggiorati")	2015	2016
– Alcune ragioni del peggioramento dei servizi degli ospedali pubblici ("Problema Molto + Abbastanza serio"):	2015	2015
▪ L'esigenza di ricorrere quasi obbligatoriamente alle prestazioni <i>intramoenia</i> a pagamento oppure a prestazioni private per poter ovviare alle liste di attesa troppo lunghe		94,2
▪ Le difficoltà burocratiche interne alla struttura per poter effettuare analisi, visite mediche specialistiche, accertamenti, ricoveri, ecc.		83,4
▪ La non sufficiente qualità del rapporto umano col paziente		81,7
▪ Una situazione complessivamente da "paziente scoraggiato" (per le attese, per l'aumento degli oneri, per la contrazione dei servizi, per le difficoltà ad ottenere le prestazioni, ecc.)		89,5
– Ricorso ad ospedali privati accreditati o a cliniche private a pagamento da parte del <i>care-giver</i> e/o dei membri della sua famiglia ristretta e allargata, a seguito di eventuali disagi derivanti dall'accesso ai servizi forniti dalle strutture ospedaliere pubbliche ² :	2015	2015
▪ Sì, ad ospedali privati accreditati		40,6
▪ Sì, a cliniche private		20,3
– Ragioni principali del ricorso ad ospedali privati accreditati ² :	2015	2015
▪ Minore attesa per le prestazioni		1° (42,0)
▪ Necessità di affrontare un'attesa troppo lunga per il ricovero nell'ospedale pubblico		2° (30,1)
▪ Vicinanza dell'ospedale rispetto a casa		3° (22,3)
▪ Maggior fiducia nell'ospedale e nei medici che vi operano		4° (20,9)
▪ Consiglio di parenti, amici e conoscenti		5° (14,3)
▪ Una scelta attenta e ponderata effettuata in famiglia		6° (13,9)

./.

(Segue) Tav. 10 – *Il logoramento progressivo del Servizio Sanitario Nazionale e in particolare degli ospedali pubblici, con la propensione ad utilizzare strutture private accreditate e a rivolgersi ad ospedali fuori Regione, secondo l'opinione dei care-giver (val. %)*

Fenomeni	Dati	
	2010	2014
– Ricorso negli ultimi dodici mesi per cure/interventi in strutture ospedaliere di altre Regioni da parte dei care-giver e/o dei membri della famiglia ristretta e/o allargata, posti a confronto con l'andamento parallelo del totale dei ricoveri in Italia ¹ :	810.000	735.000
▪ Numero di ricoveri extraregione	8,2	9,6
▪ % di ricoveri extraregione sui ricoveri totali	9.600.007	8.280.795
▪ Numero totale ricoveri in Italia		
▪ % di diminuzione del totale dei ricoveri nel periodo 2010-2014		-16,4
– Le prime tre ragioni più importanti del ricorso da parte dei care-giver e/o dei membri della famiglia ristretta e/o allargata a strutture ospedaliere fuori Regione ⁴ :		2016
▪ La qualità dei servizi sanitari ospedalieri rispetto a quelli della Regione di appartenenza		1° (44,2)
▪ La presenza di personale medico di fiducia negli ospedali extraregionali a cui ci si voleva rivolgere		2° (31,0)
▪ La presenza di specializzazioni che non esistono in strutture ospedaliere del Servizio Sanitario Regionale		3° (30,4)
– Esperienze di rimando e/o di rinuncia a una o più prestazioni da parte del care-giver e/o dei membri della famiglia ristretta e/o allargata ⁵ :	%	N. di famiglie
▪ Rimando	16,2	4,0 mil.
▪ Rinuncia	10,9	2,7 mil.
		2016
Le ragioni più importanti del rimando e/o della rinuncia ad analisi, cure e interventi ⁶ :		2016
▪ Le difficoltà economiche familiari per pagare ticket, accessi, prestazioni, ecc.		1° (54,6)
▪ Le liste di attesa troppo lunghe per ottenere le prestazioni		2° (52,1)
▪ Le difficoltà burocratiche per poter accedere alle prestazioni		3° (15,8)
▪ La diminuzione delle prestazioni e dei servizi offerti ai pazienti		4° (10,2)
▪ Il peggioramento delle prestazioni e dei servizi offerti ai pazienti		5° (8,9)

(1) Cfr. tabella 20/Parte terza, pag. 197 (percentuali al netto degli intervistati che non sanno dare una risposta in proposito).

(2) Cfr. "Ospedali & Salute/2015", tavola 5/Parte prima, pag. 4.

(3) Cfr. i dati commentati all'interno della Parte terza e riferiti alla tabella 8, pag. 176.

(4) Cfr. tabella 10/Parte terza, pag. 181.

(5) Cfr. tabella 17/Parte terza, pag. 191.

(6) Cfr. tabella 19/Parte terza, pag. 194.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

famiglia allargata di rimando di una o più prestazioni nel 16,2% dei casi (coinvolgendo dunque all'incirca 4,0 milioni di famiglie) e di rinuncia a una o più prestazioni nella misura del 10,9% (corrispondente a 2,7 milioni di famiglie italiane, come evidenzia l'ottavo gruppo di dati della tavola 10);

- e dall'altro, gli stessi *care-giver* collocano in testa alla lista le seguenti ragioni dei rimandi e/o delle rinunce: le difficoltà economiche familiari per pagare ticket, accessi, prestazioni, ecc. (1° posto, col 54,6% di consensi) e la presenza di liste di attesa troppo lunghe (2° posto, col 52,1% di consensi), seguite a distanza dalle difficoltà burocratiche, dalla diminuzione delle prestazioni e dei servizi offerti ai pazienti e dal peggioramento dei medesimi (cfr. nono gruppo di dati della tavola 10).

L'insieme dei fattori "oggettivi" e di quelli "soggettivi" esaminati sinora hanno influito in maniera più pronunciata sui *care-giver* che, nell'ambito della famiglia, svolgono un ruolo centrale rispetto ai temi della salute e della sanità in favore di se stessi come pure degli altri membri della famiglia ristretta e allargata. E tuttavia anche utenti e cittadini sembrano aver incorporato gli effetti di quel "processo di accumulo" delle difficoltà più volte richiamato.

Dalla tavola 11 si desumono infatti tre conseguenze rispetto al suddetto processo e precisamente:

- a) la presenza di un atteggiamento più critico nei confronti dei servizi ospedalieri da parte di utenti e di cittadini che – specialmente negli ultimi due anni – manifestano una flessione nei giudizi di soddisfazione/positività (cfr. primo gruppo di dati della tavola 11): frutto evidente questo del graduale sommarsi dei problemi incontrati ormai da almeno un quinquennio (in parallelo con le azioni di *spending review* via via intraprese) e con un più pronunciato cambiamento di *trend* proprio da parte di coloro che hanno effettivamente utilizzato i servizi ospedalieri negli ultimi dodici mesi (addirittura con un'inversione rispetto al passato, che i giudizi negativi risultano più elevati rispetto a quelli positivi; anche se le valutazioni espresse sia da utenti che da cittadini continuano ad essere più consistenti quando riguardano gli ospedali privati accreditati rispetto a quelli pubblici e anche le cliniche private, come evidenzia il secondo gruppo di dati della tavola 11);
- b) l'emergere di un insieme di propensioni più "prudenti" in tema di possibili scelte alternative nei confronti delle strutture ospedaliere, considerato che:
 - diminuisce nel 2016 la quota di utenti effettivi che hanno preso in considerazione negli ultimi dodici mesi le varie possibilità quanto a

- tipologie di strutture, dopo anni in cui il *trend* è andato esattamente in direzione opposta: e questo è avvenuto per tutte le strutture ospedaliere, quelle pubbliche, quelle accreditate come pure per le cliniche private (cfr. terzo gruppo di dati della tavola 11);
- diminuisce la propensione futura a rivolgersi alle strutture ospedaliere utilizzate l'ultima volta proprio nel caso degli istituti pubblici (90,3% nel 2016 contro 93,3% nel 2015), mentre nel caso di quelle private la propensione aumenta e resta più elevata per le strutture accreditate e per quelle private (cfr. quarto gruppo di dati della tavola 11); ed è diminuito – sempre per le strutture pubbliche – l'accesso degli utenti negli ultimi dodici mesi, mentre al contrario tengono o aumentano quelle private (cfr. quinto gruppo di dati della tavola 11);
 - diminuisce inoltre la spinta a cercare strutture ospedaliere al di fuori del proprio Comune di residenza da parte dei cittadini, qualora non risultasse disponibile localmente la struttura (pubblica, accreditata o privata) scelta in prima istanza: 59,3% nel 2016 contro 61,6% nel 2015 e con percentuali ancora più elevate nel 2014 e nel 2013 (cfr. sesto gruppo di dati della tavola 11);
 - viceversa cresce costantemente la quota di pazienti che si trasferiscono in strutture ospedaliere collocate fuori dalla propria Regione di residenza, visto che passano dal 7,6% del 2010, con riferimento al totale dei ricoveri in tutte le strutture italiane, all'8,9% del 2014, confermando così la ricerca pronunciata di risposte maggiormente appropriate rispetto a quelle presenti nella propria Regione (cfr. settimo gruppo di dati della tavola 11);
- c) e infine un livello minore di conoscenza da parte dei cittadini (sempre nel 2016) rispetto alle opportunità di scelta esistenti, con un cambiamento di *trend* anche in questo caso, legato certamente al maturare delle giovani generazioni che diventano adulte e quindi si trovano a doversi far carico delle proprie scelte di salute e di quelle della propria famiglia, ma connesso anche all'ansia di dover sostenere eventuali spese aggiuntive di accompagnamento del paziente. E infatti:
- solo il 37,4% nel 2016 contro il 41,1% nel 2015 (con percentuali più alte anche in precedenza) dichiara di conoscere con chiarezza la possibilità di utilizzare ospedali privati accreditati in alternativa ad ospedali pubblici, senza alcun onere aggiuntivo per i pazienti (cfr. ottavo gruppo di dati della tavola 11);
 - e ancora il 32,7% nel 2016 contro il 36,9% nel 2015 (ma anche contro il 36,7% nel 2014 e il 35,2% nel 2013) dichiara di conoscere la possibilità di trasferirsi per cura in ospedali al di fuori della propria Regione (cfr. nono gruppo di dati della tavola 11);

Tav. 11 – Una conferma dell' influenza esercitata dall' accumulo delle difficoltà di accesso al sistema ospedaliero pubblico sulla valutazione e sulle propensioni di utilizzatori e di cittadini (val. %)

Fenomeni	Dati										
	2005	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
UNA VALUTAZIONE PIÙ CRITICA DEI SERVIZI OSPEDALIERI											
– Livello di soddisfazione degli utilizzatori dei servizi ospedalieri negli ultimi dodici mesi, a seconda della tipologia di struttura cui ci si è rivolti (Giudizi "Molto + Abbastanza soddisfatto")	83,4	86,7	87,5	88,7	87,8	88,0	84,7	86,3	82,6	37,6	
▪ Ospedali pubblici	94,0	93,2	92,9	91,5	95,3	92,7	91,3	94,3	88,7	49,0	
▪ Ospedali privati accreditati	90,7	87,4	92,8	89,0	96,6	83,7	82,3	85,5	90,5	42,3	
▪ Cliniche private											
– Giudizio simetico dei cittadini sugli ospedali italiani (Giudizi "molto + abbastanza positivi", al netto dei "Non so") ²	2005	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
▪ Ospedali pubblici	66,0	68,8	64,5	67,0	68,5	69,2	65,3	69,8	65,0	64,0	
▪ Ospedali privati accreditati	79,7	80,9	80,2	79,7	82,4	80,2	77,5	79,9	77,1	79,3	
▪ Cliniche private	65,7	68,2	70,6	70,8	72,5	70,5	68,1	68,3	70,8	71,0	
PROPENSIONI PIÙ "PRUDENTI"											
– Proporzioni degli utilizzatori dei servizi ospedalieri negli ultimi dodici mesi, che hanno preso in considerazione le varie possibilità prima di ricoverarsi: ³	2005	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
▪ Scegliendo poi un ospedale pubblico	21,7	20,2	21,2	19,7	19,8	19,4	28,0	24,7	38,4	33,1	
▪ Scegliendo poi un ospedale privato accreditato	26,1	31,0	36,0	30,4	40,4	36,5	45,8	38,5	58,1	47,5	
▪ Scegliendo poi una clinica privata	41,8	37,4	46,5	46,1	53,8	24,5	47,7	47,5	72,8	64,2	
– Struttura presso la quale gli utilizzatori di servizi ospedalieri si sono recati l'ultima volta negli ultimi dodici mesi: ⁴	2005	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
▪ Ospedale pubblico	78,1	81,0	78,6	79,3	82,3	79,5	80,7	82,0	81,2	80,4	
▪ Ospedale privato accreditato	21,7	19,1	18,0	19,6	17,8	18,9	19,5	17,7	21,7	21,2	
▪ Clinica privata	6,7	4,0	8,8	5,1	4,6	4,3	5,7	4,5	9,6	11,8	
– Propensione futura degli utilizzatori a rivolgersi alla stessa struttura ospedaliera sperimentata l'ultima volta: ⁵	2005	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
▪ Ospedali pubblici					91,4	94,6	92,4	94,3	93,3	90,3	
▪ Ospedali privati accreditati					97,1	85,4	89,9	95,1	92,2	93,1	
▪ Cliniche private					98,6	85,0	82,6	82,5	91,2	91,5	
– Struttura che i cittadini utilizzerebbero qualora non fosse disponibile nel proprio comune l'ospedale pubblico, privato accreditato oppure clinica privata, scelta in prima istanza: ⁶	2005	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
▪ Cambierei il tipo di struttura ospedaliera	43,5	47,8	50,5	51,2	51,1	50,8	36,8	35,6	38,4	40,7	
▪ Cercherei fuori del mio Comune la struttura ospedaliera prescelta	56,5	52,2	49,5	48,8	48,9	49,2	63,2	64,4	61,6	59,3	

./.

(Segue) Tav. 11 – Una conferma dell'influenza esercitata dall'accumulo delle difficoltà di accesso al sistema ospedaliero pubblico sulla valutazione e sulle propensioni di utilizzatori e di cittadini (val. %)

Fenomeni	Dati										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2010	2011	2012	
– Pazienti che si trasferiscono per ragioni di cura in Regioni diverse dalla propria (in migliaia di unità) ¹	810	796	758	742	735						
– Incidenza % dei ricoveri fuori Regione per ricoveri in Regioni diverse dalla propria sul totale dei ricoveri a livello nazionale ²	7,6	7,8	7,8	8,0	8,9						
UN CAMBIAMENTO DI TREND NEI LIVELLI DI CONOSCENZA DELLE OPPORTUNITÀ											
– Conoscenza odierna da parte dei cittadini delle disposizioni che permettono di utilizzare sia ospedali pubblici che ospedali privati accreditati senza oneri aggiuntivi ³ :											
▪ Sì, con chiarezza	28,0	31,6	35,5	39,2	42,0	36,8	39,3	40,2	41,1	37,4	
▪ Sì, ma con una certa vaghezza	41,6	43,1	43,1	37,9	36,5	42,2	40,6	36,8	39,9	42,8	
– Conoscenza da parte dei cittadini della possibilità di trasferirsi per cura in ospedali al di fuori della propria Regione ⁴											
▪ Ne sono perfettamente a conoscenza	21,8	28,3	31,9	35,4	39,0	32,5	35,2	36,7	36,9	32,7	
▪ Sembrano ricordare tale possibilità	43,2	43,6	41,5	38,9	38,8	44,3	41,0	39,1	38,5	41,2	
– Conoscenza da parte dei cittadini della possibilità di recarsi per prestazioni sanitarie e ospedaliere presso le strutture di diversi Paesi dell'Unione Europea, con la copertura del Servizio Sanitario Nazionale che rimborserà le spese ¹⁰											
▪ Sì, sono al corrente											
▪ Sì, ne ho sentito parlare											
							2013	2014	2015	2016	
							14,1	20,6	21,8	19,1	
							29,1	32,5	32,4	33,3	

(1) Cfr. tabella 4/Parte seconda, pag. 130.

(2) Cfr. tabella 13/Parte seconda, pagg. 146-147.

(3) Cfr. tabella 5/Parte seconda, pag. 133.

(4) Cfr. tabella 3/Parte seconda, pag. 126.

(5) Cfr. tabella 6/Parte seconda, pag. 134.

(6) Cfr. tabella 10/Parte seconda, pag. 142.

(7) Il trasferimento riguarda ricoveri in ospedale e in *day hospital* per acuti, oltre che per riabilitazione e lungodegenza (elaborazione su dati Ministero della Salute).

(8) Cfr. tabella 7/Parte seconda, pag. 138.

(9) Cfr. tabella 8/Parte seconda, pag. 139.

(10) Cfr. tabella 11/Parte terza, pag. 183.

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

- ed infine il 19,1% dei cittadini nel 2016 con il 21,8% nel 2015 (e il 20,6% nel 2014), dichiara di essere a conoscenza della possibilità di recarsi, per prestazioni sanitarie e ospedaliere, presso le strutture degli altri Paesi dell'Unione Europea, con la copertura del Servizio Sanitario Nazionale (cfr. ultimo gruppo di dati della tavola 11).

Si è dunque in presenza di un atteggiamento complessivamente più critico e più prudente nello stesso tempo sia da parte di coloro che hanno avuto esperienze di ospedalizzazione negli ultimi dodici mesi sia da parte dei cittadini più generale per quanto riguarda le scelte ospedaliere possibili.

1.4. Rimandi e rinunce delle cure oggi, probabile peggioramento dello stato di salute dei cittadini domani*

1.4.1. La rilevanza del tema, ma anche la difficoltà di misurarne gli effetti

La relazione che intercorre tra la crisi finanziaria che l'Europa e l'Occidente hanno vissuto negli ultimi anni, la riduzione degli investimenti destinati al Sistema Salute e, soprattutto, l'impatto che questi fenomeni hanno avuto sugli *outcome* di salute della popolazione è un dibattito ben presente a livello nazionale. Dal punto di vista della salute della popolazione la transizione epidemiologica da malattie comunicabili (ovvero infettive) a malattie non comunicabili (ovvero cronico-degenerative), che si è verificata nel secolo scorso in Italia e in tutti gli altri paesi industrializzati, è stata accompagnata anche da una transizione dei fattori di rischio associati (aumento dell'età media complessiva della cittadinanza, inattività fisica, sovrappeso/obesità, alcool e fumo). Tale scenario è stato però contraddistinto, negli ultimi anni, da una profonda crisi dei presupposti economici e sociali che avevano caratterizzato gli ultimi lustri del secolo scorso, determinando – dal 2007 in poi – anche la riduzione degli investimenti economici in sanità, con riduzione di servizi in chiave di austerità. Il Rapporto Osservasalute 2015 asserisce, inoltre, che in Italia, per la prima volta si è avuto il calo dell'aspettativa di vita, possibilmente correlabile alla riduzione degli investimenti in salute, specie in prevenzione³.

* Contributo di Paolo Parente, Medico di Sanità Pubblica presso il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, *PhD Candidate in Servizi Sanitari e Sanità Pubblica*.

³ Ricciardi, G., Rapporto Osservasalute 2015. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane, Prex, Milano 2016 [<http://www.osservasalute.it>].

Costa et al.⁴, spiegano che le modalità attraverso cui la crisi economica può influire sullo stato di salute sono di diverso grado: “si parte dalle condizioni del contesto, come le spinte alla globalizzazione, i cambiamenti demografici e le politiche di welfare, dimensioni queste che sono meno facilmente influenzabili dalle politiche congiunturali. Nell’ambito di questo contesto agiscono i determinanti distali della salute, quelli che più sono sensibili alla crisi come il lavoro, lo stato socio-economico, i servizi e sui quali più spesso agiscono le misure di austerità legate alla crisi. Quindi sono da esaminare i determinanti prossimali cioè quei fattori di rischio che mediano l’effetto sulla salute dei determinanti distali e che sono meno frequentemente presi in considerazione dalle politiche anticrisi. Infine ne derivano gli effetti sulla salute e le conseguenze sociali della salute compromessa.” L’elevato grado di complessità del sistema rende parimenti complessi i rapporti di causalità analizzabili ma, nonostante ciò, è possibile descrivere alcuni aspetti a tal proposito interessanti. Un’analisi condotta nel Regno Unito (da Stuckler et al.) sottolinea il bisogno di evitare tagli di una certa entità nella spesa pubblica sanitaria, in quanto non vi è evidenza degli effetti dei tagli stessi a breve termine sebbene essi possano avere ripercussioni sulla salute della popolazione e sul welfare nel medio e lungo periodo⁵.

Analisi già realizzate anche in altri Paesi possono essere utili a comprendere come la riduzione dell’utilizzo dei servizi sanitari possa incidere sugli esiti di salute. Tanto per esemplificare:

- in Irlanda e in Spagna si è osservata una riduzione importante del numero di organi donati;
- in Grecia fra il 2007 e il 2014 vi è stato un incremento superiore al 20% delle persone che non si sono fatte visitare da un medico anche se ne avevano bisogno e, sempre in Grecia, vi è stato un incremento del 40% dei suicidi nel solo 2011;
- in Spagna si è registrato un incremento del 20% e del 12% di depressione maggiore e distimia, rispettivamente, fra il 2006 e il 2010^{6,7}.

⁴ Costa G., Marra M., Salmaso S., Gruppo AIE su crisi e salute: Gli indicatori di salute ai tempi della crisi in Italia, *Epidemiol Prev* 2012; 36 (6): 337-366.

⁵ Stuckler D., Reeves A., Karanikolos M., McKee M., The health effects of the global financial crisis: can we reconcile the differing views? A network analysis of literature across disciplines, *Health Econ Policy Law* 2015; 10(1): 83-99.

⁶ Ibidem.

⁷ Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., McKee M., Stuckler D., Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy, *The Lancet* 2011; 378: 1457-8.

Secondo quanto riportato da McKee, inoltre, l'impatto della crisi economico-finanziaria sulla salute della popolazione porta già nel breve termine a un incremento dei suicidi e delle morti legate all'alcolismo⁸.

Per quanto riguarda invece l'Italia, come riportato dal report "Economic crisis, health systems and health in Europe. Country experiences" dell'*Observatory on Health Systems and Policies*, tra il 2007 e il 2011, la spesa sanitaria è aumentata registrando una crescita dal 13,9% al 14,2%, mentre la stessa spesa pro-capite è diminuita in termini reali a partire dal 2012⁹. La diminuzione ha interessato sia la spesa pubblica sia quella privata, per una riduzione complessiva del 3,5% in termini reali nel 2013 e un'ulteriore riduzione dello 0,4% nel 2014. Di conseguenza, è possibile affermare che la spesa sanitaria pro-capite in Italia è oggi inferiore ai livelli precedenti la crisi economica, e al di sotto della spesa di alti Paesi OCSE ad alto reddito¹⁰.

Per quanto riguarda l'accesso e l'utilizzo dei livelli di assistenza in Italia, più sensibile ai vincoli della crisi appaiono essere state l'assistenza specialistica e quella farmaceutica con riguardo all'importante compartecipazione alla spesa che si ha su questi livelli. Nello specifico le possibili spiegazioni possono essere riportate ad almeno tre ambiti:

- 1) l'effetto della crisi economica che, attraverso la riduzione del reddito disponibile, produrrebbe una difficoltà nel pagamento dei ticket, con la conseguenza di una diminuzione delle attività prescritte o di una rinuncia alla loro esecuzione;
- 2) l'effetto della maggiorazione del prezzo del ticket (superticket): il super ticket potrebbe aver reso alcune prestazioni più costose del prezzo con cui possono essere acquistate da erogatori privati, con la conseguenza che l'utente preferisce pagarne il prezzo privato al di fuori dell'SSN;
- 3) l'effetto del "clima di crisi": gli operatori e gli utenti si rendono conto della crisi e in vario modo cercano di limitare il consumo di prestazioni a quelle più necessarie¹¹. Analogo è il trend che sembra mostrare il consumo di farmaci, visto che nei dati dell'indagine Istat multiscopo la percentuale di persone che dichiara di aver consumato farmaci nei due giorni precedenti l'intervista aumenta in modo costante in tutte le aree del Paese

⁸ McKee M., The consequences of economic crises and the responses to them for population health, *Eur J Public Health* 2011; 21 (suppl.1): 7.

⁹ Ricciardi W., McKee M., Figueras J. et al., Crisi economica, sistemi sanitari e salute in Europa, *Health Policy in non-communicable Diseases* 2016.

¹⁰ OECD Health Data 2015. Uno sguardo sulla sanità 2015. Come si posiziona l'Italia? Disponibile a: www.oecd.org/italy/Health-at-a-Glance-2015-Key-Findings-ITALY-In-Italian.pdf. Ultimo accesso: 2 novembre 2016.

¹¹ Costa G., Marra M., Salmaso S., Gruppo AIE su crisi e salute: Gli indicatori di salute ai tempi della crisi in Italia, *Epidemiol Prev* 2012; 36 (6): 337-366.

fino al 2007 per poi stabilizzarsi e incominciare a scendere negli anni della crisi, che coincidono anche con un inasprimento della compartecipazione alla spesa¹².

Ad ogni modo un effetto atteso del mancato ricorso all'assistenza specialistica o farmaceutica a causa dei costi della crisi potrebbe essere rappresentato da un aumento della frequenza di conseguenze indesiderate, per esempio del ricorso a un ricovero in regime di urgenza a discapito di un maggiormente appropriato accesso alle cure a regime ordinario o ambulatoriale/specialistico.

Infatti, a livello nazionale e per il periodo 2010-2014 il calo dei ricoveri (-1,75 milioni, pari al -15,5%) è stato del 6% superiore a quello del biennio 2012-2014 (-1,4 milioni, pari al -9,2%). Complessivamente, l'andamento sull'attività di ricovero a livello nazionale nel periodo 2001-2012 ha evidenziato:

- una riduzione nel numero delle dimissioni (meno 2.679.344 unità) pari al -20,7% in 11 anni, con un andamento annuo variabile (compreso tra -5% e +2%). Questa diminuzione si può ricondurre, almeno parzialmente, alla forte spinta per il trasferimento delle prestazioni dal *setting* ospedaliero a quello territoriale. Nel solo 2012, infatti, i ricoveri sono diminuiti del 4,6% rispetto al 2011;
- nel periodo 2001-2012 le giornate di ricovero sono diminuite del 19,5% e in particolare, tra il 2001 e il 2003 le giornate diminuiscono (-5,9%) per aumentare nel periodo 2004-2005 e successivamente ridursi a partire dal 2006. La differenza tra il 2011 e il 2012 è pari a -3,9%;
- le giornate erogate in regime di day hospital sono aumentate progressivamente dal 2001 al 2007, passando da un'incidenza sulle giornate in ricovero ordinario (RO) pari al 13,4% a una del 19,1%¹³.

Negli ultimi tempi, inoltre, la soddisfazione percepita rispetto alla propria qualità di vita e la fiducia nelle istituzioni è diminuita in maniera più importante laddove più grave è stata la crisi, avendosi un'impennata nei livelli di stress nelle persone. Gli effetti negativi in termini di “*outcome* di salute” per la popolazione (aumento dei disturbi mentali, psicosomatici, dei comportamenti insalubri quali alcolismo e droghe; aumento delle patologie infettive trasmissibili quali HIV, malaria e tubercolosi) misurati attraverso una serie

¹² Ierardi F., Falcone M., Vannucci A. Compartecipazione alla spesa sanitaria e crisi economica in Toscana. Atti del Congresso di Associazione Italiana di Epidemiologia, Epidemiol Prev 2012; 36(5) Suppl 1:1-144.

¹³ Atella V., Borgonovi E., Collicelli C., Kopinska J., Lecci F., Maietta F., Crisi economica, diseguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari ed effetti sulla salute delle persone in Italia.

di indicatori sono stati nel complesso relativamente contenuti, mentre l'effetto che la riduzione dell'utilizzo dei livelli di assistenza e dell'accesso ai servizi ad essi preposti appare essere più difficile da misurare. Nel breve periodo gli effetti della crisi si producono, infatti, più lentamente sull'incidenza di alcune patologie, mentre è possibile averne un riscontro più tempestivo sul benessere psicofisico dell'individuo e sulle modalità in cui i cittadini gestiscono il "bene salute".

Vanno poi considerati gli effetti di lungo termine che i periodi di prolungata crisi economica hanno sulla salute: come detto in precedenza, la normale prevenzione sanitaria è ridotta ai minimi termini, poiché non se ne percepisce l'importanza strategica. Inoltre tali effetti, influenzando gruppi specifici di popolazione, potrebbero essere invisibili all'interno delle statistiche aggregate nazionali¹⁴.

Pertanto è possibile riscontrare che la perdurante crisi globale e un *trend* generalizzato di tagli al bilancio destinato al sistema salute hanno portato a dei cambiamenti nella dimensione del vissuto quotidiano della popolazione, innestando talvolta una sorta di adattamento al nuovo scenario da parte della stessa. In proposito si possono analizzare tali dati (che sono fondamentalmente di *output*) alla luce del contesto generalizzato di crisi, ma quale sia l'impatto di quest'ultima sulla qualità dell'assistenza e sugli esiti di salute degli italiani è ancora troppo presto per poter essere stimato. Anche perché, mentre i dati finanziari sono praticamente disponibili in tempo reale, quelli relativi a morbosità e mortalità presentano un periodo di latenza maggiore (dai 2 ai 5 anni) e quindi i veri effetti della crisi degli ultimi anni potranno essere descritti sistematicamente solo tra qualche anno.

Si può ritenere che la crisi possa avere una funzione di determinante di salute in connessione con la riduzione dell'accesso alle cure in generale e nello specifico delle cure sottoposte a ticket o ad altre forme pagamento *out of pocket*. Naturalmente alcune cure vengono percepite come non prorogabili mentre altre (vedasi le cure odontoiatriche) come propriamente procrastinabili. Il problema di fondo è che – allo stato dell'arte e come precedentemente ricordato – l'impossibilità di definire chiaramente quanto il rimando e la rinuncia alle cure possano avere, specie nel medio e lungo termine, un impatto sulla salute complessiva della popolazione.

Tali difficoltà nascono soprattutto dalle risorse in termini di dati e di indicatori oggi disponibili. Molto spesso le valutazioni in sanità si basano su parametri e indicatori che misurano processi e, talvolta ma non sempre, da

¹⁴ McKee M., The consequences of economic crises and the responses to them for population health, Eur J Public Health 2011; 21 (suppl.1): 7.

questi sono desumibili indicazioni di esito. Si fa ricorso cioè a fonti di dati quali schede di dimissione ospedaliera o DRG per addivenire a misure di *outcome* di tipo clinico. Ciò rende difficile la misurazione in tempo reale dei fenomeni di salute sui quali impatta la crisi quanto altri aspetti ad essa collegati. Tale scenario potrebbe però mutare in maniera significativa con l'accesso a banche dati diversificate e più complete, quali quelle che oggi vengono identificate sotto il nome di *big data*. L'analisi dei fenomeni attraverso i grandi numeri, anche se non specificamente descritti da indicatori propriamente definibili come “*outcome* clinici”, potrebbe infatti permettere analisi più vaste e precise.

1.4.2. Una proiezione dei fenomeni di rimando e di rinuncia sull'universo delle famiglie italiane

Esiste dunque, come si è osservato nel precedente paragrafo 1.4.1, un insieme di fattori oggettivi più generali (come la situazione economica ed occupazionale, i livelli di reddito e i consumi, il livello culturale e le politiche di austerità sul piano della spesa pubblica) e un insieme di fattori altrettanto oggettivi che si riferiscono più specificamente al sistema sanitario (livelli di accesso alle cure, costi aggiuntivi per i pazienti, difficoltà burocratiche, riduzioni della spesa sanitaria, diminuzione e/o peggioramento dei servizi). A tutto questo si affiancano fattori psicologici e comportamentali dei pazienti e delle loro famiglie che, valutando i fattori di cui sopra, possono decidere – tra le altre cose – di rimandare e/o di rinunciare alle cure o a certe cure e non ad altre.

A quest'ultimo tema sono state dedicate alcune domande del questionario somministrato nel 2016 ai *care-giver*, che ha affrontato anche il tema della mobilità sanitaria interregionale¹⁵.

Peraltro è stato anche osservato nelle pagine che precedono come oggi non esista (ancora) la possibilità di misurare appropriatamente la correlazione che può esistere tra la presenza *oggi* di alcuni fattori generali e di alcuni fattori specifici, da un lato e l'*outcome* di salute dei cittadini a 2-5 anni o più, dall'altro.

E tuttavia gli esempi internazionali citati e lo stesso dibattito nazionale in proposito evidenziano un'area specifica di interesse da esplorare nel quadro più ampio delle analisi e delle politiche di prevenzione.

¹⁵ Cfr. Parte terza, pag. 163 e segg.

Per questo si è voluto disegnare – con le stime necessarie – una sorta di “mappa” che dia almeno un’idea del numero di persone che sono coinvolte oggi specificamente dai rimandi e dalle rinunce alle cure e che potranno quindi subire delle conseguenze sulla loro salute *domani* (a 2, 5 o più anni).

Nella tavola 12 è stata esposta la “mappa” appena menzionata, da cui si può rilevare che:

a) i *rimandi* di una o più prestazioni che riguardano il singolo *care-giver* e/o altri membri della famiglia ristretta e/o allargata nel corso del 2016 vengono dichiarati dal 16,2% degli stessi *care-giver* intervistati. A tale percentuale corrispondono quasi 4 milioni di persone che potrebbero salire a 8 milioni, ipotizzando prudentemente in questo secondo caso la presenza di due soggetti anziché di uno, interessati al fenomeno dei rimandi, tra i *care-giver* e o membri della famiglia ristretta e/o allargata.

La scomposizione tra persone con disagi gravi e persone con disagi leggeri è riportabile alla “forchetta” contenuta nelle ultime due colonne (cfr. primo gruppo di dati della tavola 12);

b) e analogamente si è proceduto con le *rinunce* ad una o più prestazioni da parte degli stessi *care-giver* e/o dei membri della famiglia ristretta e/o allargata, sempre nel corso del 2016, stimando – come nel caso precedente – un numero di persone compreso tra i 2,6 e i 5,3 milioni, a cui si è aggiunta la successiva suddivisione stimata tra soggetti che sarebbero portatori di disagi gravi oppure leggeri (cfr. secondo gruppo di dati della tavola 12);

c) successivamente sono stati quantificati i soggetti che, nel corso del 2016, hanno contemporaneamente *rinunciato* e *rimandato* una o più prestazioni come singolo *care-giver* e/o come membri della famiglia ristretta e/o allargata, giungendo a stimare una “forchetta” compresa tra 1,2 e 2,4 milioni di persone, suddivise poi tra quelle portatrici di disagi gravi oppure leggeri (cfr. terzo gruppo di dati della tavola 12);

d) si è quindi evidenziato il possibile “processo di accumulo” tra le *rinunce del 2016* e i *rimandi sia del 2015 che del 2014* (cfr. quarto gruppo di dati della tavola 12), fenomeno questo che coinvolge rispettivamente:

- il 41,6% (tra 1,1 e 2,2 milioni di persone) che hanno rinunciato nel 2016 e hanno rimandato nel 2015;
- e il 40,2% (tra 1,0 e 2,1 milioni di persone) che hanno rinunciato nel 2016, ma che hanno anche rimandato nel 2014;
- mentre le relative articolazioni interne rispetto ai portatori di disagi gravi e/o leggeri sono sempre state collocate nelle ultime due colonne della tavola 12;

e) infine (ultimo gruppo di dati della tavola 12) si è voluto specificare ulteriormente il precedente punto d), prendendo in considerazione le principali prestazioni cui si è rinunciato nel 2016, con l'obiettivo questa volta di cogliere le dimensioni quantitative di coloro che, avendo rinunciato a una o più prestazioni nel 2016, hanno anche avuto esperienze di rinunce e/o di rimandi nel 2015 (ma senza approfondire in questo caso la differenza tra disagi gravi e disagi leggeri, stante il valore assoluto più limitato dei dati di partenza, essendo questi distribuiti tra le varie prestazioni indicate).

Come si vede il quadro d'insieme serve ad avere, per ora, una semplice descrizione delle caratteristiche del fenomeno rinunce/rimandi sulla base di dati statistici e non epidemiologici come in realtà sarebbe necessario e peraltro anche possibile, se si cominciasse a sfruttare meglio (e a migliorare con impegno) i *big data* oggi disponibili sulla morbosità, il percorso di cura e gli esiti dei pazienti.

Ma i dati richiamati sull'intreccio tra rimandi e rinunce servono a ricordarci che negli ultimi anni di difficile governo del sistema sanitario hanno prevalso le esigenze di controllo e riduzione della spesa rispetto a quelle (altrettanto importanti) della difesa di servizi adeguati e diffusi equamente sul territorio. Il che fa ritenere che ci potranno essere delle ripercussioni negative sull'*outcome* di salute tra qualche anno, acuite tra l'altro dal processo di invecchiamento in corso della popolazione.

Tra il resto qualche segnale in tal senso sembrerebbe emergere già nel 2015 (ma serve qualche anno in più per verificare la tendenza) per quanto riguarda la speranza di vita che nell'anno menzionato si contrae per la prima volta sia pure leggermente, interessando gli uomini come le donne, secondo quanto appare dallo schema seguente (Fonte: i.Stat, Indicatori Demografici):

	2012	2013	2014	2015
Speranza di vita alla nascita (maschi)	79,6	79,8	80,3	<u>80,1</u>
Speranza di vita 65 anni (maschi)	18,3	18,6	18,9	<u>18,7</u>
Speranza di vita alla nascita (femmine)	84,4	84,6	85,0	<u>84,6</u>
Speranza di vita 65 anni (femmine)	21,8	22,0	22,3	<u>21,9</u>

Tav. 12 – Stima delle persone che nel 2016 hanno rimandato e/o rinunciato a una o più prestazioni sanitarie

Fenomeni di rimando e/o di rinuncia	Dati di sintesi	Dati stimati per persone che hanno rispettivamente disagi gravi e disagi leggeri ¹	
		Disagi gravi	Disagi leggeri
<p>- <i>Care-giver</i> e/o membri della famiglia ristretta e allargata che hanno <u>rimandato</u> nel 2016 una o più prestazioni¹, pari in valore assoluto a 24,6 milioni di famiglie x 16,2% (1 persona) ma, con un fattore moltiplicativo pari a 2 (corrispondente a 2 persone)²</p> <p>- <i>Care-giver</i> e/o membri della famiglia ristretta e allargata che hanno <u>rinunciato</u> nel 2016 ad una o più prestazioni¹, pari in valore assoluto a 24,6 milioni di famiglie x 10,9% (1 persona), ma, con un fattore moltiplicativo pari a 2 (corrispondente a 2 persone)²</p>	<p>16,2% 3.988 migl. 7.976 migl.</p> <p>10,9% 2.683 migl. 5.366 migl.</p>	<p>- 654 migl. 1.308 migl.</p> <p>440 migl. 880 migl.</p>	<p>- 3.334 migl. 6.668 migl.</p> <p>2.243 migl. 4.486 migl.</p>
<p>- <i>Care-giver</i> e/o membri della famiglia ristretta e/o allargata che hanno <u>rinunciato</u> e contemporaneamente <u>rimandato</u> nel 2016 ad una o più prestazioni³, pari in valore assoluto a 24,6 milioni di famiglie x 5,0% (1 persona) ma, con un fattore moltiplicativo pari a 2 (corrispondente a 2 persone)²</p> <p>- <i>Care-giver</i> e/o membri della famiglia ristretta e/o allargata che hanno <u>rinunciato</u> nel 2016 ad una o più prestazioni³ e che hanno contemporaneamente <u>rinunciato</u> e <u>rimandato</u> a una e/o più prestazioni nel 2015 e nel 2014:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nel 2015⁴, pari in valore assoluto a 2,683 milioni di famiglie x 41,6% (1 persona) ma, con un fattore moltiplicativo pari a 2 (corrispondente a 2 persone)² ▪ nel 2014⁵, pari in valore assoluto a 2,683 milioni di famiglie x 40,2% (1 persona) ma, con un fattore moltiplicativo pari a 2 (corrispondente a 2 persone)² 	<p>5,0% 1.235 migl. 2.470 migl.</p> <p>41,6% 1.116 migl. 2.232 migl. 40,2% 1.079 mil. 2.157 mil.</p>	<p>203 migl. 405 migl.</p> <p>183 migl. 366 migl.</p> <p>177 migl. 354 migl.</p>	<p>1.032 migl. 2.065 migl.</p> <p>933 migl. 1.866 migl.</p> <p>902 migl. 1.803 migl.</p>

./.

(Segue) Tav. 12 – Stima delle persone che nel 2016 hanno rimandato e/o rinunciato a una o più prestazioni sanitarie

	Dati totali					
	% di rimandi		V.a. rimandi (in migliaia)		% di rinunce	
	Fattore multipl. 1	Fattore multipl. 2	Fattore multipl. 1	Fattore multipl. 2	Fattore multipl. 1	Fattore multipl. 2
- Care-giver e/o membri della famiglia ristretta e/o allargata che hanno rinunciato nel 2016 ad una o più prestazioni e contemporaneamente hanno rimandato e rinunciato ad una o più delle prestazioni seguenti nel 2015 ⁽¹⁾ :						
▪ Ricorso a ricoveri ospedalieri	7,9	424	2,12	424	82,0	4.400
▪ Ricorso al 118	7,9	424	2,12	424	80,9	4.341
▪ Accesso al Pronto Soccorso	11,0	590	2,95	590	2,063	4.126
▪ Ricorso al medico di base	30,0	1.610	8,04	1.610	60,0	3.220
▪ Analisi di laboratorio	16,0	859	4,29	859	56,0	3.005
▪ Accertamenti diagnostici	21,3	571	2,83	571	2,951	2.951
▪ Visite specialistiche	28,4	762	3,76	762	53,1	2.849
▪ Assistenza a domicilio	16,7	896	4,48	896	52,1	2.796
▪ Cure dentarie	22,0	590	2,83	590	1,368	2.737
▪ RSA	30,2	810	3,96	810	44,2	2.372

(1) Cfr. Parte terza/tabella 17, pag. 191.

(2) I valori assoluti esposti in realtà possono riguardare una o più persone riferite al care-giver intervistato, ad uno o più membri della famiglia ristretta e ad uno o più membri della famiglia allargata. Ciò significa che bisogna individuare un fattore moltiplicativo ragionevole (anzi prudente) che ponderi verso l'alto tali valori assoluti, così da definire una possibile "forchetta". Essa può andare:

- da un minimo *Fattore 1* che potrebbe riguardare rimandi o rinunce di un solo soggetto (il care-giver oppure un solo membro della famiglia ristretta oppure un solo membro della famiglia allargata);
 - ad un massimo (più che prudenziale) *Fattore 2* che possa essere considerato come fattore medio per tutte le altre situazioni (il care-giver da solo oppure il care-giver più un membro della famiglia ristretta o ancora il care-giver più un membro della famiglia allargata o un solo membro della famiglia ristretta e un membro della famiglia allargata, ecc.). Del resto se si considera il ricorso ad una e/o più prestazioni nel corso del 2016 si vede come la relativa percentuale media dei care-giver (78,6%) risulta quasi identica a quella media dei membri della famiglia ristretta e della famiglia allargata (76,1%), come evidenzia la tabella 2/Parte terza, pag. 169.
- (3) Sulla base degli opportuni incroci, a partire dai dati dell'indagine sui care-giver (di cui alla Parte terza), su 208 che hanno rinunciato nel 2016 a una e/o a più prestazioni per sé e/o per altri membri della famiglia ristretta o allargata 108 care-giver hanno anche rimandato nello stesso anno una e/o più prestazioni per sé stessi e/o per i membri della famiglia ristretta e/o allargata: si tratta del 48,1% di chi ha rinunciato (108 su 208 unità del campione di care-giver considerati) che rappresenta anche il 5,0% del totale dei care-giver intervistati.
- (4) Cfr. Parte terza/tabella 18, pag. 193: 41,6% (valore stimato come mediano rispetto alle varie prestazioni), applicato a 2.683 milioni o, alternativamente, a 5,366 milioni di famiglie italiane. Con un risultato compreso tra 1,116 milioni e 2,232 milioni di famiglie.
- (5) Cfr. Parte terza/tabella 18, pag. 193: 40,2% (valore stimato come mediano rispetto alle varie prestazioni) applicato a 2,683 milioni o, alternativamente, a 5,366 milioni di famiglie italiane. Con un risultato compreso tra 1,079 milioni e 2,152 milioni di famiglie.
- (6) Cfr. elaborazione dati nell'ambito dell'indagine sui care-giver, di cui alla Parte terza, pag. 163 e segg.
- (7) Assumendo che la proporzione di disagi gravi per coloro che rimandano o rinunciano alle prestazioni sia uguale a quella di coloro che hanno fatto effettivamente ricorso alle strutture ospedaliere per analisi, interventi o cure, secondo quanto esplicitato nella tabella 3/Parte terza e cioè: 8,0% per lo stesso care-giver su un totale di malattie/interventi gravi + leggeri, pari al 16,4%; 9,7% per i membri della famiglia ristretta su un totale di ricorsi per malattie/interventi gravi + leggeri del 50,5%; pari dunque al 19,2%; 11,8% per i membri della famiglia allargata su un totale di ricorsi per malattie/interventi gravi + leggeri del 48,8%, con un rapporto pari al 24,2%. Si è scelto prudenzialmente la percentuale più bassa per malattie e interventi gravi del 16,4% stimando, per differenza, i valori assoluti per malattie/interventi di tipo leggero (si è scelta per tutti i calcoli la percentuale più bassa del 16,4%).

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

2. La persistente difficoltà nel razionalizzare l'offerta

2.1. I Sovraccarichi che concorrono a “bloccare” l'impianto esistente

Il presente Rapporto presidia ormai da sette anni la spesa ospedaliera pubblica attraverso modalità di analisi diverse che tuttavia conducono ad una constatazione univoca: quella della permanente difficoltà di ristrutturare e riorganizzare l'offerta dei servizi ospedalieri pubblici, visto che non si riesce ad incidere sulle rigidità esistenti di questi ultimi (rispetto alla riduzione dei costi, alla chiusura di una quota di ospedali, alla revisione della “macchina”, alla maggiore flessibilità nell'utilizzo del personale, ecc.). Tutto ciò impedisce però di “liberare” risorse che potrebbero invece essere destinate alla riqualificazione delle strutture e del loro funzionamento, nonché al miglioramento dei servizi rivolti ai pazienti.

La dialettica, messa da tempo in luce da questo Rapporto, tra ospedalità “finanziaria” e ospedalità “reale”, ha finito in questi anni col ridursi alla prima, ribaltandone le conseguenze sugli attori esterni: i pazienti in primo luogo (in termini di minori e/o peggiori servizi) e i soggetti privati accreditati in secondo luogo (in termini di riduzione di spesa).

Il presidio svolto dal Rapporto ha scelto, nel corso del tempo, oggetti di analisi diversi (in questo caso nell'ambito dell'ospedalità “finanziaria”) ma concorrenti, al fine di mettere in luce le aree di “blocco” derivanti dalla rigidità delle poste e dei relativi flussi economico-finanziari¹. Più precisamente:

- si è stimato, con sempre maggiore precisione, quello che è stato definito come “tasso di inefficienza implicita” delle strutture ospedaliere pubbliche, partendo dai dati riferiti a 6 Regioni per poi coinvolgere gradualmente tutte le Regioni italiane (e ciò è avvenuto nell'8°, 9° e 10° Rapporto “Ospedali & Salute”);

¹ Mentre parallelamente si sono presi in considerazione gli effetti sui pazienti e sui cittadini (di cui si occupano quest'anno i paragrafi presenti nel precedente capitolo “Il rischio di deflazionare i servizi e i comportamenti”).

- è stato poi preso in considerazione il cosiddetto “labirinto delle tariffe” tramite un’analisi delle differenti modalità di retribuzione delle prestazioni fornite dalle strutture private accreditate, poste a confronto con il finanziamento accordato a quelle pubbliche (nell’ambito del 10° e 11° Rapporto “Ospedali & Salute”);
- si è poi proceduto a ragionare in termini aggregati sull’insieme delle voci dei Ricavi e dei Costi, presenti in un gruppo appositamente selezionato, ma sufficientemente rappresentativo di Aziende Ospedaliere, allo scopo di calcolare eventuali disavanzi impliciti di sistema (attraverso il 12° Rapporto “Ospedali & Salute”);
- mentre nel 13° Rapporto si è compiuto un passo ulteriore di approfondimento, prendendo in considerazione i Conti Economici della totalità delle Aziende Ospedaliere italiane e non più solamente di un gruppo selezionato di esse come avveniva in precedenza, scegliendo come *focus* l’approfondimento di diverse tipologie di Costi², allo scopo di stimare la presenza di eventuali “Sovracosti” che possano costituire un indicatore di inefficienza e nello stesso tempo comportare degli impliciti ripianamenti di bilancio.

Naturalmente tutto questo sottolinea un livello ancora del tutto inadeguato di trasparenza dei bilanci delle strutture ospedaliere pubbliche (Aziende Ospedaliere comprese), malgrado le sin troppo numerose disposizioni normative che si sono via via succedute e sovrapposte negli anni³. Anche perché esse non permettono ancora di comprendere quale sia realmente il punto di equilibrio (o di squilibrio) dei Conti Economici (delle Aziende Ospedaliere e, in prospettiva, degli Ospedali a gestione diretta), su cui intervenire in maniera appropriata attraverso un processo di efficientamento realistico, ma anche in grado di cambiarne le condizioni di esercizio. E questo per evitare lo strumento improprio dei tagli emergenziali di tipo lineare che si traducono ogni volta in riduzione/peggioramento dei servizi per gli utenti oltre che in un trattamento iniquo nei confronti delle strutture che funzionano meglio rispetto a quelle che funzionano peggio. A questo si aggiunga il fatto che senza trasparenza dei bilanci diventa impossibile mettere a confronto i livelli di efficienza e l’adeguatezza del riconoscimento economico delle prestazioni

² Acquisto di prodotti farmaceutici, di altri beni sanitari, di servizi di mensa e di prodotti alimentari, di svolgimento oppure acquisto di servizi di lavanderia e di materiali di guardaroba, di svolgimento o acquisto di servizi di pulizia e di smaltimento rifiuto, pagamento di premi di assicurazione, spese per utenze telefoniche e di energia elettrica, costi di gestione e altri costi. A tutti questi si è aggiunto un approfondimento sui Costi aggiuntivi (espliciti ed impliciti) di personale e il confronto sul piano dei Costi di ammortamento (a loro volta espliciti ed impliciti).

³ Cfr. in proposito il successivo paragrafo 2.2 dedicato specificamente a questo tema.

svolte, rispettivamente dalle strutture ospedaliere pubbliche e dalle strutture ospedaliere private accreditate.

Se lo scorso anno si è posto l'accento sull'approfondimento dei Costi, quest'anno si è voluto passare a considerare, in maniera altrettanto approfondita, i Ricavi, scegliendo di analizzare più a fondo una voce-contenitore particolarmente estesa come è quella delle attività "a funzione"⁴, le quali possono prestarsi a forme di riconoscimento talvolta troppo ampie di Ricavi impropri che – come tali – contribuirebbero inevitabilmente al ripianamento implicito dei bilanci.

La scelta di analizzare le attività suddette è stata ulteriormente motivata dal fatto che in base ad uno specifico Decreto Ministeriale⁵, esse risultano oggetto già per il bilancio 2016 per le Aziende Ospedaliere di una stima forfetaria variabile (che però può essere sin troppo facilmente interpretabile "al rialzo").

Tale stima infatti può arrivare sino al 30% dei Ricavi, tenendo però conto, che questi ultimi sono da intendere al lordo. In tal modo il calcolo risulta inevitabilmente amplificato in quanto riferito ad una voce di Ricavi convenzionali, basati su un calcolo sotto 100, a partire dalle prestazioni sanitarie, a cui si aggiungono i ticket e i contributi extra LEA.

È evidente che le disposizioni in tema di equilibrio contabile e di trasparenza dei bilanci, contenuti nella Legge di Stabilità 2016 hanno favorito la predisposizione di un meccanismo tendente a forzare il raggiungimento di tale equilibrio. Va aggiunto che le disposizioni suddette vengono inasprite dalla Legge di Stabilità 2017 per quanto riguarda la disciplina di rientro delle strutture sanitarie pubbliche. Infatti l'adozione di Piani di rientro riguarda

⁴ Per dare un'idea più precisa si ricorda che il D.Lgs 30.12.1992 n. 502 (Art. 8-*sexies*) indica le grandi categorie delle attività "a funzione" e cioè:

- programmi a forte integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento alle patologie croniche di lunga durata o recidivanti;
- programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona;
- attività svolte nell'ambito della partecipazione ai programmi di prevenzione;
- programmi di assistenza a malattie rare;
- attività con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di Pronto Soccorso e di trasporto di emergenza;
- programmi sperimentali di assistenza;
- programmi di trapianto di organi, di midollo osseo e di tessuto, ivi compreso il mantenimento e il monitoraggio del donatore, l'espianto degli organi, le attività di trasporto, il coordinamento e l'organizzazione della rete dei prelievi e dei trapianti, gli accertamenti preventivi sui donatori.

⁵ Cfr. Decreto Ministeriale di attuazione dell'Art. 1, comma 526, della Legge di Stabilità 2016, sulla base dell'Art. 8-*sexies* del Decreto Legislativo 502/1992 e successive modificazioni.

quelle strutture che presentano uno scostamento pari o superiore al 7% tra Costi e Ricavi o in valore assoluto pari ad almeno 7 milioni di euro (mentre tali criteri erano rispettivamente del 10% e di almeno 10 milioni di euro nella Legge di Stabilità 2016).

Tutto ciò ha orientato l'analisi a fare maggiore chiarezza, attraverso opportune simulazioni, basate sui dati esposti nei Conti Economici di tutte le Aziende Ospedaliere italiane. Più precisamente:

- da un lato, si è lavorato sulla voce-contenitore delle attività “a funzione” così come è stata valorizzata negli ultimi Conti Economici disponibili (Anno 2015), valutando la possibile presenza di ciò che è stato definito come Sovrario/1;
- e dall'altro, si è operato sulla stessa voce ma in una logica di scenario, che tenga conto di quanto previsto dal Decreto Ministeriale prima menzionato (cfr. nota 5), il quale apre prospettive di valorizzazione ulteriore della voce attività “a funzione”, potendo venire così ad alimentare quello che è stato definito come Sovrario/2⁶.

La prima simulazione relativa al Sovrario/1, è stata descritta in dettaglio nel capitolo 1 degli Allegati e fa riferimento alla Tabella All. 1 e al relativo commento ivi contenuto. Tuttavia è bene qui riprendere in sintesi, nella tavola 13, il processo di analisi e le relative conclusioni.

Ecco i vari passaggi effettuati, sintetizzati, per comodità di lettura:

- a) sono stati posti a confronto i valori delle attività “a funzione” così come emergono dai Conti Economici delle singole Aziende Ospedaliere (Colonna 1) con i valori determinati sulla base delle delibere inizialmente adottate dalle Giunte Regionali (Colonna 2), configurando così un Sovrario/1 teorico (Colonna 3);
- b) si è tenuto però presente che tale Sovrario/1 teorico risponde in parte alle delibere di Giunta di attribuzione iniziale delle risorse e in parte alla manovra contabile di consuntivo attraverso la quale il Sistema Sanitario Regionale può riconoscere una quota ulteriore di attività “a funzione”, svolte a valle dell'assegnazione iniziale. Ma il Sovrario/1 teorico può anche comprendere una quota aggiuntiva non sempre pienamente rispondente alla realtà: sulla base dei risultati di specifiche interviste qualitative effettuate e dell'esperienza maturata in proposito nell'ambito delle analisi

⁶ Peraltro attualmente un'apposita Commissione sta lavorando presso il Ministero della Salute proprio per definire i criteri di attribuzione delle possibili percentuali di riconoscimento forfetario del valore delle attività “a funzione” in modo da tener conto di quanto effettivamente viene e verrà svolto dalle strutture ospedaliere, mentre l'applicazione concreta di tali criteri farà capo ai singoli Sistemi Sanitari Regionali.

Tav. 13 – Stima “a forchetta” del Sovraccavo/1 derivante dall’eventuale valore troppo elevato riconosciuto alle attività “a funzione”, con riferimento alle Aziende Ospedaliere italiane raggruppate per ripartizione geografica e all’insieme degli ospedali a gestione diretta*

Aziende Ospedaliere (1)	1	2	3	4	5	6	7	
	Ricavi da trasferimento del FSR per attività “a funzione” come da CE (Cod. A40020)	Attività “a funzione” come da delibere delle Giunte Regionali	Stima del Sovraccavo/1 derivante dal maggior finanziamento delle attività “a funzione” rispetto a quanto presente in Delibera o dalle maggiori Perdite per un minor finanziamento di dette attività	% “minima” di Sovraccavo/1 (nell’ipotesi del 20% dei valori della Colonna 3)	% “massima” di Sovraccavo/1 (nell’ipotesi del 30% dei valori della Colonna 3)	% di Disavanzo sul Totale dei Ricavi	% “forchetta” Sovraccavo/1 Totale (prudentemente stimato) sul totale dei Ricavi	
							Min	Max
A.O. 1	31.735.000	14.105.000	17.630.000	2,3	3,4	1,7	4,0	5,1
A.O. 2	68.212.000	26.725.000	41.487.000	2,9	4,4	0,4	3,3	4,8
A.O. 3	45.863.000	26.602.000	19.261.000	1,6	2,4	2,3	3,9	4,7
A.O. 4	61.100.000	24.146.000	36.954.000	3,0	4,5	1,8	4,8	6,3
A.O. 5	41.894.000	19.635.000	22.259.000	2,4	3,6	-	2,4	3,6
A.O. 6	396.728.000	125.475.000	271.253.000	5,1	7,6	0,4	5,5	8,0
A.O. 7	63.867.000	31.100.000	32.767.000	1,7	2,5	-	1,7	2,5
A.O. 8	36.399.000	13.044.000	23.355.000	2,9	4,3	-	2,9	4,3
A.O. 9	55.525.000	28.217.000	27.308.000	1,8	2,7	-	1,8	2,7
A.O. 10	128.197.000	41.504.000	86.693.000	2,5	3,8	-	2,5	3,8
A.O. 11	31.702.000	8.698.000	23.004.000	3,4	5,1	-	3,4	5,1
A.O. 12	42.490.000	16.947.000	25.543.000	2,1	3,1	-	2,1	3,1
A.O. 13	48.399.000	23.543.000	24.856.000	1,9	2,9	-	1,9	2,9
A.O. 14	23.828.000	9.181.000	14.647.000	2,2	3,4	-	2,2	3,4
A.O. 15	88.900.000	30.973.000	57.927.000	3,4	5,1	-	3,4	5,1
A.O. 16	26.049.000	26.049.000	-	-	-	-	-	-
A.O. 17	106.078.000	20.993.000	85.085.000	3,5	5,3	-	3,5	5,3
A.O. 18	40.572.000	18.418.000	22.154.000	2,5	3,7	-	2,5	3,7
A.O. 19	17.241.000	15.172.000	2.069.000	0,2	0,3	-	0,2	0,3
A.O. 20	111.254.000	26.350.000	84.904.000	4,0	6,0	-	4,0	6,0
A.O. 21	36.557.000	16.158.000	20.399.000	1,5	2,2	-	1,5	2,2
A.O. 22	143.169.000	23.804.000	119.365.000	4,4	6,6	-	4,4	6,6
A.O. 23	34.897.000	34.897.000	-	-	-	-	-	-
A.O. 24	60.719.000	13.757.000	46.962.000	5,0	7,5	-	5,0	7,5
A.O. 25	45.931.000	13.731.000	32.200.000	2,7	4,1	-	2,7	4,1
A.O. 26	34.226.000	1.913.000	32.313.000	5,1	7,6	-	5,1	7,6

./.

(Segue) Tav. 13 – Stima “a forchetta” del Sovraccavo/1 derivante dall’eventuale valore troppo elevato riconosciuto alle attività “a funzione”, con riferimento alle Aziende Ospedaliere italiane raggruppate per ripartizione geografica e all’insieme degli ospedali a gestione diretta*

Aziende Ospedaliere (1)	1	2	3	4	5	6	7
	Ricavi da trasferimento del FSR per attività “a funzione” come da CE (Cod. A40020)	Attività “a funzione” come da delibere delle Giunte Regionali	Stima del Sovraccavo/1 derivante dal maggior finanziamento delle attività “a funzione” rispetto a quanto presente in Delibera o dalle maggiori Perdite per un minor finanziamento di dette attività	% “minima” di Sovraccavo/1 (nell’Ipotesi del 20% dei valori della Colonna 3)	% “massima” di Sovraccavo/1 (nell’Ipotesi del 30% dei valori della Colonna 3)	% di Disavanzo sul Totale dei Ricavi	% “forchetta” Sovraccavo/1 Totale (prudentemente stimato) sul totale dei Ricavi
	Min	Max					
A.O. 27	100.365.000	13.052.000	87.313.000	4,4	6,6	-	4,4
A.O. 28	93.499.000	32.212.000	61.287.000	3,1	4,7	-	3,1
A.O. 29	107.748.000	23.009.000	84.739.000	5,9	8,9	-	5,9
A.O. 30	100.781.000	13.995.000	86.786.000	6,3	9,4	-	6,3
A.O. 31	63.257.000	36.762.000	26.495.000	1,5	2,2	-	1,5
A.O. 32	42.711.000	19.958.000	22.753.000	1,4	2,0	-	1,4
A.O. 33	63.355.000	14.206.000	49.149.000	4,6	6,9	-	4,6
A.O. 34	52.013.000	20.496.000	31.517.000	1,6	2,5	-	1,6
A.O. 35	63.491.000	20.639.000	42.852.000	3,7	5,6	-	3,7
A.O. 36	83.433.000	54.120.000	29.313.000	1,1	1,6	14,3	15,4
A.O. 37	94.042.000	55.880.000	38.162.000	1,5	2,2	-	1,5
A.O. 38	93.721.000	25.960.000	67.761.000	4,9	7,4	-	4,9
A.O. 39	121.636.000	43.120.000	78.516.000	3,9	5,8	-	3,9
A.O. 40	58.150.000	42.000.000	16.150.000	0,8	1,3	-	0,8
A.O. 41	30.311.000	18.000.000	12.311.000	0,8	1,3	-	0,8
A.O. 42	44.960.000	31.000.000	13.960.000	1,1	1,6	-	1,1
A.O. 43	91.752.000	63.000.000	28.752.000	1,0	1,5	-	1,0
A.O. 44	85.220.000	32.146.000	53.074.000	3,3	5,0	-	3,3
Totale Nord	3.211.977.000	1.210.692.000	2.001.285.000	2,8	4,2	0,7	3,5
A.O. 45	147.828.000	63.054.000	84.774.000	3,0	4,5	-	3,0
A.O. 46	88.039.000	31.866.000	56.173.000	3,5	5,2	-	3,5
A.O. 47	183.787.000	111.720.000	72.067.000	2,3	3,5	-	2,3
A.O. 48	31.930.000	11.074.000	20.856.000	3,6	5,4	-	3,6
A.O. 49	70.763.000	23.052.000	47.711.000	3,9	5,8	-	3,9
A.O. 50	80.319.000	46.782.000	33.537.000	1,7	2,5	-	1,7
A.O. 51	37.548.000	34.000.000	3.548.000	0,2	0,3	-	0,2

./.

(Segue) Tav. 13 – Stima “a forchetta” del Sovraccavo/1 derivante dall’eventuale valore troppo elevato riconosciuto alle attività “a funzione”, con riferimento alle Aziende Ospedaliere italiane raggruppate per ripartizione geografica e all’insieme degli ospedali a gestione diretta*

Aziende Ospedaliere (1)	Aziende Ospedaliere (1)							
	1	2	3	4	5	6	7	
	Ricavi da trasferimento del FSR per attività “a funzione” come da CE (Cod. A40020)	Attività “a funzione” come da delibere delle Giunte Regionali	Stima del Sovraccavo/1 derivante dal maggior finanziamento delle attività “a funzione” rispetto a quanto presente in Delibera o dalle maggiori Perdite per un minor finanziamento di dette attività	% “minima” di Sovraccavo/1 (nell’Ipotesi del 20% dei valori della Colonna 3)	% “massima” di Sovraccavo/1 (nell’Ipotesi del 30% dei valori della Colonna 3)	% di Disavanzo sul Totale dei Ricavi	% “forchetta” Sovraccavo/1 Totale (prudentemente stimato) sul totale dei Ricavi	
						Min	Max	
A.O. 52	45.251.000	21.000.000	24.251.000	2,6	3,9	-	2,6	3,9
A.O. 53	53.604.000	57.122.000	- 3.518.000	1,1	1,1	52,7	53,8	53,8
A.O. 54	30.429.000	31.096.000	- 667.000	0,4	0,4	49,1	49,5	49,5
A.O. 55	88.896.000	57.798.000	31.098.000	1,4	2,1	21,0	22,4	23,1
A.O. 56	23.263.000	26.026.000	- 2.763.000	1,4	1,4	27,7	29,1	29,1
A.O. 57	37.438.000	34.476.000	2.962.000	0,3	0,4	30,6	30,9	31,0
Totale Centro	919.095.000	549.066.000	383.925.000	7,9	2,8	11,1	13,0	13,9
A.O. 58	110.668.000	62.650.000	48.018.000	2,3	3,4	-	2,3	3,4
A.O. 59	73.480.000	28.702.000	44.778.000	3,5	5,3	-	3,5	5,3
A.O. 60	108.894.000	66.900.000	41.994.000	2,3	3,5	-	2,3	3,5
A.O. 61	39.210.000	21.600.000	17.610.000	2,4	3,5	-	2,4	3,5
A.O. 62	95.000.000	59.200.000	35.800.000	2,3	3,5	-	2,3	3,5
A.O. 63	77.935.000	61.600.000	16.335.000	1,0	1,6	-	1,0	1,6
A.O. 64	43.807.000	32.300.000	11.507.000	1,2	1,9	2,1	3,3	4,0
A.O. 65	33.768.000	28.400.000	5.368.000	0,8	1,2	-	0,8	1,2
A.O. 66	46.085.000	29.900.000	16.185.000	1,8	2,7	4,2	6,0	6,9
A.O. 67	37.224.000	24.432.000	12.792.000	1,7	2,6	-	1,7	2,6
A.O. 68	62.430.000	45.900.000	16.530.000	1,2	1,7	-	1,2	1,7
A.O. 69	63.301.000	25.764.000	37.537.000	3,3	4,9	-	3,3	4,9
A.O. 70	88.598.000	15.576.000	73.022.000	7,6	11,5	0,9	8,5	12,4
A.O. 71	65.364.000	15.021.000	50.343.000	5,9	8,9	1,8	7,7	10,7
A.O. 72	9.226.000	5.276.000	3.950.000	1,4	2,0	51,5	52,9	53,5
A.O. 73	63.952.000	14.795.000	49.157.000	5,8	8,8	-	5,8	8,8
A.O. 74	68.619.000	22.500.000	46.119.000	4,7	7,1	-	4,7	7,1
A.O. 75	71.925.000	28.500.000	43.425.000	3,5	5,3	-	3,5	5,3
A.O. 76	139.004.000	41.250.000	97.754.000	5,0	7,4	-	5,0	7,4

./.

(Segue) Tav. 13 – Stima “a forchetta” del Sovraccavo/1 derivante dall’eventuale valore troppo elevato riconosciuto alle attività “a funzione”, con riferimento alle Aziende Ospedaliere italiane raggruppate per ripartizione geografica e all’insieme degli ospedali a gestione diretta*

Aziende Ospedaliere (1)	1	2	3	4	5	6	7	
	Ricavi da trasferimento del FSR per attività “a funzione” come da CE (Cod. A.40020)	Attività “a funzione” come da delibere delle Giunte Regionali	Stima del Sovraccavo/1 derivante dal maggior finanziamento delle attività “a funzione” rispetto a quanto presente in Delibera o dalle maggiori Perdite per un minor finanziamento di dette attività	% “minima” di Sovraccavo/1 (nell’ipotesi del 20% dei valori della Colonna 3)	% “massima” di Sovraccavo/1 (nell’ipotesi del 30% dei valori della Colonna 3)	% di Disavanzo sul Totale dei Ricavi	% “forchetta” Sovraccavo/1 Totale (prudentemente stimato) sul totale dei Ricavi	
							Min	Max
A.O. 77	87.000.000	19.000.000	68.000.000	6,9	10,3	1,0	7,9	11,3
A.O. 78	54.069.000	21.750.000	32.319.000	3,3	4,9	-	3,3	4,9
A.O. 79	118.164.000	30.250.000	87.914.000	5,7	8,6	-	5,7	8,6
A.O. 80	161.146.000	30.750.000	130.396.000	7,5	11,2	-	7,5	11,2
A.O. 81	94.500.000	21.500.000	73.000.000	6,6	9,8	-	6,6	9,8
A.O. 82	35.000.000	19.436.000	15.564.000	1,9	2,9	17,2	19,1	20,1
A.O. 83	37.329.000	16.046.000	21.283.000	3,0	4,5	12,8	15,8	17,3
A.O. 84	28.000.000	15.000.000	13.000.000	1,8	2,7	9,7	11,5	12,4
Totale Sud	1.913.698.000	803.998.000	1.109.700.000	3,6	5,4	1,8	5,4	7,2
Totale Aziende Ospedaliere	6.044.770.000	2.563.756.000	3.494.910.000	2,8	4,2	2,7	5,5	6,9

(*) Cf. per i dettagli delle singole Aziende Ospedaliere la Tabella All. 1 contenuta nel capitolo 1 degli Allegati, pagg. 284-290.

(1) Sono comprese anche le Aziende Ospedaliere integrate con le Università (A.O.U.).

Fonte: *Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tav. 14 – Stima “a forchetta” in milioni di euro del possibile Sovraricavo/1, comprensivo delle eventuali perdite di esercizio

Circoscrizione geografica	Totale Ricavi (mil. di €) ¹	“Forchetta” Sovraricavo/1 ²			
		V.a. (mil. di €)		%	
		Min.	Max.	Min.	Max.
– Aziende Ospedaliere del Nord	14.437	505	707	3,5	4,9
– Aziende Ospedaliere del Centro	4.139	538	575	13,0	13,9
– Aziende Ospedaliere del Sud	6.122	330	440	5,4	7,2
– Totale Aziende Ospedaliere	24.698	1.373	1.722	5,5	6,9
– Totale Ospedali a gestione diretta	21.757	1.197	1.501	5,5	6,9
– Totale Aziende Ospedaliere + Ospedali a gestione diretta	46.455	2.570	3.223	-	-

(1) Cfr. Tabella All. 1, Colonna 8 all’interno del capitolo 1 degli Allegati, pag. 284 e segg. (per i dati di spesa riferiti alle Aziende Ospedaliere, mentre le modalità di stima della spesa per gli Ospedali a gestione diretta vengono descritte nel commento contenuto sempre nello stesso capitolo 1 degli Allegati).

(2) Cfr. Tabella All. 1 e relativa descrizione dei calcoli all’interno del capitolo 1 degli Allegati, pag. 284 e segg.

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

condotte nei precedenti Rapporti “Ospedali & Salute” sulle spese per l’ospedalità pubblica delle diverse Regioni come pure sui Conti Economici delle Aziende Ospedaliere, si è ritenuto di poter ipotizzare una “forchetta” compresa tra il 20% e il 30% del Sovravicavo/1 teorico, la cui incidenza sui Ricavi totali è quella contenuta nelle Colonne 4 e 5 della tavola 13⁷;

- c) si è quindi aggiunto alle percentuali di Colonna 4 e 5 quella che rappresenta l’incidenza (Colonna 6) delle eventuali Perdite di esercizio⁸ sui Ricavi Totali, pervenendo così alla “forchetta” del Sovravicavo/1 “reale” (Colonna 7).

Il risultato finale in valore della prima simulazione viene sintetizzato da quanto esposto nella tavola 14 che comprende anche la stima (nazionale) del corrispondente valore che fa capo agli Ospedali a gestione diretta⁹.

Come si vede si è in presenza di un valore di Sovravicavo/1 “reale” per l’intero sistema ospedaliero pubblico compreso tra 2.570,0 e 3.223,0 milioni di euro, cifre che corrispondono ad un’incidenza sui Ricavi complessivi variabile tra il 5,5% e il 6,9%.

La seconda simulazione effettuata riguarda un possibile scenario che contempla l’applicazione del Decreto Ministeriale precedentemente citato¹⁰ per l’applicazione del quale un’apposita Commissione Ministeriale sta definendo i criteri che i singoli Sistemi Sanitari Regionali dovranno tener presenti nell’attribuire la quota forfetaria di copertura delle attività “a funzione” che per l’appunto non può superare il 30% di un totale Ricavi teorico, peraltro generosamente determinato attraverso un calcolo sotto 100¹¹.

⁷ Si tenga presente – a titolo di esempio – che la “forbice” 20%-30% ipotizzata trovava già un riscontro, nella simulazione effettuata per il Rapporto “Ospedali & Salute/2010”, quando si stimò, senza critica di fondo da parte dei vari Sistemi Sanitari Regionali, che il tasso di inefficienza implicita dell’ospedalità pubblica fosse compreso tra il 20,5% delle strutture ospedaliere del Nord e il 34,7% delle strutture ospedaliere del Mezzogiorno.

⁸ Si ricorda che le eventuali Perdite di esercizio presenti nei Conti Economici (soprattutto nelle Aziende Ospedaliere del Centro e del Sud, come risulta dalla Tabella All. 1 degli Allegati) dovranno comunque essere ripianate e quindi sono assimilabili, nel quadro della logica adottata, ad un Sovravicavo di fatto.

⁹ Il dettaglio dei calcoli, effettuati per ogni singola Azienda Ospedaliera e i criteri adottati per le stime, vengono illustrati attraverso la Tabella All. 1 e i relativi commenti, contenuti nel capitolo 1 degli Allegati.

¹⁰ E cioè il Decreto Ministeriale di attuazione dell’Art. 1, comma 526 della Legge di Stabilità 2016, a partire dall’Art. 8-*sexies* del D.Lgs 502/1992 e successive modificazioni. Esso recita che “il valore complessivo della remunerazione delle attività “a funzione” non può in ogni caso superare il 30% del limite di remunerazione già assegnata”. Si precisa inoltre che già il bilancio 2016 delle Aziende Ospedaliere può/deve incorporare questa disposizione, mentre gli Ospedali a gestione diretta dovrebbero incorporarla a partire dall’esercizio 2017.

¹¹ La formula utilizzata per definire il valore sulla base dell’Ipotesi 30% è la seguente:

In termini operativi non si poteva che procedere per grandi ipotesi e per ciò si è operato come segue (cfr. tavola 15)¹²:

a) si è innanzitutto calcolato (secondo la formula della nota 11) a quale percentuale sul totale dei Ricavi 2015 corrisponda il valore delle attività “a funzione” effettivamente esposto, per ogni singola Azienda Ospedaliera, all’interno del rispettivo Conto Economico 2015: e questo scegliendo due Ipotesi estreme e cioè quella del 30% e quella del 20% (cfr. Colonna 2 e Colonna 6). E già qui il confronto tra Aziende Ospedaliere del Nord, del Centro e del Sud rende evidente una probabile presenza di Sovraccavo/2 qualora si considerino le percentuali delle Aziende che hanno esposto un valore di attività “a funzione”, rispettivamente sino al 20%, oltre il 20% e fino al 30%, oltre il 30% o addirittura oltre il 40%, come evidenzia il Quadro sintetico seguente:

Aziende Ospedaliere	V.a.	% di attività “a funzione” sul Totale Ricavi 2015				Totale
		Sino al 20%	Oltre il 20% e sino al 30%	Oltre il 30%	Oltre il 40%	
A.O. del Nord	44	43,0%	36,0%	21,0%	-	100,0%
A.O. del Centro	13	39,0%	46,0%	15,0%	-	100,0%
A.O. del Sud	27	4,0%	40,0%	30,0%	26,0%	100,0%
Totale A.O.	84	-	-	-	-	100,0%

Le Aziende Ospedaliere del Nord dunque si concentrano nella fascia medio-bassa (43% + 36%), le Aziende Ospedaliere del Centro sempre nella fascia medio-bassa (39% e 46%), mentre le Aziende Ospedaliere del Sud si concentrano nella fascia medio-alta e alta (40% e 56%).

Come si può constatare dai dati dello schema precedente già oggi le Aziende Ospedaliere che dichiarano un valore di attività “a funzione” che si colloca oltre il 30% previsto dal D.M. (considerando la relativa Ipotesi massima) sono:

- il 21% del Nord;
- il 15% del Centro;
- e ben il 56% del Sud.

$$\frac{\text{Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie} + \text{Incassi per ticket da parte dei pazienti} + \text{Contributi extra LEA}}{70} * 30\%$$

N.B.: La formula suddetta serve per l’Ipotesi massimale (per l’appunto pari al 30%) e quindi basta sostituire il 30% (Ipotesi massima), utilizzato nella formula suddetta col 20% (Ipotesi minima).

¹² Per i dettagli dei calcoli effettuati per ogni singola Azienda Ospedaliera cfr. Tabella All. 2 e relativo commento all’interno del capitolo 1 degli Allegati.

Tav. 15 – Simulazione dell'eventuale Sovraccavo2, proveniente dall'applicazione del finanziamento delle attività "a funzione" come da Decreto Ministeriale di attuazione dell'Art. 1, comma 526, della Legge di Stabilità 2016, prendendo in considerazione l'ipotesi massima del 30% e un'ipotesi minimale del 20% (valori in milioni di euro)

Aziende Ospedaliere (1)	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		
	Ricavi da trasferimento del FSR per attività "a funzione" come da CE (Cod. AA0020)		% di attività "a funzione" corrispondente ai valori assoluti del Conto Economico 2015, ma calcolati secondo il D.M.		Incremento (+) o decremento (-) della "a funzione" rispetto a quella attuale		Ulteriore quota di Ricavi (+) o Perdite (-) teorici, derivante dal calcolo delle attività "a funzione"		% di Sovraccavo/2 dovuto esclusivamente alle Perdite aggiuntive derivanti dall'ipotesi 30%		% di attività "a funzione" corrispondente ai valori assoluti del Conto Economico 2015, ma calcolati secondo il D.M.		Incremento (+) o decremento (-) della "a funzione" rispetto a quella attuale		Ulteriore quota di Ricavi (+) o Perdite (-) teorici, derivante dal calcolo delle attività "a funzione"		% di Sovraccavo/2 dovuto esclusivamente alle Perdite aggiuntive derivanti dall'ipotesi 30%		"Forchetta" Sovraccavo/2 (in milioni di euro)		
	Min	Max																			
A.O. 1	31.735.000		8,2	17.187.286	0,0	0,0	21,8	-1,8	879.857	0,0	0,0	21,8	-1,8	879.857	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A.O. 2	68.212.000		25,1	18.823.571	0,0	0,0	25,1	-5,1	-10.188.286	3,6	3,6	25,1	-5,1	-10.188.286	3,6	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6
A.O. 3	45.863.000		10,4	34.752.571	0,0	0,0	19,6	0,4	7.880.714	0,0	0,0	19,6	0,4	7.880.714	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A.O. 4	61.100.000		4,3	14.669.286	0,0	0,0	25,7	-5,7	-10.587.143	4,3	4,3	25,7	-5,7	-10.587.143	4,3	4,3	0,0	0,0	0,0	0,0	4,3
A.O. 5	41.894.000		7,4	19.573.429	0,0	0,0	22,6	-2,6	-9.157.714	0,5	0,5	22,6	-2,6	-9.157.714	0,5	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
A.O. 6	396.728.000		39,3	-134.342.000	12,5	12,5	39,3	-19,3	-221.804.000	20,7	20,7	39,3	-19,3	-221.804.000	20,7	20,7	0,0	0,0	0,0	0,0	20,7
A.O. 7	63.867.000		12,2	62.442.429	0,0	0,0	17,8	2,2	20.339.286	0,0	0,0	17,8	2,2	20.339.286	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A.O. 8	36.399.000		22,8	16.285.286	0,0	0,0	22,8	-2,8	-1.276.143	0,8	0,8	22,8	-2,8	-1.276.143	0,8	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
A.O. 9	55.525.000		10,8	44.502.286	0,0	0,0	19,2	0,8	11.159.857	0,0	0,0	19,2	0,8	11.159.857	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
A.O. 10	128.197.000		20,2	89.399.429	0,0	0,0	20,2	-2,2	16.867.286	0,0	0,0	20,2	-2,2	16.867.286	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A.O. 11	31.702.000		24,3	10.565.429	0,0	0,0	24,3	-4,3	-3.523.714	2,6	2,6	24,3	-4,3	-3.523.714	2,6	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6
A.O. 12	42.490.000		12,1	40.877.857	0,0	0,0	17,9	2,1	13.088.571	0,0	0,0	17,9	2,1	13.088.571	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A.O. 13	48.399.000		20,0	34.386.429	0,0	0,0	20,0	-4,0	-6.791.286	0,0	0,0	20,0	-4,0	-6.791.286	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A.O. 14	23.828.000		19,1	19.531.000	0,0	0,0	19,1	0,9	5.078.000	0,0	0,0	19,1	0,9	5.078.000	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A.O. 15	88.900.000		0,4	1.885.571	0,0	0,0	29,6	-9,6	-28.376.286	8,3	8,3	29,6	-9,6	-28.376.286	8,3	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	8,3
A.O. 16	26.049.000		12,1	54.699.000	0,0	0,0	12,1	7,9	27.783.000	0,0	0,0	12,1	7,9	27.783.000	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A.O. 17	106.078.000		24,1	37.369.571	0,0	0,0	24,1	-4,1	-10.446.286	2,1	2,1	24,1	-4,1	-10.446.286	2,1	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1
A.O. 18	40.572.000		6,7	16.800.000	0,0	0,0	23,3	-3,3	-2.324.000	1,3	1,3	23,3	-3,3	-2.324.000	1,3	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3
A.O. 19	17.241.000		10,4	46.157.571	0,0	0,0	10,4	9,6	25.024.714	0,0	0,0	10,4	9,6	25.024.714	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A.O. 20	111.254.000		0,6	3.490.857	0,0	0,0	29,4	-9,4	-84.757.429	8,2	8,2	29,4	-9,4	-84.757.429	8,2	8,2	0,0	0,0	0,0	0,0	8,2
A.O. 21	36.557.000		14,0	59.634.571	0,0	0,0	14,0	6,0	27.570.714	0,0	0,0	14,0	6,0	27.570.714	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A.O. 22	143.169.000		30,7	-4.470.429	0,8	0,8	30,7	-10,7	-50.703.286	9,3	9,3	30,7	-10,7	-50.703.286	9,3	9,3	0,0	0,0	0,0	0,0	9,3
A.O. 23	60.719.000		3,6	-9.183.714	4,9	4,9	33,6	-13,6	-26.362.143	14,0	14,0	33,6	-13,6	-26.362.143	14,0	14,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,0
A.O. 24	34.897.000		19,1	28.505.857	0,0	0,0	19,1	0,9	7.371.571	0,0	0,0	19,1	0,9	7.371.571	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A.O. 25	45.931.000		22,9	20.306.857	0,0	0,0	22,9	-2,9	-1.772.429	0,7	0,7	22,9	-2,9	-1.772.429	0,7	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7
A.O. 26	34.226.000		1,7	2.941.000	0,0	0,0	28,3	-8,3	-9.448.000	7,4	7,4	28,3	-8,3	-9.448.000	7,4	7,4	0,0	0,0	0,0	0,0	7,4

./.

(Segue) Tav. 15 – Simulazione dell'eventuale Sovraccarico/2, proveniente dall'applicazione del finanziamento delle attività "a funzione" come da Decreto Ministeriale di attuazione dell'Art. 1, comma 526, della Legge di Stabilità 2016, prendendo in considerazione l'ipotesi massima del 30% e un'ipotesi minimale del 20%, (valori in milioni di euro)

Aziende Ospedaliere (1)	Ipotesi 30%										Ipotesi 20%			"Forchetta"	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		Min	Max		
	Ricavi da trasferimento del FSR per attività "a funzione" come da CE (Cod. AA0020)	% di attività "a funzione" corrispondente ai valori assoluti del Conto Economico 2015, ma calcolati secondo il D.M.	Incremento (+) o decremento (-) della % di attività "a funzione" rispetto a quella attuale	Ulteriore quota di Ricavi (+) o Perdite (-) teorici, derivante dal calcolo delle attività "a funzione"	% di Sovraccarico/2 dovuto esclusivamente alle Perdite aggiuntive derivanti dall'ipotesi 30%	% di attività "a funzione" corrispondente ai valori assoluti del Conto Economico 2015, ma calcolati secondo il D.M.	Incremento (+) o decremento (-) della % di attività "a funzione" rispetto a quella attuale	Ulteriore quota di Ricavi (+) o Perdite (-) teorici, derivante dal calcolo delle attività "a funzione"	% di Sovraccarico/2 dovuto esclusivamente alle Perdite aggiuntive derivanti dall'ipotesi 30%	(in milioni di euro)					
A.O. 27	100.365.000	26,4	3,6	19.352.143	0,0	26,4	-6,4	-20.553.571	5,2	0,0	5,2				
A.O. 28	93.499.000	25,1	4,9	26.181.714	0,0	25,1	-5,1	-13.711.857	3,5	0,0	3,5				
A.O. 29	107.748.000	39,2	-9,2	-36.009.000	12,5	39,2	-19,2	-59.922.000	20,9	12,5	20,9				
A.O. 30	100.781.000	37,6	-7,6	-28.970.857	10,4	37,6	-17,6	-52.907.571	19,1	10,4	19,1				
A.O. 31	63.257.000	18,8	11,2	53.691.571	0,0	18,8	1,2	14.708.714	0,0	0,0	0,0				
A.O. 32	42.711.000	14,0	16,0	69.537.429	0,0	14,0	6,0	32.121.286	0,0	0,0	0,0				
A.O. 33	63.355.000	31,7	-1,7	-4.864.429	2,3	31,7	-11,7	-24.361.286	11,4	2,3	11,4				
A.O. 34	52.013.000	15,1	14,9	72.954.143	0,0	15,1	4,9	31.298.429	0,0	0,0	0,0				
A.O. 35	63.491.000	30,8	-0,8	-2.381.857	1,0	30,8	-10,8	-22.751.571	9,8	1,0	9,8				
A.O. 36	83.433.000	16,4	13,6	98.563.714	0,0	16,4	3,6	37.898.143	0,0	0,0	0,0				
A.O. 37	94.042.000	18,6	11,4	81.764.429	0,0	18,6	1,4	23.162.286	0,0	0,0	0,0				
A.O. 38	93.721.000	37,0	-7,0	-25.252.000	9,2	37,0	-17,0	-48.075.000	17,4	9,2	17,4				
A.O. 39	121.636.000	32,1	-2,1	-11.274.571	2,8	32,1	-12,1	-48.061.714	11,8	2,8	11,8				
A.O. 40	58.150.000	17,6	12,4	58.229.429	0,0	17,6	2,4	19.436.286	0,0	0,0	0,0				
A.O. 41	30.311.000	10,9	19,1	44.732.143	0,0	10,9	9,1	40.184.429	0,0	0,0	0,0				
A.O. 42	44.960.000	17,7	12,3	44.778.571	0,0	17,7	2,3	14.865.714	0,0	0,0	0,0				
A.O. 43	91.752.000	17,2	12,8	97.423.286	0,0	17,2	2,8	34.364.857	0,0	0,0	0,0				
A.O. 44	85.220.000	28,9	1,1	4.664.286	0,0	28,9	-8,9	-25.297.143	7,9	0,0	7,9				
Totale Nord	3.211.977.000	24,0	6,0	1.654.108.857	1,8	24,0	-4,0	1.146.001.571	5,0	1,8	5,0				
A.O. 45	147.828.000	27,5	2,5	19.224.429	0,0	27,5	-7,5	-36.459.714	6,4	0,0	6,4				
A.O. 46	88.039.000	28,5	1,5	6.641.857	0,0	28,5	-8,5	-24.918.429	7,7	0,0	7,7				
A.O. 47	183.787.000	31,1	-1,1	-9.170.286	1,5	31,1	-11,1	-67.375.857	10,9	1,5	10,9				
A.O. 48	31.930.000	30,3	-0,3	-472.000	0,4	30,3	-10,3	-10.958.000	9,5	0,4	9,5				
A.O. 49	70.763.000	29,6	0,4	1.325.286	0,0	29,6	-9,6	-22.704.143	9,2	0,0	9,2				
A.O. 50	80.319.000	21,0	9,0	49.477.714	0,0	21,0	-1,0	-6.212.143	0,0	0,0	0,0				
A.O. 51	37.548.000	11,5	18,5	86.259.000	0,0	11,5	8,5	44.990.000	0,0	0,0	0,0				

(Segue) Tav. 15 – Simulazione dell'eventuale Sovraccavo/2, proveniente dall'applicazione del finanziamento delle attività "a funzione" come da Decreto Ministeriale di attuazione dell'Art. 1, comma 526, della Legge di Stabilità 2016, prendendo in considerazione l'ipotesi massima del 30% e un'ipotesi minimale del 20% (valori in milioni di euro)

Aziende Ospedaliere (1)	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10			
	Ricavi da trasferimento del FSR per attività "a funzione" come da CE (Cod. AA0020)		% di attività "a funzione" corrispondenti ai valori assoluti del Conto Economico 2015, ma calcolati secondo il D.M.		Incremento (+) o decremento (-) della % di attività "a funzione" rispetto a quella attuale		Ulteriore quota di Ricavi (+) o di Perdite (-) teorici, derivante dal calcolo delle attività "a funzione".		% di Sovraccavo/2 dovuto esclusivamente alle Perdite aggiuntive derivanti dall'ipotesi 30%		% di attività "a funzione" corrispondenti ai valori assoluti del Conto Economico 2015, ma calcolati secondo il D.M.		Incremento (+) o decremento (-) della % di attività "a funzione" rispetto a quella attuale		Ulteriore quota di Ricavi (+) o di Perdite (-) teorici, derivante dal calcolo delle attività "a funzione".		% di Sovraccavo/2 dovuto esclusivamente alle Perdite aggiuntive derivanti dall'ipotesi 30%		"Forchetta" Sovraccavo/2 (in milioni di euro)			
	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max
A.O. 52	45.251.000		24,5		5,5		14.590.429		0,0		24,5		-4,5		-5.356.714		2,9		0,0		2,9	
A.O. 53	53.604.000		18,4		11,6		48.525.000		0,0		18,4		1,6		14.482.000		0,0		0,0		0,0	
A.O. 54	30.429.000		20,0		10,0		21.674.143		0,0		20,0		-0,0		4.306.429		0,0		0,0		0,0	
A.O. 55	88.896.000		21,5		8,5		50.491.714		0,0		21,5		-1,5		4.029.143		0,0		0,0		0,0	
A.O. 56	23.263.000		13,7		16,3		39.420.286		0,0		13,7		6,3		18.525.857		0,0		0,0		0,0	
A.O. 57	37.438.000		17,3		12,7		39.503.857		0,0		17,3		2,7		13.856.571		0,0		0,0		0,0	
Totale Centro	919.095.000		23,4		6,6		386.776.000		0,2		23,4		-3,4		274.175.000		-4,1		0,2		0,2	
A.O. 58	110.668.000		26,8		3,2		18.641.429		0,0		26,8		-6,8		-24.461.714		5,8		0,0		5,8	
A.O. 59	89.544.000		31,7		-1,7		-6.943.286		2,4		31,7		-11,7		-34.476.857		12,0		2,4		12,0	
A.O. 60	108.894.000		32,0		-2,0		-9.844.286		2,7		32,0		-12,0		-42.860.857		11,8		2,7		11,8	
A.O. 61	39.210.000		29,4		0,6		1.085.571		0,0		29,4		-9,4		-12.346.286		8,3		0,0		8,3	
A.O. 62	95.000.000		31,8		-1,8		-7.700.000		2,5		31,8		-11,8		-36.800.000		11,8		2,5		11,8	
A.O. 63	77.935.000		27,6		2,4		9.812.857		0,0		27,6		-7,6		-19.436.429		6,2		0,0		6,2	
A.O. 64	43.807.000		26,2		3,8		9.068.000		0,0		26,2		-6,2		-8.557.000		4,6		0,0		4,6	
A.O. 65	33.768.000		28,0		2,0		3.468.429		0,0		28,0		-8,0		-8.943.714		6,7		0,0		6,7	
A.O. 66	46.085.000		28,7		1,3		2.978.286		0,0		28,7		-8,7		-13.376.143		7,5		0,0		7,5	
A.O. 67	37.224.000		27,3		2,7		5.237.571		0,0		27,3		-7,3		-8.916.286		6,0		0,0		6,0	
A.O. 68	62.430.000		23,0		7,0		27.136.714		0,0		23,0		-3,0		-2.718.857		1,0		0,0		1,0	
A.O. 69	63.301.000		29,1		0,9		2.782.143		0,0		29,1		-9,1		-19.245.571		8,4		0,0		8,4	
A.O. 70	88.598.000		47,4		-17,4		-46.383.286		24,3		47,4		-27,4		-60.454.857		31,6		24,3		31,6	
A.O. 71	65.364.000		40,1		-10,1		-25.462.143		13,8		40,1		-20,1		-37.429.429		22,0		13,8		22,0	
A.O. 72	9.226.000		19,3		10,7		7.265.857		0,0		19,3		0,7		1.768.571		0,0		0,0		0,0	
A.O. 73	68.619.000		40,4		-10,4		-23.557.857		14,0		40,4		-20,4		-33.912.714		22,0		14,0		22,0	
A.O. 74	68.619.000		36,1		-6,1		-16.559.571		8,5		36,1		-16,1		-33.912.714		17,3		8,5		17,3	
A.O. 75	71.925.000		30,6		-0,6		-1.869.000		0,8		30,6		-10,6		-25.221.000		10,3		0,8		10,3	
A.O. 76	139.004.000		36,9		-6,9		-37.266.714		9,5		36,9		-16,9		-71.179.143		18,1		9,5		18,1	
A.O. 77	87.000.000		45,3		-15,3		-41.943.429		21,2		45,3		-25,3		-56.962.286		28,8		21,2		28,8	

./.

(Segue) Tav. 15 – Simulazione dell'eventuale Sovraricavo/2, proveniente dall'applicazione del finanziamento delle attività "a funzione" come da Decreto Ministeriale di attuazione dell'Art. 1, comma 526, della Legge di Stabilità 2016, prendendo in considerazione l'ipotesi massima del 30% e un'ipotesi minimale del 20% (valori in milioni di euro)

Aziende Ospedaliere (1)	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10			
	Ricavi da trasferimento del FSR per attività "a funzione" come da CE (Cod. AA0020)		% di attività "a funzione" corrispondente ai valori assoluti del Conto Economico 2015, ma calcolati secondo il D.M.		Incremento (+) o decremento (-) della % di attività "a funzione" rispetto a quella attuale		IPOTESI 30%		Sovraricavo/2 esclusivamente alle Perdite aggiuntive derivanti dall'ipotesi 30%		% di attività "a funzione" corrispondente ai valori assoluti del Conto Economico 2015, ma calcolati secondo il D.M.		Incremento (+) o decremento (-) della % di attività "a funzione" rispetto a quella attuale		IPOTESI 20%		Sovraricavo/2 esclusivamente alle Perdite aggiuntive derivanti dall'ipotesi 30%		"Forchetta" Sovraricavo/2 (in milioni di euro)			
							Ulteriore quota di Ricavi (+) o Perdite (-) teorici, derivante dal calcolo delle attività "a funzione"						Ulteriore quota di Ricavi (+) o Perdite (-) teorici, derivante dal calcolo delle attività "a funzione"						Min		Max	
A.O. 78	54.069.000	30,3	-0,3	-711.429	0,4	-10,3	-18.497.286	9,3	0,4	30,3	-10,3	-18.497.286	9,3	0,4	30,3	-10,3	-18.497.286	9,3	0,4	30,3	0,4	9,3
A.O. 79	118.164.000	40,1	-10,1	-42.366.429	13,8	-20,1	-67.632.286	22,0	13,8	40,1	-20,1	-67.632.286	22,0	13,8	40,1	-20,1	-67.632.286	22,0	13,8	40,1	13,8	22,0
A.O. 80	161.146.000	48,4	-18,4	-87.565.000	25,0	-28,4	-112.092.000	32,0	25,0	48,4	-28,4	-112.092.000	32,0	25,0	48,4	-28,4	-112.092.000	32,0	25,0	48,4	25,0	32,0
A.O. 81	94.500.000	44,5	-14,5	-44.069.143	19,8	-24,5	-60.879.429	27,4	19,8	44,5	-24,5	-60.879.429	27,4	19,8	44,5	-24,5	-60.879.429	27,4	19,8	44,5	19,8	27,4
A.O. 82	35.000.000	22,4	7,6	17.050.000	0,0	22,4	-300.000	0,2	0,0	22,4	-2,4	-300.000	0,2	0,0	22,4	-2,4	-300.000	0,2	0,0	22,4	0,0	0,2
A.O. 83	37.329.000	30,9	-0,9	-1.485.429	1,1	30,9	-13.433.286	9,5	1,1	30,9	-10,9	-13.433.286	9,5	1,1	30,9	-10,9	-13.433.286	9,5	1,1	30,9	1,1	9,5
A.O. 84	28.000.000	23,1	6,9	11.852.857	0,0	23,1	-1.431.429	1,0	0,0	23,1	-3,1	-1.431.429	1,0	0,0	23,1	-3,1	-1.431.429	1,0	0,0	23,1	0,0	1,0
Totale Sud	1.929.762.000	33,3	-3,3	508.106.714	6,4	33,3	-13,3	830.356.000	13,5	33,3	-13,3	-13,3	830.356.000	13,5	33,3	-13,3	-13,3	830.356.000	13,5	33,3	6,4	13,5
Totale Aziende Ospedaliere	6.060.834.000	26,3	3,7	2.548.991.571	2,7	26,3	-6,3	2.250.532.571	7,0	26,3	-6,3	-6,3	2.250.532.571	7,0	26,3	-6,3	-6,3	2.250.532.571	7,0	26,3	2,7	7,0

(* Cfr. per i dettagli delle singole Aziende Ospedaliere la Tabella All. 2 e Tabella All. 2B e il relativo commento all'interno del capitolo 1 degli Allegati, pagg. 294-314).

(1) Sono comprese anche le Aziende Ospedaliere integrate con le Università (A.O.U.).

Fonte: Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tav. 16 – Stima “a forchetta” in milioni di euro del Sovraricavo/2 teorico, secondo un’ipotesi di calcolo forfetario massimo (30%) e minimo (20%), delle attività “a funzione”, sulla base di quanto disposto dall’allegato D.M. in tema di valorizzazione¹

Circoscrizione geografica	Totale Ricavi (mil. di €) ²	“Forchetta” Sovraricavo/2 teorico ³			
		V.a. (mil. di €)		%	
		Min ⁴	Max ⁵		Min ⁴	Max^{5}
– Aziende Ospedaliere del Nord	14.437	260	722	1,8	5,0
– Aziende Ospedaliere del Centro	4.139	8	169	0,2	4,1
– Aziende Ospedaliere del Sud	6.122	394	831	6,4	13,5
– Totale Aziende Ospedaliere	24.698	662	1.722	2,7	7,0
– Totale Ospedali a gestione diretta	21.757	588	1.524	2,7	7,0
– Totale Aziende Ospedaliere + Ospedali a gestione diretta	46.455	1.250	3.246	-	-

(1) Cfr. Decreto Ministeriale di attuazione dell’Art. 1, comma 526, della Legge di Stabilità 2016, a partire dall’Art. 8-sexies del D.Lgs 502/1992 e successive modificazioni.

(2) Cfr. Tabella All. 1, Colonna 8 all’interno del capitolo 1 degli Allegati (per i dati di spesa riferiti alle Aziende Ospedaliere, mentre le modalità di stima della spesa per gli Ospedali a gestione diretta vengono descritte nel commento contenuto sempre nello stesso capitolo 1 degli Allegati).

(3) Cfr. Tabella All. 2 e All. 2B e la relativa descrizione dei calcoli all’interno del capitolo 1 degli Allegati.

(4) Valori derivanti dall’applicazione di una quota pari al 30% delle attività “a funzione”, calcolata come da D.M. citato.

(5) Valori derivanti dall’applicazione di una quota pari al 20% delle attività “a funzione”, calcolata come da D.M. citato.

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Risulta perciò evidente che il valore che supera il 30% dei Ricavi (peraltro non automaticamente attribuibile, visto che si dovrà tener conto dei criteri stabiliti dalla Commissione Ministeriale) non può che creare perdite aggiuntive alle Aziende Ospedaliere coinvolte;

- b) si è successivamente calcolata la valorizzazione teorica delle attività “a funzione” corrispondente all’Ipotesi massima del 30%, all’Ipotesi media del 25% e quindi all’Ipotesi minima del 20% e si è confrontato tale risultato con quanto già presente nel Conto Economico, rilevandone le eventuali differenze in più o in meno. Ma al fine di calcolare la percentuale di Sovrario/2 teorico non sono stati considerati gli eventuali valori positivi di tale differenza per l’ovvia ragione che non si può pensare di generare addirittura degli avanzi di gestione grazie alla sopravvalutazione delle attività “a funzione”. Viceversa, nel caso opposto, e cioè qualora l’ipotesi adottata (quella massima del 30% ma anche quella del 25% o del 20%) porti ad una valorizzazione inferiore rispetto a quanto già appare nel Conto Economico 2015, si verrebbe a creare un ulteriore disavanzo che – come tale – concorrerebbe pienamente ad alimentare il Sovrario/2¹³;
- c) al fine di semplificare l’analisi di scenario si sono scelte – come si è già ricordato – due modalità e cioè quella estrema che si rifà all’Ipotesi massima del 30% (Colonna 4 e Colonna 5 della tavola 15) e quella che si rifà all’Ipotesi minima del 20% (Colonna 8 e Colonna 9 della tavola 15), così da individuare anche in tal caso la “forchetta”, come viene esposto nell’ultima colonna della tavola 15. I relativi valori percentuali della “forchetta”, applicata ai Ricavi Totali, portano a valori assoluti compresi (tav. 16):
- tra 662 e 1.722 milioni di euro per le Aziende Ospedaliere;
 - tra 588 e 1.524 milioni di euro per gli ospedali a gestione diretta;
 - per un totale compreso tra 1.250 e 3.246 milioni di euro.

A conclusione del presente paragrafo si può dunque osservare quanto segue:

- 1) i valori del Sovrario/1 “reale” per le attività “a funzione” sono stati stimati a partire dai dati reali di Conto Economico 2015, secondo un’ipotesi abbastanza prudente (richiamata all’inizio del presente paragrafo), giungendo ad una dimensione complessiva di tale Sovrario che riguarda le Aziende Ospedaliere e gli Ospedali a gestione diretta, compresa tra 2.570 e 3.223 milioni di euro che corrispondono al 5,5% e al 6,9% del totale dei relativi Ricavi di competenza (cfr. precedente tavola 14);
- 2) i valori del Sovrario/2 “teorico”, derivante dal calcolo delle attività “a funzione” in base a quanto prevede il D.M. più volte citato, può costituire

¹³ L’insieme dei calcoli basati sulle tre Ipotesi considerate, rispettivamente del 30%, del 25% e del 20%, viene illustrato attraverso le Tabelle All. 2, All. 2A e All. 2B e dal relativo commento nel capitolo 1 degli Allegati.

un'occasione per integrare i Ricavi afferenti a tale voce, ma a questo proposito è il caso di sottolineare come:

- a) sia innanzitutto stato rilevato un Sovrario-cavo/1 "reale" che sta già all'interno dell'attuale valorizzazione delle attività "a funzione" così come appare dal Conto Economico 2015, tesi questa che verrebbe rafforzata anche dalle tante Aziende Ospedaliere che già chiudono in pareggio perfetto, specie nel Nord e nel Centro del Paese: il che significa che esiste probabilmente un ripianamento implicito di bilancio, a prescindere da eventuali successivi interventi di aggiustamento, derivanti dall'attribuzione di quote forfetarie di riconoscimento delle attività "a funzione";
 - b) risulti inoltre difficile ipotizzare come improvvisamente il valore di queste ultime possa aumentare in maniera significativa, a seguito di un'applicazione di quote forfetarie (nel quadro del D.M. ricordato), visto che spesso sono già state applicate manovre contabili abbastanza "generose" in sede di Conto Economico Consuntivo e come risulti altrettanto difficile credere che le Aziende Ospedaliere riescano a far lievitare in maniera consistente le loro attività "a funzione" a seguito di eventuali riconoscimenti di quote forfetarie più elevate da un anno all'altro solo perché cambia la relativa valorizzazione contabile (anche se bisognerà verificare quali saranno i criteri definiti dall'apposita Commissione Ministeriale a questo proposito);
 - c) perciò solamente uno sforzo di ristrutturazione e di riorganizzazione potrebbe rendere credibile un eventuale recupero di capacità produttiva da parte delle Aziende Ospedaliere in tema di ulteriori attività "a funzione";
 - d) senza contare che riconoscere ulteriori risorse alla voce di Conto Economico in oggetto significherebbe probabilmente togliere risorse ad altre voci oppure aumentare le perdite di esercizio, stante le attuali possibilità limitate di finanziamento esistenti;
- 3) in ogni caso anche la simulazione più favorevole di quote forfetarie delle attività "a funzione" (quella dell'Ipotesi del 30%) finirebbe col "punire" 9 Aziende Ospedaliere del Nord (su 44), 2 Aziende Ospedaliere del Centro (su 13) e ben 15 Aziende Ospedaliere del Sud (su 27), in quanto tali Aziende si trovano già oggi al di là del massimale del 30% e quindi l'eventuale riduzione che si produrrebbe, in base al D.M. citato, finirebbe con l'aumentare le relative perdite di esercizio rispetto ad oggi;
- 4) ci si sia limitati perciò nella stima dei Sovrario-cavi 1 e 2 a considerare, in conclusione, solo il primo dei due (richiamato nel precedente punto 1), in quanto riferito ad una simulazione basata su dati oggetti di Conto Econo-

mico 2015. Mentre la simulazione dei Sovrariicavi/2 rappresenta un esercizio parallelo (e teorico), diretto ad evidenziare, in termini aggregati, a cosa potrebbe dar luogo (cfr. la precedente tavola 16):

- da un lato, l’attribuzione di una quota massima (del 30%) generalizzata (ed improponibile) delle attività “a funzione” che genererebbe 1.249 miliardi di euro di Sovrariicavo/2, derivante esclusivamente da perdite aggiuntive, considerato il fatto che molte Aziende Ospedaliere già oggi superano la quota massima riconoscibile del 30% che invece andrebbe ridotto;
- e dall’altro, l’attribuzione di una quota minima (20%) di riconoscimento delle attività “a funzione”, che finirebbe con l’aggravare ulteriormente le perdite precedentemente calcolate in quanto ben 59 Aziende Ospedaliere su 84 prese in considerazione supererebbero la quota forfetaria del 20%, calcolata sempre sulla base del D.M. ricordato: e in tal caso il Sovrariicavo/2 salirebbe sino a toccare i 3.246 miliardi di euro tra Aziende Ospedaliere e Ospedali a gestione diretta.

In entrambi i casi si profilerebbe dunque un ulteriore incremento di Sovrariicavi, leggibili (inevitabilmente) come una forma di ripianamento implicito di bilancio.

- 5) di conseguenza bisognerebbe cogliere l’occasione del D.M., nella sua parte relativa al calcolo della valorizzazione delle attività “a funzione”, per compiere un passo in avanti sul piano di una maggiore trasparenza dei bilanci, come del resto prevede un’ampia normativa cresciuta via via nel tempo ma ancora poco applicata, come ricorda il successivo paragrafo 2.2.

In conclusione va sottolineato che migliorare i conti attraverso eventuali artifici contabili significherebbe semplicemente continuare a rimandare i problemi strutturali, mentre, al contrario, servirebbe affrontare con coraggio la razionalizzazione dell’offerta, al fine di “liberare” effettivamente delle risorse, da utilizzare per qualificare l’organizzazione, per migliorare la dotazione di attrezzature e del relativo software, per adottare strategie di *e-Health* (i cui passi avanti sono ancora assai lenti) e per dare soprattutto maggiori e più adeguati servizi ai pazienti. Altrimenti il gioco perverso della sanità “finanziaria” che finisce per peggiorare gradualmente la sanità “reale” corre il rischio di ripetersi, mentre la “macchina” resta quella che è, penalizzando pazienti e soggetti d’offerta privati: col risultato finale di erodere sempre di più il principio universalistico e solidale su cui si basa – o si dovrebbe basare – il nostro Sistema Sanitario Nazionale.

2.2. Il (troppo) lento percorso della trasparenza e della certificabilità dei bilanci delle strutture sanitarie pubbliche

La valutazione dei livelli di efficienza delle strutture sanitarie pubbliche e di quelle private presuppone un'analisi e un confronto dei bilanci delle une e delle altre, operazione questa resa difficoltosa dalla scarsa trasparenza e dall'insufficiente pubblicità dei dati riguardanti gli ospedali pubblici.

Già nei *Rapporti* "Ospedali & Salute" degli anni precedenti si era messa in luce l'insufficienza delle procedure legate alla compilazione dei bilanci delle strutture pubbliche, con specifico riferimento ai profili della tempistica della redazione, della standardizzazione delle voci e dei parametri di valutazione delle *performance*, nonché della pubblicità dei bilanci.

In particolare, nel *Rapporto 2009*¹⁴ erano state analizzate le prime disposizioni nazionali sulla predisposizione dei bilanci delle Aziende Ospedaliere e degli Ospedali a gestione diretta (art. 5 del D.Lgs n. 502/1992, poi modificato dal D.Lgs n. 229/1999, e D.M. del 20 ottobre 1994 e quindi modificato dal D.M. dell'11 febbraio 2002). Con tale normativa, il legislatore nazionale poneva l'accento, da una parte, sulla necessità di tenuta di una contabilità analitica per centri di costo, tale da consentire analisi comparative e dall'altra, sull'obbligo delle Aziende Sanitarie Locali e per le Aziende Ospedaliere di rendere pubblici annualmente i bilanci ed i risultati della propria analisi dei costi, dei ricavi e dei risultati ottenuti. Tali obblighi, peraltro, risultavano e risultano rafforzati dalla previgente legge n. 241/1990 in materia di procedimento amministrativo e di diritto all'accesso ai documenti amministrativi, applicabile a tutte le amministrazioni pubbliche.

Sempre nel 2009 era stata, inoltre, proposta una panoramica sulla legislazione in materia di formazione, pubblicizzazione e accesso dei bilanci ospedalieri, vigenti in alcuni Paesi europei (Francia, Belgio e Inghilterra), dove erano stati, però, intrapresi percorsi diversi e non facilmente comparabili con quello italiano¹⁵.

Più recentemente, con il *Rapporto 2013*¹⁶, erano state illustrate le principali novità introdotte dal legislatore nazionale e dalle amministrazioni regionali, volte a garantire una maggiore trasparenza e pubblicità dei bilanci degli ospedali pubblici, anche a fronte della necessità di ridurre la spesa pub-

¹⁴ Cfr. Ermeneia, *Ospedali e salute. Undicesimo Rapporto Annuale 2009*, Roma, Franco-Angeli, pag. 25 e segg.

¹⁵ Cfr. Ermeneia, *Ospedali e salute. Undicesimo Rapporto Annuale 2009*, Roma, Franco-Angeli, pag. 29 e segg.

¹⁶ Cfr. Ermeneia, *Ospedali e salute. Undicesimo Rapporto Annuale 2013*, Roma, Franco-Angeli, pag. 64 e segg.

blica sanitaria. In questi anni si è, infatti, tentata una riforma complessiva del sistema di rendicontazione al fine di avvicinare il modello contabile delle Aziende Sanitarie a quello delle imprese private, attraverso l'introduzione dell'istituto della revisione contabile per garantire l'attendibilità dei dati contabili.

In questa prospettiva, l'attività svolta a livello centrale è stata incentrata sulla volontà di garantire la c.d. certificabilità dei bilanci ospedalieri, seguendo principi analoghi a quelli utilizzati per i maggiori enti di carattere privatistico, rispetto ai quali, le norme di diritto civile impongono un sistema di controlli affidato non solo al collegio interno dei sindaci, ma anche a società di revisione esterne.

A tale proposito, sembra utile chiarire che il concetto della certificabilità dei bilanci delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere, degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, degli Istituti zooprofilattici sperimentali e delle Aziende Ospedaliere Universitarie, era stato, invero, già introdotto con l'art. 1, comma 291, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 (legge Finanziaria 2006), il cui disposto prevedeva che «[...] con Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti i criteri e le modalità di certificazione dei bilanci» dei suddetti enti.

L'intervento normativo era stato, inoltre, sottoposto dalle Regioni Toscana, Piemonte e Liguria, al sindacato della Corte Costituzionale che, con la sentenza n. 121 del 21 marzo 2007, aveva dichiarato l'infondatezza delle questioni sollevate dagli enti locali, affermando che la certificazione dei bilanci degli enti del Servizio Sanitario Nazionale trova il suo fondamento giuridico nell'esigenza di garantire la chiarezza, la veridicità e la correttezza dei bilanci medesimi e che, pertanto, «[...] si tratta di un intervento normativo da ascrivere alla materia concorrente dell'armonizzazione dei bilanci pubblici e del coordinamento della finanza pubblica».

Un espresso riferimento alla certificabilità dei bilanci è, tuttavia, ravvisabile per la prima volta nell'art. 11 del Patto per la Salute 2010-2012, di cui all'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, nella seduta del 3 dicembre 2009. La suddetta disposizione, rubricata «Qualità dei dati contabili, di struttura e di attività», prevede, infatti, che «In funzione della necessità di garantire nel settore sanitario il coordinamento della funzione di governo della spesa e il miglioramento della qualità dei relativi dati contabili e gestionali e delle procedure sottostanti alla loro produzione e rappresenta-

zione, anche in relazione all'attuazione del federalismo fiscale, le Regioni e le Province autonome si impegnano a garantire l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo-contabili sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché la qualità dei dati contabili. A tal fine [...] le Regioni si impegnano ad avviare le procedure per perseguire la certificabilità dei bilanci».

Dopo l'introduzione della certificabilità dei bilanci nel sistema contabile ospedaliero, un ulteriore fondamentale passo verso l'attuazione di questa riforma è rappresentato dal D.Lgs del 23 giugno 2011, n. 118, che, in attuazione della legge 5 maggio 2009, n. 42, in materia di federalismo fiscale, introduce disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi. In particolare, il Titolo II del Decreto, recante «Principi contabili generali e applicati per il settore sanitario» detta, per gli enti coinvolti nella gestione della spesa sanitaria, una serie di regole coordinate e organiche, introducendo uno schema comune per i bilanci preventivo e di esercizio e un contenuto minimo del piano dei conti, stabilendo che ciascuna delle voci dello stesso debba trovare corrispondenza con i modelli di rilevazione ministeriale.

L'art. 22 del Decreto, inoltre, riconosce alle Regioni, la possibilità di scegliere di gestire direttamente una quota del finanziamento del servizio sanitario loro spettante, individuando, all'interno della propria struttura organizzativa, uno specifico centro di responsabilità, denominato Gestione sanitaria accentrata (Gsa). A questo centro di responsabilità è affidata «[...] l'implementazione e la tenuta di una contabilità economico patrimoniale atta a rilevare, in maniera sistematica e continuativa, i rapporti economici, patrimoniali e finanziari intercorrenti fra la singola Regione e lo Stato, le altre Regioni, le Aziende Sanitarie, gli altri enti pubblici e i terzi vari, inerenti le operazioni finanziate con risorse destinate ai rispettivi servizi sanitari regionali». Se optano per tale scelta, le Regioni sono, inoltre, tenute a individuare un responsabile della Gestione accentrata che curi la redazione del bilancio d'esercizio della stessa e del bilancio sanitario consolidato regionale, ed un responsabile regionale c.d. terzo certificatore, che certifichi la regolare tenuta dei libri contabili e della contabilità, la riconciliazione dei dati della Gestione sanitaria accentrata (Gsa) con le risultanze del bilancio finanziario, la riconciliazione dei dati di cassa, la coerenza dei dati inseriti nei modelli ministeriali di rilevazione dei conti con le risultanze della contabilità.

Il sistema di regole volte a garantire l'armonizzazione e la confrontabilità dei bilanci è stato poi ulteriormente implementato dal Decreto del Ministro della Salute del 17 settembre 2012, adottato di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rap-

porti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, recante «Disposizioni in materia di certificabilità dei bilanci degli enti del Servizio sanitario nazionale». L'art. 2, comma 1, del provvedimento in questione impone, infatti, alle strutture sanitarie pubbliche, l'obbligo di garantire la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci, espressamente definita come l'applicazione di una regolamentazione contabile e di un sistema tali da porre gli enti interessati nella condizione di sottoporsi, in ogni momento e con esito positivo, alle verifiche ed alle revisioni contabili stabilite nel successivo art. 5.

Per agevolare l'operato regionale, con lo stesso Decreto è, inoltre, approvata la c.d. casistica applicativa relativa all'implementazione e alla tenuta della contabilità di tipo economico-patrimoniale della Gestione sanitaria accentrata (Gsa), nonché all'applicazione dei principi di valutazione specifici a cui gli enti del Ssn si devono uniformare. Si tratta sostanzialmente di una serie di esemplificazioni sul trattamento contabile, sul sistema di controllo interno o sulla valutazione di specifiche voci o poste di bilancio che, per la specificità del settore di applicazione, non fossero di immediata deduzione dai principi contabili nazionali.

Sempre al fine di consentire alle Regioni e alle Province autonome di dare attuazione a quanto previsto dalla suddetta disposizione, il Ministero della Salute è nuovamente intervenuto con il Decreto dell'1 marzo 2013 intitolato «Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità», dettando in prima battuta, le indicazioni e le linee guida per le fasi di predisposizione, presentazione, approvazione e verifica dell'attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (P.A.C.), e poi puntualizzando gli adempimenti cui è tenuta ogni Regione nelle fasi di approvazione e verifica dell'attuazione del P.A.C.

Nel 2015 anche l'Autorità nazionale anticorruzione, nel documento di aggiornamento al Piano Nazionale Anticorruzione, ha sottolineato l'importanza della realizzazione del programma di lavoro previsto dal P.A.C., inteso come «[...] fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile in sanità», utile a garantire tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari. L'Anac raccomanda, quindi, «[...] ai soggetti destinatari, di dare evidenza, attraverso i rispettivi siti web istituzionali, del Percorso di Certificabilità dei bilanci, anche attraverso l'indicazione della specifica fase del processo in corso di realizzazione per dare atto dello stato di avanzamento del Percorso ai fini del suo completamento».

In questo quadro legislativo è recentemente intervenuto il Decreto del Ministero della Salute del 21 giugno 2016, in materia di «Piani di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le Aziende Ospeda-

liere (AO), le Aziende Ospedaliere universitarie (AOU), gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (Irccs) o gli altri enti pubblici», attuativo dei commi 524 ss., dell'art. 1 della Legge di Stabilità 2016 (legge 28 dicembre 2015, n. 208), che ha rafforzato l'esigenza di maggiore trasparenza dei bilanci delle strutture sanitarie pubbliche.

Il provvedimento impone, infatti, agli enti del Ssn, dei quali sia accertata l'inefficienza gestionale, l'adozione di Piani di rientro, vale a dire di «[...] strumenti per il perseguimento dell'efficienza gestionale delle aziende stesse». Destinatari di tale obbligo sono le suddette strutture sanitarie, individuate dalle rispettive Regioni di appartenenza, che versano in una o in entrambe le seguenti condizioni:

- a) scostamento pari o superiore al 10% tra costi e ricavi o in valore assoluto pari ad almeno 10 milioni di euro;
- b) mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure.

Nell'ipotesi in cui siano riscontrate queste condizioni, il Decreto prevede che, entro 90 giorni dall'emanazione del provvedimento di individuazione, le Aziende interessate debbano presentare alla propria Regione un piano di durata non superiore al triennio, contenente le misure finalizzate al raggiungimento o al ripristino dell'equilibrio economico-finanziario e patrimoniale ed al miglioramento della qualità delle cure o all'adeguamento dell'offerta, al fine di superare ciascuno dei disallineamenti rilevati. Richiamando il comma 533, dell'art. 1, della Legge di Stabilità 2016, puntualizza, inoltre che, «[...] la Regione, ovvero il Commissario *ad acta* ove nominato, verifica trimestralmente l'adozione e la realizzazione delle misure previste dai Piani di cui ai commi 529 e 530 nel rispetto della tempistica ivi indicata. In caso di verifica trimestrale positiva, la Gestione sanitaria accentrata può erogare a titolo di anticipazione una quota parte delle risorse iscritte, ai sensi del comma 531, nel proprio bilancio, al fine di salvaguardare l'equilibrio finanziario degli enti territoriali interessati. In caso di verifica trimestrale negativa, la regione, ovvero il Commissario *ad acta* ove nominato, adotta le misure per la riconduzione in equilibrio della gestione, nel rispetto dei livelli di assistenza, come individuati nel piano dell'ente. Al termine di ogni esercizio la regione pubblica nel proprio sito internet i risultati economici raggiunti dai singoli enti interessati, raffrontati agli obiettivi programmati nel piano».

Il Decreto è poi completato da due allegati, il primo dei quali detta i criteri per l'individuazione dei costi e per la determinazione dei ricavi, ai fini dell'accertamento dello scostamento di cui alla suddetta lettera *a*).

Sono, inoltre, previsti obblighi di verifica e monitoraggio con cadenza trimestrale, delle attività svolte in attuazione dei Piani di rientro. A tale scopo, ogni Azienda dovrà individuare centri di responsabilità (Dipartimenti e/o Unità Operative Complesse) e centri di costo.

In ordine alla mancata osservanza dei suddetti obblighi, il provvedimento ministeriale, richiamando il comma 533, dell'art. 1, della Legge di Stabilità 2016, statuisce che «[...] la Regione, ovvero il Commissario *ad acta* ove nominato, verifica trimestralmente l'adozione e la realizzazione delle misure previste dai Piani di cui ai commi 529 e 530 nel rispetto della tempistica ivi indicata. In caso di verifica trimestrale positiva, la Gestione sanitaria accentrata può erogare a titolo di anticipazione una quota parte delle risorse iscritte, ai sensi del comma 531, nel proprio bilancio, al fine di salvaguardare l'equilibrio finanziario degli enti territoriali interessati. In caso di verifica trimestrale negativa, la regione, ovvero il Commissario *ad acta* ove nominato, adotta le misure per la riconduzione in equilibrio della gestione, nel rispetto dei livelli di assistenza, come individuati nel piano dell'ente. Al termine di ogni esercizio la regione pubblica nel proprio sito internet i risultati economici raggiunti dai singoli enti interessati, raffrontati agli obiettivi programmati nel piano».

Appare opportuno ricordare che in base al comma 534 della Legge di Stabilità 2016, «[...] tutti i contratti dei direttori generali, ivi inclusi quelli in essere, prevedono la decadenza automatica del direttore generale [...] in caso di mancata trasmissione del piano di rientro all'ente interessato, ovvero in caso di esito negativo della verifica annuale dello stato di attuazione del medesimo piano di rientro». In attuazione di tale disposizione, il Decreto del Ministero della Salute dispone che «La Regione annualmente verifica lo stato di attuazione del piano e il raggiungimento degli obiettivi previsti. Il mancato raggiungimento degli obiettivi fissati nel piano aziendale comporta la decadenza automatica del Direttore Generale»¹⁷.

Nel disegno di legge di Bilancio 2017 è, peraltro, previsto un inasprimento della disciplina dei Piani di rientro delle strutture sanitarie pubbliche¹⁸. La nuova normativa, infatti, prevede che «Al fine di migliorare le performance e di perseguire l'efficienza dei fattori produttivi e dell'allocazione delle risorse delle Aziende Ospedaliere, delle Aziende Ospedaliere Universitarie, degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (Ircs) o degli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura, all'articolo 1, comma 524, lettera a), della legge 28 dicembre 2015, n. 208, le parole: “pari o superiore al 10% dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di euro” sono sostituite dalle seguenti: “pari o superiore

¹⁷ È opportuno ricordare che, ai sensi dell'art. 1, comma 535, della legge di Stabilità 2016, a decorrere dal 2017, analoghe disposizioni, che saranno definite in un provvedimento specifico, riguarderanno le ASL e i relativi presidi a gestione diretta.

¹⁸ È stato approvato definitivamente nel corso del mese di novembre 2016 un apposito emendamento della Legge di Stabilità 2017.

al 7% dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 7 milioni di euro”.

Da questa veloce panoramica si evince come, negli ultimi anni, si sia assistito all'introduzione di una disciplina nazionale di dettaglio in materia di bilanci ospedalieri sempre più precisa e stringente (cfr. tavola 17), la cui attuazione è stata però rimessa alle singole Regioni e Province autonome.

Già in passato, in alcune esperienze locali, erano stati avviati percorsi mirati alla revisione contabile, ma si è trattato per lo più di sperimentazioni isolate e discontinue.

Allo stato attuale, nonostante le normative che negli anni si sono sovrapposte, dall'analisi delle diverse situazioni regionali emerge un quadro ancora disomogeneo, sia sotto il profilo della tempistica sia sotto quello delle modalità di realizzazione, vale a dire della tipologia di strumenti utilizzati.

Tra le Regioni prese in considerazione, le due che sembrano aver raggiunto i migliori risultati sono la Basilicata e la Toscana, che nel 2015 erano le uniche ad avere i bilanci di tutte le proprie Aziende Sanitarie certificati da una società di revisione.

La Regione Basilicata, inoltre, si è munita non solo del Percorso Attuativo della Certificabilità Regionale (P.A.C.), approvato nel 2013 e poi integrato nel 2015, così come richiesto dal Ministero, ma anche di linee-guida e di un manuale per la gestione delle procedure amministrativo-contabili. Per quanto attiene allo specifico profilo della pubblicità, vi è tuttavia da osservare che delle quattro Aziende Ospedaliere regionali, solo tre hanno pubblicato sul sito istituzionale i bilanci 2015/2016¹⁹.

Più puntuale, appare, sotto questo profilo, il sistema toscano i cui bilanci di previsione annuale, pluriennale e consuntivi delle Aziende Sanitarie e degli enti sanitari sono pubblicati sul sito istituzionale, insieme al bilancio consolidato del Servizio Sanitario Regionale²⁰. Sin dal 2012, la Regione ha anche istituito la Gestione sanitaria accentrata (Gsa).

Nella Regione Lombardia, invece, ai fini dell'attuazione del D.Lgs n. 118/2011, sono state istituite, all'interno dell'Unità organizzativa che si occupa delle risorse economico-finanziarie del sistema socio-sanitario, apposite strutture preposte a curare il Percorso di certificabilità e di armonizzazione dei bilanci ed il coordinamento delle attività di controllo e valutazione dei bilanci preventivi e consuntivi degli enti ospedalieri. Sul sito regionale sono, tuttavia, pubblicati esclusivamente i bilanci preventivi del 2016 degli

¹⁹ Cfr. <http://www.regione.basilicata.it/giunta/site/giunta/departament.jsp?dep=100061&area=2971240&level=1>, ultimo accesso 10 novembre 2016.

²⁰ Cfr. <http://www.regione.toscana.it/-/bilanci-delle-aziende-sanitarie-e-degli-enti-del-sst>, ultimo accesso 10 novembre 2016.

enti e delle Aziende Sanitarie, approvati con delibera della Giunta regionale²¹; mentre solo alcune delle strutture pubblicano i propri bilanci aggiornati, sui rispettivi siti.

La Regione Umbria nel 2011 ha individuata la Gestione sanitaria accentrata (Gsa), nel 2013 ha approvato il Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.) e nel 2014 ha adottato un documento contenente le linee-guida per la redazione del bilancio di esercizio delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere. Inoltre, con l'art. 69, comma 2, della L.R. del 9 aprile 2015, n. 11, rubricato «Tutela della contabilità e conservazione delle scritture contabili», ha previsto che «il direttore generale adotta, con formale deliberazione, un regolamento per la contabilità, l'amministrazione dei beni e l'attività contrattuale, uniformandosi agli standard previsti dal Percorso Attuativo della Certificabilità (P.A.C.)».

Tra le Regioni che, oltre all'introduzione dei rispettivi P.A.C., hanno optato per l'istituzione della Gestione sanitaria accentrata (Gsa), ci sono anche l'Emilia-Romagna, la Calabria e la Puglia. Quest'ultima, nel 2014 ha, inoltre, pubblicato un manuale delle procedure amministrativo-contabili per il Sistema Sanitario Regionale.

Anche la Regione Sicilia, già nel 2013, aveva adottato i P.A.C. e la Gestione sanitaria accentrata (Gsa), provvedendo anche all'istituzione di un Comitato Tecnico Scientifico che sovrintendesse alle relative attività formative. Nel 2016, tuttavia, la Regione ha preso atto della condizione di disomogeneità delle tempistiche con cui le diverse Aziende Sanitarie hanno curato la realizzazione delle singole azioni contenute nei Percorsi Attuativi della Certificabilità (P.A.C.) aziendali. Conseguentemente ne è emersa l'esigenza di uniformare la data di scadenza relativa alla definizione di talune azioni, in modo da tendere alla omogeneità dei percorsi aziendali. Si è, quindi, proceduto all'adozione dei nuovi P.A.C. e alla riprogrammazione della tempistica per l'implementazione degli stessi, per la Gestione sanitaria accentrata (Gsa) e il bilancio consolidato per la Regione siciliana

La Regione Lazio, invece, nell'ambito del Piano di rientro sanitario, ha avviato, oltre al Percorso Attuativo della Certificabilità (P.A.C.), anche lo sviluppo di un sistema di contabilità analitica che consenta di monitorare tempestivamente i costi ed i ricavi generati dalle Aziende Sanitarie, collocandoli per voce di costo (di tipo amministrativo e sanitario), specialità medico-chirurgica e commessa o progetto nel caso di Irccs.

²¹ Cfr. <http://www.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Page&childpagename=Regione%2FRegioneLayout&cid=1213835710067&p=1213835710067&pagename=RGNWrapper>, ultimo accesso 10 novembre 2016.

Tav. 17 – Evoluzione della normativa nazionale in materia di redazione dei bilanci delle Aziende Ospedaliere e degli Ospedali a gestione diretta da parte delle Asl

<p>D.Lgs n. 502/1992, modificato dal D.Lgs n. 229/1999</p>	<p>Le regioni emanano norme per la gestione economico finanziaria e patrimoniale delle Usl e delle AO, informate ai principi di cui al codice civile, prevedendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) la tenuta del libro delle deliberazioni del direttore generale; b) l'adozione del bilancio economico pluriennale di previsione nonché del bilancio preventivo economico annuale relativo all'esercizio successivo; c) la destinazione dell'eventuale avanzo e le modalità di copertura degli eventuali disavanzi di esercizio; d) la tenuta di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati; e) l'obbligo delle Usl e delle AO di rendere pubblici, annualmente, i risultati delle proprie analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di costo e responsabilità; f) il piano di valorizzazione del patrimonio immobiliare anche attraverso eventuali dismissioni e conferimenti. <p>Per conferire struttura uniforme alle voci dei bilanci pluriennali ed annuali e dei conti consuntivi annuali, nonché omogeneità ai valori inseriti in tali voci e per consentire all'Agenzia per i servizi sanitari regionali rilevazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, è predisposto apposito schema, con Decreto interministeriale emanato di concerto fra i Ministri del Tesoro e della Sanità, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome.</p>
<p>D.M. 20 ottobre 1994, modificato dal D.M. 11 febbraio 2002</p>	<p>Schema di bilancio delle Usl e delle AO.</p>
<p>Art. 1, comma 291, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 (legge Finanziaria 2006)</p>	<p>Con Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, da emanare entro il 31 marzo 2006, sono definiti i criteri e le modalità di certificazione dei bilanci delle Asl, delle AO, degli Irccs, degli istituti zooprofilattici sperimentali e delle Aziende Ospedaliere Universitarie.</p>
<p>Titolo II, D.Lgs del 23 giugno 2011, n. 118, attuativo della legge 5 maggio 2009, n. 42</p>	<p>Principi contabili generali e applicati per il settore sanitario.</p>

<p>Art. 11 del Patto per la Salute 2010-2012</p>	<p>In funzione della necessità di garantire nel settore sanitario il coordinamento della funzione di governo della spesa e il miglioramento della qualità dei relativi dati contabili e gestionali e delle procedure sottostanti alla loro produzione e rappresentazione, anche in relazione all’attuazione del federalismo fiscale, le Regioni e le Province autonome si impegnano a garantire l’accertamento della qualità delle procedure amministrativo-contabili sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché la qualità dei dati contabili. A tal fine:</p> <p>a) le Regioni effettuano una valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo-contabili, con conseguente certificazione della qualità dei dati contabili delle Aziende e del consolidato regionale relativi all’anno 2008: a tale adempimento provvedono le Regioni sottoposte ai Piani di rientro entro il 31 ottobre 2010 e le altre Regioni entro il 30 giugno 2011;</p> <p>b) le Regioni sottoposte ai Piani di rientro dai disavanzi sanitari, per tutta la durata dei piani intensificano le verifiche periodiche delle procedure amministrativo-contabili, ai fini della certificazione annuale dei bilanci delle Aziende e del bilancio sanitario consolidato regionale;</p> <p>c) le Regioni, per l’implementazione e la messa a regime delle conseguenti attività regionali, ivi comprese le attività eventualmente necessarie per pervenire alla certificabilità dei bilanci, possono fare ricorso alle risorse di cui all’articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67;</p> <p>d) le Regioni si impegnano ad avviare le procedure per perseguire la certificabilità dei bilanci.</p> <p>L’accertamento di cui al comma 1 è effettuato sulla base di criteri e modalità per la certificazione dei bilanci delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere, degli Irccs pubblici, anche trasformati in fondazioni, degli IZS e delle Aziende Ospedaliere Universitarie, ivi compresi i Policlinici universitari, fissati con Decreto del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, di concerto con il Ministro dell’Economia e delle finanze, d’intesa con la Conferenza Stato Regioni, da emanarsi entro il 31.03.2010, in attuazione dell’Art. 1, comma 291 della legge 23.12.2005 n. 266, concernente i criteri e le modalità di certificazione dei bilanci delle predette Aziende del Ssn.</p> <p>Le Regioni si impegnano a potenziare le rilevazioni concernenti le strutture eroganti le prestazioni di assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, assistenza territoriale semiresidenziale, assistenza territoriale residenziale e le relative prestazioni erogate.</p>
--	---

(Segue) *Tav. 17 – Evoluzione della normativa nazionale in materia di redazione dei bilanci delle Aziende Ospedaliere e degli Ospedali a gestione diretta da parte delle Asl*

D.M. 17 settembre 2012	Disposizione in materia di certificabilità dei bilanci degli enti del Ssn.
D.M. 1 marzo 2013	Definizione dei Percorsi attuativi della certificabilità.
Documento di aggiornamento 2015 al Piano nazionale anticorruzione	La realizzazione del programma di lavoro previsto dal P.A.C. rappresenta un fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile in sanità. Pertanto è importante la sua completa implementazione, che passa attraverso un processo di miglioramento dell'organizzazione e dei sistemi amministrativo-contabili. Si raccomanda, quindi, ai soggetti destinatari di dare evidenza, attraverso i rispettivi siti web istituzionali, del percorso di certificabilità dei bilanci, anche attraverso l'indicazione della specifica fase del processo in corso di realizzazione per dare atto dello stato di avanzamento del percorso ai fini del suo completamento.
D.M. 21 giugno 2016	Piani di cui all'Art. 1, comma 528, della legge 208/2015, per le AO, le AOU, gli Irccs o gli altri enti pubblici e criteri per l'individuazione dei costi e per la determinazione dei ricavi.
D.L. di Bilancio 2017	Al fine di migliorare le <i>performance</i> e di perseguire l'efficienza dei fattori produttivi e dell'allocazione delle risorse delle AO, delle AOU, degli Irccs o degli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura, all'arti. 1, comma 524, lettera a), della legge 208/2015, le parole: «pari o superiore al 10% dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di euro» sono sostituite dalle seguenti: «pari o superiore al 7% dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 7 milioni di euro».

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Dal quadro fin qui delineato si evince come, nonostante i numerosi interventi con i quali il legislatore nazionale ha tentato di introdurre (e spesso di ribadire) regole e criteri più stringenti al fine di pervenire ad una corretta certificazione e ad una massima trasparenza dei bilanci delle strutture sanitarie pubbliche, i risultati raggiunti in sede di applicazione pratica sono ancora ben lontani dall'essere soddisfacenti. In particolare si può osservare che, a livello regionale – fatti salvi alcuni casi isolati – i Percorsi Attuativi della Certificabilità dei bilanci siano spesso rimasti incompiuti o comunque previsti solo a livello teorico, ma senza l'individuazione e la predisposizione di strumenti e di modalità utili ad una piena attuazione. Insomma si è davanti ad un processo di “sovrannormazione” rispetto ad un permanente processo di “sottoapplicazione” delle norme stesse.

2.3. Una spesa sanitaria stabilmente sottofinanziata rispetto agli altri Paesi

Al di là dei livelli di efficienza da recuperare attraverso un'operazione impegnativa di ristrutturazione e di riorganizzazione il Sistema Sanitario Nazionale si trova – ed è bene ricordarlo – in permanente situazione di sotto-finanziamento negli ultimi anni qualora si guardi agli altri Paesi. I dati in proposito sono del tutto chiari, considerando che (tav. 18):

- a) la spesa sanitaria (pubblica e privata) in Italia nel 2014 è pari al 9,1% del Pil rispetto all'11,3% della media dei Paesi del G7 e al 9,6% dei Paesi Ocse Europa. Peraltro è anche vero che nel 2014 il rapporto tra spesa sanitaria totale e Pil aumenta in Italia, toccando il 9,1% rispetto all'8,8% dei due anni precedenti, seguendo una tendenza pressoché generalizzata dei Paesi del G7 che passano dall'11,0% nel 2012 all'11,3% nel 2014, nonché di quelli Ocse Europa che salgono dal 9,4% al 9,6%. Molti di essi hanno inoltre avuto degli incrementi modesti (ma comunque degli incrementi) di Pil nel corso degli ultimi anni, oltre che un aumento dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica;
- b) il nostro Paese si trova invece stabilmente bloccato – quanto a spesa sanitaria pubblica – al 6,8% del Pil nel triennio, mentre le relative percentuali risultano effettivamente cresciute in quasi tutti i Paesi del G7 (Canada escluso). Inoltre nel caso specifico italiano la percentuale suddetta è rimasta non solo costante, bensì ha dovuto confrontarsi anche con un andamento negativo del Pil (-2,5% nel 2012, -1,9% nel 2013 e -0,4% nel 2014) e quindi con una spesa sanitaria pubblica in contrazione nei fatti. L'ovvia conseguenza è stata quella di veder crescere la spesa *out of pocket* delle famiglie che è lievitata da 32,8 miliardi di euro nel 2012, a 33,6 miliardi di euro nel 2014, sino a 34,8 miliardi di euro nel 2015²²;
- c) in coerenza con i dati che precedono, l'incidenza della spesa ospedaliera pubblica e accreditata sul Pil resta costante, sempre nei tre anni messi sotto osservazione (3,9%), mentre cresce per Germania e Francia (cfr. tavola 19);
- d) infine emerge, sempre per l'Italia, una prevalenza di spesa ospedaliera sulla spesa sanitaria pubblica totale, confermando la debolezza della medicina territoriale che anzi viene non di rado bypassata dagli utenti che preferiscono utilizzare i servizi ospedalieri (ritenuti migliori) per effettuare analisi, accertamenti e visite specialistiche, dando vita così ad un fenomeno di “territorializzazione funzionale” delle strutture ospedaliere.

²² Cfr. paragrafo 1.3.

Tav. 18 – Spesa sanitaria totale e spesa sanitaria pubblica rispetto al Pil

Valori %	Spesa sanitaria totale			Spesa sanitaria pubblica		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Stati Uniti	16,4	16,4	16,6	7,9	8,0	8,2
Giappone	11,2	11,3	11,4	9,4	9,6	9,6
Germania	10,8	10,9	11,0	9,0	9,2	9,3
Francia	10,8	10,9	11,1	8,5	8,6	8,7
Italia	8,8	8,8	9,1	6,8	6,8	6,8
Regno Unito	8,5	9,9	9,9	6,9	7,9	7,9
Canada	10,3	10,2	10,0	7,2	7,2	7,1
Media dei Paesi del G7 (*)	11,0	11,2	11,3	8,0	8,2	8,2
Australia	8,7	8,8	9,0	5,9	6,0	6,0
Austria	10,1	10,1	10,3	7,7	7,7	7,8
Belgio	10,2	10,4	10,4	7,9	8,1	8,1
Danimarca	10,3	10,3	10,6	8,8	8,7	8,9
Finlandia	9,3	9,5	9,5	7,0	7,2	7,2
Grecia	8,9	8,7	8,3	6,0	5,6	4,9
Islanda	8,7	8,8	8,9	7,0	7,1	7,2
Irlanda	10,1	10,5	10,1	7,7	7,3	7,0
Lussemburgo	6,7	6,5	6,3	5,5	5,3	5,2
Olanda	10,9	10,9	10,9	8,9	8,9	8,8
Nuova Zelanda	9,7	9,4	9,4	7,8	7,5	7,5
Norvegia	8,8	8,9	9,3	7,4	7,6	7,9
Portogallo	9,3	9,1	9,0	6,1	6,1	6,0
Spagna	9,1	9,0	9,1	6,5	6,4	6,3
Svezia	10,9	11,1	11,2	9,1	9,3	9,3
Svizzera	11,0	11,2	11,4	7,1	7,4	7,4
Turchia	5,0	5,1	5,1	3,9	4,0	3,9
Media Paesi Ocse Europa (*)	9,4	9,5	9,6	7,3	7,3	7,3
Media totale Paesi Ocse (*)	9,8	9,9	9,9	7,3	7,4	7,4

(*) I valori medi sono calcolati come medie aritmetiche non ponderate.

Fonte: elaborazioni Ermeneia su dati "Oecd Health Data 2016", Oecd, Paris, November 2016

Tav. 19 – Spesa ospedaliera pubblica e accreditata in rapporto alla spesa sanitaria pubblica totale e al Pil

Valori %	Spesa ospedaliera pubblica e accreditata/Spesa sanitaria pubblica totale			Spesa ospedaliera pubblica e accreditata/Pil		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Stati Uniti	37,7	37,4	36,4	3,0	3,0	3,0
Giappone	44,9	44,3	-	4,2	4,2	-
Germania	33,8	33,6	33,5	3,0	3,1	3,1
Francia	47,0	46,9	47,0	4,0	4,0	4,1
Italia	54,3	54,2	54,3	3,9	3,9	3,9
Regno Unito	-	47,6	47,7	-	3,8	3,8
Canada	39,8	39,5	39,3	2,9	2,8	2,8
Media dei Paesi del G7 (*)	42,9	43,4	43,0	3,5	3,5	3,5
Australia	50,2	50,5	-	3,0	3,0	-
Austria	47,0	46,4	46,4	3,6	3,6	3,6
Belgio	33,7	33,5	33,2	2,7	2,7	2,7
Danimarca	51,0	51,3	50,2	4,5	4,5	4,5
Finlandia	42,1	42,6	41,8	3,0	3,1	3,0
Grecia	47,9	49,2	50,1	2,9	2,7	2,5
Islanda	47,4	48,0	48,1	3,3	3,4	3,5
Irlanda	-	35,0	35,2	-	2,6	2,5
Lussemburgo	36,2	35,3	34,5	2,0	1,9	1,8
Olanda	40,6	42,9	42,5	3,6	3,8	3,7
Nuova Zelanda	-	-	-	-	-	-
Norvegia	45,0	45,2	-	3,3	3,4	-
Portogallo	53,8	54,3	54,1	3,3	3,3	3,2
Spagna	54,5	54,4	55,4	3,6	3,5	3,5
Svezia	44,7	44,9	45,4	4,1	4,2	4,2
Svizzera	44,7	45,2	44,7	3,2	3,3	3,3
Turchia	53,2	54,6	54,5	2,1	2,2	2,2
Media Paesi Ocse Europa (*)	45,7	45,5	45,5	3,3	3,3	3,3
Media totale Paesi Ocse (*)	45,2	45,1	44,7	3,3	3,3	3,2

(*) I valori medi sono calcolati come medie aritmetiche non ponderate.

Fonte: elaborazioni Ermeneia su dati "Oecd Health Data 2016", Oecd, Paris, November 2016

Tav. 20 – Spesa sanitaria corrente negli anni 2010-2014 in miliardi di euro e N.I.: 2010 = 100,0

	2010		2011		2012		2013		2014	
	In mld di euro	N.I.	In mld di euro	N.I.	In mld di euro	N.I.	In mld di euro	N.I.	In mld di euro	N.I.
Strutture ospedaliere pubbliche	52,333	100,0	52,892	101,1	53,074	101,4	52,244	99,8	52,744	100,8
Ospedaliere accreditata	8,849	100,0	8,641	97,6	8,659	97,9	8,255	99,3	8,425	95,2
di cui: osp. priv. (case di cura accr.)	4,439	100,0	4,465	100,6	4,471	100,7	4,263	96,0	4,289	96,6
Spesa ospedaliere pubblica totale	61,182	100,0	61,533	100,6	61,733	100,9	60,499	98,9	61,169	100,0
Altre funzioni di spesa	50,149	100,0	51,276	102,3	51,950	103,6	51,185	102,1	51,504	102,7
Spesa sanitaria pubblica totale	111,331	100,0	112,809	101,5	113,683	102,1	111,684	100,3	112,673	101,2

(*) Nella "Relazione Generale sulla situazione economica del Paese", 2012, vi è stato un ulteriore aggiornamento della serie storica sui dati di spesa, ma tale serie subisce tuttavia un break a causa dell'incertezza sulla continuità stessa della pubblicazione delle RGE in futuro. Per il 2013 ed il 2014 i dati di spesa sono stati estrapolati dai Rapporti sul coordinamento della finanza pubblica 2015 e 2016 della Corte dei conti e dal Rapporto Agenas sul monitoraggio della spesa delle Regioni.

Fonte: elaborazioni Ermeneia su dati contenuti nel Rapporto "Relazione generale sulla situazione economica del Paese", 2012, Vol. II, nel "Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica" 2015 e 2016 della Corte dei conti e nel Rapporto Agenas sul monitoraggio della spesa delle Regioni.

Tav. 21 – Spesa sanitaria a prezzi costanti (*) negli anni 2010-2014 in miliardi di euro e N.I.: 2010 = 100,0

	2010		2011		2012		2013		2014	
	In mld di euro	N.I.	In mld di euro	N.I.	In mld di euro	N.I.	In mld di euro	N.I.	In mld di euro	N.I.
Strutture ospedaliere pubbliche	52,333	100,0	52,127	99,6	51,594	98,6	50,179	95,9	50,212	95,9
Ospedaliere accreditata	8,849	100,0	8,516	96,2	8,418	95,1	7,929	89,6	8,021	90,6
di cui: osp. pri. (case di cura accreditate)	4,439	100,0	4,4	99,1	4,346	97,9	4,094	92,2	4,083	92,0
Spesa ospedaliere pubblica totale	61,182	100,0	60,643	99,1	60,011	98,1	58,108	95,0	58,232	95,2
Altre funzioni di spesa	50,149	100,0	50,534	100,8	50,501	100,7	49,162	98,0	49,031	97,8
Spesa sanitaria pubblica totale	111,331	100,0	111,176	99,9	110,513	99,3	107,269	96,4	107,264	96,3

(*) Deflatore Pil calcolato sulla base della nuova serie Istat a valori concatenati con anno di riferimento 2010.

Fonte: elaborazioni Ermeneia su dati contenuti nel Rapporto "Relazione generale sulla situazione economica del Paese", 2012, Vol. II, nel "Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica" 2015 e 2016 della Corte dei conti e nel Rapporto Agenas sul monitoraggio della spesa delle Regioni.

Se dai confronti internazionali si passa a considerare l'andamento della spesa sanitaria e di quella ospedaliera, con riferimento specificamente al nostro Paese, si vede come la seconda sia valutabile (a prezzi correnti) in 61,2 miliardi di euro nel 2014, pari al 54,3% della spesa sanitaria pubblica totale contro i 60,5 miliardi di euro del 2013 (con un lieve incremento nell'ultimo anno indicato dell'1,1%), come mette in evidenza la tavola 20.

Ma se si osserva l'andamento della spesa sanitaria corrente nel corso degli anni, tenendo conto dei Numeri Indice, si vede come:

- essa cresca in quattro anni dell'1,2% (a prezzi correnti), come emerge dalla tavola 20;
- mentre la spesa ospedaliera pubblica totale (sempre a prezzi correnti) rimanga nel 2014 sostanzialmente uguale a quella del 2009 (tav. 20), ma la quota attribuita all'ospedale accreditata risulti in contrazione nel periodo considerato: il relativo Numero Indice passa infatti da 100,0 nel 2009 a 95,2 per le strutture accreditate nel loro complesso e a 96,6 per le case di cura accreditate nel 2014 (mentre per le strutture pubbliche la spesa aumenta lievemente salendo il Numero Indice relativo da 100,0 a 108,0 nei cinque anni considerati);
- la spesa sanitaria corrente, calcolata invece a prezzi costanti, diminuisca del 3,7% nel quinquennio (tav. 21);
- e ancora la spesa ospedaliera pubblica totale a prezzi costanti metta in evidenza una contrazione per tutte le strutture ospedaliere individuate (oltre che per l'ambito extraospedaliero), sempre ovviamente con una diminuzione più pronunciata per le strutture accreditate (tav. 21).

Dunque l'esame dell'andamento della spesa ospedaliera a livello nazionale fornisce una conferma sia del blocco sostanziale della medesima sia del prevalente trasferimento sulle strutture accreditate dello sforzo di efficientamento che l'ospedale pubblica stenta a mettere in atto. E tale proiezione si percepisce chiaramente se si considerano i valori a prezzi costanti: in tal caso le strutture ospedaliere pubbliche ricevono nel periodo 2010-2014 il 4,1% in meno mentre, nello stesso periodo, quelle accreditate il 9,4% in meno.

2.4. L'efficienza proiettata più all'esterno che non all'interno dell'ospedale pubblica

Si è dunque visto nel paragrafo precedente come gli effetti delle diverse manovre di contenimento della spesa sanitaria di questi ultimi anni abbiano inciso in misura maggiore sugli ospedali privati accreditati nel loro complesso e sugli ospedali privati (case di cura accreditate) rispetto alle strutture pubbliche, come sintetizza lo schema che segue:

*Composizione % della
spesa ospedaliera
pubblica totale*

	2010	2014
- Strutture ospedaliere pubbliche	85,5%	86,2%
- Strutture ospedaliere accreditate, di cui:	14,5%	13,8%
▪ Ospedali privati (case di cura accreditate)	7,3%	7,0%

Ma è anche utile considerare che nel corso degli anni 2010-2014 la terza tipologia di ospedali (case di cura accreditate) assorbe via via meno risorse nel corso del tempo come mostrano le seguenti percentuali calcolate come rapporto tra la spesa della suddetta tipologia sulla spesa ospedaliera pubblica totale:

1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
8,9	8,4	8,0	7,8	7,8	7,8	7,7	7,6	7,5	7,4	7,3	7,3	7,3	7,2	7,0	7,0

Del resto già si è ricordato nel paragrafo 1.1 della Parte prima come l'ospedalità privata accreditata nel suo complesso fornisca il 27,6% delle giornate di degenza totali, mentre assorba il 13,8% delle risorse ospedaliere pubbliche.

Se poi si approfondiscono i trattamenti riservati agli ospedali privati (case di cura accreditate) da parte dei rispettivi Sistemi Sanitari Regionali, è possibile avanzare le osservazioni seguenti (tav. 22)²³:

- a) è stato utilizzato il sistema di “tetti” alle prestazioni in gran parte dei casi (89% nel 2016), anche se esistono delle differenze nell'applicazione di tale meccanismo a seconda che si tratti di prestazioni di ricovero (e allora si sale al 94,4%) oppure di prestazioni ambulatoriali (nel qual caso si scende all'83,3%);
- b) viene applicata nel caso dello splafonamento dei “tetti” una regressione tariffaria del 24% nel 2016, con una tendenza alla riduzione nel tempo: era attorno al 70% dei casi sino al 2008, ma poi via via si contrae per arrivare a cifre più vicine al 40%-50% tra il 2009 e il 2013, per poi scendere nuovamente qualora venga adottato il metodo della regressione tariffaria quest'ultima tende a stabilizzarsi nel 2016 a livelli più bassi che non negli anni precedenti (27% contro 44% nel 2015, 39% nel 2014, 51% nel 2012);
- c) l'eventuale ritardo nei pagamenti dei corrispettivi sembra in corso di miglioramento (39% nel 2016 contro percentuali attorno al 50% nei due anni

²³ I dati sono il risultato di un'apposita indagine, effettuata ogni anno, su testimoni privilegiati a livello delle singole Regioni italiane. Tale panel risulta composto dai Presidenti regionali Aiop, a cui viene sottoposto un apposito questionario quantitativo/qualitativo.

Tav. 22 – L'evoluzione delle modalità dei riconoscimenti economici e della liquidazione dei corrispettivi nei confronti degli ospedali privati (case di cura accreditate)^(a)

Meccanismi	% sul totale dei casi esaminati										
	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006
– È stato utilizzato negli ultimi dodici mesi il sistema dei “tetti” alle prestazioni	89% ^(b)	83%	95%	100%	95%	94%	94%	84%	100%	100%	95%
– È stata applicata, in caso di sfilanamento dei “tetti”, una regressione tariffaria	24%	32%	35%	50%	41%	50%	50%	56%	72%	70%	67%
– Regressione media utilizzata rispetto alla tariffa piena	27%	44%	39%	43%	51%	35%	40%	45%	44%	52%	35%
– I pagamenti delle fatture vengono erogati con ritardo	39%	50%	52%	61%	68%	72%	75%	79%	77%	90%	89%
– Ritardo medio in mesi	4,4 mesi	4,7 mesi	10,9 mesi	12,5 mesi	6,0 mesi	6,9 mesi	11,8 mesi	11,6 mesi	8,0 mesi	7,3 mesi	7,4 mesi
– Viene erogato un acconto mensile sul fatturato degli ospedali privati (case di cura accreditate)	72% ^(c)	70% ^(c)	86%	75%	63%	78%	83%	83%	72%	70%	79%
– Entità media dell'acconto rispetto al fatturato relativo	88%	84%	69%	79%	84%	79%	80%	75%	70%	77%	77%
– Si è utilizzato un sistema di <i>factoring</i> per avere pagamenti certi e a scadenza data	33%	30%	35%	40%	37%	17%	18%	11%	12%	26%	32%

(a) È stata effettuata, come tutti gli anni, un'apposita indagine su testimoni privilegiati a livello delle singole Regioni italiane. Tale panel risulta composto dai Presidenti regionali Aiop, cui viene annualmente sottoposto un apposito questionario quantitativo/qualitativo.

(b) In realtà nel 2016 è il 94,4% per le prestazioni di ricovero e l'83,3% per le prestazioni ambulatoriali.

(c) L'erogazione avviene, ma non regolarmente, per il 35% dei casi nel 2005, per il 37% dei casi nel 2006, per il 40% dei casi nel 2007, per il 39% nel 2008 e nel 2009, per il 41,2% nel 2010, per il 44,5% nel 2011, per il 25% nel 2012, per il 25% nel 2013, per il 29% nel 2014, per il 25% nel 2015 e per il 27,8% nel 2016.

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tav. 23 – Conseguenze operative dei provvedimenti diretti a liquidare gli arretrati da parte dei Sistemi Sanitari Regionali (val. %) (a)

Risposta	2013	2014	2015	2016
- Si sono incassati del tutto o in gran parte i debiti arretrati	-	-	-	42,9
- Si è concretamente cominciato ad incassare parte dei debiti arretrati	6,3	10,5	6,3	7,1
- Sono in corso trattative per perfezionare le pratiche di pagamento dei debiti arretrati o sono in corso le procedure di liquidazione	12,5	5,3	6,3	-
- Se ne parla, ma senza esiti concreti	31,3	21,1	18,7	7,1
- Non se ne parla per nulla	49,9	63,1	31,2	42,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
v. a.	16	19	16	14

(a) È stata effettuata un'apposita indagine su testimoni privilegiati Aiop, presenti nelle singole Regioni italiane.

Fonte: indagine *Ermeneia* – Studi & Strategie di Sistema, 2016

precedenti e a percentuali ancora maggiori risalendo prima del 2013): si registra evidentemente più di qualche risultato per quanto riguarda i provvedimenti relativi al pagamento dei debiti arretrati da parte della Pubblica Amministrazione, anche perché il ritardo medio in mesi è palesemente in diminuzione nel corso del tempo (aveva toccato punte superiori agli 11 mesi nel periodo 2009-2010, per poi ridursi nel 2011-2012, riprendere nuovamente nel 2013-2014, ma poi diminuire in maniera pronunciata negli ultimi due anni sino a toccare i 4,4 mesi nel 2016);

- d) viene erogato spesso un acconto mensile sul fatturato (nel 72% dei casi per quanto riguarda il 2016, ma in proporzioni analoghe avveniva anche negli anni precedenti), arrivando ad un'entità media dell'acconto rispetto al fatturato che supera l'80% negli ultimi due anni e quindi con un tendenziale aumento rispetto agli esercizi precedenti;
- e) infine in un terzo delle Regioni si è utilizzato un sistema di *factoring* per poter ottenere pagamenti certi a scadenza predefinita, con una proporzione che tende a mantenersi negli ultimi tre anni.

Del resto in tema di debiti arretrati da parte della Pubblica Amministrazione, una domanda diretta rivolta ai Responsabili regionali Aiop fornisce informazioni positive a tale proposito (cfr. tav. 23): ben il 42,9% delle 14 Regioni che hanno risposto afferma che “si sono incassati del tutto o in gran parte i debiti arretrati, cosa che non era avvenuta nei tre anni precedenti; ma a tale percentuale va ad aggiungersi nel 2016 un ulteriore 7,1% di realtà regionali in cui si è almeno “concretamente cominciato ad incassare parte dei debiti arretrati”, come peraltro era già avvenuto nei tre anni precedenti (nei quali peraltro ci sono state, per una parte delle Regioni intervistate, delle trattative dirette a perfezionare le pratiche di pagamento o di predisposizione delle procedure di liquidazione; ma bisogna anche tener presente che in circa la metà delle realtà locali intervistate ancora nel 2016 si sta parlando di perfezionamento delle pratiche ma senza esiti concreti oppure non si parla per nulla dell'argomento.

Peraltro in tema di trattamento differenziato degli ospedali privati (case di cura accreditate) è il caso di ricordare il fenomeno della mobilità interregionale dei pazienti. Si tratta di un tema – come è stato ricordato in precedenza – che mostra una riduzione del numero assoluto dei ricoveri extraregione da 809.000 a 735.000 tra il 2010 e il 2014 (pari a -9,2%) come del resto si è ridotto il numero di ricoveri totali in Italia da 9,9 milioni a 8,3 milioni nello stesso periodo (pari però al -16,4%). Dalle percentuali citate si comprende come i ricoveri extraregione si contraggano molto più lentamente dei ricoveri totali e infatti il rapporto tra i primi e i secondi passa – sempre nel periodo 2010-2014 – dall'8,2% all'8,9%. Ciò conferma l'esistenza di una

propensione dei pazienti e delle loro famiglie a “compensare” – attraverso la mobilità esterna – le carenze assolute o relative del Sistema Sanitario Regionale di appartenenza.

Ma come esistono “tetti” di spesa e regressioni tariffarie in caso di splafonamento di questi ultimi, anche sulla libertà dei pazienti di potersi curare nelle strutture che si ritengono maggiormente idonee anche al di fuori della propria Regione di residenza si è manifestato un orientamento volto a frenare il fenomeno attraverso meccanismi che finiscono col penalizzare le strutture accreditate.

In particolare alcune Regioni (come ad esempio Valle d’Aosta²⁴, Emilia Romagna²⁵ e Veneto²⁶), il fenomeno della mobilità interregionale – vale a dire dell’erogazione di prestazioni sanitarie da parte di soggetti privati accreditati nei confronti dei pazienti provenienti da altre Regioni – ha recentemente incontrato ostacoli derivanti dall’imposizione di blocchi, imposti in ragione dell’adozione di un’interpretazione restrittiva del Decreto sulla *spending review*²⁷.

Le due norme menzionate finivano con l’imporre un tetto di spesa complessivo a livello regionale per le prestazioni rese dalle strutture private accreditate a favore di pazienti extraregionali così da poter ridurre la spesa annua del 2% rispetto alla spesa consuntiva del 2011.

Il combinato disposto delle due norme imponeva, infatti, un tetto di spesa complessivo regionale per le prestazioni rese dalle strutture private accreditate a favore di pazienti extraregionali, tale da ridurre la spesa annua del 2% rispetto alla spesa consuntivata del 2011.

La regola nasceva dall’esigenza straordinaria di contenimento della spesa, in osservanza dei vincoli imposti dall’ordinamento UE, in un momento di grande tensione finanziaria, caratterizzata da un anomalo incremento dello *spread*. Nelle intenzioni del legislatore, tuttavia, la riduzione avrebbe dovuto realizzarsi a «invarianza dei servizi ai cittadini». In sede di applicazione, le Regioni hanno, invece, imposto alle strutture sanitarie private, un limite ai rimborsi delle prestazioni erogate ai non residenti.

L’evidente conseguenza di questi provvedimenti è stata quella di un’immediata restrizione della possibilità per i cittadini di potersi curare liberamente su tutto il territorio nazionale e, conseguentemente, di poter consapevolmente scegliere le strutture più adeguate e da loro considerate di eccel-

²⁴ Cfr. DGR del 6 maggio 2016, n. 591.

²⁵ Cfr. circolare del Direttore amministrativo dell’AUSL di Modena del 9 settembre 2016.

²⁶ Cfr. DGR del 15 novembre 2016, n. 1816.

²⁷ In particolare dell’Art. 15, comma 14 così come è stato modificato dall’Art. 1, comma 574 della Legge di Stabilità 2016, varata il 28.12.2015, n. 208.

lenza o comunque più appropriata o più facile da raggiungere rispetto a quelle situate nella propria Regione di residenza.

Per far fronte a questa situazione, nel giugno 2016 il Ministro della Salute è intervenuto sul punto con una lettera diretta ai Presidenti e agli Assessori alla sanità delle regioni e Province autonome, ed ai commissari e sub commissari *ad acta* delle Regioni in piano di rientro, in cui si puntualizzava la necessità di favorire la mobilità interregionale per le prestazioni di alta specialità, ammettendo, quindi, la possibilità di introdurre elementi di flessibilità rispetto all'acquisto di tali prestazioni a favore di cittadini extraregionali.

È evidente l'importanza di tutelare, da un lato la libertà di scelta dei cittadini, legata alla propria salute e, dall'altro la possibilità di mantenere un giusto confronto competitivo per quanto riguarda l'offerta di servizi predisposta da strutture pubbliche oppure da strutture private accreditate.

2.5. Una solida presenza sul territorio e un contributo sostanziale del privato accreditato alle prestazioni di alta qualità

Quando si parla di strutture private accreditate nel loro complesso si indica un insieme di soggetti che comprendono Policlinici privati, Irccs privati e Fondazioni private, Ospedali classificati, Presidi USL, Enti di ricerca ed infine Ospedali privati (case di cura accreditate).

A tale insieme è stata riconosciuta nel 2014 una spesa complessiva di 8,4 miliardi di euro, pari al 13,8% della spesa ospedaliera pubblica totale (nell'ambito del suddetto 13,8%, poco più della metà e cioè il 7,0% fa capo all'ospedalità privata – case di cura accreditate).

Per avere un quadro del peso del privato accreditato nel suo complesso all'interno delle diverse Regioni basta considerare i dati della tavola 24, in cui è stata posta a confronto l'incidenza, rispettivamente del pubblico e del privato accreditato sul totale dei ricoveri per acuti.

Si può verificare nel secondo caso come gli ospedali privati abbiano assicurato, nel 2014, il 23,3% del totale dei ricoveri (cioè 1,5 milioni su 6,5 milioni a livello nazionale). Si tratta di quasi 1/4 del totale che mostra, già di per sé, come il sistema misto pubblico/privato risulti basato su un ruolo decisamente consistente delle strutture accreditate.

Ma se si passa a considerare la situazione delle singole Regioni (ordinate in maniera decrescente rispetto all'incidenza ricordata) si vede come le prime 6 indicate superino significativamente la media nazionale del 23,3%. È questa la situazione:

- del Lazio (45,9%);
- della Campania (34,1%);

- della Puglia (32,4%);
- del Molise (31,1%);
- della Lombardia (30,4%);
- e della Sicilia (24,1%).

E inoltre si vede come la quota di ricoveri afferenti al privato accreditato sia più elevata nel Centro Italia (26,5%) e nel Sud (26,2%), rispetto al Nord (19,8%).

Si può dunque affermare che – specie per le Regioni che garantiscono ricoveri per acuti in una misura non minimale, ad esempio al di sopra del 5% per arrivare a percentuali che possono superare il 15% o addirittura il 40% – le strutture private accreditate (nel loro complesso) riescono a far fronte ad un flusso significativo o addirittura molto significativo di domanda: e tale flusso – tra l'altro – viene alimentato anche su invio diretto di pazienti da parte degli ospedali pubblici agli ospedali privati accreditati, al fine di alleggerire la pressione sulle proprie strutture. È quindi il caso di tener presente che, ove il privato dovesse subire delle riduzioni significative, le strutture pubbliche dovrebbero essere in grado di incorporare la domanda aggiuntiva che ne deriverebbe. Il che comporterebbe anche di rispondere, in termini di ricoveri aggiuntivi, utilizzando strutture pubbliche oggi già sovraccariche (stante l'attuale situazione finanziaria e organizzativa) oppure accettare quote aggiuntive, anche rilevanti, di mobilità passiva cioè di ricorso a strutture extraregione da parte dei pazienti.

Si sono poi aggiunti ai dati sui ricoveri (sempre nella tavola 24) anche quelli sulle giornate di degenza, la cui incidenza – per le strutture private – rispetto ai ricoveri risulta minore (18,6% contro 23,3%, come evidenzia la tavola 25). Tale differenza trova giustificazione sulla base di almeno due ragioni facilmente intuibili e cioè:

- da un lato, le modalità di riconoscimento delle prestazioni tramite l'utilizzazione dei DRG (onnicomprensivi di ogni onere) agli ospedali privati accreditati, a differenza di quelli pubblici;
- e dall'altro, una probabile maggiore efficienza complessiva nella gestione delle strutture da parte privata rispetto a quella pubblica.

Una terza ragione viene tuttavia spesso evocata, quella di una ipotetica minore complessità delle prestazioni fornite ai pazienti delle strutture private accreditate. Ma ciò non corrisponde alla realtà effettiva come contribuiscono a mettere in evidenza i dati della tavola 25. In essa è stata riportata l'incidenza, articolata per livello di complessità delle prestazioni (alta, media, bassa), con riferimento ad ogni singola Regione oltre che alla media nazionale e a quella relativa alle singole circoscrizioni geografiche.

Va ricordato che il livello di complessità risulta basata su classi di peso relativo di DRG, tenendo conto che tale indicatore fa riferimento alle risorse

Tav. 24 – Distribuzione percentuale dei ricoveri e delle giornate di degenza per acuti tra strutture ospedaliere pubbliche e strutture ospedaliere private accreditate nel loro complesso, per Regione – Anno 2014*

Regioni	Ricoveri		Giornate di degenza	
	Ospedati pubblici	Ospedati privati accreditati	Ospedati pubblici	Ospedati privati accreditati
Lazio	54,1	45,9	60,5	39,5
Campania	65,9	34,1	75,6	24,4
Puglia	67,6	32,4	72,8	27,2
Molise	68,9	31,1	72,9	27,1
Lombardia	69,6	30,4	75,9	24,1
Sicilia	75,9	24,1	79,3	20,7
Calabria	81,3	18,7	85,1	14,9
Emilia Romagna	83,7	16,3	87,7	12,3
Piemonte	84,9	15,1	91,3	8,7
Abruzzo	85,2	14,8	87,4	12,6
Veneto	86,0	14,0	87,1	12,9
Liguria	88,0	12,0	87,9	12,1
Marche	88,6	11,4	92,5	7,5
Sardegna	89,5	10,5	91,9	8,1
Toscana	90,4	9,6	91,7	8,3
Trento	91,5	8,5	92,8	7,2
Friuli V. G.	93,1	6,9	95,1	4,9
Umbria	93,7	6,3	97,0	3,0
Valle d'Aosta	95,2	4,8	98,8	1,2
Basilicata	95,3	4,7	98,3	1,7
Bolzano	96,9	3,1	96,9	3,1
Nord	80,2	19,8	84,5	15,5
Centro	73,5	26,5	77,0	23,0
Sud	73,8	26,2	79,5	20,5
Italia %	76,7	23,3	81,4	18,6
Italia V.a.	4.975.853	1.510.585	35.887.853	8.202.127
		6.486.438		44.089.980

(*) L'offerta ospedaliera pubblica è composta da: Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie e Policlinici pubblici; Iccs pubblici e Fondazioni pubbliche; Ospedali a gestione diretta.

L'offerta ospedaliera privata accreditata nel complesso è costituita da: Policlinici privati, Iccs privati e Fondazioni private, Ospedali classificati, Pressidi USL, Enti di ricerca, Case di cura private.

Fonte: elaborazioni Ermeneta – Studi & Strategie di sistema su dati del Ministero della Salute - SDO 2014

Tav. 25 – Confronto tra le percentuali dei casi di Alta, Media e Bassa complessità delle prestazioni erogate ai pazienti acuti durante il ricovero, mettendo a confronto ospedali pubblici ed ospedali privati accreditati (nel complesso), per Regioni – Anno 2014

Regioni	Ospedali pubblici			Ospedali privati accreditati			
	Alta complessità	Media complessità	Bassa complessità	Alta complessità	Media complessità	Bassa complessità	
	% Alta complessità	% Alta complessità	% Alta complessità	% Alta complessità	% Alta complessità	% Alta complessità	
Piemonte	15,6	34,6	49,8	17,4	22,8	59,7	1,12
Valle d'Aosta	14,3	31,1	54,6	24,5	8,9	66,6	1,71
Lombardia	13,6	30,6	55,8	21,6	31,1	47,3	1,59
Bolzano	12,5	27,6	59,8	10,8	26,0	63,2	0,86
Trento	14,6	36,5	49,0	15,4	29,7	54,9	1,05
Veneto	15,2	34,3	50,5	27,2	31,8	40,9	1,79
Friuli Venezia Giulia	15,1	34,3	50,6	20,9	24,1	54,9	1,38
Liguria	15,9	38,7	45,4	20,2	35,3	44,4	1,27
Emilia Romagna	14,1	35,2	50,7	16,9	28,2	54,9	1,20
Toscana	16,4	38,4	45,2	33,2	24,9	41,9	2,02
Umbria	13,9	30,6	55,4	19,6	19,7	60,7	1,41
Marche	15,0	35,3	49,7	17,0	25,4	57,6	1,13
Lazio	15,3	33,0	51,6	14,6	32,1	53,3	0,95
Abruzzo	13,6	34,4	52,1	20,5	31,5	48,1	1,51
Molise	10,0	29,4	60,6	23,8	39,8	36,5	2,38
Campania	11,8	30,8	57,4	10,0	27,3	62,7	0,85
Puglia	10,7	30,6	58,7	14,4	32,1	53,4	1,35
Basilicata	13,7	36,3	49,9	30,3	31,9	37,8	2,21
Calabria	10,2	31,7	58,0	22,8	32,9	44,3	2,24
Sicilia	13,8	34,5	51,7	16,3	32,8	50,9	1,18
Sardegna	11,1	31,1	57,8	14,3	17,4	68,4	1,29
Nord	14,5	33,4	52,1	20,9	29,8	49,3	1,44
Centro	15,5	35,2	49,3	17,0	30,7	52,4	1,10
Sud	12,0	32,2	55,8	14,1	30,2	55,7	1,18
Italia	13,9	33,4	52,7	17,5	30,1	52,4	1,26

(*) La classificazione per classi di complessità dei DRG attualmente disponibile è quella contenuta nell'Accordo TUC 2012, richiamato anche dalla norma della Legge di Stabilità 2016 che esclude l'alta complessità dai provvedimenti di controllo della mobilità passiva. La TUC tuttavia si limita a definire 84 DRG di alta complessità e 108 DRG potenzialmente inappropriati, scontando comunque una impostazione finalizzata alla costruzione di un sistema tariffario studiato per la compensazione della mobilità interregionale. In questa tavola è stata adottata quindi una classificazione basata su classi di peso relativo dei DRG, tenendo conto che tale indicatore esprime la complessità attraverso la valutazione delle risorse assorbite per la produzione di ciascun DRG: la media complessità è compresa tra valori di peso di 0,9500 e 1,700 e nel range di alta complessità risulta compreso in questo modo il 97% dei DRG di alta complessità TUC.

L'offerta ospedaliera pubblica è composta da: Az. Osp., Az. Osp. Universitarie e Policlinici pubblici, Irees pubblici e Fondazioni pubbliche, Ospedali a gestione diretta.

L'offerta ospedaliera privata accreditata nel complesso è costituita da: Policlinici privati, Irees privati e Fondazioni private, Ospedali classificati, Presidi USL, Enti di ricerca, Case di cura private.

Fonte: elaborazioni Ermeneta – Studi & Strategie di sistema su dati del Ministero della Salute - SDO 2014

assorbite per la produzione di ciascun DRG²⁸ e che le strutture private accreditate nel loro complesso comprendono – come si è ricordato all’inizio – non solo gli ospedali privati (case di cura accreditate), ma anche Policlinici privati, Ircs privati e Fondazioni private, Ospedali classificati, Presidi Usl ed Enti di ricerca. Il risultato di insieme mette in evidenza come col 23,3% delle prestazioni di diversa complessità, erogate dagli ospedali privati accreditati (nel loro complesso) essi contribuiscono alle prestazioni di alta complessità per il 17,5% contro il 13,9% degli ospedali pubblici. E tale differenza a favore della componente privata risulta ancora più evidente al Nord (20,9% contro 14,5%), ma persiste anche nel Centro (17,0% contro 15,5%).

In generale si può dire – consultando i dati della prima e della quarta colonna della tavola 25 – che il privato accreditato presenta un’incidenza maggiore di prestazioni ad alta complessità rispetto al pubblico, salvo tre casi: Bolzano (10,8% contro 12,5%), Lazio (14,6% contro 15,3%) e Campania (10,0% contro 11,8%).

È stata infine aggiunta un’ultima colonna nella tavola 25 che presenta il rapporto tra le percentuali di alta complessità del privato accreditato e le corrispondenti percentuali dell’alta complessità nel pubblico, ottenendo una sorta di Indicatore, in cui 1,00 rappresenta la parità, mentre i valori più elevati rappresentano il vantaggio e quelli inferiori a 1,00 rappresentano lo svantaggio del privato accreditato.

Del resto anche gli indicatori di *Peso medio* e di *Case mix* richiamati nel precedente paragrafo 1.1²⁹ ribadiscono tale differenza, pur scegliendo di confrontare gli ospedali pubblici con una parte degli ospedali privati accreditati nel loro complesso e cioè con le case di cura che fanno capo specificamente all’Aiop. E come si può verificare i due indicatori richiamati forniscono anche in questo caso un confronto che risulta essere più favorevole per questa specifica componente del sistema ospedaliero privato accreditato rispetto alle strutture pubbliche.

Al contrario le prestazioni di media complessità (sempre con riferimento alla tavola 25) riportano un’incidenza decisamente maggiore per gli Ospedali pubblici rispetto a quelli privati accreditati: solo in tre casi e cioè il Molise, la Puglia e la Calabria presentano un’incidenza maggiore per gli ospedali privati accreditati rispetto ai pubblici.

E ancora l’incidenza di una bassa complessità delle prestazioni si ripartisce in maniera abbastanza equa tra ospedali pubblici e ospedali privati accreditati nel loro complesso.

²⁸ Cfr. in proposito la nota della tavola 2.

²⁹ Cfr. tavola 2 e tavola 3.

Parte seconda

*L'opinione di utenti e cittadini
nell'analisi congiunturale 2016*

1. Un atteggiamento più critico e contemporaneamente più fidelizzato da parte degli utenti

1.1. La conferma di una tendenza ad accedere maggiormente ai servizi ospedalieri

Nell'indagine 2016, predisposta appositamente per il presente Rapporto, i cittadini italiani adulti che hanno varcato, negli ultimi dodici mesi, le soglie di un ospedale per utilizzarne i servizi superano il 30% del totale: sono il 5,5% per malattie o interventi di tipo grave e un ulteriore 26,3% per malattie o interventi di tipo leggero.

Al di là di possibili oscillazioni statistiche del campione sembra che da un paio di anni a questa parte gli italiani abbiano aumentato il loro accesso alle strutture ospedaliere come ben si vede dall'andamento dei dati contenuti nella tabella 1. In sintesi negli ultimi dodici mesi poco meno di 1 italiano adulto su 3 (31,8%) rispetto ad 1 su 4 (circa il 25% o poco meno) negli anni che precedono ha fatto ricorso alle prestazioni ospedaliere.

Se si traducono i valori percentuali in valori assoluti si può stimare che in un anno all'incirca 15,7 milioni di persone adulte si sono rivolte in una o più occasioni: per la precisione con 2,4 prestazioni in media per utente effettivo ad ospedali pubblici oppure ad ospedali privati accreditati o ancora a cliniche private (come evidenzia la successiva tabella 2).

A questi utenti adulti si aggiungono poi uno o più membri della famiglia, secondo quanto afferma l'8,7% degli intervistati per malattie/interventi gravi e il 35,8% per malattie/interventi leggeri (cfr. tabella 1 Bis).

Le differenze in termini di accesso ai servizi, legate alle diverse componenti del campione evidenziano come:

- a) gli intervistati che ricorrono un po' di più, rispetto alla media complessiva, ai servizi ospedalieri siano rappresentati da donne piuttosto che da uomini, da persone più avanti nell'età, da soggetti residenti nel Centro-

Tab. 1 – Ricorso ad ospedali pubblici, ospedali privati (case di cura accreditate) o a cliniche private negli ultimi dodici mesi (val. %)

Risposta	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
<i>Ricorso diretto degli intervistati</i>							
- Si, per malattia/intervento grave	5,5	4,5	3,4	4,3	3,3	4,6	4,2
- Si, per malattia/intervento leggero	26,3	20,0	19,3	21,1	21,5	24,9	19,6
- No	68,2	75,5	77,3	74,6	75,2	70,5	76,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	4.020	4.020	4.020	4.070	4.070	4.110

Risposta	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003
<i>Ricorso diretto degli intervistati</i>							
- Si, per malattia/intervento grave	5,9	3,9	4,0	4,2	3,7	4,0	3,7
- Si, per malattia/intervento leggero	22,2	20,7	21,6	21,7	21,3	20,0	21,2
- No	71,9	75,4	74,4	74,1	75,0	76,0	75,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.140	4.210	4.160	4.350	4.011	4.350	4.440

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. 1 Bis – Ricorso ad ospedali pubblici, ospedali privati (case di cura accreditate) o a cliniche private negli ultimi dodici mesi da parte di membri della famiglia dell'intervistato (val. %)

Risposte	%
<i>Per malattia/intervento grave</i>	
– Sì	8,7
– No	91,3
Totale	100,0
v.a.	4.020
<i>Per malattia/intervento leggero</i>	
– Sì	35,8
– No	64,2
Totale	100,0
v.a.	4.020

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Nord rispetto al Mezzogiorno, da coloro che risiedono nei centri urbani di maggiore dimensione (dove esistono anche maggiori opportunità dal punto di vista dell'offerta ospedaliera) oltre che da persone che sono maggiormente dotate dal punto di vista della formazione rispetto alle altre (cfr. *Tabella A1 dell'Allegato statistico*);

- b) e ancora siano utenti più “forti” quelli cioè caratterizzati da un livello socioeconomico medio-alto e alto, peraltro fortemente correlato con un livello di istruzione analogo; se poi si considera la seconda parte della *Tabella B1 dell'Allegato statistico* (che espone i giudizi di coloro che hanno effettivamente utilizzato negli ultimi dodici mesi le strutture ospedaliere), si può verificare come le malattie e/o gli interventi gravi abbiano indirizzato gli utenti preferibilmente verso gli ospedali privati accreditati oppure verso gli ospedali pubblici, rispetto alle cliniche private;
- c) infine il livello di conoscenza delle opportunità di ricovero e di cura (tra strutture pubbliche e strutture private, tra strutture regionali e strutture extraregionali, tra strutture italiane e strutture dei Paesi europei) risulti positivamente correlato con un utilizzo più pronunciato dei servizi (cfr. *Tabella C1 dell'Allegato statistico*).

Per quanto concerne la tipologia di prestazioni di cui hanno usufruito gli intervistati negli ultimi dodici mesi è possibile verificare come tra il 2015 e il 2016 (cfr. tab. 2):

- il numero medio di prestazioni per intervistato salga da 2,3 a 2,4 pro-capite;
- si assista ad un aumento delle prestazioni per una parte consistente di esse e cioè per le analisi (da 50,9% del 2015 a 58,5% nel 2016), per gli accertamenti diagnostici (da 38,4% a 47,0%), per gli accessi al Pronto Soccorso (da 24,7% a 26,1%), per gli interventi chirurgici di tipo grave (da 6,6%

- a 8,2%), tanto per citare gli incrementi più significativi rilevati; mentre la diminuzione delle prestazioni riguarda sostanzialmente le cure per malattie di tipo leggero (da 9,3% a 4,6%) e il ricorso al 118 (da 7,3% a 3,3%);
- e tuttavia la “testa di lista” delle prestazioni non cambi nel biennio considerato, nel senso che – in ordine di priorità – quelle più diffuse riguardano le analisi di vario tipo (58,5%), le visite specialistiche (58,5%), gli accertamenti diagnostici come RX, TAC, risonanza magnetica, ecc. (47,0%) e l’accesso al Pronto Soccorso (26,1%): confermando con ciò l’accentuazione della funzione “territoriale” svolta dagli ospedali, in cui si ritiene esista un livello migliore di professionalità degli operatori e di strumentazione a disposizione rispetto alle strutture di medicina territoriale;
 - mentre siano sempre e comunque le persone che hanno una buona conoscenza delle opportunità di scelta tra strutture pubbliche e strutture private accreditate, tra strutture presenti nella propria Regione di appartenenza o in altre Regioni italiane o strutture operanti all’estero e strutture operanti in Italia ad utilizzare di più le prestazioni appena ricordate.

Tab. 2 – La tipologia di prestazioni utilizzate l’ultima volta che l’intervistato si è recato in una struttura ospedaliera nel corso degli ultimi dodici mesi (val. %)

<i>Risposte</i>	<i>2016</i>	<i>2015</i>
- Analisi di vario tipo	58,5	50,9
- Visite specialistiche	58,5	58,4
- Accertamenti diagnostici (es.: RX, TAC, Risonanza Magnetica, ecc.)	47,0	38,4
- Accesso al Pronto Soccorso	26,1	24,7
- Interventi chirurgici di tipo leggero	22,1	23,1
- Interventi chirurgici di tipo grave	8,2	6,6
- Cure effettuate durante il ricovero per malattie di tipo grave	4,8	4,1
- Cure effettuate durante il ricovero per malattie di tipo leggero	4,6	9,3
- Cure periodiche in <i>day hospital</i> per malattie croniche e/o oncologiche	4,3	4,6
- Maternità	3,6	1,7
- Ricorso al 118	3,3	7,3
- Altro	0,8	0,7
V.a. intervistati	1.280	985
V.a. risposte	3.095	2.263
<u>N. medio di prestazioni per intervistato</u>	<u>2,4</u>	<u>2,3</u>

Il totale non è uguale a 100,0 perché erano possibili più risposte.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Se poi si vogliono verificare le risposte da parte delle varie sottocomponenti del campione, almeno per quanto riguarda le prime 4 prestazioni in ordine di importanza (analisi di vario tipo, visite specialistiche, accertamenti diagnostici e accesso al Pronto Soccorso) è possibile vedere come:

- sia decisamente la componente femminile rispetto a quella maschile ad utilizzare maggiormente tali prestazioni insieme alle persone più avanti nell'età (salvo l'accesso al Pronto Soccorso che vede un più elevato utilizzo da parte dei 35-54enni più presenti nella forza lavoro); ma accedono in maniera più consistente rispetto alla media del campione anche gli intervistati residenti nel Nord-Est rispetto al resto del Paese e coloro che vivono nei Comuni relativamente più piccoli (fino a 100 mila ab.), cui si aggiungono le persone con un più basso livello di istruzione (cfr. *Tabella A2 dell'Allegato statistico*);
- ma siano anche le persone che hanno fatto effettivamente ricorso alle strutture ospedaliere per malattie o per interventi di tipo grave, le quali hanno più utilizzato analisi, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, preferibilmente in ospedali privati accreditati o in cliniche private rispetto alle strutture pubbliche, salvo il Pronto Soccorso che è presente in larga maggioranza in queste ultime (cfr. *Tabella B2 dell'Allegato statistico*).

1.2. Un orientamento in crescita verso le strutture private

Gli intervistati che hanno utilizzato i servizi delle strutture ospedaliere nel corso degli ultimi dodici mesi si sono rivolti per l'80,4% ad ospedali pubblici, per il 21,2% ad ospedali privati accreditati e per l'11,8% a cliniche private (o qualche volta a più di una tipologia di istituto): nella tabella 3 si vede come negli anni il ricorso alle ultime due tipologie di strutture si sia rafforzato e si rafforzi ancora di più nel 2015 e nel 2016.

È evidente che tale dinamica costituisce un sintomo dei vari disagi vissuti dai cittadini nell'ambito dell'ospedalità pubblica, specie nell'ultimo quinquennio, con la conseguente "esplorazione" delle prestazioni offerte dall'ospedalità privata come peraltro è stato rilevato dall'indagine sui *care-giver* dello scorso anno.

Per ciò che concerne le dichiarazioni, provenienti dai diversi sottocampioni, è possibile rilevare che:

- a) l'utilizzo lievemente più elevato rispetto alla media del campione degli ospedali pubblici coinvolge preferibilmente le donne rispetto agli uomini, le persone più anziane, gli intervistati residenti nel Centro Italia, nonché quelli che vivono nei centri minori (fino a 20 mila ab.) e soprattutto coloro che presentano un livello di istruzione modesto (cfr. *Tabella A3 dell'Allegato statistico*); ma sono coinvolti in maniera più evidente anche coloro che si trovano – in coerenza col livello di istruzione appena menzionato

Tab. 3 – *Struttura presso la quale l'intervistato si è recato l'ultima volta (val. %)*

Risposte	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
- Ospedale pubblico	80,4	81,2	82,0	80,7	79,5	82,3	79,3
- Ospedale privato accreditato	21,2	21,7	17,7	19,5	18,9	17,8	19,6
- Clinica privata	11,8	9,6	4,5	5,7	4,3	4,6	5,1
- Non saprei distinguere con precisione la categoria di ospedale che ho utilizzato	1,1	1,5	1,8	1,9	2,1	1,1	2,2
- Non ricordo	0,3	0,9	0,5	0,7	1,0	0,2	0,8
V.a. intervistati	1.280	985	904	1.022	1.010	1.201	978
V.a. risposte	1.469	1.123	963	1.109	1.069	1.273	1.046
N. medio di strutture utilizzate per intervistato	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1

Risposte	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003
- Ospedale pubblico	78,6	81,0	81,7	81,4	78,1	81,6	77,6
- Ospedale privato accreditato	18,0	19,1	19,6	20,1	21,7	19,7	25,1
- Clinica privata	8,8	4,0	4,9	6,4	6,7	5,1	5,7
- Non saprei distinguere con precisione la categoria di ospedale che ho utilizzato	1,4	1,1	2,4	0,6	2,1	1,7	1,8
- Non ricordo	1,1	0,7	0,2	0,6	0,2	1,0	0,9
V.a. intervistati	1.162	1.036	1.068	1.125	1.004	1.139	1.227
V.a. risposte	1.254	1.097	1.162	1.227	1.092	1.243	1.363
N. medio di strutture utilizzate per intervistato	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1

Il totale non è uguale a 100,0 perché erano possibili più risposte.

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

- all'interno di un ceto sociale basso e/o medio-basso e che devono far fonte ad una malattia o ad un intervento di tipo grave (cfr. *Tabella B3 dell'Allegato statistico*); e così vale anche per le persone che non conoscono o al massimo hanno solo una vaga idea della possibilità di utilizzare ospedali privati accreditati in alternativa a quelli pubblici oppure a strutture fuori Regione rispetto a quelle della Regione di appartenenza o ancora a strutture operanti all'estero rispetto a quelle operanti in Italia (cfr. *Tabella C3 dell'Allegato statistico*);
- b) l'accesso un po' più elevato in favore degli ospedali privati accreditati interessa di più la componente maschile che non quella femminile, i soggetti in età attiva (tra i 35 e i 54 anni) oltre che quelli residenti nel Nord-Ovest, da un lato e nel Mezzogiorno, dall'altro; ma anche gli intervistati residenti in medie o grandi città, dove l'offerta di ospedalità accreditata risulta essere più consistente e coloro che sono in possesso di un livello di istruzione medio e/o medio-alto (cfr. *Tabella A3 dell'Allegato statistico*); e così avviene anche per le persone che si dichiarano appartenenti al ceto medio-alto e alto, le quali sono più facilmente in grado di scegliere l'ospedale privato accreditato in alternativa a quello pubblico così come gioca sempre a favore delle strutture private la conoscenza delle possibilità alternative esistenti che riguardano la mobilità sanitaria extraregionale o addirittura extranazionale (cfr. *Tabella B3 e C3 dell'Allegato statistico*);
- c) infine la scelta di una clinica privata in senso stretto viene fatta soprattutto dalle persone più giovani (e quindi grazie presumibilmente alle scelte della famiglia di origine) e dagli intervistati che vivono nel Mezzogiorno rispetto al resto del Paese come pure dai residenti in realtà urbane di taglio medio o grande, a cui si aggiungono i soggetti in possesso di un livello di istruzione medio e/o medio-alto come nel caso illustrato nel precedente punto b) (cfr. *Tabella A3 dell'Allegato statistico*). E così trova conferma il ricorso alle cliniche private da parte di coloro che hanno dovuto affrontare una malattia o un intervento di tipo leggero piuttosto che grave (cfr. *Tabella B3 dell'Allegato statistico*).

1.3. Il graduale formarsi di una polarizzazione dei giudizi sugli ospedali effettivamente utilizzati

Dall'osservazione del livello di soddisfazione, dichiarato dalle persone intervistate che hanno effettivamente utilizzato negli ultimi dodici mesi prestazioni di tipo ospedaliero, è possibile rilevare come (tab. 4):

- i giudizi più positivi (“molto soddisfatto”) tornino a salire nel 2016 rispetto al 2015 sia per gli ospedali pubblici (dal 23,0% al 26,1%) che per gli ospedali privati accreditati (dal 34,0% al 41,8%), mentre si contraggano per le cliniche private (dal 38,2% al 37,6%);
- ma anche come si riducano in maniera significativa i giudizi di media soddisfazione (“abbastanza soddisfatto”) che nell’ultimo anno subiscono una diminuzione evidente per tutte e tre le tipologie di ospedali considerati;
- e, viceversa, cresca la componente degli insoddisfatti, soprattutto nella versione “poco soddisfatto” piuttosto che “per niente soddisfatto”.

Tutto ciò concorre a disegnare – pur tenendo conto delle possibili oscillazioni del campione – un atteggiamento mediamente più attento e critico degli utenti nei confronti di tutte le strutture ospedaliere siano esse pubbliche, private accreditate o private *tout-court*.

La novità della “polarizzazione” dei giudizi trova riferimento – come si è ricordato più sopra – nel graduale logoramento del Sistema Sanitario del Paese che, nel corso degli ultimi anni di crisi, ha finito con lo scaricare sugli utenti le proprie inefficienze a seguito di un maggior controllo e/o diminuzione o comunque di non aumento della spesa pubblica nel campo della salute.

Per dare un’idea più precisa del passaggio da una situazione non polarizzata ad una situazione polarizzata sono stati raggruppati nello schema che segue, rispettivamente per gli ospedali pubblici, privati accreditati e cliniche private, i giudizi di soddisfazione, da un lato (siano essi di elevata e/o di media soddisfazione) e i giudizi di insoddisfazione, dall’altro (siano essi di lieve insoddisfazione e/o di pronunciata insoddisfazione).

Tipologie	2016		2015		2014		2013		2012		2011		2010	
	Soddisfazione	Insoddisfazione												
Osp. pubblici	37,6	61,9	82,6	17,1	86,3	13,1	84,7	14,5	88,0	10,5	87,8	11,0	88,7	10,0
Osp. priv. accred.	49,0	50,9	88,7	10,6	94,3	5,4	91,3	8,5	92,7	6,6	95,3	4,4	91,5	8,1
Cliniche private	42,3	57,7	90,5	9,2	85,5	13,5	82,3	17,7	83,7	15,1	96,6	3,4	89,0	11,0

Basti considerare l’andamento dei valori della “forchetta” a partire dal 2010 e sino al 2016 per rilevare lo spostamento di peso delle risposte dai giudizi di soddisfazione a quelli di insoddisfazione, specie negli ultimi due anni indicati.

Tutto ciò sta a significare che gli utenti, davanti alle difficoltà del sistema ospedaliero di offrire le prestazioni attese da parte degli utenti, hanno tentato di trovare delle possibili soluzioni alternative, esercitando un'attenta valutazione ex-ante ed esprimendo un giudizio più severo ex-post, dopo l'utilizzazione dei servizi. Il fenomeno della polarizzazione dei giudizi sottolinea come possano esistere per la medesima tipologia di strutture sia valutazioni di soddisfazione sia valutazioni di insoddisfazione: si viene così a creare una situazione "a macchia di leopardo", non solo nello stesso territorio, tra una struttura e l'altra, ma anche all'interno della stessa struttura dove possono esistere prestazioni di buon livello e prestazioni mediocri o scadenti.

Per quanto riguarda le differenze di valutazione da parte dei diversi sottocampioni è possibile vedere come nel 2016:

- a) la polarizzazione dei giudizi, con la soddisfazione più bassa (37,6%) e l'insoddisfazione più alta (61,9%) tenda ad equilibrarsi nel caso degli intervistati più anziani, di quelli residenti nel Nord-Est e nel Mezzogiorno (cfr. *Tabella A4 dell'Allegato statistico*); oltre che nel caso degli intervistati di livello sociale medio-alto e in coloro che hanno fatto ricorso all'ospedale per ragioni di malattie/interventi di tipo serio (cfr. *Tabella B4 dell'Allegato statistico*);
- b) la polarizzazione tenda a bilanciarsi un po' meglio tra giudizi positivi e negativi sia per gli ospedali privati accreditati (49,0% contro 50,9%) che per le cliniche private (42,3% contro 57,7%), evidenziando una lieve maggioranza di valutazioni favorevoli rispetto a quelle sfavorevoli:
 - ciò avviene nel caso dei primi, soprattutto per la componente femminile (54,2% contro il 49,0% della media del campione), per le persone più anziane (66,8% sempre contro 49,0%), per i soggetti residenti nel Centro Italia e nei comuni di maggiori dimensioni (cfr. *Tabella A4 dell'Allegato statistico*); ma anche per gli intervistati di livello socio-economico medio-alto e alto e per coloro che hanno avuto esperienze di cure/interventi a causa di serie ragioni di salute (cfr. *Tabella B4 dell'Allegato statistico*), nonché per coloro che conoscono con chiarezza la possibilità di accedere agli ospedali privati accreditati, senza oneri aggiuntivi per i pazienti (cfr. *Tabella C4 dell'Allegato statistico*);
 - come pure si manifesta nel caso delle cliniche private, per la componente più anziana degli intervistati (65,4% contro una media campionaria del 42,3%, come mostra la *Tabella A4 dell'Allegato statistico*), nonché per le persone socialmente più robuste dal punto di vista dell'appartenenza socioeconomica (58,4%, come mostra la *Tabella B4 dell'Allegato statistico*) oltre che per coloro che meglio conoscono le

Tab. 4 – Soddisfazione per le prestazioni ricevute nella struttura utilizzata (val. %)

Risposte	Ospedale pubblico										
	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006
- Molto soddisfatto	26,1	23,0	26,5	24,3	28,4	29,0	27,5	22,7	29,1	23,5	24,1
- Abbastanza soddisfatto	11,5	59,6	59,8	60,4	59,6	58,8	61,2	64,8	57,6	65,6	65,1
- Poco soddisfatto	57,6	13,2	9,9	11,2	8,2	9,3	7,9	9,3	9,5	8,5	9,0
- Per niente soddisfatto	4,3	3,9	3,2	3,3	2,3	1,7	2,8	2,5	3,1	2,0	1,5
- Non saprebbe esprimere un giudizio	0,5	0,3	0,6	0,8	1,5	1,2	0,6	0,7	0,7	0,4	0,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	1.028	800	749	825	803	989	776	913	816	873	916

Risposte	Ospedale privato (casa di cura accreditata)										
	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006
- Molto soddisfatto	41,8	34,0	40,8	37,6	29,2	50,7	29,4	30,7	43,0	37,3	33,6
- Abbastanza soddisfatto	7,2	54,7	53,5	53,7	63,5	44,6	62,1	62,2	50,2	53,8	61,7
- Poco soddisfatto	50,5	7,5	5,4	7,7	5,5	3,2	5,7	6,1	6,5	4,9	3,3
- Per niente soddisfatto	0,4	3,1	0,8	0,8	1,1	1,2	2,4	0,8	0,3	4,0	0,2
- Non saprebbe esprimere un giudizio	0,1	0,7	0,3	0,2	0,7	0,3	0,4	0,2	-	-	1,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	271	214	162	199	190	214	191	209	168	209	226

Risposte	Clinica privata										
	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006
- Molto soddisfatto	37,6	38,2	47,9	24,9	53,7	46,7	36,2	30,5	45,4	30,3	49,3
- Abbastanza soddisfatto	4,7	52,3	37,6	57,4	30,0	49,9	52,8	62,3	42,0	54,2	37,4
- Poco soddisfatto	54,5	7,3	12,6	12,9	11,0	1,8	11,0	2,9	5,7	12,2	2,3
- Per niente soddisfatto	3,2	1,9	0,9	4,8	4,1	1,6	-	1,6	3,9	1,2	9,2
- Non saprebbe esprimere un giudizio	-	0,3	1,0	-	1,2	-	-	2,7	3,0	2,1	1,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	152	94	41	58	44	55	50	102	33	53	72

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

possibilità di curarsi in altre Regioni italiane (51,6%) o addirittura all'estero (66,1%) come mostra la *Tabella B4 dell'Allegato statistico*.

1.4. Una certa resistenza nel cambiare le strutture già sperimentate

L'anno 2016 sembra rappresentare una situazione di cambiamento di un *trend* che via via si era consolidato nel tempo, sia pure in maniera alternante nel corso degli anni. Uno sguardo alla tabella 5 mostra infatti che tra il 2006 e il 2015 la linea di tendenza è stata quella di una crescita dei comportamenti di valutazione delle possibili scelte al momento dell'accesso ai servizi ospedalieri:

- si è passati infatti per gli ospedali pubblici, dal 20,4% di tali comportamenti (“ho preso in considerazione le varie possibilità al momento dell'accesso”), peraltro un po' alternanti attraverso gli anni della crisi, poi al 24,7% nel 2014 e al 38,4% nel 2015 che però si è ridotto al 33,1% nel 2016;
- viceversa la decisione di recarsi immediatamente presso una specifica struttura (con un meccanismo che può essere definito di “fedeltà” rispetto all'esperienza precedente) era molto elevato nel 2006, col 79,6% di intervistati che affermavano di essersi comportati in tal modo per poi rimanere su questi valori sino al 2012, ma scendendo nel 2013 al 72,0% e contraendosi ulteriormente nel 2015 al 61,6%, per poi riprendere vigore nel 2016 col 66,9%.

Analogamente, per quanto riguarda le strutture private accreditate, si vede come:

- l'esercizio della valutazione preventiva delle opportunità rispetto all'accesso fosse del 34,9% nel 2006, salisse sino al 40,4% nel 2011 e prendesse nuovo vigore nel 2013 col 45,8%, per toccare il 58,1% nel 2015, ma per riscontrarsi nel 2016 al 47,5%;
- in compenso aumenti la “fedeltà” nel tempo, la quale era del 65,1% nel 2006, diventa del 59,6% nel 2011 e arriva al 52,5% nel 2016.

Ed infine per quanto concerne le cliniche private i comportamenti di valutazione preventiva erano del 31,6% nel 2006, salgono al 53,8% nel 2011 per poi contrarsi fino al 47,5% nel 2014 e quindi salire improvvisamente al 72,8% nel 2015, ma riscendendo al 64,2% nel 2016.

Insomma quello che si può affermare è che:

- a) tra il 2006 e il 2016 si consolida certamente la spinta ad operare delle valutazioni preventive al momento in cui si deve decidere a quale ospe-

dale rivolgersi: infatti si passa dal 20,4% del 2006 al 33,1% del 2016, per quanto riguarda gli ospedali pubblici, dal 34,9% al 47,5% per gli ospedali privati accreditati e dal 31,6% al 64,2% per le cliniche private;

- b) ma con il 2016 questa tendenza tende ad interrompersi, venendo ad aumentare bruscamente le propensioni verso la “fedeltà” alla struttura che evidentemente si aveva già in testa per precedenti esperienze, maturate direttamente o indirettamente.

Bisogna considerare che gli utenti sono risultati abbastanza “provati” in questi ultimi anni a seguito dell’aumento delle difficoltà di accesso ai servizi e di conseguenza essi hanno, dapprima, provato a cambiare struttura ma poi – una volta individuata una che si è ritenuta accettabile – hanno finito col rimanere un po’ più “fedeli”.

Tale fedeltà appare essere più pronunciata:

- nel caso dell’ospedale pubblico, più per gli uomini rispetto che per le donne, per le persone più anziane oltre che per i residenti nel Centro e nel Nord-Est del Paese, nonché per coloro che presentano un livello di istruzione modesto (cfr. *Tabella A5 dell’Allegato statistico*); e così avviene anche per le persone con un livello sociale medio e/o medio-basso e per chi ha dovuto ricorrere alle cure ospedaliere per malattie o interventi di tipo leggero (cfr. *Tabella B5 dell’Allegato statistico*), ma anche per chi conosce o ritiene di conoscere, almeno vagamente, le possibili alternative tra pubblico e privato, tra strutture regionali e strutture extraregionali e tra strutture italiane e strutture ospedaliere presenti nei diversi paesi della UE (cfr. *Tabella C5 dell’Allegato statistico*);
- nel caso degli ospedali privati accreditati, è pronunciata soprattutto per le donne rispetto agli uomini, per le persone più anziane, per i residenti nel Nord-Ovest del Paese e per coloro che presentano un livello di istruzione modesto (cfr. *Tabella A5 dell’Allegato statistico*); ma anche – come è ovvio – per le persone che si autoclassificano come appartenenti ad un livello sociale basso e/o medio-basso e per gli intervistati che hanno dovuto affrontare una malattia o un intervento grave (cfr. *Tabella B5 dell’Allegato statistico*), come pure per coloro che ritengono di conoscere le alternative tra pubblico e privato, tra strutture regionali ed extraregionali e tra strutture italiane e strutture collocate nei Paesi UE (cfr. *Tabella C5 dell’Allegato statistico*);
- infine nel caso delle cliniche private la decisione di utilizzare un certo ospedale senza prendere in considerazione le varie possibilità in anticipo fa capo ai soggetti che risultano meno informati circa tali opportunità oggi esistenti (cfr. *Tabella C5 dell’Allegato statistico*).

Tab. 5 – Comportamenti di scelta al momento del ricovero ospedaliero (val. %)

		Nell'ospedale pubblico										
		2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006
<i>Risposta</i>												
-	Ho preso in considerazione le varie possibilità	33,1	38,4	24,7	28,0	19,4	19,8	19,7	21,2	20,2	24,5	20,4
-	Ho deciso subito di recarmi presso quella specifica struttura	66,9	61,6	75,3	72,0	80,6	80,2	80,3	78,8	79,8	75,5	79,6
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	v.a.	1.028	800	749	825	803	989	776	913	816	873	916
		Nell'ospedale privato (casa di cura accreditata)										
<i>Risposta</i>												
-	Ho preso in considerazione le varie possibilità	47,5	58,1	38,5	45,8	36,5	40,4	30,4	36,0	31,0	35,7	34,9
-	Ho deciso subito di recarmi presso quella specifica struttura	52,5	41,9	61,5	54,2	63,5	59,6	69,6	64,0	69,0	64,3	65,1
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	v.a.	271	214	162	199	190	214	191	209	168	209	226
		Nella clinica privata										
<i>Risposta</i>												
-	Ho preso in considerazione le varie possibilità	64,2	72,8	47,5	47,7	24,5	53,8	46,1	46,5	37,4	49,2	31,6
-	Ho deciso subito di recarmi presso quella specifica struttura	35,8	27,2	52,5	52,3	75,5	46,2	53,9	53,5	62,6	50,8	68,4
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	v.a.	152	94	41	58	44	55	50	102	33	53	72

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. 6 – Propensione a riutilizzare la stessa struttura ospedaliera a cui ci si è rivolti l'ultima volta (valori al netto delle mancate risposte) (val. %)*

	2016				2015				2014			
	Ospedale pubblico		Ospedale privato (casa di cura accreditata)		Ospedale pubblico		Ospedale privato (casa di cura accreditata)		Ospedale pubblico		Ospedale privato (casa di cura accreditata)	
	Clinica privata	Clinica privata	Clinica privata	Clinica privata	Clinica privata	Clinica privata	Clinica privata	Clinica privata	Clinica privata	Clinica privata	Clinica privata	Clinica privata
- Sì	90,3	93,1	91,5	93,3	92,2	91,2	94,3	95,1	82,5	98,6	97,1	98,6
- No	9,7	6,9	8,5	6,7	7,8	8,8	5,7	4,9	17,5	1,4	2,9	1,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	854	236	127	683	196	75	648	139	28	892	194	37

	2013				2012				2011			
	Ospedale pubblico		Ospedale privato (casa di cura accreditata)		Ospedale pubblico		Ospedale privato (casa di cura accreditata)		Ospedale pubblico		Ospedale privato (casa di cura accreditata)	
	Clinica privata	Clinica privata	Clinica privata	Clinica privata	Clinica privata	Clinica privata	Clinica privata	Clinica privata	Clinica privata	Clinica privata	Clinica privata	Clinica privata
- Sì	92,4	89,9	82,6	94,6	85,4	85,0	91,4	97,1	98,6	97,1	98,6	98,6
- No	7,6	10,1	17,4	5,4	14,6	15,0	8,6	2,9	1,4	2,9	1,4	1,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	719	160	47	653	157	37	892	194	37	892	194	37

(*) Al netto delle mancate risposte che sono nel 2016 pari al 16,9% per chi ha utilizzato l'ultima volta un ospedale pubblico, al 13,0% un ospedale privato accreditato e al 16,2% una clinica privata.

Fonte: indagine *Ermeneia* – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Sempre a proposito di “fedeltà” relativa invece che di valutazione *ex-ante* delle opportunità presenti, è interessante considerare i dati della tabella 6 che illustra le risposte degli intervistati circa la loro propensione a riutilizzare la stessa struttura ospedaliera di cui ci si è serviti l’ultima volta. Come è possibile verificare nell’anno 2016 tale propensione si riduce nettamente rispetto al 2015 per quanto riguarda l’ospedale pubblico (da 92,2% a 90,3%), mentre cresce per l’ospedale privato accreditato (da 92,2% a 93,1%) e, più lievemente, per la clinica privata (da 91,2% a 93,3%).

Tutto ciò sembrerebbe confermare quanto emerso tramite l’indagine sui *care-giver* del 2016, secondo la quale esisterebbe una ricerca attiva di servizi migliori e/o più rapidi nella risposta presso gli ospedali privati accreditati a seguito del progressivo logoramento dei servizi offerti all’interno degli ospedali pubblici.

2. La permanente consapevolezza dell'importanza di disporre di un sistema ospedaliero pubblico/privato, ma con giudizi differenziati nei confronti delle relative strutture

2.1. Una minore conoscenza e una maggiore prudenza rispetto alle alternative possibili

Si è rilevato nelle pagine precedenti il convergere di tre tendenze e cioè:

- quella di un crescente utilizzo delle prestazioni ospedaliere, specie per quanto riguarda analisi, accertamenti diagnostici, visite specialistiche e accesso al Pronto Soccorso (con un graduale spostamento di funzioni esercitate dalla medicina territoriale all'interno delle strutture di ricovero);
- quella di un orientamento rafforzato verso le strutture ospedaliere private accreditate e verso le cliniche private, nel costante sforzo di individuare servizi migliori e/o più vicini rispetto all'abitazione oppure ancora di poter accedere *tout-court* ai servizi stessi, ma entro tempi ragionevoli;
- e quella del formarsi di un giudizio più critico nei confronti degli istituti ospedalieri sia per quelli pubblici che per quelli privati, col risultato di esprimere delle valutazioni “spaccate” a metà tra quelle positive e quelle negative.

Al di là delle tendenze suddette l'atteggiamento positivo verso il sistema ospedaliero misto pubblico/privato tuttavia permane (come si vedrà nei prossimi paragrafi), ma la propensione a fare delle scelte tra strutture ospedaliere diverse, da parte dei pazienti e delle loro famiglie, tende ad attenuarsi:

- o perché tali scelte si sono un po' consolidate dopo qualche anno di un pronunciato orientamento a prendere in considerazione opzioni alternative di accesso: col risultato di aumentare la “fedeltà” relativa alle strutture già conosciute da parte dei cittadini;
- o perché la crisi economica ha contribuito a diminuire la propensione verso una mobilità ospedaliera che varchi i confini ristretti del proprio

territorio di appartenenza (presupponendo dei costi aggiuntivi di assistenza da sostenere da parte dei familiari del paziente);

- o perché si affacciano via via nel tempo nuove generazioni (ivi compresi perciò gli intervistati) che debbono a loro volta “apprendere” la possibilità di un utilizzo di più ampio respiro tra strutture pubbliche e strutture private accreditate, tra strutture regionali e strutture extraregionali e tra strutture nazionali e strutture extranazionali.

Le tabelle che seguono danno conferma coerente di quanto appena ricordato, considerato che:

- a) si contrae nell’anno 2016 il livello di conoscenza circa la possibilità di utilizzare ospedali privati accreditati in alternativa rispetto a quelli pubblici, per effettuare analisi, interventi e cure senza oneri aggiuntivi per i pazienti (tab. 7): gli intervistati che conoscono con chiarezza tale opportunità sono il 37,4% nel 2016 contro il 41,1% del 2015, il 40,2% del 2014 e il 39,3% del 2013, con una tendenza dunque a contrarsi lievemente dopo anni di continua crescita; si è però in presenza di una parziale compensazione che si manifesta in quella componente di intervistati che dichiara di aver “solo un’idea vaga” circa la possibilità menzionata (essa sale al 42,8% nel 2016, mentre era il 39,9% nel 2015, il 36,8% nel 2014 e il 40,6% nel 2013);
- b) si riduce in parallelo il livello di conoscenza circa la possibilità di trasferirsi, per ragioni di cura, in ospedali al di fuori della propria Regione, visto che nel 2016 si dichiarano “perfettamente a conoscenza di questa opportunità” il 32,7% degli intervistati contro il 36,9% del 2015, il 36,7% del 2014, il 35,2% del 2013: anche in tal caso si registra un cenno di controtendenza dopo una crescita graduale di consapevolezza che si è sviluppata dal 2005 in poi, salvo qualche oscillazione negli anni intermedi (tab. 8);
- c) diminuisce in parallelo la percentuale di intervistati che dichiarano di essere disponibili a ricoverarsi, per serie ragioni di salute, anche al di fuori del proprio Comune di residenza: nella tabella 9 infatti si contraggono, dopo una crescita graduale nel tempo, le propensioni in tal senso, visto che nel 2016 la disponibilità ad uscire dal proprio Comune – pur rimanendo all’interno della Provincia di appartenenza – è del 39,1% contro il 40,4% del 2015, il 39,1% del 2014 e il 39,9% del 2013; e così si riducono, negli anni appena menzionati, le propensioni ad uscire addirittura dalla propria Provincia per cercare soluzioni ospedaliere nell’ambito della propria Regione (9,6% nel 2016 contro 10,9% nel 2015 e 10,7% nel 2014) oppure fuori dalla propria Regione, ma ricorrendo a strutture presenti in Italia (5,4% nel 2016 contro 6,8% del 2015, 6,2% del 2014 e 6,0% del 2013). Tale tendenza viene confermata anche per la propensione (molto

Tab. 7 – Conoscenza odierna della disposizione che permette di utilizzare sia ospedali pubblici che ospedali privati (case di cura accreditate) senza oneri aggiuntivi (val. %)

Risposta	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
- Sì, con chiarezza	37,4	41,1	40,2	39,3	36,8	42,0	39,2
- Sì, ne ho un'idea vaga	42,8	39,9	36,8	40,6	42,2	36,5	37,9
- No	19,8	19,0	23,0	20,1	21,0	21,5	22,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	4.020	4.020	4.020	4.070	4.070	4.110

Risposta	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003
- Sì, con chiarezza	35,5	31,6	30,2	26,7	28,0	25,6	27,9
- Sì, ne ho un'idea vaga	43,1	43,1	43,4	44,6	41,6	38,7	40,5
- No	21,4	25,3	26,4	28,7	30,4	35,7	31,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.140	4.210	4.160	4.350	4.011	4.350	4.440

Fonte: indagine *Ermeneia* – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. 8 – Conoscenza della possibilità di trasferirsi per cura in ospedali al di fuori della propria Regione (val. %)

Risposta	2010	2015	2014	2013	2012	2011
- Sì, sono perfettamente a conoscenza di questa opportunità	32,7	36,9	36,7	35,2	32,5	39,0
- Sì, mi pare di ricordare che c'è questa possibilità	41,2	38,5	39,1	41,0	44,3	38,8
- No, non ne ero a conoscenza sino ad oggi	26,1	24,6	24,2	23,8	23,2	22,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	4.020	4.020	4.020	4.070	4.070

Risposta	2010	2009	2008	2007	2006	2005
- Sì, sono perfettamente a conoscenza di questa opportunità	35,4	31,9	28,3	28,4	24,2	21,8
- Sì, mi pare di ricordare che c'è questa possibilità	38,9	41,5	43,6	41,8	43,0	43,2
- No, non ne ero a conoscenza sino ad oggi	25,7	26,6	28,1	29,8	32,8	35,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.110	4.140	4.210	4.160	4.350	4.011

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. 9 – Disponibilità a ricoverarsi per serie ragioni di salute anche al di fuori del Comune di residenza (val. %)*

Risposta	2016	2015	2014	2013
- Nel mio Comune	45,4	41,0	43,5	44,3
- Fuori del mio Comune ma nella mia Provincia	39,1	40,4	39,1	39,9
- Fuori della mia Provincia ma in Regione	9,6	10,9	10,7	9,4
- Fuori della Regione ma in Italia	5,4	6,8	6,2	6,0
- Fuori Italia	0,5	0,9	0,5	0,4
- Non saprei dare una risposta	-	-	-	-
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	3.495	3.606	2.757	2.638

(*) Al netto delle mancate risposte pari all'8,1% nel 2013, all'8,2% nel 2014, al 10,3% nel 2015 e al 13,1% nel 2016.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. 9 Bis – Disponibilità a ricoverarsi per serie ragioni di salute anche al di fuori del Comune di residenza, a seconda della tipologia di ospedale prescelto nel 2015 e nel 2016 (val. %)*

Risposta	2016	2015
<i>Ospedale pubblico</i>		
- Nel mio Comune	47,1	43,8
- Fuori del mio Comune ma nella mia Provincia	41,7	43,6
- Fuori della mia Provincia ma in Regione	7,2	7,8
- Fuori della Regione ma in Italia	3,6	4,4
- Fuori Italia	0,4	0,4
- Non saprei dare una risposta	-	-
Totale	100,0	100,0
v.a.	2.566	2.503
<i>Ospedale privato accreditato</i>		
- Nel mio Comune	41,3	35,4
- Fuori del mio Comune ma nella mia Provincia	33,1	36,6
- Fuori della mia Provincia ma in Regione	14,7	15,5
- Fuori della Regione ma in Italia	10,3	11,7
- Fuori Italia	0,6	0,8
- Non saprei dare una risposta	-	-
Totale	100,0	100,0
v.a.	843	959
<i>Clinica privata</i>		
- Nel mio Comune	34,9	30,8
- Fuori del mio Comune ma nella mia Provincia	20,1	11,6
- Fuori della mia Provincia ma in Regione	30,3	34,7
- Fuori della Regione ma in Italia	10,9	14,2
- Fuori Italia	3,8	8,7
- Non saprei dare una risposta	-	-
Totale	100,0	100,0
v.a.	86	145

(*) Al netto delle mancate risposte che nel 2016 sono 10,5% per l'ospedale pubblico, 17,6% per l'ospedale privato accreditato e 34,7% per la clinica privata.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

limitata) degli intervistati ad orientarsi verso strutture di cura che si trovano al di fuori del nostro Paese (0,5% nel 2016 contro 0,9% del 2015, per ritornare allo 0,5% del 2014);

- d) e del resto l'orientamento a restare all'interno del proprio Comune viene confermato per tutte e tre le tipologie di ospedali considerati (pubblici, privati accreditati e cliniche private), fatto salvo che nel caso delle cliniche private in cui la spinta ad uscire almeno dal Comune (ma rimanendo in Provincia) tende a crescere nell'ultimo anno, passando da 11,6% nel 2015 a 20,1% nel 2016 (cfr. tabella 9 Bis);
- e) la propensione a ridurre la mobilità sanitaria viene ulteriormente confermata anche dalla successiva tabella 10, in cui gli intervistati, qualora non fosse disponibile nel Comune di residenza la struttura ospedaliera da loro scelta pur in presenza di serie ragioni di salute, preferirebbero cambiare tipo di istituto ospedaliero piuttosto che uscire dalla cerchia territoriale comunale: nell'anno 2016 sono di questa opinione il 40,7% degli intervistati, dopo una tendenza in senso contrario che si era affermata negli anni precedenti, in una logica di comportamenti più attivi di ricerca di strutture di ricovero al di fuori del proprio Comune;
- f) ed infine diminuisce anche il livello di conoscenza circa la possibilità di recarsi per prestazioni sanitarie e ospedaliere presso le strutture di cura dei diversi Paesi dell'Unione Europea, sempre con la copertura del Servizio Sanitario Nazionale che dovrà rimborsare le prestazioni ai Servizi Sanitari degli altri Paesi (tab. 11): infatti nel 2016 si interrompe la crescita progressiva della consapevolezza di tale opportunità, visto che essa era del 14% nel 2013, è salita al 20,6% nel 2014 e al 21,8% nel 2015 ma diminuisce sino al 19,1% nel 2016; mentre aumenta, sempre nel 2016, la conoscenza vaga di tale opportunità in quanto "se ne è sentito solo parlare"; di conseguenza aumenta la non consapevolezza totale, dopo essere gradualmente diminuita nel tempo, passando dal 56,8% del 2013, al 46,9% del 2014 e al 45,8% del 2015, per poi riprendere vigore nel 2016 (47,6%); nel contempo rimane su livelli di consapevolezza stabilizzati la necessità di ottenere un'autorizzazione preventiva da parte delle ASL e di anticipare le spese che saranno rimborsate successivamente (tab. 11).

Si è dunque in presenza di una relativa minor conoscenza delle opportunità di scelta tra pubblico e privato, tra strutture di cura regionali e strutture extraregionali e tra ospedali nazionali ed ospedali presenti degli altri Paesi UE: il tutto accompagnato da una certa maggior prudenza nel cimentarsi con le alternative oggi utilizzabili. Il livello di minor conoscenza e di maggiore prudenza varia a seconda delle diverse componenti del campione, risultando più interessati al fenomeno soprattutto:

Tab. 10 – Struttura che l'intervistato utilizzerebbe se non fosse disponibile nel suo Comune la scelta di prima istanza (val. %)

Risposta	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
- Cambierei il tipo di struttura ospedaliera	40,7	38,4	35,6	36,8	50,8	51,1	51,2
- Cercherei fuori del mio Comune questa struttura ospedaliera	59,3	61,6	64,4	63,2	49,2	48,9	48,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	4.020	4.020	4.020	4.070	4.070	4.110

Risposta	2009	2008	2007	2006	2005	2004
- Cambierei il tipo di struttura ospedaliera	50,5	47,8	47,1	48,7	43,5	45,1
- Cercherei fuori del mio Comune questa struttura ospedaliera	49,5	52,2	52,9	51,3	56,5	54,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.140	4.210	4.160	4.350	4.011	4.350

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. 11 – Conoscenza della possibilità di recarsi per prestazioni sanitarie e ospedaliere presso le strutture dei diversi Paesi dell'Unione Europea, sempre con la copertura del Servizio Sanitario Nazionale italiano che dovrà rimborsare tali prestazioni agli altri Servizi Sanitari Nazionali (val. %)

Risposta	2016	2015	2014	2013
- Sì, sono al corrente	19,1	21,8	20,6	14,1
- Sì, ne ho sentito parlare	33,3	32,4	32,5	29,1
- No, non sono al corrente di tale opportunità	47,6	45,8	46,9	56,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	4.020	4.020	4.020

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. 12 – Conoscenza della necessità di ottenere un'autorizzazione preventiva della Asl e di anticipare le spese che saranno rimborsate successivamente (val. %)

Risposta	2016	2015	2014	2013
- Sì, sono al corrente	49,0	50,7	49,2	44,9
- No, non sono al corrente	51,0	49,3	50,8	55,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	2.108	2.179	2.136	1.739

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

- le donne rispetto agli uomini, le componenti più giovani, tendenzialmente le persone residenti nel Mezzogiorno rispetto al resto del Paese e soprattutto quelle con un basso livello di istruzione; mentre, al contrario, presentano una maggiore conoscenza e una maggiore propensione ad operare delle scelte, anche al di fuori del proprio ristretto territorio di residenza, gli uomini piuttosto che le donne, le persone relativamente più giovani, quasi sempre gli intervistati del Nord o del Centro rispetto al resto del Paese (salvo il caso della possibilità di recarsi in altre strutture dell'Unione Europea in cui prevale il Mezzogiorno) e complessivamente coloro che hanno un livello di istruzione più elevato (cfr. le tabelle riportate nell'Allegato statistico tra la A7 e la A12);
- ma anche gli intervistati di ceto sociale modesto, con esperienze negli ultimi dodici mesi di malattie/interventi leggeri piuttosto che gravi e con un basso livello di soddisfazione rispetto alle prestazioni ospedaliere ricevute; mentre, all'opposto, risultano più informati e maggiormente propensi a scegliere tra opzioni ospedaliere diverse le persone di medio e/o medio-alto livello sociale, le quali presumibilmente hanno usato di più gli ospedali privati accreditati, manifestando anche una discreta e/o buona soddisfazione complessiva (cfr. le tabelle riportate nell'Allegato statistico tra la B7 e la B12).

2.2. Una valutazione in diminuzione per le strutture pubbliche e in lieve ripresa per le strutture private

L'atteggiamento più critico e selettivo nei confronti degli ospedali è stato già richiamato in precedenza nel caso degli effettivi utilizzatori dei servizi. È perciò logico ritrovare qualche segnale analogo anche nel campione dei cittadini.

I giudizi forniti nei vari anni vengono esposti nella tabella 13, da cui si vede tuttavia che una crescente quota di intervistati non sa esprimere alcuna opinione: per questo si è aggiunta, anche per il 2016, una colonna con le percentuali calcolate al netto delle mancate risposte.

Tenendo conto della colonna suddetta, riportata per ciascun anno, si può rilevare come:

- a) i giudizi "molto + abbastanza positivi" vengano forniti nell'anno 2016 da poco meno di 2/3 sino ad un massimo che sfiora l'80% delle persone intervistate, a seconda della tipologia di struttura considerata (cfr. seconda colonna della tabella 13): per essere più precisi il giudizio positivo

viene espresso dal 64,0% del campione nei confronti degli ospedali pubblici, ma sale al 79,3% per gli ospedali privati accreditati e si riabbassa al 71,0% per le cliniche private;

b) peraltro se si esaminano i giudizi “molto + abbastanza positivi” in maniera trasversale dal 2011 al 2015, si può constatarne una certa oscillazione nel corso del tempo, ma nel complesso:

- per l'ospedale pubblico, le valutazioni positive scendono (dal 68,5% del 2011 al 64,0% del 2016);
- per gli ospedali privati accreditati, esse parimenti diminuiscono (dall'82,4% al 79,3%);
- ed infine per le cliniche private, i giudizi subiscono una lieve flessione negli ultimi cinque anni (dal 72,5% del 2011 al 71,0% del 2016).

Si può dunque affermare che i giudizi positivi (“molto + abbastanza”) sono ancora consistenti, aggirandosi attorno a 2/3 dei cittadini intervistati e salendo al 77,5% per gli ospedali privati accreditati. Ma si coglie anche qualche segnale di critica che tende a manifestarsi qualora si adotti una prospettiva più lunga: non c'è dubbio che l'impatto del controllo della spesa pubblica nel settore sanitario si è fatto sentire attraverso un più difficile accesso ai servizi da parte degli utenti, un aumento dei costi che si accompagnano a quest'ultimo e una più lunga attesa nell'ottenere le prestazioni. Tuttavia in questo quadro va ribadito che l'ospedalità privata accreditata riesce a guadagnare sempre e comunque qualche punto in più nella valutazione media dei cittadini, anche perché quelli che talvolta risultano “in fuga” dagli ospedali pubblici cercano alternative alle strutture accreditate o nelle cliniche private (come del resto è stato già sottolineato nell'indagine sui *care-giver* nel Rapporto 2015).

Se poi si pongono a confronto le valutazioni fornite dai cittadini con quelle espresse dagli intervistati che hanno avuto effettivamente esperienze ospedaliere negli ultimi dodici mesi, il risultato è quello contenuto nel quadro che segue:

Tipologie di strutture	Giudizi “molto + abbastanza positivi”											
	Cittadini italiani						Utenti negli ultimi dodici mesi					
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2011	2012	2013	2014	2015	2016
- Osp. pubblico	68,5	69,2	65,3	69,8	65,0	64,0	87,8	88,0	84,7	86,3	82,6	37,6
- Osp. priv. accr.	82,4	80,2	77,5	79,9	77,1	79,3	95,3	92,7	91,3	94,3	88,7	49,0
- Clinica privata	72,5	70,5	68,1	68,3	70,8	71,0	96,6	83,7	82,3	85,5	90,5	42,3

I dati illustrano un cambiamento di ciclo del tutto evidente: infatti mentre c'è una sostanziale continuità nei giudizi medi dei cittadini italiani, emerge

Tab. 13 – Giudizio sintetico dei cittadini sugli ospedali italiani, a seconda della tipologia di strutture (val. %)

Risposte	2016			2014		
	Totale	Depurato dai "Non so"	Totale	Depurato dai "Non so"	Totale	Depurato dai "Non so"
<i>Ospedale pubblico</i>						
- Molto positivo	9,2	10,2 }	11,1	11,9 }	12,4	13,5 }
- Abbastanza positivo	48,6	53,8 }	49,3	53,1 }	51,6	56,3 }
- Un po' negativo	25,8	28,6 }	24,4	26,3 }	22,3	24,3 }
- Del tutto negativo	6,7	7,4 }	8,1	8,7 }	5,4	5,9 }
- Non saprebbe dare un giudizio	9,7	-	7,1	-	8,3	-
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	3.630	4.020	3735	4.020	3.686
<i>Ospedale privato accreditato</i>						
- Molto positivo	8,5	11,4 }	9,3	11,6 }	9,5	12,4 }
- Abbastanza positivo	50,5	67,9 }	52,5	65,5 }	51,9	67,5 }
- Un po' negativo	12,7	17,1 }	14,4	18,0 }	12,8	16,6 }
- Del tutto negativo	2,7	3,6 }	3,9	4,9 }	2,7	3,5 }
- Non saprebbe dare un giudizio	25,6	-	19,9	-	23,1	-
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	2.991	4.020	3220	4.020	3.091
<i>Clinica privata</i>						
- Molto positivo	11,0	18,0 }	12,7	18,5 }	11,9	20,0 }
- Abbastanza positivo	32,4	53,0 }	35,9	52,3 }	28,7	48,3 }
- Un po' negativo	13,6	22,3 }	13,0	18,9 }	12,6	21,2 }
- Del tutto negativo	4,1	6,7 }	7,1	10,3 }	6,2	10,5 }
- Non saprebbe dare un giudizio	38,9	-	31,3	-	40,6	-
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	2.456	4.020	2762	4.020	2.388

./.

(Segue) Tab. 13 – Giudizio sintetico dei cittadini sugli ospedali italiani, a seconda della tipologia di strutture (val. %)

Risposte	2012			2011		
	Totale	Depurato dai "Non so"	Totale	Depurato dai "Non so"	Totale	Depurato dai "Non so"
<i>Ospedale pubblico</i>						
- Molto positivo	10,4	11,5 } 65,3	11,2	12,3 } 69,2	12,2	13,1 } 68,5
- Abb. positivo	48,8	53,8 }	51,7	56,9 }	51,5	55,4 }
- Un po' negativo	25,7	28,3 } 34,7	23,6	26,0 }	24,5	26,3 }
- Del tutto negativo	5,8	6,4 }	4,4	4,8 }	4,8	5,2 }
- Non saprebbe dare un giudizio	9,3	-	9,1	-	7,0	-
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	3.646	4.070	3.700	4.070	3.785
<i>Ospedale privato accreditato</i>						
- Molto positivo	7,9	10,1 } 77,5	9,8	12,5 } 80,2	11,0	13,8 } 82,4
- Abb. positivo	52,6	67,4 }	53,1	67,7 }	54,8	68,6 }
- Un po' negativo	14,8	19,0 } 22,5	13,4	17,1 }	12,0	15,0 }
- Del tutto negativo	2,7	3,5 }	2,1	2,7 }	2,1	2,6 }
- Non saprebbe dare un giudizio	22,0	-	21,6	-	20,1	-
Totale	100,0	100,0	100,0	100	100,0	100,0
v.a.	4.020	3.136	4.070	3.191	4.070	3.252
<i>Clinica privata</i>						
- Molto positivo	10,9	17,7 } 68,1	11,7	18,3 } 70,5	13,2	21,6 } 72,5
- Abb. positivo	31,0	50,4 }	33,4	52,2 }	31,1	50,9 }
- Un po' negativo	13,1	21,3 } 31,9	13,1	20,5 }	10,7	17,5 }
- Del tutto negativo	6,5	10,6 }	5,8	9,1 }	6,1	10,0 }
- Non saprebbe dare un giudizio	38,5	-	36,0	-	38,9	-
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	2.472	4.070	2.605	4.070	2.487

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

al contrario una significativa discontinuità nelle valutazioni degli utenti effettivi, i quali si sono scontrati – e non solo nell’ultimo anno – con le difficoltà più sopra ricordate. La conseguenza, almeno per il momento, è che:

- da un lato, sembra interrompersi la continuità tra i giudizi forniti dai due campioni e basati su valori mediamente più positivi da parte degli utenti rispetto a quelli espressi dai cittadini;
- e dall’altro, emerge un fenomeno di “polarizzazione” dei giudizi da parte degli utenti effettivi, dai quali si vede come quelli positivi più elevati riguardino il 49,0% di chi si è rivolto agli ospedali privati accreditati, scendano al 42,3% per coloro che si sono rivolti ad una clinica privata, ma si limitino al 37,6% nel caso di chi abbia utilizzato un ospedale pubblico;
- mentre più di metà del campione degli utenti effettivi negli ultimi dodici mesi esprime un livello di leggera e/o pronunciata insoddisfazione, come mostra la precedente tabella 4); e del resto anche la tabella 13 evidenzia la presenza di giudizi negativi che toccano il 36,0% dei cittadini nel caso degli ospedali pubblici, il 20,7% nel caso degli ospedali privati accreditati e il 29,0% nel caso delle cliniche private.

Nel complesso dunque è possibile rilevare come gli ospedali privati accreditati, pur registrando anch’essi un dato maggiormente critico rispetto al passato, vengano comunque sempre meglio valutati rispetto alle cliniche private e soprattutto agli ospedali pubblici.

Le differenze di giudizio (sia in positivo che in negativo) da parte delle diverse sottocomponenti del campione sono evidenziate dalle *Tablelle A13, B13 e C13 dell’Allegato statistico*. A tale proposito è bene ricordare che i giudizi più positivi provengono tendenzialmente, rispetto alla media del campione, dagli uomini piuttosto che dalle donne, dalle persone in età attiva e da quelli in età più avanzata, dai residenti del Nord (e talvolta del Centro-Nord) rispetto al resto del Paese, dagli intervistati che vivono in Comuni di grandi dimensioni e che hanno un livello di istruzione e un posizionamento sociale tendenzialmente di tipo medio. Naturalmente i giudizi positivi vengono forniti anche dalle persone che conoscono le alternative esistenti dal punto di vista delle strutture effettivamente scelte (pubblico/privato, Regione/fuori Regione e Italia/estero) e che quindi sono in grado di individuare meglio le strutture di cura ritenute più appropriate.

2.3. Un atteggiamento sempre positivamente orientato verso il sistema misto pubblico/privato accreditato

Ogni anno si fa anche il punto circa la valutazione dei cittadini sul sistema ospedaliero misto pubblico/privato così come si è andato consolidando nel nostro Paese. Il giudizio su tale sistema resta positivo in tutti gli anni analizzati, ribadendo con chiarezza gli intervistati come l'ospedalità privata accreditata faccia ormai parte del sistema ospedaliero complessivo, visto che quello che conta non è la tipologia di struttura quanto piuttosto altre componenti più importanti come ad esempio la presenza della specializzazione che serve, la qualità delle prestazioni, la vicinanza a casa, ecc.

Inoltre si ribadisce ogni volta la necessità di utilizzare al meglio tutte le strutture disponibili presenti sul territorio siano esse pubbliche o private, sostenute da opportune campagne di informazione del cittadino, al fine di favorire una libera e oculata scelta da parte di quest'ultimo.

La tabella 14 espone le valutazioni dei cittadini nel corso degli anni 2012-2016, aggiungendo per ogni anno i risultati depurati da coloro che non sanno dare un giudizio specifico, che nel 2016 si aggirano attorno al 15% del totale, tornando ai valori di quattro anni prima.

Se si scelgono le risposte che raggruppano i giudizi "molto + abbastanza d'accordo" è possibile avanzare in dettaglio le seguenti osservazioni (tenendo conto dei dati esposti nella seconda colonna di ogni anno considerato):

- a) i cittadini ribadiscono innanzitutto il loro consenso nei confronti del sistema ospedaliero misto pubblico/privato, nel cui ambito non si pone attenzione alla tipologia giuridica dell'istituto di cura quanto piuttosto ad altri fattori maggiormente qualificanti: in tal caso la valutazione positiva è dell'80,5% nel 2016, sia pure con una lieve contrazione nel corso degli anni a partire dal 2013 in poi;
- b) una proporzione più elevata di intervistati (il 90,6% nel 2016) riconosce che lo Stato dovrebbe utilizzare al meglio tutte le strutture ospedaliere presenti sul territorio siano esse pubbliche o private, al fine di permettere al cittadino di poter scegliere nella maniera migliore a seconda delle specifiche necessità, possibilità ed opinioni: tale livello di consenso – che era lievemente diminuito passando dal 2012 al 2015 –, ha ripreso vigore nel 2016 (90,6%), ritornando analogo a quello del 2012 (90,7%);
- c) il 79,3% dei cittadini ribadisce nel 2016 come si conosca ancora poco delle diverse opportunità di ricovero a parità di costi per il paziente grazie al sistema privato accreditato e quindi le Regioni (oppure le singole Asl) dovrebbero investire maggiormente in campagne di informazione, al fine di sostenere una libera scelta effettiva da parte del cittadino: in tal caso,

al di là di qualche oscillazione intermedia, il livello di consenso rimane nel 2016 pressoché stabile (79,3%) rispetto al 2012, quando era dell'80,4%, a conferma di una relativa solidità del livello di *empowerment* dei cittadini;

- d) i successivi tre item presenti nella tabella 14 hanno raccolto le opinioni degli intervistati circa la scelta di ospedali pubblici e privati accreditati effettivamente presenti sul loro territorio, rispettivamente nel Comune, nella Provincia e nella Regione. In questo caso è logico che le risposte rispecchino l'ampiezza del territorio di riferimento: è più facile infatti trovare un'ampia scelta di strutture a livello regionale piuttosto che provinciale e ancor più a livello comunale. E tuttavia in tal caso si assiste ad un lieve incremento di consenso dei livelli di giudizio forniti nel 2012 rispetto a quelli espressi nel 2016, nel caso del territorio comunale e di quello provinciale.

Vicino alle elevate percentuali di accordo, specie circa i primi 3 item della tabella 14, vanno ricordati anche quelle relative al disaccordo. Esse sono più pronunciate nel caso del primo degli item considerati, concernente la piena consapevolezza della scelta all'interno di un sistema misto: in tal caso la percentuale di chi non sa dare un giudizio si aggira attorno al 15% nell'anno 2016 e così avviene anche per i due item successivi.

Le diversità di opinione che fanno capo ai vari sottocampioni vengono esposte all'interno delle *Tabelle A14 e C14 dell'Allegato statistico*.

E per finire si è chiesto quali potrebbero essere gli eventuali suggerimenti in vista di un miglioramento della possibilità di scelta dei cittadini tra ospedali pubblici e ospedali privati accreditati (tab. 15). La domanda poneva l'alternativa sull'opportunità di scegliere tra pubblico e privato accreditato, accettando in cambio qualche onere aggiuntivo da parte dei cittadini (peraltro assumendo un'ipotesi del tutto teorica rispetto alla situazione odierna). L'obiettivo era quello di misurare, attraverso le risposte degli intervistati, la propensione ad avere a disposizione un'effettiva maggiore disponibilità di opzioni pur sostenendo dei costi maggiori. I risultati ottenuti evidenziano come:

- nel corso degli anni tenda significativamente a crescere l'opzione illustrata dal primo item della tabella 15, secondo il quale poter avere a disposizione sul proprio territorio più ospedali, con una parità sostanziale di presenza di specialità sia in quello pubblico che in quello privato accreditato, potrebbe giustificare il pagamento di maggiori imposte: a tale proposito il livello di consenso è cresciuto infatti dal 20,8% del 2006 al 25,5% del 2016, con un'accelerazione negli ultimi quattro anni;
- e analogamente cresca – anche se con un'intensità diversa – il livello di consenso per il secondo item che è abbastanza simile al precedente, in

quanto evoca sempre uno scambio, anche se lievemente diverso: invece che essere basato sul pagamento di maggiori imposte esso sarebbe basato su una più elevata spesa richiesta al cittadino, sempre allo scopo di avere maggiori possibilità di scelta: erano d'accordo con questa ipotesi il 17,4% di intervistati nel 2006 e tornano ad essere il 17,8% nel 2016, ma con una tendenza a crescere negli ultimi due anni;

- di conseguenza non possa che diminuire il livello di consenso per l'ultimo item che esplicita un'ipotesi consistente in una minore opportunità di scelta tra pubblico e privato, privilegiando il fatto di poter disporre di servizi ospedalieri pubblici o privati accreditati tra loro integrati all'interno di un sistema ospedaliero considerato come un insieme unitario al servizio dei cittadini: in tal caso le percentuali si contraggono nel tempo, passando dal 61,8% del 2006 al 56,7% del 2016.

Pur tenendo presente che i ragionamenti proposti nella tabella 15 sono del tutto teorici, si vede come l'assenso sui primi due item (da parte del 43,3% degli intervistati nel 2016) sia più che rilevante, considerando in particolare il lungo periodo di crisi che abbiamo vissuto e che ancora stiamo vivendo, il quale ha posto alle famiglie italiane non pochi problemi per quanto riguarda l'accesso alle cure sanitario-ospedaliere a seguito di un maggior controllo/riduzione della spesa pubblica che ha finito col tradursi in minori servizi, più lunghe attese e aumento dei costi per gli utenti.

Le differenze di opinioni rispetto alla media del campione sono presenti nelle *Tablelle A15 e C15 dell'Allegato statistico*.

Tab. 14 – Giudizio sulla graduale crescita e sul consolidamento di un sistema ospedaliero misto pubblico/privato accreditato (val. %)

Risposte	2016		2015		2014		2013		2012	
	Totale	Depurato dai "Non so"	Totale	Depurato dai "Non so"	Totale	Depurato dai "Non so"	Totale	Depurato dai "Non so"	Totale	Depurato dai "Non so"
<i>Ormai l'ospedale privato accreditato fa parte del sistema ospedaliero complessivo, presente sul territorio: quando ci si deve ricoverare non si guarda se l'ospedale è pubblico o privato accreditato, ma si considerano altri fattori (la presenza della specializzazione che serve, la qualità delle prestazioni, la vicinanza, ecc.)</i>										
- Molto d'accordo	24,1	28,6 } 80,5	22,5	25,4 } 82,4	23,1	26,3 } 83,1	21,7	25,1 } 82,4	25,5	30,3 } 85,9
- Abb. d'accordo	43,8	51,9 } 80,5	50,6	57,0 } 82,4	49,8	56,8 } 83,1	49,6	57,3 } 82,4	46,8	55,6 } 85,9
- Poco d'accordo	14,4	17,0 } 80,5	13,4	15,1 } 82,4	13,0	14,8 } 83,1	13,2	15,2 } 82,4	9,5	11,3 } 85,9
- Per niente d'acc.	2,1	2,5 } 80,5	2,2	2,5 } 82,4	1,8	2,1 } 83,1	2,1	2,4 } 82,4	2,4	2,9 } 85,9
- Non saprebbe dare un giudizio	15,6	-	11,3	-	12,3	-	13,4	-	15,8	-
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	3.393	4.020	3.566	4.020	3.526	4.020	3.481	4.070	3.427
<i>Lo Stato dovrebbe, attraverso il Servizio Sanitario Nazionale utilizzare al meglio tutte le strutture ospedaliere sul territorio (pubbliche e private), per permettere al cittadino di poter scegliere nella maniera migliore, a seconda delle sue necessità, possibilità ed opinioni</i>										
- Molto d'accordo	39,3	45,8 } 90,6	38,6	42,5 } 88,2	36,9	41,4 } 88,7	37,2	42,5 } 88,1	36,3	42,5 } 90,7
- Abb. d'accordo	38,5	44,8 } 90,6	41,5	45,7 } 88,2	42,1	47,3 } 88,7	39,9	45,6 } 88,1	41,2	48,2 } 90,7
- Poco d'accordo	7,0	8,1 } 90,6	8,9	9,7 } 88,2	8,2	9,2 } 88,7	9	10,3 } 88,1	6,3	7,4 } 90,7
- Per niente d'acc.	1,1	1,3 } 90,6	1,9	2,1 } 88,2	1,9	2,1 } 88,7	1,4	1,6 } 88,1	1,7	2,0 } 90,7
- Non saprebbe dare un giudizio	14,1	-	9,1	-	10,9	-	12,5	-	14,5	-
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	3.453	4.020	3.654	4.020	3.582	4.020	3.518	4.070	3.480
<i>In fondo si conosce poco delle diverse opportunità di ricovero che offre il sistema privato accreditato: la Regione o la Asl dovrebbero investire in opportune campagne di informazione del cittadino per favorire una sua effettiva libera scelta</i>										
- Molto d'accordo	22,3	26,3 } 79,3	24,0	26,7 } 79,7	18,7	21,2 } 78,4	17,5	20,3 } 77,1	21,3	25,1 } 80,4
- Abb. d'accordo	44,9	53,0 } 79,3	47,6	53,0 } 79,7	50,4	57,2 } 78,4	49,2	56,8 } 77,1	46,8	55,3 } 80,4
- Poco d'accordo	15,1	17,8 } 79,3	14,9	16,6 } 79,7	15,6	17,7 } 78,4	16,4	18,9 } 77,1	13,5	15,9 } 80,4
- Per niente d'acc.	2,5	2,9 } 79,3	3,3	3,7 } 79,7	3,4	3,9 } 78,4	3,5	4,0 } 77,1	3,1	3,7 } 80,4
- Non saprebbe dare un giudizio	15,2	-	10,2	-	11,9	-	13,4	-	15,3	-
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	3.409	4.020	3.610	4.020	3.542	4.020	3.481	4.070	3.447

(Segue) Tab. 14 – Giudizio sulla graduale crescita e sul consolidamento di un sistema ospedaliero misto pubblico/privato accreditato (val. %)

Risposte	2016		2015		2014		2013		2012	
	Totale	Depurato dai "Non so"	Totale	Depurato dai "Non so"	Totale	Depurato dai "Non so"	Totale	Depurato dai "Non so"	Totale	Depurato dai "Non so"
<i>Sul territorio del mio comune di residenza esiste un'ampia scelta di ospedali (pubblici e privati accreditati) e quindi si può scegliere quello che meglio serve, volta per volta</i>										
- Molto d'accordo	14,1	16,7	14,4	15,9	14,6	16,3	13,1	14,9	12,1	14,5
- Abb. d'accordo	32,8	38,8	31,6	35,0	28,0	31,3	27,6	31,6	29,4	35,3
- Poco d'accordo	18,4	21,7	22,2	24,6	20,5	22,9	20,8	23,7	20,3	24,4
- Per niente d'acc.	19,3	22,8	22,2	24,6	26,3	29,5	26,2	29,8	21,5	25,8
- Non saprebbe dare un giudizio	15,4	-	9,6	-	10,6	-	12,3	-	16,7	-
Totale	100,0	100,0	100	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	3.401	4.020	3.634	4.020	3.594	4.020	3.526	4.070	3.390
<i>Sul territorio della mia provincia di residenza esiste un'ampia scelta di ospedali (pubblici e privati accreditati) e quindi si può scegliere quello che meglio serve, volta per volta</i>										
- Molto d'accordo	19,8	23,4	19,5	21,5	21,7	24,1	18,2	20,5	15,6	18,7
- Abb. d'accordo	39,8	46,9	41,6	46,0	42,7	47,4	42,6	48,0	42,8	51,4
- Poco d'accordo	17,3	20,4	21,1	23,3	18,0	20,0	21,5	24,2	17,9	21,5
- Per niente d'acc.	7,9	9,3	8,3	9,2	7,7	8,5	6,5	7,3	7,0	8,4
- Non saprebbe dare un giudizio	15,2	-	9,5	-	9,9	-	11,2	-	16,7	-
Totale	100,0	100,0	100	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	3.409	4.020	3.638	4.020	3.622	4.020	3.570	4.070	3.390
<i>Sul territorio della mia regione di residenza esiste un'ampia scelta di ospedali (pubblici e privati accreditati) e quindi si può scegliere quello che meglio serve, volta per volta</i>										
- Molto d'accordo	22,0	26,1	23,7	26,4	28,1	31,5	25,5	29,2	22,8	27,9
- Abb. d'accordo	41,5	49,3	46,5	51,7	45,5	51,0	45,4	51,9	43,0	52,6
- Poco d'accordo	14,3	17,0	14,2	15,8	11,0	12,3	13,2	15,1	12,1	14,8
- Per niente d'acc.	6,4	7,6	5,5	6,1	4,6	5,2	3,3	3,8	3,9	4,8
- Non saprebbe dare un giudizio	15,8	-	10,1	-	10,8	-	12,6	-	18,2	-
Totale	100,0	100,0	100	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	3.385	4.020	3.614	4.020	3.586	4.020	3.513	4.070	3.329

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. 15 – Suggestimenti dell'intervistato in ordine alla scelta possibile del cittadino tra ospedali pubblici e ospedali privati accreditati (val. %)

Risposte	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006
- Sarebbe importante che il cittadino avesse a disposizione sul suo territorio l'opportunità di scegliere tra ospedale pubblico e ospedale privato (casa di cura accreditata), con una parità sostanziale di presenza di specialità sia nell'uno che nell'altro, anche a costo di dover pagare più tasse per avere questa possibilità di scelta	25,5	24,8	23,5	21,6	24,1	23,7	23,6	24,2	22,8	16,7	20,8
- Sarebbe importante che il cittadino avesse a disposizione sul suo territorio l'opportunità di scegliere tra ospedale pubblico e ospedale privato (casa di cura accreditata), con una parità sostanziale di presenza di specialità sia nell'uno che nell'altro, in cambio di una più elevata spesa diretta del cittadino sia nel pubblico che nel privato	17,8	19,1	14,7	15,3	17,7	15,4	16,9	18,3	15,2	15,5	17,4
- Non è tanto importante avere un'opportunità di scelta esaustiva tra pubblico e privato accreditato su ogni territorio, quanto piuttosto è importante avere a disposizione dei servizi ospedalieri di qualità siano essi pubblici o privati accreditati e che facciano parte di un sistema ospedaliero integrato al servizio dei cittadini	56,7	56,1	61,8	63,1	58,2	60,9	59,5	57,5	62,0	67,8	61,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	4.020	4.020	4.020	4.070	4.070	4.110	4.140	4.210	4.160	4.350

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

3. Il set annuale di indicatori sull'accesso alle strutture ospedaliere

Come tutti gli anni si riportano di seguito i tre indicatori individuati a suo tempo, ma aggiornati con i dati disponibili a tutto il 2016, i quali forniscono un'idea sintetica dell'andamento del sistema ospedaliero italiano, integrando dati oggettivi e dati soggettivi come quelli analizzati nella Seconda parte del presente Rapporto, grazie all'indagine congiunturale effettuata su un campione nazionale rappresentativo di individui (da 18 anni in su).

Per essere più precisi si tratta:

- di un indicatore concernente l'andamento del rapporto che intercorre tra strutture e servizi, grazie ai dati relativi al funzionamento del sistema ospedaliero pubblico e del sistema degli ospedali privati accreditati;
- di un secondo indicatore, dedicato al livello di soddisfazione espresso dai cittadini e dagli utenti effettivi negli ultimi dodici, sempre con riferimento ai servizi ospedalieri;
- ed infine un indicatore che illustra gli orientamenti e le propensioni dei cittadini e degli utenti rispetto alle opportunità di scelta tra strutture pubbliche, da un lato e strutture private accreditate, dall'altro.

3.1. L'indicatore di crescita di un sistema misto

Il primo dei tre indicatori (e cioè l'*Aiop Index/1*) è contenuto nella tabella 16. Esso è stato costruito sulla base della somma semplice di 5 componenti di tipo quantitativo e di una componente di tipo qualitativo che però è stata "rafforzata" rispetto alle altre e così, da sola, pesa da 2,2 a 8,7 volte di più rispetto ai fattori precedentemente considerati (e per questo si è moltiplicato per 100 il rapporto tra il peso medio delle prestazioni effettuate negli ospedali privati accreditati e il peso medio relativo agli ospedali pubblici).

Tab. 16 – Costruzione di un indice *Atop* sulla crescita di un sistema misto pubblico/privato

Componenti dell'indice	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
	(dati 2014)	(dati 2013)	(dati 2012)	(dati 2011)	(dati 2010)	(dati 2009)	(dati 2008)	(dati 2007)	(dati 2006)	(dati 2005)	(dati 2004)	(dati 2003)
1) Rapporto tra numero di ospedali privati (case di cura accreditate) e numero totale degli ospedali italiani	47,6 ⁽²⁾	47,6	46,5	46,5	45,5	45,2	45,6	45,6	45,9	45,1	44,1	41,5
2) Rapporto tra numero dei posti letto degli ospedali privati (case di cura accreditate) e numero totale dei posti letto degli ospedali italiani	21,2 ⁽²⁾	21,2	21,0	21,1	21,3	21,3	21,5	21,6	22,0	21,9	22,0	21,3
3) Rapporto tra il numero dei degenti degli ospedali privati (case di cura accreditate) e numero dei degenti del totale degli ospedali italiani	16,3	16,2	16,0	16,0	15,7	15,9	16,2	16,2	17,0	16,4	16,6	16,3
4) Rapporto tra numero delle giornate di degenza degli ospedali privati (case di cura accreditate) e numero delle giornate di degenza presso il totale degli ospedali italiani	18,5	18,3	18,1	18,1	17,9	18,2	18,3	18,3	19,1	18,8	18,6	19,1
5) Rapporto tra numero degli addetti degli ospedali privati (case di cura accreditate) e numero degli addetti degli ospedali italiani	12,6	12,4	12,4	12,2	11,2	10,3 ¹⁾	11,5	11,9	12,4	12,1	12,0	11,3
6) Rapporto tra il Peso medio delle prestazioni effettuate negli ospedali privati (case di cura accreditate) <i>Atop</i> e quello degli ospedali pubblici (moltiplicato per 100)	106,7	108,4	105,9	104,5	108,3	106,5	106,3	101,7	99,1	96,9	96,8	97,5
<i>Atop Index/1 sull'offerta (di strutture e di servizi ospedalieri accreditati)</i>	222,9	224,1	219,9	218,4	219,9	217,4	219,4	215,3	215,5	211,2	210,1	207,0

(1) Il dato del 2011 cambia la tendenza precedente, in quanto è stata mutata la classificazione degli ospedali pubblici.

(2) Dati 2013.

Fonte: *Indagine Ermenieia – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Il risultato finale per l'anno 2016 dà conto di una ulteriore crescita dell'indicatore suddetto così come appare dall'andamento degli anni considerati all'interno della suddetta tabella 16. Tale indice era pari a 207,0 nell'anno 2005 ed esso aumenta gradualmente nel tempo sino a raggiungere il valore di 219,9 nel 2012 e quindi risalire ulteriormente nel 2015 (224,1) e nel 2016 (222,9).

Le singole componenti che costituiscono tale indicatore mettono in rilievo come a tutt'oggi l'ospitalità privata accreditata rappresenti nell'anno in corso:

- poco meno di metà degli istituti ospedalieri italiani (47,6%);
- più di 1/5 dei posti letto totali offerti al cittadino (21,2%);
- 1/6 dei degenti complessivi presenti nel nostro Paese (16,3%);
- poco meno di 1/5 delle giornate di degenza complessive, fornite dal sistema ospedaliero preso nel suo insieme (18,5%);
- e inoltre costituisce un comparto ospedaliero caratterizzato da un più elevato (e tendenzialmente crescente) peso medio delle prestazioni fornite rispetto al comparo pubblico.

Dai dati richiamati si vede come la componente ospedaliera privata (case di cura accreditate) rappresenti dunque una parte importante e in crescita del sistema ospedaliero misto di cui godiamo, a cui corrisponde un numero di addetti proporzionalmente più contenuto rispetto al peso effettivo delle strutture e delle prestazioni fornite: ciò significa che con meno operatori si riesce a generare una maggiore “produzione”. Infatti con il 12,6% degli addetti di tutti gli ospedali italiani, le strutture private (case di cura accreditate) riescono ad offrire il 21,2% dei posti letto, a trattare una quota di pazienti pari al 16,3% e ancora a fornire un ammontare di giornate di degenza che arriva al 18,5% del totale.

E tutto ciò avviene in presenza di un'incidenza della spesa corrente, facente capo agli ospedali privati accreditati, che risulta proporzionalmente ben minore rispetto al totale della spesa corrente pubblica ospedaliera se si tiene conto del totale della “produzione” ospedaliera realizzata: per gli ospedali privati (case di cura accreditate) la spesa risulta infatti posizionata al 7,0% della spesa ospedaliera pubblica nel 2014 (in contrazione nel corso del tempo: era dell'8,9% nel 1999, scende al 7,8% nel 2002, al 7,5% nel 2007, al 7,3% nel 2009, 2010 e 2011, diminuisce ulteriormente al 7,2% nel 2012 per toccare il 7,0% negli ultimi due anni), mentre viene erogata dalle stesse strutture una quantità di giornate di degenza pari a due volte e mezza la quota di spesa appena citata (e cioè il 18,5% del totale delle degenze che fanno capo all'intero sistema ospedaliero).

3.2. L'indicatore del livello di soddisfazione dei servizi

Il secondo dei tre Indicatori (quello denominato *Aiop Index/2*) viene illustrato dalla tabella 17 che risulta basata su tre tipi di valutazioni, espresse via via dagli intervistati nel corso degli ultimi anni e precisamente:

- sul giudizio di soddisfazione dichiarato dalle persone che hanno effettivamente avuto esperienza di ricovero negli ultimi dodici mesi (senza depurare i risultati dalle mancate risposte che in questo caso sono assolutamente marginali);
- sulla propensione ad utilizzare le stesse strutture utilizzate l'ultima volta, sempre da parte delle persone che hanno avuto esperienze ospedaliere nell'ultimo anno (ma questa volta depurando le opinioni degli intervistati dalle mancate risposte);
- ed infine sulle valutazioni della soddisfazione percepita, espressa dall'intero campione nazionale di persone da 18 anni in poi e non solo da parte di chi ha avuto accesso alle strutture negli ultimi dodici mesi (depurando sempre le percentuali dalle mancate risposte).

Il tutto è stato riferito ad un massimo (teorico) di valutazione positiva pari al 300%, in quanto le percentuali da considerare sono tre, poiché sono riferite rispettivamente agli ospedali pubblici, agli ospedali privati accreditati e alle cliniche private. Per questo si è proceduto successivamente a ponderare i dati grezzi rispetto ad una base 1.000, allo scopo di costruire un indicatore maggiormente leggibile e confrontabile. Il risultato complessivo mostra un livello di soddisfazione che:

- a) per l'anno 2016, resta più elevato per gli ospedali privati accreditati (738,0) e per le cliniche private (682,7), rispetto agli ospedali pubblici (639,7): peraltro gli ospedali privati accreditati mantengono sempre la posizione di testa rispetto all'*Aiop Index/2* lungo tutti gli anni considerati, dal 2004 al 2016;
- b) risulta in continua crescita, per gli ospedali pubblici, tra il 2004 e il 2007 (da 811,0 a 837,3), e quindi si contrae via via (salvo due riprese nel 2010 e nel 2012) sino al 2016: essendo i valori terminali 811,0 nel 2004 e 639,7 nel 2016;
- c) appare essere in contrazione, malgrado i punteggi elevati intermedi, negli anni esaminati qualora si guardi agli ospedali privati accreditati, visto che l'indicatore in oggetto era pari a 853,0 nel 2004 e scende a 738,0 nel 2016 (anche se con punte intermedie elevate o molto elevate raggiunte via via nel tempo);
- d) presenta una tendenza molto oscillante nei vari anni per le cliniche private (come del resto è avvenuto, su livelli più alti, per gli ospedali privati

Tab. 17 – *Costruzione di un Indice di soddisfazione dei cittadini rispetto ai servizi ospedalieri*

Componenti dell'Indice	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	% massima raggiungibile (teorica)
1) Giudizi di soddisfazione espressi dalle persone che hanno utilizzato servizi ospedalieri negli ultimi dodici mesi (giudizi "molto + abbastanza soddisfatti") ^(a)														
▪ Negli ospedali pubblici	37,6	82,6	86,3	84,7	88,0	87,8	88,7	87,5	86,7	89,1	89,2	83,4	84,3	100,0
▪ Negli ospedali privati (case di cura accr.)	49,0	88,7	94,3	91,3	92,7	95,3	91,5	92,9	93,2	91,1	95,3	94,0	91,4	100,0
▪ Nelle cliniche private	42,3	90,5	85,5	82,3	83,7	96,6	89,0	92,8	87,4	84,5	86,7	90,7	84,6	100,0
2) Propensione ad utilizzare le stesse strutture impiegate l'ultima volta ^(b) :														
▪ Ospedali pubblici	90,3	93,3	94,3	92,4	94,6	91,4	95,1	95,1	94,1	94,2	94,5	95,1	93,1	100,0
▪ Ospedali privati (case di cura accr.)	93,1	92,2	95,1	89,9	85,4	97,1	89,1	93,8	89,5	88,9	95,3	90,2	85,2	100,0
▪ Cliniche private	91,5	91,2	82,5	82,6	85,0	98,6	82,8	71,6	78,1	94,3	83,5	81,8	90,9	100,0
3) Giudizi di soddisfazione, espressi dai cittadini sugli ospedali italiani ("molto + abbastanza positivi") ^(c) :														
▪ Ospedali pubblici	64,0	65,0	69,8	65,3	69,2	68,5	67,0	64,5	68,8	68,6	65,6	66,0	65,9	100,0
▪ Ospedali privati (case di cura accr.)	79,3	77,1	79,9	77,5	80,2	82,4	79,7	80,2	80,9	82,3	83,6	79,7	79,3	100,0
▪ Cliniche private	71,0	70,8	68,3	68,1	70,5	72,5	70,8	70,6	68,2	70,4	71,0	65,7	69,1	100,0
Totale grezzo:														
▪ Ospedali pubblici	191,9	240,9	250,4	242,4	251,8	247,7	250,8	247,1	249,6	251,2	249,3	244,5	243,3	300,0
▪ Ospedali privati (case di cura accreditate)	221,4	258,0	269,3	258,7	258,3	274,8	260,3	266,9	265,6	262,3	274,2	263,9	255,9	300,0
▪ Cliniche private	204,8	252,5	236,3	233,0	239,2	267,7	242,6	235,0	233,7	249,4	241,2	238,2	244,6	300,0
<i>Atop Index/2 sulla domanda (soddisfazione dei servizi ospedalieri)^(*)</i>														
▪ Ospedali pubblici	639,7	803,0	834,7	808,0	839,3	825,7	836,0	823,7	832,0	837,3	831,0	815,0	811,0	1.000,0
▪ Ospedali privati (case di cura accreditate)	738,0	860,0	976,7	862,3	861,0	916,0	867,7	889,7	878,7	874,3	914,0	879,7	853,0	1.000,0
▪ Cliniche private	682,7	841,7	787,7	776,7	797,3	892,3	808,7	783,3	779,0	830,7	804,0	794,0	815,3	1.000,0

(a) Sottocampione con esperienza di servizi ospedalieri negli ultimi dodici mesi.

(b) Sottocampione con esperienza di servizi ospedalieri utilizzati negli ultimi dodici mesi (nel presente Rapporto sono stati ricalcolati i valori al netto delle mancate risposte).

(c) Intero campione, con o senza esperienza ospedaliera negli ultimi dodici mesi, depreato dalle risposte "Non saprei dare un giudizio".

(*) Riportando a 1.000 il totale grezzo di cui sopra.

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

accreditati), visto che l'*Indicatore* passa da 815,3 nel 2004 a 682,7 nel 2016.

Fermo restando dunque il costante migliore posizionamento degli ospedali privati accreditati, va rilevato come l'anno 2016 incorpori dei giudizi più critici e – come si è ricordato nelle pagine precedenti – “polarizzati” per quanto riguarda le singole tipologie di strutture utilizzate: segno evidente questo dello sforzo necessario posto in atto dai pazienti e dalle loro famiglie per cercare risposte maggiormente adeguate presso le varie tipologie di strutture presenti sui loro territori o al di fuori di essi, vista l’oggettiva “pressione” subita in termini di servizi di più difficile accesso e di costi aumentati per l’utente, per quanto riguarda gli ospedali pubblici.

3.3. L'indicatore della propensione a scegliere da parte dei cittadini

Il terzo indicatore (quello denominato *Aiop Index/3*) trova posto nella tabella 18 e risulta costruito tramite le seguenti sette distinte componenti e cioè:

- la conoscenza sulle opportunità di scelta che hanno le persone con riferimento all'intero campione di cittadini italiani (item 1);
- la presa in considerazione effettiva delle opportunità di scelta, con riferimento al sottocampione di intervistati che ha avuto esperienza di servizi ospedalieri proprio negli ultimi dodici mesi (item 2);
- la disponibilità verso la mobilità sanitaria extracomunale da parte delle persone intervistate, indipendentemente dal fatto che abbiano avuto esperienze ospedaliere negli ultimi dodici mesi (item 3);
- il valore attribuito ai fattori diversi dalla tipologia giuridica delle strutture ai fini della scelta dell'ospedale presso cui recarsi da parte del campione rappresentativo nazionale dei cittadini, tenendo conto che si guarda soprattutto al fattore presenza della specializzazione nella specifica struttura, al fattore qualità delle prestazioni, al fattore vicinanza rispetto a casa e così via (item 4);
- la domanda esplicita di poter disporre di un sistema ospedaliero misto pubblico/privato in grado di usare al meglio tutte le strutture ospedaliere presenti sul territorio, secondo quanto affermato dall'intero campione (item 5);
- la domanda di una maggiore informazione per poter esercitare effettivamente la libertà di scelta da parte della totalità degli intervistati (item 6);
- ed infine, la disponibilità (teorica) di farsi carico di eventuali oneri aggiuntivi al fine di poter avere a disposizione sul territorio un'opportunità

effettiva di scelta tra ospedali pubblici e ospedali privati accreditati, secondo quanto giudicato dal campione complessivo dell'indagine (item 7).

Anche nel caso di questo terzo indicatore si è rapportato il risultato grezzo (inteso come somma dei giudizi percentuali ottenuti nei diversi item) al valore 1.000, sempre allo scopo di creare un indicatore astratto ma di più facile lettura, oltre che maggiormente confrontabile nel corso del tempo.

Si è così ottenuto per il 2016 un valore di *Aiop Index/3* pari a 613,6, con una contrazione rispetto all'anno precedente, anche se in precedenza tale valore ha manifestato una tendenza costante verso la crescita. Infatti era di 582,3 nel 2012, successivamente è salito a 599,0 nel 2013, a 601,3 nel 2014 e quindi a 631,3 nel 2015. In tutto questo, al di là dell'inevitabile oscillazione dell'indicatore, si può rilevare una tendenza più critica da parte degli utilizzatori del sistema ospedaliero nel suo complesso che tocca pressoché tutte le componenti dell'*Indice* contenuto nella tabella 18 qualora si metta a confronto l'insieme dei dati del 2015 con quelli del 2016.

In conclusione ancora una volta si deve registrare una valutazione sostanzialmente in tenuta per quanto riguarda la domanda di libertà di scelta da parte dei cittadini nei confronti del sistema misto pubblico/privato accreditato, anche se questo non impedisce di esercitare con attenzione uno sforzo di critica e di scelta oculata delle strutture in un quadro di progressivo logoramento del Sistema Sanitario Nazionale.

Tab. 18 – Costruzione di un *Indice sulla domanda di libertà di scelta dei servizi ospedalieri da parte del cittadino*

Componenti dell'Indice	Risposte in percentuale												% massima raggiungibile (teorica)	
	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005		2004
- Consapevolezza delle opportunità di scelta, a parità di costo: "sì, con chiarezza" ^(a)	37,4	41,1	40,2	39,3	36,8	42,0	39,2	35,5	31,6	30,2	26,7	28,0	25,6	100,0
- Utilizzo delle opportunità di scelta: media tra ospedale pubblico, ospedale privato (casa di cura accreditata) e clinica privata "ho preso in considerazione le varie possibilità in anticipo" ^(b)	39,1	45,0	27,9	32,3	22,8	24,8	23,0	25,8	22,5	27,8	23,8	23,9	25,4	100,0
- Disponibilità alla mobilità sanitaria extra-comune pur di scegliere l'ospedale che si desidera: "cercherai fuori del mio Comune la struttura ospedaliera" ^(a)	59,3	61,6	64,4	63,2	49,2	48,9	48,8	49,5	52,2	52,9	51,3	56,5	54,9	100,0
- Peso delle ragioni di cura e non dell'appartenenza al pubblico o al privato: "ormai l'ospedale privato accreditato fa parte del sistema ospedaliero complessivo: quando ci si deve ricoverare non si guarda se l'ospedale è pubblico o privato accreditato, ma si considerano altri fattori come la presenza della specializzazione, la qualità delle prestazioni, la vicinanza, ecc." ^(a) (giudizi "molto + abbastanza d'accordo", depreati dai "Non saprei") ^(b)	80,5	82,4	83,1	82,4	85,9	88,6	89,1	88,3	89,7	88,8	87,2	86,3	87,2	100,0
- Domanda di un sistema ospedaliero "a sistema": "è giusto che il Servizio Sanitario Nazionale utilizzi al meglio tutte le strutture ospedaliere sul territorio per permettere al cittadino di poter scegliere nella maniera migliore, a seconda delle sue necessità, possibilità e opinioni" ^(a) (giudizi "molto + abbastanza d'accordo", depreati dai "Non saprei") ^(b)	90,6	88,2	88,7	88,1	90,7	90,1	90,1	84,0	82,8	91,8	90,0	89,6	90,4	100,0
- Informazione per poter scegliere: "si conosce poco delle diverse opportunità di ricovero che offre il sistema privato accreditato e quindi la Regione o le Asl dovrebbero investire in opportune campagne di informazione per favorire la libera scelta del cittadino" (giudizi "molto + abbastanza d'accordo", depreati dai "Non saprei") ^(b)	79,3	79,7	78,4	77,1	80,4	80,3	80,8	84,3	80,8	86,6	82,3	78,6	79,3	100,0
- Disponibilità a pagare per poter avere la libertà di scelta: "sarebbe importante che il cittadino avesse a disposizione sul territorio l'opportunità di scegliere tra ospedale pubblico e ospedale privato (casa di cura accreditata), con una parità sostanziale di presenze di specialità sia nell'uno che nell'altro, anche a costo di dover pagare più tasse oppure di dover sostenere una più elevata spesa diretta sia nel pubblico che nel privato" ^(a)	43,3	43,9	38,2	36,9	41,8	39,1	40,5	42,5	38,0	32,2	38,2	37,9	39,3	100,0
Totale grezzo	429,5	441,9	420,9	419,3	407,6	413,8	411,5	409,9	397,6	410,3	399,5	400,8	402,1	700,0
<i>Atop Index 3 sul livello percepito di libertà di scelta</i> ^(c)	613,6	631,3	601,3	599,0	582,3	591,1	587,9	585,6	568,0	586,1	570,7	572,6	574,4	1.000,0

(a) Intero campione, con o senza esperienza di servizi ospedalieri negli ultimi dodici mesi.

(b) Sottocampione con esperienza di servizi ospedalieri negli ultimi dodici mesi (si espone il valore medio tra ospedali pubblici + ospedali privati accreditati + cliniche private).

(c) Riportando a 1.000 il totale grezzo precedente.

Fonte: indagini Emnenea – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Parte terza

*Mobilità sanitaria extraregionale
e rimando/rinuncia alle cure
nell'esperienza dei care-giver*

1. Un ricorso più pronunciato e consapevole ai servizi ospedalieri

1.1. Il maggiore utilizzo delle prestazioni negli ultimi dodici mesi

L'indagine di approfondimento tematico del 2016 sui *care-giver* ha riguardato soprattutto il tema della mobilità sanitaria extraregionale:

- partendo dal livello di conoscenza degli intervistati circa la possibilità di accedere alle cure indifferentemente presso gli ospedali pubblici o in alternativa presso gli ospedali privati accreditati (senza oneri aggiuntivi per i pazienti) come pure presso le strutture extraregionali oltre che presso gli ospedali collocati negli altri Paesi dell'Unione Europea, sempre con la copertura del Servizio Sanitario Nazionale;
- per poi rilevare l'utilizzo o quanto meno l'orientamento ad utilizzare, nel corso dell'ultimo anno, strutture ospedaliere collocate al di fuori della Regione di residenza da parte del *care-giver* come pure dei membri della famiglia "ristretta"¹ e/o della famiglia "allargata"²: evidenziando anche le ragioni che stanno alla base di tale propensione, il livello di soddisfazione dei servizi utilizzati (per coloro che effettivamente hanno fatto esperienze in tal senso), nonché il tipo di regolamentazione adottata di fatto dal Sistema Sanitario Regionale e gestito dalle Asl;
- ed infine rilevando anche la presenza di eventuali fenomeni di rimando o di rinuncia alle cure per varie ragioni e sempre con riferimento alle necessità del *care-giver* e/o dei membri della famiglia "ristretta" ed "allargata".

Il profilo dei *care-giver* intervistati, dal punto del posizionamento relativo all'interno della propria famiglia, è quello che emerge dalla tabella 1, da cui si rileva come:

¹ Essa comprende il partner, i figli e le altre persone conviventi.

² Essa comprende quelle persone a cui si dà assistenza sanitaria o sociale, anche se non conviventi, come genitori, suoceri, fratelli/sorelle, figli non conviventi, ecc.

- sia innanzitutto il partner donna a svolgere tale ruolo (nel 39,6% dei casi), a cui si aggiungono altre figure femminili (donna-unico componente della famiglia, figlia, sorella-convivente, altro parente o altra persona non parente convivente ma comunque donna) per un totale del 17,0%;
- al secondo posto si colloca il partner uomo (36,0%), cui si affiancano altre figure maschili per un ulteriore 5,5% (uomo-unico componente della famiglia, figlio, altro parente o non parente comunque di sesso maschile).

Vale la pena di sottolineare che il *care-giver* donna rappresenta – come si è ricordato – il 39,6% del totale dei *care-giver* intervistati, ma tale incidenza sale al 54,7% del totale delle casalinghe, al 60,4% nel caso si sia dovuto affrontare negli ultimi mesi una malattia o un intervento di tipo grave in famiglia o ancora al 41,7% qualora il Sistema Sanitario Nazionale sia valutato dall'intervistato come “molto e/o abbastanza logorato”, con la conseguente necessità di esercitare un ruolo particolarmente attivo da parte del *care-giver*.

Tab. 1 – Posizione del care-giver all'interno della famiglia (val. %)

Ruolo ricoperto	2016
– Moglie (o comunque partner femmina)	39,6
– Marito (o comunque partner maschio)	36,0
– Unico componente della famiglia (femmina)	6,5
– Unico componente della famiglia (maschio)	3,4
– Figlia	8,7
– Figlio	1,4
– Sorella convivente (del marito o della moglie)	0,3
– Fratello convivente (del marito o della moglie)	-
– Altro parente convivente (donna)	1,2
– Altro parente convivente (uomo)	0,5
– Altra persona non parente, ma convivente (donna)	0,3
– Altra persona non parente, ma convivente (uomo)	0,2
– Altro	1,9
Totale	100,0
v.a.	2.000

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Per quanto riguarda i servizi ospedalieri utilizzati negli ultimi dodici mesi da parte del *care-giver* direttamente come pure da parte dei membri della relativa famiglia “ristretta” e/o “allargata” le risposte sono quelle indicate nella successiva tabella 2. Come si vede, confrontando i vari anni:

- a) il numero medio di prestazioni cresce nel tempo per i *care-giver*, passando da 2,1 in media a persona nel 2014 a 2,4 nel 2015 e a 2,5 nel 2016; e così avviene per i membri della famiglia “ristretta” e/o “allargata”, che a loro volta salgono da 2,5 a 2,7 prestazioni pro-capite negli ultimi due anni (risultando tali membri maggiormente coinvolti rispetto ai *care-*

- giver*, visto che nei primi sono comprese le componenti più giovani, da un lato e le componenti più anziane, dall'altro);
- b) le prestazioni cui hanno avuto maggior accesso i *care-giver* nel 2016 sono – in ordine decrescente – soprattutto le analisi, le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici che occupano la “testa di lista” (61,0%, 56,4% e 40,1%, rispettivamente), seguiti – con minore intensità – dagli interventi chirurgici di tipo leggero e dagli accessi al Pronto Soccorso (12,7% e 12,5%, rispettivamente), come mostra la prima colonna della tabella 2. Ma la dinamica risulta in crescita se si pone a confronto l'anno 2014 con l'anno 2015 e successivamente con l'anno 2016, come si vede passando dalla terza alla seconda e quindi alla prima colonna della tabella 2. E del resto la percentuale dei *care-giver* che hanno utilizzato più prestazioni passa dal 58,0% del 2014 al 61,9% del 2015 e quindi al 78,6% del 2016 (il che ha fatto per l'appunto alzare il numero medio di prestazioni per singolo intervistato, come si è ricordato nel precedente punto a);
- c) anche i membri della famiglia “ristretta” e/o “allargata” utilizzano nel 2016 soprattutto le prime cinque tipologie di prestazioni: a partire dalle analisi, cui fanno seguito le visite specialistiche, gli accertamenti diagnostici, gli interventi chirurgici di tipo leggero e l'accesso al Pronto Soccorso (cfr. quarta colonna della tabella 2). Il paragone tra l'anno 2016 e l'anno 2015 mostra a sua volta un incremento del numero di prestazioni utilizzate, salvo gli interventi chirurgici di tipo grave e le cure effettuate durante il ricovero per le malattie di tipo leggero (cfr. i dati contenuti nella quarta e quinta colonna della tabella 2);
- d) naturalmente il confronto, per l'anno 2016, tra le prestazioni cui hanno avuto accesso i *care-giver*, da un lato e gli altri membri della famiglia “ristretta” e/o “allargata”, dall'altro vede:
- per i primi, un relativo maggiore accesso per le analisi, le visite specialistiche, gli interventi chirurgici di tipo leggero e ovviamente la maternità, mentre per i secondi tendono a prevalere di gran lunga gli accessi al Pronto Soccorso (17,8% contro 12,5%), l'utilizzo del 118 (5,5% contro 1,9%), le cure durante il ricovero per malattie di tipo grave (3,3% contro 1,5%), come appare confrontando la prima e la quarta colonna della tabella 2;
 - sempre per i *care-giver* il confronto tra il 2014 e il 2016 evidenzia un significativo incremento delle prime cinque prestazioni, seguite tuttavia da una crescita, anche se modesta, di quasi tutte le altre come interventi chirurgici di tipo leggero, cure periodiche in *day hospital* per malattie croniche e/o oncologiche, ricoveri per malattie di tipo leggero e di tipo grave, nonché ricorso al Pronto Soccorso e al 118.

L'insieme delle dinamiche richiamate viene ovviamente alimentato da tanti fattori e *in primis* dal progressivo invecchiamento della popolazione, da un lato e dalla spinta a ridurre il numero e la durata delle giornate di degenza in ospedale, dall'altro: con la conseguenza di spostare significative quote di attività diagnostiche al di fuori della degenza. Ma influisce anche la debolezza della medicina territoriale, che provoca un orientamento crescente dei pazienti verso le prestazioni fornite direttamente in ospedale, sul piano appunto delle analisi, delle visite specialistiche, degli accertamenti diagnostici, degli interventi chirurgici di tipo leggero (e con una pressione crescente sul Pronto Soccorso).

Le differenze di comportamento dei vari componenti del campione, per quanto riguarda l'anno 2016, vengono evidenziate dalle *Tablelle A2.1 e B2.1 dell'Allegato statistico*.

Si è poi voluto approfondire in particolare il ricorso dei *care-giver* e/o dei membri della famiglia "ristretta" e/o "allargata" ai servizi ospedalieri, distinguendo in particolare le ragioni legate alla presenza di una malattia/intervento grave oppure di una malattia/intervento leggero. Come si può verificare dalla tabella 3, l'accesso ai servizi ospedalieri di vario tipo appare essere legato sia al primo che al secondo evento, tanto è vero che il numero medio di risposte per intervistato varia da 1,1 per il singolo *care-giver* come pure per i membri della famiglia "ristretta", mentre sale a 1,2 per i membri della famiglia "allargata" (essendo quest'ultima caratterizzata da una maggiore presenza di persone più avanti nell'età).

Peraltro se si considerano i dati esposti nella tabella citata, l'utilizzo delle prestazioni ospedaliere (erogate da strutture pubbliche, private accreditate oppure cliniche private) varia tra l'8,0% nel caso dei *care-giver* e l'11,8% nel caso dei membri della famiglia "allargata". Mentre tale utilizzo, per malattie/interventi leggeri, interessa il 40,8% dei *care-giver* e dei membri della famiglia ristretta. Invece i membri della famiglia "allargata" hanno utilizzato strutture ospedaliere per disagi di tipo leggero nel 37,0% dei casi (del resto questi ultimi corrono rischi più seri sul piano della salute, in connessione con la loro età anziana, ma ricorrono ai *care-giver* solo per i disagi di tipo più grave).

Tab. 2 – Servizi ospedalieri utilizzati negli ultimi dodici mesi dai care-giver e dai membri della famiglia ristretta e/o allargata (val. %)

Prestazioni	Care-giver						Membri della famiglia "ristretta" e/o "allargata"					
	2016		2015		2014		2016		2015		2014	
	Val. %	V.a.	Val. %	V.a.	Val. %	V.a.	Val. %	V.a.	Val. %	V.a.	Val. %	V.a.
- Analisi di vario tipo	61,0	1.220	50,2	1.004	42,3	846	60,4	846	41,1	846	41,1	846
- Visite specialistiche	56,4	1.128	37,2	744	31,9	638	51,9	638	31,7	638	31,7	638
- Accertamenti diagnostici di vario tipo (es.: RX, TAC, Risonanza magnetica)	40,1	802	27,0	540	22,1	442	41,6	442	22,4	442	22,4	442
- Interventi chirurgici di tipo leggero	12,7	254	9,8	196	5,5	110	11,1	110	9,4	110	9,4	110
- Accesso al Pronto Soccorso	12,5	250	10,8	216	8,5	170	17,8	170	12,8	170	12,8	170
- Maternità	3,3	66	0,7	14	1,0	20	1,9	20	0,7	20	0,7	20
- Cure periodiche in <i>day hospital</i> per malattie croniche e/o oncologiche	2,3	46	1,1	22	2,6	52	3,4	52	2,6	52	2,6	52
- Interventi chirurgici di tipo grave	2,2	44	2,8	56	2,8	56	2,2	56	4,1	56	4,1	56
- Cure effettuate durante il ricovero per malattie di tipo leggero	2,2	44	2,8	56	1,1	22	2,2	22	3,4	22	3,4	22
- Ricorso al 118	1,9	38	2,1	42	1,1	22	5,5	22	3,9	22	3,9	22
- Cure effettuate durante il ricovero per malattie di tipo grave	1,5	30	1,7	34	1,4	28	3,3	28	3,2	28	3,2	28
- Altro	0,8	16	0,5	10	0,5	10	0,9	10	0,1	10	0,1	10
- Non è stato utilizzato alcun servizio	21,4	428	38,1	762	42,0	840	23,9	840	45,8	840	45,8	840
V.a. assoluto rispondenti	2.000		2.000		2.000		2.000		2.000		2.000	
% rispondenti che hanno utilizzato uno o più servizi	78,6		61,9		58,0		76,1		54,2		54,2	
V.a. assoluto rispondenti che hanno utilizzato una o più prestazioni	1.572		1.238		1.160		1.522		1.084		1.084	
V.a. assoluto risposte	3.938		2.934		2.416		4.044		2.708		2.708	
N. medio di servizi utilizzati per intervistato	2,5		2,4		2,1		2,7		2,5		2,5	

Il totale non è uguale a 100,0 perché erano possibili più risposte.

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. 3 – Ricorso negli ultimi dodici mesi ai servizi delle strutture ospedaliere pubbliche, private accreditate oppure cliniche private per effettuare analisi, interventi o per ricevere cure da parte dello stesso care-giver, dei membri della sua famiglia ristretta e/o dei membri della sua famiglia allargata (val. %)

Tipologia di malattia/intervento	Ricorso del	Ricorso dei	Ricorso dei
	care-giver	membri della famiglia ristretta	membri della famiglia allargata
- Sì, per malattia/intervento grave	8,0	9,7	11,8
- Sì, per malattia/intervento leggero	40,8	40,8	37,0
- No	57,2	55,7	59,0
V.a. rispondenti	2.000	2.000	2.000
V.a. rispondenti che hanno avuto problemi di malattia/intervento grave e/o leggero	856	886	820
% di rispondenti che hanno avuto problemi di malattia/intervento grave e/o leggero	42,8	44,3	41,0
V.a. risposte	976	1.010	976
N. medio di risposte per intervistato che hanno avuto problemi di malattia/intervento grave e/o leggero	1,1	1,1	1,2

Il totale non è uguale a 100,0 perché erano possibili più risposte.

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

1.2. La conoscenza più accentuata dei *care-giver* circa le possibili alternative esistenti

Consultando le tabelle 4, 5, 6 e 7, è possibile verificare come:

- a) la conoscenza da parte dei *care-giver* circa le possibili alternative di cura tra tipologie ospedaliere diverse sia percepita in maniera decrescente a seconda che si tratti:
 - del possibile utilizzo di ospedali privati accreditati rispetto ad ospedali pubblici, senza oneri aggiuntivi per il paziente (è a conoscenza con chiarezza il 57,7% degli intervistati, come emerge dalla tabella 4);
 - del possibile utilizzo di strutture ospedaliere al di fuori della propria Regione di residenza, ma sempre con spese a carico del Sistema Sanitario Nazionale (si è perfettamente a conoscenza di questa opportunità solo nel 44,0% dei casi, come evidenzia la tabella 5);
 - oppure ancora del possibile utilizzo di prestazioni sanitarie e ospedaliere presso strutture dei Paesi dell’Unione Europea in alternativa a quelle italiane, ma sempre con la copertura del Servizio Sanitario Nazionale (gli intervistati sono al corrente ancora meno e cioè solo nel 29,0% dei casi, come evidenzia la tabella 6): fermo restando che gli intervistati sono consapevoli che è necessario ottenere un’autorizzazione preventiva da parte della Asl di riferimento e inoltre bisogna anticipare le spese che saranno poi rimborsate successivamente (nel 47,3% dei casi, come mostrano i dati della tabella 7);
- b) naturalmente il confronto del livello di conoscenza delle suddette opportunità tra *care-giver* e cittadini gioca decisamente a favore dei primi, stante il fatto che essi sono i protagonisti di prima linea rispetto alla gestione della salute familiare e cioè di quella che li riguarda direttamente, a cui si affianca quella dei membri della famiglia “ristretta” e/o “allargata”. Infatti la differenza di percentuali tra i due campioni risulta del tutto evidente:
 - per quanto riguarda la possibilità di scegliere ospedali privati accreditati rispetto ad ospedali pubblici è del 57,7% dei *care-giver* contro il 37,4% dei cittadini;
 - la possibilità di curarsi in strutture collocate anche al di fuori della propria Regione di residenza è del 44,0% per i primi contro il 32,7% dei secondi;
 - e la possibilità di utilizzare ospedali presenti in altri Paesi dell’Unione Europea è del 29,0% per i primi contro il 19,1% dei secondi, mentre la consapevolezza di dover ottenere un’autorizzazione preventiva e di dover anticipare le spese, da parte di coloro che sono al corrente del-

l'opportunità qui considerata, si avvicina tra *care-giver* e cittadini (47,3% per primi e 49,0% per i secondi).

Tab. 4 – Conoscenza nel 2016 della disposizione che permette di utilizzare sia ospedali pubblici che ospedali privati (case di cura accreditate) senza oneri aggiuntivi per il paziente (val. %)

Risposta	Care-giver	Cittadini ¹
– Sì, con chiarezza	57,7	37,4
– Sì, ne ho un'idea vaga	33,5	42,8
– No	8,8	19,8
Totale	100,0	100,0
v.a.	2.000	4.020

(1) Cfr. Parte seconda/tab. 7, pag. 138.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. 5 – Conoscenza nel 2016 della possibilità di trasferirsi per cura in ospedali al di fuori della propria Regione di residenza (val. %)

Risposta	Care-giver	Cittadini ¹
– Sì, sono perfettamente a conoscenza di questa opportunità	44,0	32,7
– Sì, mi pare di ricordare che c'è questa possibilità	40,7	41,2
– No, non ne ero a conoscenza sino ad oggi	15,3	26,1
Totale	100,0	100,0
v.a.	2.000	4.020

(1) Cfr. Parte seconda/tab. 8, pag. 139.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. 6 – Conoscenza nel 2016 della possibilità di recarsi per prestazioni sanitarie e ospedaliere presso le strutture dei diversi Paesi dell'Unione Europea con la copertura del Servizio Sanitario Nazionale italiano che dovrà rimborsare le prestazioni agli altri Servizi Sanitari Nazionali (val. %)

Risposta	Care-giver	Cittadini ¹
– Sì, sono al corrente	29,0	19,1
– Sì, ne ho sentito parlare	33,6	33,3
– No, non sono al corrente di tale opportunità	37,4	47,6
Totale	100,0	100,0
v.a.	2.000	4.020

(1) Cfr. Parte seconda/tab. 11, pag. 143.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. 7 – Conoscenza nel 2016 della necessità di ottenere un'autorizzazione preventiva della Asl e di anticipare le spese che saranno rimborsate successivamente (val. %)

Risposta	Care-giver	Cittadini ¹
– Sì, sono al corrente	47,3	49,0
– No, non sono al corrente	52,7	51,0
Totale	100,0	100,0
v.a.	1252	2.108

(1) Cfr. Parte seconda/tab. 12, pag. 143.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

La conoscenza delle opportunità appena richiamate tende ad accentuarsi, rispetto alla media del campione (come mostrano le *Tablelle A4, A5, A6, nonché B4, B5 e B6 dell'Allegato statistico*) nel caso della componente maschile rispetto a quella femminile, degli intervistati più anziani (anche perché essi sono maggiormente sensibili verso l'assistenza ospedaliera), dei residenti nel Nord rispetto a quelli del resto del Paese (con l'eccezione di una maggiore conoscenza delle nuove disposizioni europee nel caso dei residenti del Centro-Sud che invece sembrano essere maggiormente informati in proposito). Ma la conoscenza più pronunciata riguarda anche i soggetti residenti nei centri urbani di maggiore dimensione (in cui si trova una più larga offerta ospedaliera insieme ad una maggiore quantità di informazioni), nonché gli intervistati con un titolo di studio e una posizione sociale migliori, a cui si aggiungono coloro che dichiarano di essere sostanzialmente soddisfatti dei servizi sanitari della propria Regione e che affermano come il Sistema Sanitario Nazionale, tutto sommato, riesca ancora a tenere discretamente.

2. *Il vissuto in tema di mobilità sanitaria*

2.1. Esperienze ed opinioni sull'utilizzo degli ospedali al di fuori della propria Regione

Va innanzitutto ricordato che nel 2014 (ultimi dati disponibili) 735 mila persone hanno utilizzato prestazioni ospedaliere in strutture presenti in Regioni diverse da quella di residenza. Tale flusso proviene:

- per il 36,0% da Regioni del Nord;
- per il 20,5% da Regioni del Centro;
- e per il 43,5% da Regioni del Sud.

Come è evidente la maggiore debolezza delle strutture ospedaliere del Mezzogiorno appare immediatamente dai dati suddetti, ma esiste anche un flusso di mobilità sanitaria nell'ambito delle Regioni del Nord del Paese.

Inoltre va ricordato che i ricoveri extraregione si sono ridotti sul piano quantitativo nel corso del tempo da 810 mila nel 2010 a 735 mila nel 2014, pari ad una contrazione del 9,3%. Ma in compenso sono lievemente cresciuti in termini di incidenza sul totale dei ricoveri nazionali, passando dall'8,2% del 2010 all'8,9% del 2014: a conferma, in questo caso, della ricerca più pronunciata di soluzioni migliori e/o più rapide rispetto a quanto i pazienti ritengono di poter ottenere dalle strutture della propria Regione.

Si è perciò voluto sapere direttamente dai *care-giver* intervistati se loro personalmente oppure altri componenti della famiglia “ristretta” o della famiglia “allargata” abbiano fatto ricorso, negli ultimi dodici mesi, a strutture ospedaliere presenti in altre Regioni italiane rispetto a quella di residenza.

Come si vede dalla tabella 8 i *care-giver* si dividono in tre categorie:

- la prima, rappresentata da coloro che hanno utilizzato ospedali fuori Regione o comunque che erano orientati in tal senso: si tratta del 10,1% degli intervistati;

- la seconda, costituita da coloro che risultano potenzialmente orientati a prendere in considerazione questa opportunità in quanto hanno valutato la possibilità di rivolgersi ad ospedali di un'altra Regione anche se poi non hanno fatto ricorso ai relativi servizi oppure non hanno fatto ricorso ma qualora dovessero affrontare un problema serio di salute, valuterebbero questa ipotesi: si tratta nell'insieme del 18,1% del totale degli intervistati;
- ed infine la terza, formata dai *care-giver* che non si sono posti il problema o perché non hanno utilizzato ospedali fuori Regione in quanto quelli presenti nel Comune, nella Provincia o nella Regione di residenza erano sufficientemente adeguati per le necessità del *care-giver* e/o dei rispettivi familiari o ancora perché non erano al corrente che si poteva ricorrere ad ospedali fuori Regione senza alcun onere aggiuntivo per le famiglie: si tratta complessivamente del 71,8% del totale.

I *care-giver* orientati a ricorrere ad ospedali fuori Regioni in realtà “sono passati effettivamente all'azione” nel 9,6% dei casi, mentre per percentuali del tutto trascurabili hanno rinunciato poiché la lista di attesa era troppo lunga (0,3%) o non se la sono sentita di affrontare le spese che avrebbero dovuto sostenere come accompagnatori il paziente (0,2%), mentre nessuna Asl – almeno secondo gli intervistati – si è rifiutata di dare l'autorizzazione.

Per quanto riguarda i *care-giver* potenzialmente orientati a rivolgersi agli ospedali fuori Regione si vede come la maggior parte di essi (il 12,8%) qualora dovessero affrontare un problema serio di salute valuterebbero sicuramente tale opportunità, mentre un gruppo più modesto (5,3%), pur non avendo fatto concretamente l'esperienza, ha comunque preso in considerazione in anticipo tale possibilità.

Infine per i *care-giver* che non si sono posti il problema, la maggior parte (54,1%) ha ritenuto sufficiente l'offerta ospedaliera presente nel Comune, nella Provincia oppure nella Regione di residenza in quanto ritenevano che tali strutture fossero sufficientemente adeguate alle necessità del *care-giver* stesso o dei membri della famiglia “ristretta” e/o “allargata”. Non va poi trascurato quell'ulteriore 17,7% di intervistati che non ha fatto ricorso ad ospedali extraregionali in quanto non era informato circa la possibilità di perseguire la soluzione in oggetto senza dover sostenere alcun onere aggiuntivo.

A questo punto si potrebbero leggere i dati contenuti nella tabella 8 anche in modo diverso, tenendo presente delle possibili dinamiche che nascerebbero a condizioni mutate di salute da parte dello stesso *care-giver* o dei membri della famiglia ristretta e allargata. Per essere più chiari si potrebbe distinguere:

Tab. 8 – Ricorso negli ultimi dodici mesi per cure e/o interventi chirurgici in strutture ospedaliere presenti in altre Regioni italiane rispetto a quella di residenza da parte del care-giver e/o da altri componenti della famiglia ristretta e/o della famiglia allargata (val. %)

Tipologia di ricorso	%	
<i>Care-giver orientati a fare concretamente l'esperienza</i>		
1) Sì, abbiamo fatto ricorso per una o più persone appartenenti alla famiglia ristretta e/o alla famiglia allargata	9,6	10,1
2) Sì, volevamo fare ricorso, ma poi abbiamo rinunciato perché la lista di attesa era troppo lunga	0,3	
3) Sì, volevamo fare ricorso, ma la Asl non ci ha dato l'autorizzazione	-	
4) No, non abbiamo fatto ricorso perché c'era un problema relativo alle spese che avremmo dovuto sostenere come accompagnatori per assistere il paziente	0,2	
<i>Care-giver orientati potenzialmente a fare l'esperienza</i>		
5) No, non abbiamo fatto ricorso ma abbiamo comunque valutato la possibilità di rivolgerci ad ospedali di un'altra Regione	5,3	18,1
6) No, non abbiamo fatto ricorso, ma se dovessimo affrontare un problema serio di salute valuteremo certamente anche l'opportunità di rivolgerci a strutture ospedaliere fuori Regione	12,8	
<i>Care-giver che non si sono posti il problema</i>		
7) No, non abbiamo fatto ricorso perché gli ospedali presenti nel Comune, nella Provincia e nella Regione di residenza erano sufficientemente adeguati alle nostre necessità	54,1	71,8
8) No, non abbiamo fatto ricorso, perché non sapevamo che si poteva ricorrere ad ospedali fuori Regione senza alcun onere aggiuntivo da sostenere per il ricovero	17,7	
Totale	100,0	
v.a.	2.000	

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

- tra un'area ristretta (pari al 9,6%) che ha fatto le valutazioni prima di prendere le decisioni e poi è effettivamente ricorsa a strutture ospedaliere extraregionali;
- un'area formata da care-giver che, davanti ad una precisa esigenza, potrebbero esprimere effettivamente una domanda di ospedalità extraregionale: si tratterebbe del 18,1% di coloro che stavano per far ricorso ma poi per la presenza di liste di attesa troppo lunghe o per la necessità di sostenere delle spese di accompagnamento del paziente hanno rinunciato, a cui si aggiungono coloro che non hanno fatto ricorso all'assistenza ospedaliera extraregionale ma che hanno valutato tale possibilità oppure che la valuterebbero in caso di un problema serio di salute;
- ed infine un'area che è rappresentata dagli intervistati che, pur avendo avuto necessità di accedere ai servizi ospedalieri, hanno ritenuto di poter utilizzare quelli presenti nei territori comunali, provinciali o regionali di appartenenza (54,1%), ma non escludono in linea di principio la possi-

bilità di utilizzare l'opzione extraregionale qualora l'offerta presente nel proprio territorio non risultasse adeguata: per ora è difficile stimare quale possa essere la percentuale potenziale, all'interno del 54,1% appena menzionato (ma potrebbe non essere affatto trascurabile); un'analoga riflessione potrebbe essere avanzata infine per il 17,7% che comprende i *care-giver* che affermano di non aver fatto ricorso alle strutture fuori Regione poiché non conoscevano l'esistenza di tale opportunità (anche in tal caso è difficile stimare quale potrebbe essere la quota che si muoverebbe attivamente in tale direzione, ma si potrebbe trattare di una dimensione più consistente del previsto).

È infine interessante verificare quali siano le opinioni delle diverse sotto-componenti del campione rispetto agli orientamenti principali emersi, consultando le *Tabelle A8, B8 e C8 dell'Allegato statistico*.

È stato poi chiesto ai *care-giver* che hanno fornito risposte comprese tra la 1 e la 6 della tabella 8, verso quali strutture ospedaliere (pubbliche, private accreditate o cliniche private) e verso quali Regioni si siano indirizzati o avrebbero voluto/potuto indirizzarsi. Le risposte sono contenute nella successiva tabella 9.

Se si considerano nell'ambito dei tre elenchi indicati le Regioni maggiormente opzionate da parte dei *care-giver* e si scelgono le prime 8 destinazioni più importanti, si vede come:

- al primo posto in assoluto si collochi la Regione Lombardia (con il 43,1% delle preferenze per gli ospedali pubblici, il 44,0% per gli ospedali privati accreditati e il 63,7% per le cliniche private);
- seguono Regioni come l'Emilia Romagna, la Toscana, il Veneto e il Piemonte che si trovano comunque all'interno delle prime 8 per tutte e tre le tipologie di ospedali ricordati;
- e inoltre le pluriopzioni regionali si orientano mediamente meno sulle strutture pubbliche (con 1,3 Regioni scelte da ogni intervistato) e certamente di più verso le strutture private accreditate (1,4) e verso le cliniche private (1,9).

Nella *Tabella A9.1 dell'Allegato statistico* è interessante rilevare, in particolare, quali siano le Regioni preferite dai *care-giver* a seconda della loro residenza nelle varie ripartizioni geografiche.

Successivamente si è chiesto, sempre a coloro che hanno risposto ad una delle prime 6 affermazioni contenute nella tabella 8, quali siano le ragioni in base alle quali hanno fatto ricorso o avrebbero pensato/voluto fare ricorso ad ospedali al di fuori della Regione di residenza. I risultati sono raggruppabili in tre ordini di motivazioni per le quali è il caso di tener conto anche dell'intensità delle risposte fornite dai *care-giver* (tab. 10):

- a) il primo gruppo comprende essenzialmente tre ragioni: la qualità dei servizi sanitari e ospedalieri della Regione di destinazione rispetto a quelli della Regione di provenienza (1° posto, col 44,2% di addensamento di risposte), la presenza di personale medico di fiducia a cui ci si voleva rivolgere (2° posto, col 31,0%) ed infine la presenza di specializzazioni che non esistono in strutture ospedaliere della Regione (3° posto, col 30,4%);
- b) il secondo gruppo, pur importante, presenta valutazioni meno intense rispetto alle precedenti ed è interessante notare che le tre indicate iniziano con “Le serie ragioni di salute”, le quali risultano collocate solamente al 4° posto in ordine di priorità (col 20,7% di addensamento di risposte): sono dunque ritenute meno importanti delle tre precedenti, poiché si possono evidentemente fare scelte extraregionali anche per ragioni di salute non particolarmente serie. A seguire viene indicato il tempo di attesa troppo lungo negli ospedali della Regione di appartenenza (5° posto, col 16,9%) e quindi la qualità dei servizi di ospitalità rispetto a camere, cibo, personale di servizio, ecc. rispetto alle strutture presenti nella Regione dell’intervistato (6° posto, col 16,5%);
- c) infine il terzo gruppo presenta ragioni che appaiono essere assolutamente meno importanti di quelle che precedono, come:
- la vicinanza di parenti, conoscenti od amici presso i quali sarebbe possibile appoggiarsi (7° posto, col 7,3%) e la maggior facilità di raggiungere la struttura ospedaliera della Regione confinante rispetto alle strutture della Regione di appartenenza (8° posto, col 6,2%);
 - infine la presenza di personale infermieristico di fiducia negli ospedali extraregionali a cui ci si può rivolgere (9° posto, con solo l’1,5% di addensamento di risposte).

Naturalmente ci possono essere più ragioni compresenti e difatti il numero medio di esse per singolo intervistato risulta pari a 1,8, come è abbastanza ovvio ipotizzare quando si debbono operare scelte abbastanza importanti come quella della mobilità sanitaria extraregionale.

Le differenze, in termini di ragioni addotte, risultano particolarmente significative qualora si consideri la residenza dei *care-giver*, intesa come ripartizione geografica, da un lato e come grandezza del Comune in cui si vive, dall’altro (cfr. *Tabella A10 dell’Allegato statistico*).

Tab. 9 – Strutture ospedaliere a cui il care-giver si è rivolto o avrebbe pensato/potuto di rivolgersi (per sé o per altri membri della famiglia ristretta o allargata), tenendo conto delle opportunità offerte dalle varie Regioni (val. %)

	Ospedali pubblici		Ospedali privati accreditati		Cliniche private	
	%		%		%	
– Lombardia	43,1	– Lombardia	44,0	– Lombardia	63,7	
– Calabria	12,6	– Lazio	17,8	– Liguria	26,1	
– Emilia Romagna	11,7	– Emilia Romagna	17,4	– Emilia Romagna	22,1	
– Lazio	11,1	– Veneto	16,2	– Toscana	21,6	
– Toscana	10,5	– Toscana	12,8	– Veneto	14,0	
– Veneto	8,9	– Piemonte	6,9	– Trentino Alto Adige	9,3	
– Liguria	8,2	– Molise	5,3	– Piemonte	7,0	
– Piemonte	6,4	– Marche	3,3	– Lazio	6,8	
– Campania	2,8	– Trentino Alto Adige	2,6	– Sicilia	5,3	
– Trentino Alto Adige	2,4	– Puglia	2,5	– Puglia	4,5	
– Basilicata	2,0	– Campania	0,9	– Friuli Venezia Giulia	3,0	
– Umbria	1,6	– Sicilia	0,8	– Sardegna	2,4	
– Puglia	1,7	– Umbria	0,8	– Marche	0,5	
– Abruzzo	1,1	– Liguria	0,7	– Campania	0,3	
– Valle D'Aosta	0,7	– Abruzzo	0,4	– Valle D'Aosta	0,1	
– Friuli Venezia Giulia	0,7	– Calabria	0,2	– Abruzzo	-	
– Marche	0,7	– Friuli Venezia Giulia	0,1	– Basilicata	-	
– Sardegna	0,5	– Basilicata	-	– Calabria	-	
– Sicilia	0,4	– Sardegna	-	– Molise	-	
– Molise	0,1	– Valle D'Aosta	-	– Umbria	-	
v.a.	423	v.a.	215	v.a.	60	
Distribuzione % di risposte fornite tra ospedali pubblici, ospedali privati accreditati e cliniche private	60,6%		30,8%		8,6%	
Distribuzione % di rispondenti tra ospedali pubblici, ospedali privati accreditati e cliniche private	74,9%		38,1%		10,7%	
N. medio di risposte per intervistato	1,3		1,4		1,9	

Il totale non è uguale a 100,0 perché erano possibili più risposte.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. 9 Bis – Strutture ospedaliere preferite a cui il care-giver si è rivolto o penserebbe di rivolgersi (per sé o per altri membri della famiglia ristretta o allargata), tenendo conto delle opportunità offerte dalle varie Regioni e dalle varie tipologie di ospedali (val. %)

<i>Ospedali pubblici</i>							
<i>Nord-Ovest</i>		<i>Nord-Est</i>		<i>Centro</i>		<i>Sud e Isole</i>	
Lombardia	43,1	Emilia R.	11,7	Lazio	11,1	Calabria	12,6
Liguria	8,2	Veneto	8,9	Toscana	10,5	Campania	2,8
Piemonte	6,4	Trentino A.A.	2,4	Umbria	1,6	Basilicata	2,0
Valle d'Aosta	0,7	F.V. Giulia	0,7	Marche	0,7	Puglia	1,7
						Abruzzo	1,1
						Sardegna	0,5
						Sicilia	0,4
						Molise	0,1
<i>Ospedali privati accreditati</i>							
<i>Nord-Ovest</i>		<i>Nord-Est</i>		<i>Centro</i>		<i>Sud e Isole</i>	
Lombardia	44,0	Emilia R.	17,4	Lazio	17,8	Molise	5,3
Piemonte	6,9	Veneto	16,2	Toscana	12,8	Puglia	2,5
Liguria	0,7	Trentino A.A.	2,6	Marche	3,3	Campania	0,9
V. d'Aosta	-	F.V. Giulia	0,1	Umbria	0,8	Sicilia	0,8
						Abruzzo	0,4
						Calabria	0,2
						Basilicata	-
						Sardegna	-
<i>Cliniche private</i>							
<i>Nord-Ovest</i>		<i>Nord-Est</i>		<i>Centro</i>		<i>Sud e Isole</i>	
Lombardia	63,7	Emilia R.	22,1	Toscana	21,6	Sicilia	5,3
Liguria	26,1	Veneto	14,0	Lazio	6,8	Puglia	4,5
Piemonte	7,0	Trentino A.A.	9,3	Marche	0,5	Sardegna	2,4
Valle d'Aosta	0,1	F.V. Giulia	3,0	Umbria	-	Campania	0,3
						Abruzzo	-
						Molise	-
						Basilicata	-
						Calabria	-

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. 10 – Le principali ragioni in base alle quali il care-giver ha fatto ricorso o avrebbe pensato/voluto fare ricorso a strutture ospedaliere fuori dalla propria regione, tenendo conto delle esigenze di cura proprie e/o della propria famiglia ristretta e/o allargata (val. %)

Ragioni		%
– La qualità dei servizi sanitari ospedalieri rispetto a quelli della mia Regione di appartenenza	1°	44,2
– La presenza di personale medico di fiducia negli ospedali extraregionali a cui ci si voleva rivolgere	2°	31,0
– La presenza di specializzazioni che non esistono in strutture ospedaliere appartenenti al Servizio Sanitario della mia Regione	3°	30,4
– Le serie ragioni di salute	4°	20,7
– La presenza di liste di attesa troppo lunghe negli ospedali della mia Regione	5°	16,9
– La qualità di servizi di ospitalità (camere, cibo, personale di servizio, ecc.) rispetto alle strutture presenti nella mia Regione	6°	16,5
– La vicinanza a parenti, conoscenti o amici a cui è o sarebbe possibile appoggiarsi	7°	7,3
– La maggiore facilità di raggiungere la struttura ospedaliera della Regione confinante rispetto ad altre strutture della Regione di appartenenza meno facilmente raggiungibili	8°	6,2
– La presenza di personale infermieristico (o di altro personale) di fiducia negli ospedali extraregionali a cui ci si voleva rivolgere	9°	1,5
– Altro	10°	2,7
v.a. rispondenti		564
v.a. risposte		1.001
n. medio di risposte per intervistato		1,8

Il totale non è uguale a 100,0 perché erano possibili più risposte.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

2.2. Valutazione delle prestazioni ospedaliere ricevute fuori Regione e dei servizi sanitari e socioassistenziali della propria Regione di residenza

I giudizi dei *care-giver* sui servizi ospedalieri utilizzati fuori Regione vengono illustrati dai dati della tabella 11¹. Quello che si può osservare è che: a) il livello di soddisfazione complessiva (“molto + abbastanza soddisfatto”) si aggira attorno a 3/4 degli intervistati, ma risulta più favorevole (specialmente) per gli ospedali privati accreditati (79,2%) e per le cliniche

¹ La somma dei valori assoluti esposti in tabella 11 (423 per gli ospedali pubblici, 215 per gli ospedali privati accreditati e 60 per le cliniche private) risulta palesemente distante dalle 192 unità, pari al 9,6% degli intervistati che dichiarano (nella tabella 8) di aver fatto effettivamente ricorso a strutture extraregionali per una o più persone appartenenti alla famiglia “ristretta” e/o alla famiglia “allargata” negli ultimi dodici mesi: il che fa ritenere che i giudizi della tabella 11 si riferiscano non solo a prestazioni utilizzate nell’ultimo anno, bensì anche in periodi precedenti.

private (77,7%) rispetto agli ospedali pubblici (76,4%): confermando così quanto è emerso anche nelle dichiarazioni degli utenti e dei cittadini, contenute nella Parte seconda del presente Rapporto;

- b) la migliore valutazione delle prestazioni del privato accreditato e delle cliniche private emerge ancora di più qualora si guardi solamente ai giudizi “molto soddisfatto” che sono il 34,1% per le strutture accreditate e il 25,3% per le cliniche private contro il 19,0% degli ospedali pubblici.

La motivazione del ricorso all’ospedalità extraregionale verrebbe indirettamente illustrata anche attraverso i dati della tabella 12, nella quale si è chiesto il giudizio sui servizi sanitari e socioassistenziali oltre che sugli ospedali presenti nella Regione dell’intervistato. A tale proposito:

- a) il livello di soddisfazione relativo rispetto all’insieme delle strutture ospedaliere presenti nella Regione del *care-giver* (69,4%) appare essere decisamente più basso rispetto a quello esposto nella precedente tabella 11 per gli ospedali pubblici (76,4%), per quelli privati accreditati (79,2%) e per le cliniche private (77,7%);
- b) e inoltre il livello di soddisfazione circa i servizi sanitari e socioassistenziali nel loro complesso, presenti nella Regione dell’intervistato, riporta valori più contenuti (64,0%) rispetto a quelli espressi per gli ospedali (69,4%), senza contare che tali giudizi sono in netta diminuzione tra il 2015 e il 2016 (da 74,1% a 64,0%).

Del resto la ricerca di cure ospedaliere migliori e/o più rapide rispetto alle liste di attesa esistenti farebbe lievitare (comprensibilmente) le propensioni, da parte dei *care-giver* ad utilizzare, in caso di serie ragioni di salute, strutture di tipo extraregionale come mostra la tabella 13. Essa mette a confronto le opinioni raccolte presso i cittadini con quelle espresse dai *care-giver*. Ovviamente questi ultimi risultano crescentemente “sensibili” rispetto alle strategie di scelta “attiva” delle strutture ospedaliere sia per se stessi sia per i familiari. Per essere più precisi si ricorda che:

- a) il fenomeno riguarderebbe particolarmente gli ospedali pubblici, per i quali i *care-giver* considerano, sempre in misura più pronunciata rispetto ai cittadini l’opportunità di ricorrere:
- ad ospedali pubblici, ma fuori Provincia (da 7,8% nel 2015 a 11,7% nel 2016);
 - oppure ad ospedali pubblici fuori Regione, ma in Italia (da 4,4% nel 2015 a 7,2% nel 2016);
 - o addirittura ad ospedali fuori Italia (da 0,4% nel 2015 a 0,6% nel 2016);

Tab. 11 – Livello di soddisfazione da parte del care-giver qualora siano state effettivamente utilizzate delle strutture ospedaliere appartenenti ad altre Regioni italiane rispetto alla propria (val. %)

Livello di soddisfazione		%	
<i>Ospedali pubblici</i>			
– Molto soddisfatto		19,0	] 76,4
– Abbastanza soddisfatto		57,4	
– Poco soddisfatto		7,7	
– Per nulla soddisfatto		0,2	
– Non saprei esprimere un giudizio		15,7	
Totale		100,0	
v.a.		423	
<i>Ospedali privati accreditati</i>			
– Molto soddisfatto		34,1	] 79,2
– Abbastanza soddisfatto		45,1	
– Poco soddisfatto		3,9	
– Per nulla soddisfatto		0,4	
– Non saprei esprimere un giudizio		16,5	
Totale		100,0	
v.a.		215	
<i>Clinica privata</i>			
– Molto soddisfatto		25,3	] 77,7
– Abbastanza soddisfatto		52,4	
– Poco soddisfatto		-	
– Per nulla soddisfatto		-	
– Non saprei esprimere un giudizio		22,3	
Totale		100,0	
v.a.		60	

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. 12 – Livello di soddisfazione espresso dal care-giver sui servizi sanitari e socioassistenziali presenti nella propria Regione nonché degli ospedali che vi operano (val. %)

Livello di soddisfazione	2016	2015 ¹	2013 ¹
<i>Servizi sanitari e socioassistenziali</i>			
– Molto soddisfatto	12,6	13,2	7,0
– Abbastanza soddisfatto	51,4	60,9	62,3
– Poco soddisfatto	21,0	13,9	17,8
– Per nulla soddisfatto	4,0	6,9	3,5
– Non saprei esprimere un giudizio	11,0	5,1	9,4
Totale	100,0	100,0	100,0
v.a.	2.000	2.000	2.000
<i>Ospedali della Sua Regione</i>			
– Molto soddisfatto	14,7	] 69,4	
– Abbastanza soddisfatto	54,7		
– Poco soddisfatto	18,2		
– Per nulla soddisfatto	4,5		
– Non saprei esprimere un giudizio	7,9		
Totale	100,0		
v.a.	2.000		

(1) Cfr. Ermeneia *Ospedali & Salute/2015*, tabella 6, pag. 157.

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. 13 – *Struttura ospedaliera che verrebbe utilizzata in prima istanza per serie ragioni di salute da parte del care-giver o dai membri della famiglia ristretta e/o allargata (val. %)*

<i>Tipologia e localizzazione degli ospedali scelti</i>	<i>Care-giver 2016</i>	<i>Cittadini 2016¹</i>	<i>Cittadini 2015¹</i>
<i>Un ospedale pubblico</i>			
– Nel mio Comune	37,4	47,1	43,8
– Fuori del mio Comune ma nella mia Provincia	43,1	41,7	43,6
– Fuori della mia Provincia ma in Regione	11,7	7,2	7,8
– Fuori della Regione ma in Italia	7,2	3,6	4,4
– Fuori Italia	0,6	0,4	0,4
– Non saprei dare una risposta	-	-	-
Totale	100,0	100,0	100,0
v.a.	1.772	2.566	2.503
<i>Un ospedale privato accreditato</i>			
– Nel mio Comune	29,2	41,3	35,4
– Fuori del mio Comune ma nella mia Provincia	39,7	33,1	36,6
– Fuori della mia Provincia ma in Regione	19,5	14,7	15,5
– Fuori della Regione ma in Italia	11,0	10,3	11,7
– Fuori Italia	0,6	0,6	0,8
– Non saprei dare una risposta	-	-	-
Totale	100,0	100,0	100,0
v.a.	1.548	843	959
<i>Una clinica privata</i>			
– Nel mio Comune	30,2	34,9	30,8
– Fuori del mio Comune ma nella mia Provincia	35,9	20,1	11,6
– Fuori della mia Provincia ma in Regione	14,5	30,3	34,7
– Fuori della Regione ma in Italia	15,7	10,9	14,2
– Fuori Italia	3,7	3,8	8,7
– Non saprei dare una risposta	-	-	-
Totale	100,0	100,0	100,0
v.a.	1.086	86	145

(1) Cfr. Parte seconda/Tabella 9 Bis, pag. 140.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

- b) ma tale fenomeno coinvolge anche gli ospedali privati accreditati, ma solo per spostamenti al di fuori del proprio Comune (da 36,6% nel 2015 a 39,7% nel 2016) o al di fuori della propria Provincia (da 15,5% nel 2015 a 19,5% nel 2016): ritenendo in questo caso dunque di poter trovare, in caso di necessità, migliori risposte di cura in un ambito più vasto, ma sempre nella propria Regione;
- c) ed anche le cliniche private manifesterebbero la stessa tendenza, essendo i *care-giver* particolarmente motivati a cercare attivamente delle cliniche fuori dal proprio Comune, ma nello stesso ambito provinciale (da 11,6% nel 2015 per i cittadini a 35,9% per i *care-giver* nel 2016), come pure fuori Regione (da 14,2% a 15,7%).

Si troverebbe dunque conferma nei dati precedenti di un fenomeno di “fuga” relativa, ma essenzialmente dalle strutture pubbliche ritenute non adeguate o non disponibili nei tempi necessari, come già è stato illustrato nel precedente Rapporto 2015.

Le differenze di valutazione da parte delle diverse componenti del campione vengono chiarite dalle *Tabelle A11, B11 e C11* come pure dalle *Tabelle A12, B12 e C12* ed infine dalle *Tabelle A13, B13 e C13 dell’Allegato statistico*.

2.3. Giudizi sulle modalità di gestione della mobilità sanitaria extraregionale

Nelle tre tabelle 14, 15 e 16 vengono esposti i pareri dei *care-giver* e, come ben si vede dal primo valore, una quota del 64,2% nella prima, del 72,9% nella seconda e del 77,6% nella terza gli intervistati non hanno né informazione né esperienza per quanto riguarda la mobilità sanitaria extraregionale. Per questo si è predisposta per ciascuna delle tre tabelle una ulteriore colonna al netto delle mancate risposte, così da poter tener meglio conto dell’opinione dei *care-giver* consapevoli.

Pur con conoscenze limitate al 35,2% degli intervistati (rispetto al 64,2% che si astiene dal fornire opinioni in proposito), le modalità di regolamentazione della mobilità sanitaria interregionale (tab. 14):

- evidenzierebbero, in netta prevalenza, una mancanza di problemi per il paziente nel 38,9% dei casi, cui si aggiungerebbe (in positivo) l’assenza di una specifica regolamentazione nel 32,1% dei casi;
- anzi il Sistema Sanitario Regionale avrebbe semmai favorito la mobilità sanitaria in entrata verso le proprie strutture (nell’8,9% dei casi);
- mentre il tentativo di limitare la mobilità in uscita viene rilevato dal 17,4% dei *care-giver*.

Le differenze di valutazione tra i sottocampioni meritano di essere considerate soprattutto per quanto riguarda la residenza geografica dell’intervistato come risulta dalla *Tabella A14 dell’Allegato statistico*.

Nella successiva tabella 15 sono state collocate le risposte degli intervistati circa gli eventuali criteri adottati dal Sistema Sanitario Regionale allo scopo di limitare l’accesso alla mobilità dei pazienti verso altre Regioni. Anche in tal caso la quota di chi non sa dare una risposta è molto elevata (72,9%) e pertanto si è predisposta una seconda colonna che riporta le percentuali al netto di chi non è in grado di fornire un’opinione.

Secondo quanto affermano i *care-giver* informati (per conoscenza diretta o indiretta) tali criteri sono raggruppabili in due insiemi:

Tab. 14 – Valutazione del care-giver su come il Sistema Sanitario della propria Regione gestisce la mobilità sanitaria interregionale dei pazienti (val. %)

Risposta	Totale	Al netto delle mancate risposte
– Non ho esperienza in proposito/Non saprei rispondere a tale proposito	64,2	-
– Non mi pare ci siano particolari problemi per i pazienti nel ricorrere ad ospedali fuori Regione	13,9	38,9
– Non mi pare che il Sistema Sanitario Regionale abbia regolamentato la mobilità sanitaria verso altre Regioni	11,5	32,1
– Il Sistema Sanitario Regionale ha cercato di favorire la mobilità in entrata verso le proprie strutture ospedaliere	3,2	8,9
– Il Sistema Sanitario Regionale ha cercato di limitare la mobilità dei pazienti in uscita verso altre Regioni	6,2	17,4
– Altro	1,0	2,7
Totale	100,0	100,0
v.a.	2.000	716

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. 15 – Criteri adottati dalla Regione di appartenenza del care-giver per limitare la mobilità dei pazienti in uscita verso altre Regioni (val. %)

Risposta	Totale	Al netto delle mancate risposte
– Non saprei dare una risposta	72,9	-
– Sottolineando la presenza di strutture ospedaliere regionali ritenute sufficientemente adeguate rispetto alle cure e/o agli interventi richiesti da parte dei pazienti	13,3	1° 49,0
– Ricordando che le liste di attesa non sono particolarmente lunghe presso le strutture ospedaliere regionali	5,5	2° 20,2
– Rilevando la non sufficiente gravità della malattia e/o la non sufficiente complessità dell'intervento chirurgico richiesto	4,3	3° 15,8
– Ricordando che esistono accordi con altri Sistemi Sanitari Regionali, diretti a limitare la mobilità	4,2	4° 15,4
– Ricordando che esistono delle limitazioni derivanti dal budget (e cioè delle risorse disponibili per poter sostenere i costi derivanti dal ricovero dei pazienti in altre Regioni)	3,9	5° 14,5
– Ricordando le limitazioni nei confronti della mobilità interregionale derivanti dagli orientamenti del Ministero della Salute	1,6	6° 5,7
– Altro	0,4	7° 1,5
v.a. rispondenti	2.000	542
v.a. risposte	-	663
N. medio di risposte per intervistato	-	1,2

Il totale non è uguale a 100,0 perché erano possibili più risposte.

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

- da un lato, quello che intende far valere il fatto che esistono già delle strutture ospedaliere nell'ambito regionale che risultano sufficientemente adeguate per la cura o per l'intervento che richiede il paziente (1° posto, col 49,0% di addensamento di risposte) oppure che le liste di attesa non sono particolarmente lunghe in vista di accedere alle strutture ospedaliere

regionali (2° posto, col 20,2%) o ancora si fa riferimento alla non sufficiente gravità della malattia o alla non sufficiente complessità dell'intervento chirurgico richiesto (3° posto col 15,8%);

- e dall'altro, quello che raggruppa altri criteri che possono essere legati all'esistenza di accordi con altri Sistemi Sanitari Regionali, volti a limitare la mobilità dei pazienti (4° posto, col 15,4% di risposte) o ancora vengono fatte presenti le limitazioni derivanti dal budget disponibile per sostenere i costi del ricovero dei pazienti in strutture extraregionali (5° posto, col 14,5% di addensamento di risposte) oppure infine si menzionano le limitazioni nei confronti della mobilità interregionale che possono derivare dagli orientamenti centrali del Ministero della Salute (6° posto, col 5,7% di risposte).

Anche in tal caso le risposte raccolte all'interno della *Tabella A15 dell'Allegato statistico* possono fornire qualche spunto interpretativo ulteriore.

Oltre ai criteri viene dato conto anche degli strumenti eventualmente adottati, sempre per limitare l'accesso alla mobilità sanitaria extraregionale da parte dei pazienti, stante quanto dichiarano di conoscere i *care-giver* intervistati (tab. 16).

Ovviamente più di 3/4 degli intervistati anche in questo caso non sanno dare una risposta precisa e quindi si è predisposta una seconda colonna (al netto di chi non è in grado di esprimere un'opinione in proposito), da cui si vede come vengano indicati per ogni intervistato 1,2 strumenti in media. A tale proposito:

- i primi due strumenti citati sono quelli del parere del medico di base oppure dello specialista che rappresentano il punto di vista della Asl di riferimento (1° posto, col 39,4% di addensamento di risposte) oppure quello costituito dal parere del medico di famiglia o di uno specialista che si esprimono invece su richiesta esplicita del paziente (2° posto, col 36,6%);
- seguono poi strumenti relativamente meno importanti come ad esempio la richiesta di un'autorizzazione preventiva scritta da parte della Asl (3° posto, col 19,4%), la necessità di attendere troppo a lungo per poter ottenere una risposta adeguata al paziente, da parte della Asl (4° posto, col 12,9%) ed infine la necessità di avere almeno un'autorizzazione preventiva orale da parte di quest'ultima (5° posto, col 10,0%).

Un'ulteriore precisazione circa le eventuali differenze dei sottocampioni, rispetto alla ripartizione geografica di residenza, viene fornita dalla *Tabella A16 dell'Allegato statistico*.

Tab. 16 – Strumenti eventualmente utilizzati dal Sistema Sanitario della Regione di appartenenza del care-giver per limitare l'accesso alla mobilità dei pazienti verso altre Regioni (val. %)

Risposta	Totale	Al netto delle mancate risposte	
– Non saprei dare una risposta	77,6		-
– Valutando il parere fornito dal medico di famiglia e/o dallo specialista da parte della ASL di appartenenza	8,8	1°	39,4
– Chiedendo il parere motivato del medico di base e/o dello specialista	8,2	2°	36,6
– Richiedendo un'autorizzazione preventiva (scritta) da parte della ASL	4,3	3°	19,4
– Generando un'attesa troppo lunga per avere la risposta da parte della ASL	2,9	4°	12,9
– Richiedendo un'autorizzazione preventiva (orale) da parte della ASL	2,2	5°	10,0
– Altro	0,3	6°	1,3
v.a. rispondenti	2.000		449
v.a. risposte	-		535
N. medio di risposte per ogni intervistato	-		1,2

Il totale non è uguale a 100,0 perché erano possibili più risposte.

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

3. La non sempre facile copertura dei bisogni di cura

3.1. L'andamento dei rimandi e/o delle rinunce alle prestazioni

Si è voluto anche quest'anno rilevare attraverso l'indagine sui *care-giver* la presenza di eventuali rinunce e/o rimandi di analisi, di cure, di ricoveri, ecc. nel corso dell'anno 2016, tenendo presente le necessità dello stesso *care-giver* intervistato come pure dei membri della famiglia "ristretta" e/o della famiglia "allargata".

Come si può vedere dalla tabella 17:

a) nella prima colonna sono indicate le prestazioni sanitarie e/o socioassistenziali cui ha avuto accesso il *care-giver* e/o i membri della relativa famiglia ristretta o allargata¹. Naturalmente il ricorso al medico di base occupa il 1° posto in assoluto (col 71,8% di addensamento di risposte), seguito a ridosso dalle analisi di laboratorio, dalle visite specialistiche e dal ricorso ad accertamenti diagnostici (rispettivamente al 2°, 3° e 4° posto, col 68,8%, 59,2% e 53,6% di addensamenti di risposte). Anche le cure dentarie fanno parte delle prestazioni mediamente più richieste, visto che si collocano al 5° posto (col 42,7% di addensamento di risposte). Seguono poi tre prestazioni tipicamente legate all'ospedalità e cioè:

- l'accesso al Pronto Soccorso (6° posto, col 29,2%);
- l'accesso a ricoveri ospedalieri veri e propri (7° posto, col 27,6%);
- ed infine il ricorso al 118 (8° posto, col 12,5%).

Inoltre altre prestazioni come l'assistenza a domicilio o i ricoveri in RSA interessano rispettivamente il 10,4% degli intervistati (9° posto) e il 5,5%

¹ Ovviamente i dati contenuti nella prima colonna della tabella 17 presentano qualche differenza rispetto a quelli contenuti nella tabella 2 iniziale, in quanto quest'ultima rendeva conto solo dei servizi ospedalieri in quanto tali, utilizzati negli ultimi dodici mesi. Mentre nella suddetta tabella 17 si considera l'insieme delle prestazioni siano esse ospedaliere o non ospedaliere.

- dei medesimi (10° posto). In ogni caso i *care-giver* dichiarano mediamente di aver utilizzato 5 prestazioni in media negli ultimi dodici mesi, con riferimento a servizi sanitari e/o socioassistenziali per lo stesso intervistato e/o per gli altri membri della famiglia ristretta o allargata: nell'insieme il 76,8% dei *care-giver* dichiara di aver avuto accesso ad una o più prestazioni tra quelle elencate nella prima colonna della tabella 17;
- b) in compenso il 16,2% degli intervistati dichiara di aver dovuto, per sé e/o per altri membri della famiglia ristretta o allargata, rimandare una o più prestazioni: il che significa 2,9 rimandi in media per ogni intervistato (cfr. seconda colonna della tabella 17). E si tratta in tal caso:
- di cure dentarie (1° posto, col 10,6% di addensamento di risposte);
 - di accertamenti diagnostici (2° posto, col 7,4%);
 - di visite specialistiche (3° posto, col 7,0%);
 - di analisi di laboratorio (4° posto, col 6,1%);
 - di ricorso al medico di base (5° posto, col 4,6%);
 - di qualche forma di assistenza a domicilio (6° posto, col 4,2%);
 - di ricoveri in RSA (7° posto, col 3,7%);
 - di ricoveri ospedalieri (8° posto, con l'1,6%);
 - di accessi al Pronto Soccorso (9° posto, con l'1,1%);
- c) ma vicino ai rimandi esistono anche le rinunce vere e proprie ai servizi e in questo caso sono stati interessati il 10,9% dei *care-giver* intervistati, con 3,4 esperienze in media a testa (sempre con riferimento a questi ultimi e/o ai membri della famiglia ristretta o allargata). In questo caso si tratta (cfr. terza colonna della tabella 17):
- ancora una volta di cure dentarie innanzitutto (1° posto, col 5,0% di addensamento di risposte);
 - di prestazioni di tipo ospedaliero come: accesso al Pronto Soccorso (2° posto, col 4,6%), di ricoveri ospedalieri veri e propri (3° posto, col 4,5%), di ricorso al 118 (4° posto, col 4,4%);
 - e quindi di ricorso a visite specialistiche (5° posto, col 4,1%), di ricorso ad accertamenti diagnostici (6° posto, col 4,0%) e analisi di laboratorio (8° posto, col 2,5%);
 - per finire con l'assistenza a domicilio (9° posto, col 2,3%) e con i ricoveri in RSA (10° posto, col 2,0%);
- d) inoltre è intuibile che, nel corso degli ultimi dodici mesi, si può avere sia rimandato che rinunciato e quindi le due esperienze possono sommarsi e magari in parte sovrapporsi. È quanto emerge dai dati dell'ultima colonna della tabella 17, da cui si vede che il 21,0% degli intervistati ha avuto contemporaneamente esperienze di rimando e di rinuncia, con un'intensità media di 4,1 esperienze di questo tipo dichiarate dai *care-giver*. In tal caso l'ordine di priorità vede:

Tab. 17 – Ricorso, rimando e/o rinuncia nel 2016 alle prestazioni sanitarie e/o socioassistenziali sottoelencate, con riferimento al care-giver e ai membri della relativa famiglia “ristretta” e/o “allargata” (val. %)

Prestazioni	Ricorso		Rimando		Rinuncia		Rimando + Rinuncia					
	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.				
- Ricorso al medico di base	1°	71,8	1.436	5°	4,6	92	1,0	20	9°	5,6	112	
- Ricorso ad analisi di laboratorio di vario tipo	2°	68,8	1.376	4°	6,1	122	8°	2,5	50	4°	8,6	172
- Ricorso a visite specialistiche	3°	59,2	1.184	3°	7,0	140	5°	4,1	82	3°	11,1	222
- Ricorso ad accertamenti diagnostici (es.: RX, TAC, Risonanza)	4°	53,6	1.072	2°	7,4	148	6°	4,0	80	2°	11,4	228
- Cure dentarie	5°	42,7	854	1°	10,6	212	1°	5,0	100	1°	15,6	312
- Accesso al Pronto Soccorso	6°	29,2	584	9°	1,1	22	2°	4,6	92	7°	5,7	114
- Ricorso a ricoveri ospedalieri	7°	27,6	552	8°	1,6	32	3°	4,5	90	6°	6,1	122
- Ricorso al 118	8°	12,5	250	10°	1,0	20	4°	4,4	88	10°	5,4	108
- Assistenza a domicilio	9°	10,4	208	6°	4,2	84	9°	2,3	46	5°	6,5	130
- Ricoveri in RSA	10°	5,5	110	7°	3,7	74	10°	2,0	40	8°	5,7	114
- Altro	11°	0,9	18	11°	0,2	4	7°	3,2	64	11°	3,4	68
V.a. intervistati		2.000		2.000		2.000		2.000			2.000	
V.a. rispondenti che hanno fatto ricorso/rimandato/rinunciato ad uno o più prestazioni		1.536		324		218		419				
% rispondenti che hanno fatto ricorso/rimandato/rinunciato ad uno o più prestazioni		76,8		16,2		10,9		21,0				
V.a. rispondenti che non hanno avuto bisogno di utilizzare alcuna prestazione		464		1.676		1.782		1.581				
% rispondenti che non hanno avuto bisogno di utilizzare/rimandare/rinunciare ad alcuna prestazione		23,2		83,8		89,1		79,0				
V.a. prestazioni		7.643		953		751		1.703				
N. medio di prestazioni per intervistato		5,0		2,9		3,4		4,1				

Fonte: *Indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sisrema, 2016*

- ancora e sempre le cure dentarie che, per la loro costosità, occupano sempre il 1° posto, col 15,6% di addensamento di risposte;
- seguite però dalle prestazioni di base che di solito anticipano il percorso di cura vero e proprio, come ad esempio gli accertamenti diagnostici (2° posto, con l'11,4%), le visite specialistiche (3° posto, con l'11,1%) e le analisi di laboratorio (4° posto, con l'8,6%);
- arrivano poi le prestazioni di tipo socioassistenziale come l'assistenza a domicilio (5° posto, col 6,5%) e i ricoveri in RSA (8° posto, col 5,7%);
- e quindi si sono registrati i rimandi e le rinunce per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri in quanto tali (6° posto, col 6,1%), l'accesso al Pronto Soccorso (7° posto, col 5,7%) e il ricorso al 118 (10° posto, col 5,4%).

Ovviamente il rimando e la rinuncia al servizio del medico di base costituisce un'esperienza che scende verso le ultime posizioni, occupando il 9° posto (5,6%).

Se poi si considerano i rimandi e le rinunce alle prestazioni in termini di numero di famiglie italiane interessate, è possibile stimare per l'anno 2016 un coinvolgimento:

- di 4,0 milioni di unità familiari che hanno avuto delle esperienze di *rimando* a una o più prestazioni che hanno coinvolto i *care-giver* oppure altri membri della loro famiglia ristretta e/o allargata (con 2,9 esperienze in media per intervistato);
- di 2,7 milioni di famiglie che hanno avuto esperienze di *rinuncia* ad analisi e cure (3,4 in media per *care-giver* e/o per altri membri della famiglia ristretta e/o allargata);
- ed infine di 5,2 milioni di famiglie (nell'ambito dei precedenti 6,7 milioni sopra menzionati) che hanno dovuto sia rimandare che rinunciare alle prestazioni sanitarie e/o socioassistenziali, con 4,1 esperienze in media, sempre con riferimento sia ai *care-giver* che agli altri membri della famiglia ristretta o allargata.

Si è poi voluto approfondire i fenomeni richiamati, valutando se esiste un processo di "accumulazione" dei medesimi nel corso del tempo: con la conseguenza di aggravare lo stato di salute delle persone nell'immediato e ancora di più negli anni a venire, con un probabile aggravio dei costi a fronte di prestazioni ragionevolmente più impegnative. A tale proposito i dati della tabella 18 mettono in luce per ciascuna prestazione:

- se coloro che hanno avuto esperienze di rimandi nel 2016 abbiano anche subito rimandi nel 2015 e nel 2014: ad esempio per le cure dentarie ciò è

Tab. 18 – Eventuale rimando o rinuncia alle prestazioni nell'anno 2014 e 2015, riferiti ai care-giver che hanno rimandato o rinunciato alle prestazioni nell'anno 2016 (val. %)

Prestazioni	Ho/Abbiamo dovuto rimandare					Ho/Abbiamo dovuto rinunciare						
	2016 ¹		2015 ²		2014 ³	2016 ¹		2015 ²		2014 ³	2015/2014 ⁴	
	Correlazione Rimando/ Rinuncia											
– Cure dentarie	1° 10,6	5° 31,3	6° 41,6	5° 81,8	7° 10,3	1° 5,0	6° 41,6	5° 40,2	6° 82,1	7° 6,2		
– Ricorso a accertamenti diagnostici (es.: RX, TAC, Risonanza magnetica, ecc.)	2° 7,4	4° 42,6	4° 58,7	3° 85,2	6° 12,0	6° 4,0	9° 23,7	6° 32,3	8° 79,1	2° 16,9		
– Ricorso a visite specialistiche	3° 7,0	3° 47,6	5° 56,8	2° 86,7	8° 10,3	5° 4,1	7° 27,3	7° 30,3	4° 86,1	6° 12,2		
– Ricorso ad analisi di laboratorio di vario tipo	4° 6,1	2° 54,0	2° 60,3	4° 84,7	9° 10,1	7° 2,5	8° 23,8	8° 27,3	9° 76,0	3° 16,2		
– Ricorso al medico di base	5° 4,6	1° 63,5	1° 61,1	1° 91,7	10° 3,7	10° 1,0	10° 18,1	10° 18,2	7° 82,0	4° 14,7		
– Assistenza a domicilio	6° 4,2	9° 14,3	7° 20,5	7° 74,3	3° 23,4	8° 2,3	4° 67,1	4° 65,7	5° 86,1	5° 13,1		
– Ricoveri in RSA	7° 3,7	7° 15,2	8° 14,4	9° 59,1	2° 40,9	9° 2,0	3° 67,7	3° 73,6	2° 93,3	8° 5,8		
– Ricorso a ricoveri ospedalieri	8° 1,6	6° 20,0	3° 59,0	8° 62,0	4° 16,2	2° 4,5	5° 66,5	9° 24,2	10° 28,8	1° 67,9		
– Accesso al Pronto Soccorso	9° 1,1	10° 13,8	10° 10,6	10° 50,3	1° 49,7	4° 4,4	2° 68,3	1° 75,4	3° 92,1	9° 5,3		
– Ricorso al 118	10° 1,0	8° 14,9	9° 12,0	6° 75,3	5° 13,9	3° 4,4	1° 70,5	2° 74,5	1° 99,1	-		

(1) Sono state riportate le percentuali presenti nella precedente tabella 17, calcolate sulla base del rapporto tra il numero di care-giver che hanno dovuto rimandare o rinunciare alle singole prestazioni indicate e il totale dei 2.000 care-giver intervistati.

(2) Le percentuali sono il frutto del rapporto tra il numero di care-giver che hanno dovuto rimandare le prestazioni indicate nel 2015 e nel 2014 e il numero di care-giver che hanno rispettivamente rimandato o rinunciato alle stesse prestazioni nell'anno 2016.

(3) Le percentuali esprimono la quota di care-giver che hanno dovuto rimandare le prestazioni nel 2015 e contemporaneamente nel 2014 oppure hanno dovuto rinunciare alle prestazioni nel 2015 e nel 2014 oppure rinunciare alle prestazioni nel 2015 avendo rimandato nel 2014 (correlazione Rinuncia/Rinuncia e Rinuncia/Rimando).

(4) Le percentuali esprimono la quota di care-giver che hanno dovuto rinunciare alle prestazioni nel 2015 e contemporaneamente nel 2014 oppure hanno dovuto rinunciare alle prestazioni nel 2015 e contemporaneamente rimandare le stesse nel 2014 (correlazione Rinuncia/Rinuncia e Rinuncia/Rimando).

Fonte: *Indagine Ermenetia – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

avvenuto rispettivamente nel 31,3% e nel 41,6% dei casi (cfr. seconda e terza colonna della tabella 18, prima riga);

- come pure se coloro che hanno rinunciato nel 2016 a una o più prestazioni abbiano anche avuto esperienze di rinuncia nel 2015 e nel 2014: ciò si è verificato nel 41,6% e nel 40,2% dei casi, ancora una volta per quanto riguarda le cure dentarie (cfr. settima e ottava colonna della tabella 18, prima riga);
- e infine se coloro che hanno sperimentato rimandi e/o rinunce nel 2015 abbiano avuto tali esperienze anche nell'anno 2014: e questo emerge – sempre per l'esempio delle cure dentarie – nella quarta e quinta colonna e nelle ultime due colonne della tabella 18, prima riga).

Ma quali sono le ragioni del rimando o della rinuncia alle cure nell'opinione dei *care-giver*? Nella tabella 19 è possibile vedere come i fattori che giocano maggiormente sono, da un lato le difficoltà economiche familiari (per pagare ticket, accessi, prestazioni, ecc.) che si colloca al 1° posto, col 54,6% di addensamento di risposte, seguito a ridosso dalla presenza di liste di attesa troppo lunghe per poter ottenere le prestazioni desiderate, che è collocato in seconda posizione, col 52,1% di risposte.

Difficoltà burocratiche di accesso ai servizi, nonché diminuzione delle prestazioni e dei servizi offerti ai pazienti occupano rispettivamente il 3° e il 4° posto (col 15,8% e con il 10,2% di addensamento di risposte). Infine a tali ragioni si aggiunge quella del peggioramento delle prestazioni dei servizi offerti ai pazienti, che si colloca al 5° posto, con l'8,9% di addensamento di risposte.

È evidente che esistono più ragioni contemporaneamente ed infatti l'ultimo valore esposto nella colonna della tabella 19 evidenzia un numero medio di motivazioni per intervistato pari a 1,4.

Tab. 19 – Ragioni del rimando e/o della rinuncia alle cure (val. %)

<i>Risposta</i>		<i>%</i>
– Le difficoltà economiche familiari (per pagare ticket, accessi, prestazioni, ecc.)	1°	54,6
– Le liste di attesa troppo lunghe per le prestazioni	2°	52,1
– Le difficoltà burocratiche per poter accedere alle prestazioni	3°	15,8
– La diminuzione delle prestazioni (e dei servizi) offerti ai pazienti	4°	10,2
– Il peggioramento delle prestazioni (e dei servizi) offerti ai pazienti	5°	8,9
– Altre difficoltà	6°	2,0
v.a. rispondenti		419
v.a. risposte		602
N. medio risposte per intervistato		1,4

Il totale non è uguale a 100,0 perché erano possibili più risposte.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Le differenze delle ragioni addotte dalle diverse componenti del campione vengono illustrate dalle *Tabelle A19, B19 e C19 dell'Allegato statistico*.

3.2. La percezione del progressivo logoramento del Sistema Sanitario di tipo “universalistico e solidale”

Stante le ragioni del rimando e/o della rinuncia alle cure di cui si è parlato nel precedente paragrafo (che vanno dalle difficoltà economiche a quelle burocratiche, dall'attesa troppo lunga per le prestazioni alla diminuzione o al peggioramento di queste ultime) è abbastanza naturale aver chiesto ai *care-giver* un'opinione anche sull'eventuale logoramento dell'attuale Sistema di Welfare basato su principi di tipo “universalistico e solidale”.

Naturalmente anche in tal caso questo giudizio non viene fornito da una parte degli intervistati: si tratta del 19,4% del totale nell'anno 2016 (in crescita rispetto all'indagine del 2015, quando si posizionava al 14,4%).

I *care-giver* che non sono pronti a fornire un giudizio come quello richiesto fanno capo soprattutto alla componente femminile rispetto a quella maschile e a quella delle persone più giovani, ma anche – in maniera più che significativa – ai soggetti residenti nel Mezzogiorno (28,6% contro il 19,4% della media del campione), nonché ai *care-giver* che presentano un livello di istruzione modesto e che appartengono ad una fascia socioeconomica bassa e/o medio-bassa, cui si aggiunge la quota degli intervistati che risulta essere meno informata circa le alternative possibili presenti attualmente nel Sistema Sanitario Nazionale in termini di opportunità di curarsi in ospedali collocati al di fuori della propria Regione, in ospedali privati accreditati come alternativa a quelli pubblici ed eventualmente di curarsi presso strutture in altri Paesi europei.

Se invece non si considerano nel calcolo le percentuali relative alle mancate risposte, si devono considerare i dati presenti nella seconda e nella quarta colonna della tabella 20, avendo così la possibilità di mettere a confronto le risposte ottenute dai *care-giver* nel 2015 e nel 2016.

Come è facile rilevare nel 2016 l'opinione dei *care-giver* è divisa esattamente in tre parti, visto che 1/3 all'incirca afferma che, malgrado tutto, il sistema sanitario “universalistico e solidale” esiste ancora, 1/3 rileva che ormai si presenta “un po' logorato” e un po' più di 1/3 ammette che si è significativamente logorato nel corso degli ultimi anni (e quindi il 65,2% fornisce parere critico).

Il confronto col 2015 (cfr. seconda e quarta colonna della tabella 20) risulta abbastanza significativo, poiché dimostra l'esistenza di un processo di peggioramento in corso che tende ad accentuarsi via via nel tempo, considerando che diminuiscono nel 2016 i primi due tipi di giudizi, mentre raddoppia nettamente il terzo, quello cioè che denuncia un significativo "logoramento".

Uno sguardo più preciso che tenga conto delle diverse opinioni dei sottocampioni mostra come:

- a) i più critici nei confronti del Sistema Sanitario Nazionale siano soprattutto le donne rispetto agli uomini (37,7% contro 31,1%), nonché le persone più giovani oltre che quelle di media età. A queste si aggiungono i *care-giver* del Centro-Sud insieme a coloro che vivono in Comuni di piccola o media dimensione e soprattutto i *care-giver* in possesso di un livello di istruzione medio (cfr. *Tabella A20.2 dell'Allegato statistico*);
- b) una possibile trasversalità di opinioni critiche emerge dall'appartenenza sociale, visto che il logoramento significativo del Sistema Sanitario Nazionale viene percepito sia dagli intervistati di livello basso o medio-basso come pure da quelli di livello alto e/o medio-alto, ma soprattutto da coloro che hanno avuto un'esperienza di malattia o di intervento di tipo grave; naturalmente essere "poco soddisfatti" dei servizi ospedalieri della propria Regione sostiene ulteriormente il giudizio critico (57,0% dei casi contro una media del campione pari a 34,8%, come mostra la *Tabella B20.2 dell'Allegato statistico*). E ancora la percezione di logoramento più pronunciata coinvolge trasversalmente anche le persone che pure sono consapevoli delle alternative che offre il sistema sanitario ospedaliero in termini di cura dentro o fuori la Regione di appartenenza, presso gli ospedali pubblici come pure presso quelli privati accreditati oppure ancora nelle strutture ospedaliere nazionali ma anche in quelle presenti negli altri Stati europei (cfr. *Tabella C20.2 dell'Allegato statistico*);
- c) viceversa esiste un 32,8% di *care-giver* che sostengono come il sistema nazionale di tipo "universalistico e solidale" esista ancora, malgrado tutto. Essi sono soprattutto gli uomini rispetto alle donne (39,7% contro 27,5%), gli intervistati più anziani e le persone che vivono nel Nord rispetto al resto del Paese oltre che nei centri urbani di maggiore ampiezza ed infine i soggetti con un elevato livello di istruzione (cfr. *Tabella A20.2 dell'Allegato statistico*). E così vale anche per il livello socioeconomico elevato dell'intervistato e per chi ha avuto esperienze ospedaliere per malattie o interventi di tipo grave (cfr. *Tabella B20.2 dell'Allegato statistico*). Ed infine è intuibile che chi è perfettamente a conoscenza delle alternative di cura (Regione/Extra Regione, pubblico/privato accreditato

e ospedali nazionali/ospedali di altri Paesi dell'Unione Europea) esprime anche un giudizio più consistente in favore della tenuta del Sistema Sanitario Nazionale di tipo “universalistico e solidale”: ma ciò non toglie che la maggioranza di intervistati manifesti preferibilmente un giudizio critico piuttosto che un giudizio di tenuta di tale sistema (cfr. *Tabella C20.2 dell'Allegato statistico*).

Tab. 20 – Percezione di un eventuale logoramento del Sistema Sanitario Nazionale di tipo universalistico e solidale, stante il livello dei servizi, l'aumento dei costi di accesso, la necessità di ricorrere ai servizi intramoenia o a quelli privati, ecc. (val. %)

Risposta	Care-giver 2016		Care-giver 2015 ¹	
	Totale	Al netto delle mancate risposte	Totale	Al netto delle mancate risposte
– Mi sembra di poter affermare che il Sistema Sanitario Nazionale universalistico e solidale esista ancora, malgrado tutto	26,4	32,8	32,8	38,3
– Mi sembra che si sia un po' logorato	26,1	32,4	38,0	44,4
– Mi sembra che si sia significativamente logorato nel corso degli ultimi anni	28,1	34,8	14,8	17,3
– Non saprei dare una risposta in proposito	19,4	-	14,4	-
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	2.000	1.612	2.000	1.712

(1) Cfr. Rapporto “Ospedali & Salute/2015”, Parte terza/tabella 15, pag. 174.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Parte quarta

Gli indicatori statistici

1. I dati di struttura

1.1. La presenza di istituti pubblici e di istituti privati accreditati

Al momento della stesura finale del presente rapporto, il Ministero della Salute non ha ancora reso disponibili gli aggiornamenti dei dati di struttura e attività relativi al 2014 e viene riproposta, quindi, l'analisi delle tendenze rilevate lo scorso anno con la quale si dava conto del progressivo riassetto del panorama ospedaliero italiano, iniziata in modo marcato a partire dal 2004 e che ha riguardato soprattutto l'ambito della rete delle strutture pubbliche. Queste ultime, infatti, sono state oggetto di aggregazioni e trasformazioni in nuove tipologie di istituti, principalmente da una configurazione di ospedale a diretta gestione ASL verso nuove forme organizzative a matrice di Azienda ospedaliera variamente articolata (Azienda ospedaliera, Azienda integrata con università, Azienda integrata con SSN). In ambito privato continua invece la propensione, già rilevata in alcune Regioni come il Lazio, al declassamento di molte strutture accreditate in realtà dalle caratteristiche marcatamente lungodegenziali o residenziali. I dati più recenti del Ministero della Salute indicano per il 2013 una ulteriore riduzione rispetto all'anno precedente di diciassette unità tra gli ospedali a diretta gestione ASL, di tre case di cura accreditate e di due ospedali ecclesiastici classificati. Rispetto al 2009, nuovo anno di riferimento della serie dei dati presentati, si può osservare come il totale degli istituti pubblici e privati passi dalle 1.178 alle 1.069 unità del 2013, con un decremento che raggiunge complessivamente il -9,3%. Le tabelle S/1 e S/2 mostrano in particolare:

- nell'ambito pubblico, soprattutto una riduzione delle aziende ospedaliere pure (-22,4%), riduzione che potrebbe essere imputata principalmente ad una loro riconversione in aziende ospedaliere integrate con le università, cresciute del 5,6% tra il 2010 ed il 2011 e dello stesso valore tra il 2009 e il 2013; anche le strutture direttamente gestite dalle ASL confermano un

trend in diminuzione che sfiora il -16%, pur ricordando tuttavia che siamo in presenza più di riconversioni di tipologia o di aggregazioni che di reali dismissioni;

- nell’ambito degli istituti accreditati, la conferma della tendenza al ridimensionamento della loro presenza, che riduce le 533 unità del 2009 alle 509 del 2013.

Il rapporto tra gli ospedali pubblici nella loro classificazione estesa agli assimilati e gli ospedali privati (case di cura accreditate) sul totale degli istituti di ricovero evidenzia risultati medi nazionali pari al 52,4% per i primi e al 47,6% per i secondi (tab. S/4), con una distribuzione sempre molto equilibrata nella maggior parte delle regioni italiane, ma sempre tenendo conto della maggior consistenza dimensionale e la relativa dotazione media di posti letto che caratterizza le strutture pubbliche.

L’osservazione dei rapporti pubblico/privato regione per regione risultanti dai dati dell’anno 2013, indica in quali ambiti territoriali esista una maggiore prevalenza del pubblico e dove invece si confermi una sorta di equilibrio da “quasi-sistema misto” tra i due comparti (tab. S/4):

- la prevalenza di strutture pubbliche si manifesta soprattutto nella Basilicata, nella Sardegna, nel Friuli Venezia Giulia, nel Veneto, nella Liguria, nell’Umbria, nel Molise, nell’Abruzzo, nella Toscana e nelle Province Autonome di Bolzano e Trento;
- la conferma di un quasi sistema-misto (con un maggiore equilibrio di tipologia di istituti) è invece riscontrabile soprattutto nella Campania, nella Lombardia, nel Lazio, nel Piemonte, nella Calabria, nella Valle d’Aosta, e nella Sicilia.

1.2. La distribuzione dei posti letto

Analizzando le dotazioni di posti letto, anziché il numero degli istituti, si può osservare come in Italia siano risultati attivi nel 2013 quasi 200 mila posti letto, suddivisi secondo una composizione piuttosto stabile nel tempo e che vede il 78,8% afferente alla categoria pubblica e il 21,2% alla categoria degli ospedali e case di cura privati accreditati (tab. S/5).

La distribuzione territoriale privilegia ancora il Nord, con il Centro e il Sud a seguire nell’ordine nel caso delle strutture pubbliche e viceversa se si tratta di strutture private.

Dai dati percentuali della tabella S/5 è possibile anche rilevare una stabilizzazione nella distribuzione per area territoriale dei posti letto pubblici e privati nell’ottica dell’auspicabile realizzazione di un equilibrio da “sistema

misto”, un percorso però oggi più che mai messo in discussione dai preoccupanti provvedimenti sul riordino della rete ospedaliera il cui iter di approvazione è ormai quasi compiuto.

Se poi poniamo l’attenzione sulla distribuzione regionale dei posti letto (sempre attraverso la composizione percentuale presente nella tabella S/5), è possibile rilevare come le punte di offerta pubblica riguardino soprattutto la Liguria (96,6%), il Veneto (92,9%), l’Umbria (92,5%), la Basilicata (91,7%). Le punte di offerta di posti letto nelle case di cura accreditate sono concentrate invece soprattutto nella Campania (35,7%), nella Calabria (34,7%), nel Lazio (28,2%), nella Provincia Autonoma di Trento (27,3%), nella Sicilia (26,3%), nell’Emilia Romagna (24,6%), nell’Abruzzo (23,3%) e nella Lombardia (22,4%).

Per la componente di offerta del settore privato accreditato rappresentata dalle strutture che fanno capo ad Aiop, si è potuto operare invece un aggiornamento al 2016, ma la citata indisponibilità del dato ministeriale 2014 non ha consentito il consueto confronto con le altre componenti di offerta proposte nella tab. S/6, che evidenziava lo scorso anno una dotazione di più di 31.000 letti per ricovero ordinario su un totale di poco superiore ai 42.000, con una percentuale che sfiorava il 74%.

La distribuzione su base regionale per l’anno 2016 degli istituti accreditati sempre di ambito Aiop mette in evidenza, tra le strutture accreditate con il SSN, una concentrazione in chiave di indirizzo nosologico prevalente soprattutto (tab. S/7):

- nel campo polispecialistico (180 istituti su 442);
- nel campo chirurgico (73 istituti su 442);
- nel campo riabilitativo (63 istituti su 442);
- nel campo delle R.S.A. (62 istituti su 442);
- nel campo neuropsichiatrico (32 istituti su 442);
- nel campo medico (16 istituti su 442)
- nel campo lungodegenti (16 istituti su 442).

Se si considerano invece le diverse tipologie di attività (cfr. tabelle S/8 e S/9), sempre riferite agli istituti associati all’Aiop (anno 2016), le concentrazioni maggiori a livello nazionale si confermano quelle afferenti, in ordine decrescente, all’area chirurgica, all’area medica, all’area riabilitativa, all’area RSA, all’area per lungodegenti ed a quella neuropsichiatrica, insieme ad una sempre rilevante e qualificata presenza di un’area di alta specialità presidiata principalmente dalla cardiocirurgia.

1.3. La dotazione di apparecchiature

Anche il quadro della distribuzione delle dotazioni di apparecchiature risente del mancato aggiornamento dei dati al 2014 di un apparato tecnologico che supporta e qualifica l'attività ospedaliera e che in gran parte delle Regioni italiane fornisce un determinante contributo anche in termini di assistenza per il territorio. La situazione al 2013 è desumibile nella sua distribuzione regionale e per tipo di apparecchiatura dalle tabelle S/10 (per le strutture pubbliche), S/11 (per quanto riguarda le case di cura accreditate) e S/12 (per quanto concerne le case di cura non accreditate).

I dati, riproposti anche in questa edizione, confermano la rilevanza del contributo che la componente ospedaliera privata garantisce sul piano dell'offerta di servizi tecnologici avanzati, continuando ad assicurare una significativa compensazione territoriale nel quadro del più volte richiamato concetto di "sistema misto".

Nella tabella S/10 (Strutture pubbliche) si evidenzia come la maggior parte delle apparecchiature più sofisticate (Tomografo Assiale Computerizzato – TAC, Apparecchio per Emodialisi – EMD, Tomografo a Risonanza Magnetica – TRM e Acceleratore Lineare – ALI) siano prevalentemente concentrate nelle strutture ospedaliere del Nord del Paese, salvo che per la Camera Iperbarica che appare molto più presente nel Mezzogiorno.

Nella tabella S/11 è possibile verificare, con riferimento alle stesse apparecchiature, l'effetto compensativo garantito dalle strutture private con la propria significativa quota di attrezzature presenti nel Mezzogiorno rispetto al resto del Paese, sia per quanto riguarda la Camera Iperbarica che per la TAC e gli Apparecchi per Emodialisi.

Tab. S/1 – Evoluzione del numero degli istituti pubblici e privati (case di cura accreditate)

	2009		2010		2011		2012		2013	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
- Aziende ospedaliere	76	6,5	64	5,5	62	5,5	59	5,4	59	5,5
- Ospedali a gestione diretta	430	36,5	429	36,9	400	35,6	379	34,7	362	33,9
- Aziende osp. integrate con il Ssn	8	0,7	8	0,7	8	0,7	8	0,7	8	0,7
- Aziende osp. integrate con le univ.	18	1,5	18	1,5	19	1,7	19	1,7	19	1,8
- Policlinici universitari	2	0,2	2	0,2	2	0,2	2	0,2	2	0,2
- Istituti a carattere scientifico	60	5,1	60	5,2	61	5,4	62	5,7	62	5,8
- Ospedali eccl. classificati	30	2,5	30	2,6	30	2,7	30	2,7	28	2,6
- Istituti presidio delle Asl	19	1,6	20	1,7	17	1,5	17	1,6	17	1,6
- Enti di ricerca	2	0,2	3	0,3	3	0,3	3	0,3	3	0,3
- <i>Totale parziale</i>	645	54,8	634	54,5	602	53,5	579	53,1	560	52,4
- Ospedali privati (case di cura accred.)	533	45,2	529	45,5	523	46,5	512	46,9	509	47,6
<i>Totale Generale</i>	<i>1.178</i>	<i>100,0</i>	<i>1.163</i>	<i>100,0</i>	<i>1.125</i>	<i>100,0</i>	<i>1.091</i>	<i>100,0</i>	<i>1.069</i>	<i>100,0</i>

Fonte: elaborazioni su dati provenienti dal Rapporto su "Attività gestionali ed economiche delle Usl e Aziende ospedaliere", Ministero della Salute, Anni, 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013.

Tab. S/2 – Evoluzione del numero degli istituti pubblici e privati accreditati (incremento %)

	2010/2009		2011/2010		2012/2011		2013/2012		2013/2009	
	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.
- Aziende ospedaliere	-15,8	-3,1	-4,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-22,4	-22,4
- Ospedali a gestione diretta	-0,2	-6,8	-5,3	-4,5	-4,5	-15,8	-15,8	-15,8	-15,8	-15,8
- Aziende osp. integrate con il Ssn	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Aziende osp. integrate con le università	0,0	5,6	0,0	0,0	0,0	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6
- Policlinici universitari	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Istituti a carattere scientifico	0,0	1,7	1,6	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3
- Ospedali eccl. classificati	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-6,7	-6,7	-6,7	-6,7	-6,7
- Istituti presidio delle Asl	5,3	-15,0	0,0	0,0	0,0	-10,5	-10,5	-10,5	-10,5	-10,5
- Enti di ricerca	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0
- <i>Totale parziale</i>	-1,7	-5,0	-3,8	-3,3	-3,3	-13,2	-13,2	-13,2	-13,2	-13,2
- Ospedali privati (case di cura accreditate)	-0,8	-1,1	-2,1	-4,5	-4,5	-4,5	-4,5	-4,5	-4,5	-4,5
<i>Totale Generale</i>	<i>-1,3</i>	<i>-3,3</i>	<i>-3,0</i>	<i>-2,0</i>	<i>-2,0</i>	<i>-9,3</i>	<i>-9,3</i>	<i>-9,3</i>	<i>-9,3</i>	<i>-9,3</i>

Fonte: elaborazioni su dati provenienti dal Rapporto su "Attività Gestionali ed economiche delle Usl e Aziende ospedaliere", Ministero della Salute, Anni, 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013.

Tab. S/3 – Istituti pubblici e privati accreditati per regione. Anno 2013 (v.a.)

Regioni	Aziende ospedaliere	Ospedali a gestione diretta	Aziende ospedaliere integrate con il SSN	Aziende ospedaliere integrate con le università	Policlinici universitari	Istituti a carattere scientifico	Ospedali ecclesiastici classificati	Istituti presidio della Asl	Enti di ricerca	Totale	Ospedati privati (case di cura accreditate)
- Piemonte	3	22	-	3	-	3	-	6	-	37	39
- Valle d'Aosta	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1
- Lombardia	29	1	-	-	-	25	-	-	-	60	70
- P.A. di Bolzano	-	7	-	-	-	-	-	-	-	7	5
- P.A. di Trento	-	7	-	-	-	-	-	-	-	8	6
- Veneto	1	21	-	1	-	3	-	6	-	38	15
- Friuli V.G.	1	8	-	2	-	2	-	-	-	13	5
- Liguria	-	6	-	-	-	3	-	-	-	11	5
- Emilia Romagna	1	20	-	4	-	3	-	-	-	28	44
- Toscana	-	31	-	4	-	2	-	2	1	40	27
- Umbria	2	8	-	-	-	-	-	-	-	10	5
- Marche	2	13	-	-	-	1	-	-	-	16	13
- Lazio	3	35	1	2	2	7	-	8	-	60	67
- Abruzzo	-	18	-	-	-	-	-	-	-	18	11
- Molise	-	3	-	-	-	1	-	-	1	5	3
- Campania	6	34	2	1	-	2	-	3	1	49	63
- Puglia	-	25	-	2	-	5	-	2	-	34	28
- Basilicata	1	7	-	-	-	1	-	-	-	9	3
- Calabria	4	17	-	-	-	1	-	-	-	22	30
- Sicilia	5	53	3	-	-	3	-	1	1	66	59
- Sardegna	1	25	2	-	-	-	-	-	-	28	10
- Nord	35	93	-	10	-	39	-	14	-	203	190
- Centro	7	87	1	6	2	10	-	8	1	126	112
- Sud	17	182	7	3	-	13	-	6	1	231	207
- Italia	59	362	8	19	2	62	-	28	3	560	509

Fonte: elaborazioni Ermenea su dati Ministero della Salute

Tab. S/4 – Istituti pubblici e privati accreditati per regione. Anno 2013/2012 (composizione %)

Regioni	2013										2012			
	Aziende osp. diretta	Aziende osped. integrate con il SSN	Aziende osped. integrate con le università	Aziende osp. Policlinici univers.	Istituti a carattere scient.	Ospedali eccles. classific.	Istituti presidio della Asl	Enti di ricerca	Totale istituti pubblici	Ospedali privati (case di cura accreditate)	Totale istituti pubblici	Ospedali privati (case di cura accreditate)	Totale ist. di cura	
– Piemonte	3,9	28,9	0,0	3,9	0,0	0,0	7,9	0,0	48,7	51,3	48,7	51,3	100,0	
– Valle d'Aosta	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0	50,0	50,0	100,0	
– Lombardia	22,3	0,8	0,0	0,0	19,2	3,8	0,0	0,0	46,2	53,8	46,2	53,8	100,0	
– P.A. di Bolzano	0,0	58,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	58,3	41,7	58,3	41,7	100,0	
– P.A. di Trento	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	7,1	0,0	0,0	57,1	42,9	57,1	42,9	100,0	
– Veneto	1,9	39,6	0,0	1,9	0,0	11,3	11,3	0,0	71,7	28,3	71,7	28,3	100,0	
– Friuli V.G.	5,6	44,4	0,0	11,1	0,0	0,0	0,0	0,0	72,2	27,8	72,2	27,8	100,0	
– Liguria	0,0	37,5	0,0	18,8	0,0	12,5	0,0	0,0	68,8	31,3	73,3	26,7	100,0	
– Emilia R.	1,4	27,8	0,0	4,2	0,0	0,0	0,0	0,0	38,9	61,1	38,9	61,1	100,0	
– Toscana	0,0	46,3	0,0	3,0	0,0	0,0	3,0	1,5	59,7	40,3	59,4	40,6	100,0	
– Umbria	13,3	53,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	66,7	33,3	66,7	33,3	100,0	
– Marche	6,9	44,8	0,0	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	55,2	44,8	55,2	44,8	100,0	
– Lazio	2,4	27,6	0,8	1,6	1,6	6,3	1,6	0,0	47,2	52,8	48,4	51,6	100,0	
– Abruzzo	0,0	62,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	62,1	37,9	62,1	37,9	100,0	
– Molise	0,0	37,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5	62,5	37,5	62,5	37,5	100,0	
– Campania	5,4	30,4	1,8	0,9	0,0	1,8	0,9	0,0	43,8	56,3	43,4	56,6	100,0	
– Puglia	0,0	40,3	0,0	3,2	0,0	8,1	3,2	0,0	54,8	45,2	56,7	43,3	100,0	
– Basilicata	8,3	58,3	0,0	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	75,0	25,0	75,0	25,0	100,0	
– Calabria	7,7	32,7	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	42,3	57,7	50,0	50,0	100,0	
– Sicilia	4,0	42,4	2,4	0,0	0,0	0,8	0,0	0,8	52,8	47,2	52,3	47,7	100,0	
– Sardegna	2,6	65,8	5,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	73,7	26,3	75,6	24,4	100,0	
Nord	8,9	23,7	0,0	2,5	0,0	3,6	3,1	0,0	51,7	48,3	51,8	48,2	100,0	
Centro	2,9	36,6	0,4	2,5	0,8	3,4	1,7	0,4	52,9	47,1	53,5	46,5	100,0	
Sud	3,9	41,6	1,6	0,7	3,0	1,4	0,2	0,5	52,7	47,3	53,9	46,1	100,0	
Italia	5,5	33,9	0,7	1,8	0,2	2,6	1,6	0,3	52,4	47,6	53,1	46,9	100,0	

Fonte: elaborazioni Ermeneia su dati Ministero della Salute

Tab. S/5 – Posti letto pubblici e privati accreditati utilizzati per l'attività di ricovero, per regione, per regione. Anno 2013

Regioni	2013				2011			
	Istituti pubblici ⁽¹⁾		Ospedali privati (case di cura accreditate)		Istituti pubblici		Osp. privati (case di cura accreditate)	
	Posti letto	% sul totale	Posti letto	% sul totale	% sul totale	% sul totale	% sul totale	Totale
- Piemonte	12.902	79,4	3.345	20,6	16.247	79,6	20,4	100,0
- Valle d'Aosta	453	86,0	74	14,0	527	84,1	15,9	100,0
- Lombardia	27.421	77,6	7.904	22,4	35.325	78,7	21,3	100,0
- P.A. di Bolzano	1.694	86,6	262	13,4	1.956	85,4	14,6	100,0
- P.A. di Trento	1.416	72,7	532	27,3	1.948	75,5	24,5	100,0
- Veneto	15.199	92,9	1.158	7,1	16.357	93,2	6,8	100,0
- Friuli Venezia Giulia	3.957	90,2	428	9,8	4.385	89,9	10,1	100,0
- Liguria	5.211	96,6	183	3,4	5.394	97,9	2,1	100,0
- Emilia Romagna	13.226	75,4	4.316	24,6	17.542	75,4	24,6	100,0
- Toscana	9.781	86,3	1.555	13,7	11.336	85,5	14,5	100,0
- Umbria	2.629	92,5	213	7,5	2.842	91,8	8,2	100,0
- Marche	4.380	83,5	863	16,5	5.243	83,9	16,1	100,0
- Lazio	14.281	71,8	5.600	28,2	19.881	70,1	29,9	100,0
- Abruzzo	3.301	76,7	1.000	23,3	4.301	77,4	22,6	100,0
- Molise	995	87,7	140	12,3	1.135	88,3	11,7	100,0
- Campania	10.304	64,3	5.711	35,7	16.015	65,3	34,7	100,0
- Puglia	9.703	80,9	2.285	19,1	11.988	81,9	18,1	100,0
- Basilicata	1.645	91,7	149	8,3	1.794	92,2	7,8	100,0
- Calabria	3.186	65,3	1.694	34,7	4.880	65,2	34,8	100,0
- Sicilia	10.428	73,7	3.726	26,3	14.154	73,0	27,0	100,0
- Sardegna	4.650	82,2	1.004	17,8	5.654	79,5	20,5	100,0
Nord	81.479	81,7	18.202	18,3	99.681	82,4	17,6	100,0
Centro	31.071	79,1	8.231	20,9	39.302	78,0	22,0	100,0
Sud	44.212	73,8	15.709	26,2	59.921	73,9	26,1	100,0
<i>Italia</i>	<i>156.762</i>	<i>78,8</i>	<i>42.142</i>	<i>21,2</i>	<i>198.904</i>	<i>78,9</i>	<i>21,1</i>	<i>100,0</i>

(1) Vedi tabella S/3.

Fonte: elaborazioni Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/6 – Ospedali privati (case di cura private accreditate) con il Ssn, per regione – Istituti e posti letto. Anno 2013

	AIDP		ARIS		Altre		Totale	
	Istituti	Posti letto accr.						
– Piemonte	23	1.930	7	713	9	702	39	3.345
– Valle d'Aosta	1	74					1	74
– Lombardia	38	4.646	14	1.895	18	1.363	70	7.904
– Bolzano	2	124	1	62	2	76	5	262
– Trento	3	284	2	103	1	145	6	532
– Veneto	15	1.158	-	-	-	-	15	1.158
– Friuli V.G.	4	335	-	-	1	93	5	428
– Liguria	2	124	1	11	2	48	5	183
– Emilia R.	41	4.111	1	76	2	129	44	4.316
– Toscana	13	849	7	204	7	502	27	1.555
– Umbria	4	153	1	60	-	-	5	213
– Marche	10	663	3	200	-	-	13	863
– Lazio	51	4.040	5	295	11	1.265	67	5.600
– Abruzzo	7	683	2	98	2	219	11	1.000
– Molise	2	100	-	-	1	40	3	140
– Campania	54	4.917	-	-	9	794	63	5.711
– Puglia	21	1.786	2	154	5	345	28	2.285
– Basilicata	1	50	1	59	1	40	3	149
– Calabria	15	879	-	-	15	815	30	1.694
– Sicilia	54	3.504	-	-	5	222	59	3.726
– Sardegna	7	717	-	-	3	287	10	1.004
– Nord	129	12.786	26	2.860	35	2.556	190	18.202
– Centro	78	5.705	16	759	18	1.767	112	8.231
– Sud	161	12.636	5	311	41	2.762	207	15.709
<i>Italia</i>	368	31.127	47	3.930	94	7.085	509	42.142
%	72,3	73,9	9,2	9,3	18,5	16,8	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni Ermeneta su dati Ministero della Salute, anagrafica 2013

Tab. S/7 – Distribuzione regionale degli istituti associati Atop secondo l'indirizzo nosologico prevalente – Anno 2016

Regioni	Polisp		Medico		Chirurgico		Neuropsich.		Lungodegenti		Riabilitativo		RSA		Totale case di cura		Centri di riabilitazione	
	Accreditati	Non accreditati	Accreditati	Non accreditati	Accreditati	Non accreditati	Accreditati	Non accreditati	Accreditati	Non accreditati	Accreditati	Non accreditati						
– Piemonte	13	3	-	-	-	1	5	-	2	-	4	-	2	-	26	4	-	-
– Valle D'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-
– Lombardia	26	2	2	2	2	2	1	-	-	-	13	-	5	-	49	4	2	-
– Bolzano	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	3	-	-	-
– Trento	1	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	3	-	-	-
– Veneto	11	-	-	-	2	-	3	-	-	-	4	-	1	-	21	-	-	-
– Friuli V.G.	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2	4	2	-	-
– Liguria	1	1	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	3	1	-	-
– Emilia R.	24	1	1	-	1	-	6	3	-	-	7	-	5	-	46	1	1	-
– Toscana	6	-	1	-	5	-	2	-	-	-	1	-	1	-	15	-	-	-
– Umbria	2	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	1	-	5	-	-	-
– Marche	6	-	-	-	-	-	1	-	1	-	2	-	-	-	10	-	1	-
– Lazio	18	8	5	-	8	10	5	3	-	-	6	-	42	2	87	20	6	-
– Abruzzo	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	7	-	-	-
– Molise	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	3	-	-	-
– Campania	23	-	2	-	14	-	5	5	-	-	7	-	-	56	-	1	-	-
– Puglia	10	-	3	-	3	-	1	-	-	-	2	-	-	19	-	5	-	-
– Basilicata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
– Calabria	3	-	1	-	10	1	-	-	-	-	4	-	4	-	22	1	-	-
– Sicilia	21	-	2	-	21	-	3	-	-	-	6	-	2	-	55	-	-	-
– Sardegna	3	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-
– Nord	80	7	2	-	6	3	15	7	-	-	33	-	13	2	156	12	2	-
– Centro	32	8	6	-	15	10	8	4	-	-	9	-	43	2	117	20	8	-
– Sud	68	-	8	-	52	1	9	5	-	-	21	-	6	-	169	1	6	-
– Italia	180	15	16	-	73	14	32	16	-	-	63	-	62	4	442	33	16	-

Fonte: Atop

Tab. S/8 – Distribuzione regionale dei posti letto degli istituti associati Atop per tipologia di attività – Anno 2016

Regioni	Alta specialità		Medica		Chirurgica		Neuropsich.		Lungodegenti		Riabilitativa		RSA		Totali		Centri di riabilitazione	
	Accreditati	Non accreditati	Accreditati	Non accreditati	Accreditati	Non accreditati	Accreditati	Non accreditati	Accreditati	Non accreditati	Accreditati	Non accreditati	Accreditati	Non accreditati	Accreditati	Non accreditati	Accreditati	Non accreditati
– Piemonte	90	10	389	91	678	250	288	32	333	18	528	10	208	-	2.514	411	-	-
– Valle d'Aosta	-	-	-	-	12	4	-	-	-	-	64	-	-	-	76	4	-	-
– Lombardia	413	18	2.455	138	2.945	263	60	20	13	-	2.047	55	561	24	8.494	518	140	-
– Bolzano	-	-	7	-	8	-	-	-	23	-	86	3	-	-	124	3	-	-
– Trento	-	-	88	11	38	-	-	-	217	39	73	22	-	-	416	72	-	-
– Veneto	8	-	437	67	660	225	362	48	68	-	647	110	188	-	2.370	450	-	-
– Friuli V.G.	15	-	117	14	195	18	-	-	-	-	108	-	-	-	420	184	-	-
– Liguria	15	-	43	17	65	43	-	-	-	-	67	-	-	-	190	60	-	-
– Emilia R.	73	2	1.057	32	1.476	159	605	2	565	5	914	10	475	170	5.165	380	-	-
– Toscana	21	-	198	-	561	25	105	1	34	-	226	-	-	-	1.145	26	86	-
– Umbria	-	-	15	1	160	24	-	-	-	-	16	1	40	20	231	46	-	-
– Marche	-	-	176	5	261	34	50	-	120	5	92	-	39	-	738	44	40	-
– Lazio	-	64	1.191	408	1.688	1.050	439	5	685	3	1.348	317	3.744	229	9.095	2.076	528	-
– Abruzzo	-	-	261	103	339	136	100	-	-	-	123	108	-	-	823	347	-	-
– Molise	-	-	110	52	85	-	-	-	-	-	75	100	-	-	270	152	-	-
– Campania	52	-	926	262	2.142	465	473	121	515	36	1.043	18	10	-	5.161	912	78	60
– Puglia	146	10	757	220	678	130	16	-	-	-	327	100	40	-	1.964	450	448	12
– Basilicata	-	-	-	-	56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	56	-	-	-
– Calabria	-	-	259	3	532	30	-	-	119	-	439	-	222	-	1.571	33	-	-
– Sicilia	65	-	1.308	18	1.871	28	145	23	103	-	616	49	112	-	4.220	118	-	-
– Sardegna	-	5	289	10	371	31	-	-	12	15	61	15	-	-	733	76	-	-
Nord	599	30	4.593	370	6.077	962	1.315	102	1.219	62	4.534	210	1.432	346	19.769	2.082	140	-
Centro	21	64	1.580	414	2.670	1.133	594	6	839	8	1.682	318	3.823	249	11.209	2.192	654	-
Sud	263	15	3.910	668	6.074	820	734	144	749	51	2.684	390	384	-	14.798	2.088	526	72
Italia	883	109	10.083	1.452	14.821	2.915	2.643	252	2.807	121	8.900	918	5.639	595	45.776	6.362	1.320	72

Fonte: Atop

Tab. S/9 – Distribuzione regionale dei posti letto degli istituti associati. Atop per tipologia di attività e per regione. Anno 2016 (composizione %)

Regioni	Alta specialità		Medica		Chirurgica		Neuropsich.		Lungodegenti		Riabilitativa		RSA		Totale	
	Accreditati	Non accreditati	Accreditati	Non accreditati	Accreditati	Non accreditati	Accreditati	Non accreditati	Accreditati	Non accreditati	Accreditati	Non accreditati	Accreditati	Non accreditati	Accreditati	Non accreditati
– Piemonte	3,6	2,4	15,5	22,1	27,0	60,8	11,5	7,8	13,2	4,4	21,0	2,4	8,3	-	100,0	100,0
– Valle d'Aosta	-	-	-	-	15,8	100,0	-	-	-	-	84,2	-	-	-	100,0	100,0
– Lombardia	4,9	3,5	28,9	26,6	34,7	50,8	0,7	3,9	0,2	-	24,1	10,6	6,6	4,6	100,0	100,0
– P.A. di Bolzano	-	-	5,6	-	6,5	-	-	-	18,5	-	69,4	100,0	-	-	100,0	100,0
– P.A. di Trento	0,3	-	21,2	15,3	9,1	-	-	-	52,2	54,2	17,5	30,6	-	-	100,0	100,0
– Veneto	-	-	18,4	14,9	27,8	50,0	-	-	2,9	-	27,3	24,4	7,9	-	100,0	100,0
– Friuli V.G.	-	-	27,9	7,6	46,4	9,8	-	-	-	-	25,7	-	-	82,6	100,0	100,0
– Liguria	7,9	-	22,6	28,3	34,2	71,7	-	-	-	-	35,3	-	-	-	100,0	100,0
– Emilia R.	1,4	0,5	20,5	8,4	28,6	41,8	11,7	0,5	10,9	1,3	17,7	2,6	9,2	44,7	100,0	100,0
– Toscana	1,8	-	17,3	-	49,0	96,2	9,2	3,8	3,0	-	19,7	-	-	-	100,0	100,0
– Umbria	-	-	6,5	2,2	69,3	52,2	-	-	-	-	6,9	2,2	17,3	43,5	100,0	100,0
– Marche	-	-	23,8	11,4	35,4	77,3	6,8	-	16,3	11,4	12,5	-	5,3	-	100,0	100,0
– Lazio	-	3,1	13,1	19,7	18,6	50,6	4,8	0,2	7,5	0,1	14,8	15,3	41,2	11,0	100,0	100,0
– Abruzzo	-	-	31,7	29,7	41,2	39,2	12,2	-	-	-	14,9	31,1	-	-	100,0	100,0
– Molise	-	-	40,7	34,2	31,5	-	-	-	-	-	27,8	65,8	-	-	100,0	100,0
– Campania	1,0	1,1	17,9	28,7	41,5	51,0	9,2	13,3	10,0	3,9	20,2	2,0	0,2	-	100,0	100,0
– Puglia	7,4	-	38,5	48,9	34,5	28,9	0,8	-	-	-	16,6	22,2	2,0	-	100,0	100,0
– Basilicata	-	-	-	-	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0	-
– Calabria	-	-	16,5	9,1	33,9	90,9	-	-	7,6	-	27,9	-	14,1	-	100,0	100,0
– Sicilia	1,5	-	31,0	15,3	44,3	23,7	3,4	19,5	2,4	-	14,6	41,5	2,7	-	100,0	100,0
– Sardegna	-	6,6	39,4	13,2	50,6	40,8	-	-	1,6	19,7	8,3	19,7	-	-	100,0	100,0
– Nord	3,0	1,4	23,2	17,8	30,7	46,2	6,7	4,9	6,2	3,0	22,9	10,1	7,2	16,6	100,0	100,0
– Centro	0,2	2,9	14,1	18,9	23,8	51,7	5,3	0,3	7,5	0,4	15,0	14,5	34,1	11,4	100,0	100,0
– Sud	1,8	0,7	26,4	32,0	41,0	39,3	5,0	6,9	5,1	2,4	18,1	18,7	2,6	0,0	100,0	100,0
<i>Italia</i>	<i>1,9</i>	<i>1,7</i>	<i>22,0</i>	<i>22,8</i>	<i>32,4</i>	<i>45,8</i>	<i>5,8</i>	<i>4,0</i>	<i>6,1</i>	<i>1,9</i>	<i>19,4</i>	<i>14,4</i>	<i>12,3</i>	<i>9,4</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

Fonte: Atop

Tab. S/10 – Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero pubbliche. Anno 2013

Regioni	CIP	ECT	TAC	EMD	AME	MON	TRM	TOP	GRD	VPO	PRD	ALI	TTE	AIC	GCC	ANS	LSC	GCD
- Piemonte	-	985	85	1.163	216	3.259	44	567	243	1.042	209	29	115	313	25	629	1.149	111
- Valle d'Aosta	-	30	2	27	2	137	3	16	5	39	5	1	-	16	-	22	34	4
- Lombardia	-	2.378	180	2.256	373	8.231	119	1.110	595	2.338	406	64	257	652	58	1.276	3.349	230
- P.A. di Bolzano	-	152	8	110	15	589	5	54	51	139	30	-	10	37	3	96	410	15
- P.A. di Trento	-	122	11	162	20	500	5	82	14	209	19	4	9	42	2	70	321	16
- Veneto	-	1.228	85	1.047	198	4.430	65	782	248	2.120	239	27	106	338	24	711	2.072	122
- Friuli Venezia Giulia	1	345	24	421	68	1.189	13	247	56	444	59	14	22	135	8	158	636	40
- Liguria	2	413	35	462	45	1.392	29	209	92	463	106	12	34	165	11	240	554	38
- Emilia Romagna	1	1.117	88	956	135	3.988	42	740	226	1.540	230	26	83	315	25	754	1.931	65
- Toscana	4	1.225	78	1.204	141	3.886	50	655	236	1.974	183	26	108	515	48	569	1.776	107
- Umbria	-	290	20	403	39	592	13	139	47	262	41	7	31	185	6	158	341	42
- Marche	-	421	36	486	78	1.070	26	185	96	451	63	12	55	183	12	197	479	52
- Lazio	3	1.058	126	1.129	219	4.098	79	601	284	1.392	242	39	183	541	36	804	1.623	200
- Abruzzo	-	276	25	434	81	738	11	134	83	299	59	8	35	137	12	126	279	37
- Molise	1	97	11	157	49	296	9	52	33	102	23	2	15	32	5	55	143	18
- Campania	8	715	89	577	243	2.715	22	459	212	1.028	183	11	120	320	16	628	821	155
- Puglia	2	742	66	1.225	356	2.000	36	384	231	834	146	16	118	361	28	394	780	164
- Basilicata	-	150	15	190	26	498	8	111	40	179	40	3	28	42	6	86	194	23
- Calabria	-	251	34	405	79	740	14	138	61	224	59	8	55	124	7	178	281	53
- Sicilia	11	889	106	629	242	3.570	50	547	256	1.169	254	20	137	281	30	702	1.149	182
- Sardegna	2	412	33	407	124	957	19	194	85	392	79	10	51	134	15	204	386	46
Nord	4	6.770	518	6.604	1.072	23.715	325	3.807	1.530	8.334	1.303	177	636	2.013	156	3.956	10.456	641
Centro	7	2.994	260	3.222	477	9.646	168	1.580	663	4.079	529	84	377	1.424	102	1.728	4.219	401
Sud	24	3.532	379	4.024	1.200	11.514	169	2.019	1.001	4.227	843	78	559	1.431	119	2.373	4.033	678
Italia	35	13.296	1.157	13.850	2.749	44.875	662	7.406	3.194	16.640	2.675	339	1.572	4.868	377	8.057	18.708	1.720

CIP: Camera iperbarica, ECT: Ecotomografo, TAC: Tomografo assiale computerizzato, EMD: Apparecchio per emodialisi, AME: Analizzatore multiparametrico selettivo, MON: Monitor, TRM: Tomografo a risonanza magnetica, TOP: Tavolo operatorio, GRD: Gruppo radiologico, VPO: Ventilatore polmonare, PRD: Apparecchio portatile per radioscopia, ALI: Acceleratore lineare, TTE: Tavolo telecomandato per apparecchio radiologico, AIC: Analizzatore automatico per immunochimica, GCC: Gamma camera computerizzata, ANS: Apparecchio per anestesia, LSC: Lampada scaltica, GCD: Contaglobuli automatico differenziale.
Fonte: elaborazioni Ermeneya su dati Ministero della Salute

Tab. S/11 – Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle case di cura accreditate. Anno 2013

Regioni	CIP	ECT	TAC	EMD	AME	MON	TRM	TOP	GRD	VPO	PRD	ALI	TTE	AIC	GCC	ANS	LSC	GCD
- Piemonte	1	119	15	4	27	266	18	59	35	63	30	1	30	31	1	67	78	35
- Valle d'Aosta	-	1	-	-	1	6	-	2	1	1	2	1	-	1	1	-	2	4
- Lombardia	10	485	51	185	120	1.406	57	242	154	319	95	16	66	96	6	272	524	66
- P.A. di Bolzano	-	7	2	-	1	27	3	-	4	-	-	2	3	2	-	-	-	1
- P.A. di Trento	-	17	3	-	11	3	4	7	4	4	2	-	-	4	2	-	4	8
- Veneto	-	63	8	-	13	148	13	35	25	19	12	-	10	21	-	32	44	14
- Friuli Venezia Giulia	-	35	6	25	8	51	5	20	9	13	7	-	5	6	-	20	25	6
- Liguria	-	8	-	2	4	27	-	7	4	16	4	-	4	3	-	9	11	4
- Emilia Romagna	1	184	22	72	31	429	32	125	58	185	50	3	41	28	3	146	218	25
- Toscana	-	72	10	25	26	225	7	67	28	91	24	4	18	13	-	72	95	21
- Umbria	-	8	2	-	4	37	2	15	6	10	9	-	5	2	-	16	15	3
- Marche	-	50	8	-	15	92	8	27	21	30	13	-	12	22	1	30	47	10
- Lazio	1	145	38	475	67	547	31	144	96	125	64	4	64	68	8	144	200	69
- Abruzzo	-	57	10	10	20	208	13	31	17	61	14	-	19	21	-	33	53	13
- Molise	-	9	3	1	5	14	1	4	4	4	3	-	4	3	2	6	6	3
- Campania	3	210	52	60	70	568	21	198	101	220	72	4	65	69	17	237	267	79
- Puglia	-	130	22	146	52	362	13	76	42	132	37	2	34	41	2	74	130	35
- Basilicata	-	2	1	-	1	8	1	2	1	1	-	1	-	1	-	4	2	1
- Calabria	-	93	18	3	33	218	10	66	36	98	25	2	26	27	6	75	95	31
- Sicilia	2	188	47	16	99	467	32	167	88	194	65	6	62	53	8	193	233	67
- Sardegna	-	47	6	117	16	76	6	36	12	25	12	-	10	12	-	36	39	9
Nord	12	919	108	288	207	2.371	131	494	297	621	201	22	164	190	10	552	912	156
Centro	1	275	58	500	112	901	48	253	151	256	110	8	99	105	9	262	357	103
Sud	5	736	159	353	296	1.921	97	580	301	734	229	14	221	227	35	658	825	238
Italia	18	1.930	325	1.141	615	5.193	276	1.327	749	1.611	540	44	484	522	54	1.472	2.094	497

CIP: Camera iperbarica, ECT: Ecotomografo, TAC: Tomografo assiale computerizzato, EMD: Apparecchio per emodialisi, AME: Analizzatore multiparametrico selettivo, MON: Monitor, TRM: Tomografo a risonanza magnetica, TOP: Tavolo operatorio, GRD: Gruppo radiologico, VPO: Ventilatore polmonare, PRD: Apparecchio portatile per radioscopia, ALI: Acceleratore lineare, TTE: Tavolo telecomandato per apparecchio radiologico, AIC: Analizzatore automatico per immunochimica, GCC: Gamma camera computerizzata, ANS: Apparecchio per anestesia, LSC: Lampada scintillata, GCD: Contaglobuli automatico differenziale.

Fonte: elaborazioni Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/12 – Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle case di cura non accreditate. Anno 2013

Regioni	CIP	ECT	TAC	EMD	AME	MON	TRM	TOP	GRD	VPO	PRD	ALI	TTE	AIC	GCC	ANS	LSC	GCD
- Piemonte	-	26	4	1	4	56	2	28	15	16	5	-	4	3	-	31	35	5
- Lombardia	-	29	4	1	5	80	3	34	16	31	11	-	5	3	2	39	54	7
- P.A. di Bolzano	-	5	2	-	38	2	9	8	4	5	-	-	1	-	-	9	10	1
- P.A. di Trento	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Veneto	-	-	-	-	-	3	-	3	-	-	1	-	-	-	-	2	3	-
- Friuli Venezia Giulia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Liguria	-	5	2	-	-	23	1	10	3	2	5	-	2	-	-	8	11	1
- Emilia Romagna	-	10	2	-	2	19	1	10	2	3	3	-	2	2	-	10	22	1
- Toscana	-	20	3	1	2	14	2	12	4	7	3	1	2	1	1	11	11	2
- Umbria	-	2	-	-	-	2	-	3	-	1	-	-	-	-	-	2	2	-
- Marche	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Lazio	-	101	24	71	27	267	17	107	40	116	41	4	27	24	5	130	164	40
- Abruzzo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Molise	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Campania	-	11	3	-	2	20	-	16	3	17	3	1	3	3	-	15	20	4
- Puglia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Basilicata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Calabria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Sicilia	-	-	-	-	-	2	-	1	-	1	-	-	-	-	-	2	1	-
- Sardegna	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nord	-	75	14	2	11	219	9	94	44	56	30	-	14	8	2	99	135	15
Centro	-	123	27	72	29	283	19	122	44	124	44	5	29	25	6	143	177	42
Sud	-	11	3	-	2	22	-	17	3	18	3	1	3	3	-	17	21	4
Italia	-	209	44	74	42	524	28	233	91	198	77	6	46	36	8	259	333	61

CIP: Camera iperbarica, ECT: Ecotomografo, TAC: Tomografo assiale computerizzato, EMD: Apparecchio per emodialisi, AME: Analizzatore multiparametrico selettivo, MON: Monitor, TRM: Tomografo a risonanza magnetica, TOP: Tavolo operatorio, GRD: Gruppo radiologico, VPO: Ventilatore polmonare, PRD: Apparecchio portatile per radioscopia, ALI: Acceleratore lineare, TTE: Tavolo telecomandato per apparecchio radiologico, AIC: Analizzatore automatico per immunochimica, GCC: Gamma camera computerizzata, ANS: Apparecchio per anestesia, LSC: Lampada scintillata, GCD: Contaglobuli automatico differenziale.
Fonte: elaborazioni Ermeneta su dati Ministero della Salute

2. I dati di attività

2.1. Le giornate di degenza e il tasso di utilizzo

La lettura della tabella S/13, riferita anche quest'anno al 2013 per la già citata indisponibilità dell'aggiornamento ministeriale, conferma il quadro di graduale ma progressiva erosione delle dotazioni dei posti letto disponibili nel sistema ospedaliero, che passano dai quasi 220 mila del 2009 ai 199 mila del 2013, con una diminuzione del -9,3%. Tale diminuzione ha colpito in misura lievemente superiore la componente privata accreditata (-9,7%), rispetto alla componente pubblica (-9,2%) come mostrano i dati della tab. S/14.

Continua anche la diminuzione delle giornate di degenza, che dai 62 milioni del 2009 raggiungono 56 milioni del 2013, con una flessione del -10%, che per le strutture pubbliche è stato del -10,1%, e per quelle private del -9,6%; queste ultime ancora penalizzate dalle politiche regionali di riduzione dei budget sulla ospedaliera accreditata.

Nella tabella S/15 vengono messi a confronto i valori di riferimento dell'attività di ricovero 2013 con quelli dell'anno precedente.

La degenza media complessiva si mantiene sul livello delle 8 giornate e risulta più alta per le case di cura private accreditate (9 giornate): il risultato rilevato dalla tabella S/15 è legato soprattutto all'influenza delle lungodegenze e della riabilitazione. Il dato cambia se si considerano i pazienti acuti: si scende infatti a 7,1 giornate nel pubblico come evidenzia la tabella S/16, e a 5,4 giornate nel privato come mostra la tabella S/18.

Il tasso di occupazione complessivo dei posti letto, rilevabile sempre dalla tabella S/15, si porta nel 2013 al 77%, in linea con quello dell'anno precedente pari al 77,1%.

Se si considerano i soli ricoveri per acuti, la degenza media resta sostanzialmente invariata nel 2013 sia per le strutture pubbliche (tab. S/16) che per

le strutture private (tab. S/18). Nello stesso periodo il tasso di utilizzo tende a diminuire per entrambe le tipologie di operatori (tab. S/18).

2.2. Le tipologie dei ricoveri e dei dimessi

La situazione aggiornata delle giornate di degenza e dei casi trattati può essere desunta anche dalle elaborazioni delle schede di dimissione ospedaliera SDO, per le quali è stata rilasciata la versione consolidata al 2014.

Tali elaborazioni, basate ancora sulla versione 24.0 CMS dei DRG Medicare adottata a partire dal 2009, forniscono un quadro molto dettagliato dell'attività delle diverse componenti di offerta del Servizio sanitario nazionale, insieme ad alcuni indicatori di complessità e performance. I risultati vengono proposti sia per la totalità degli istituti di cura, sia per le strutture facenti capo all' Aiop, per le quali ci si può avvalere di un più recente aggiornamento al 2015.

Nelle tabelle S/20 ed S/21, viene evidenziato come nel 2014 siano stati trattati più di 9 milioni e 500 mila pazienti, di cui quasi 1,5 milioni (pari al 16,4%) nelle case di cura private accreditate e non. Occorre rammentare che dal 2009 il Ministero della Salute ha inglobato nella colonna della tabella S/20 dedicata ai dati del privato anche i c.d. istituti privati in convenzione obbligatoria (altrimenti detti 'pubblici assimilati'), vale a dire Policlinici privati, IRCCS privati, Fondazioni private, Ospedali religiosi classificati, Presidi USL ed Enti di ricerca, creando un nuovo settore 'privato allargato' che raggiunge nel 2014 il 28% dell'offerta complessiva.

Il numero di giornate di degenza per i ricoveri ordinari si è distribuito tra i 39,3 milioni del pubblico ed i 15,9 milioni del 'privato allargato', mentre il volume di accessi in regime di day hospital è risultato rispettivamente pari a 5 e 1,5 milioni.

Il complesso di giornate di degenza ed accessi diurni rilevato nelle sole case di cura private accreditate e non accreditate ammontano a più di 11 milioni, con un rapporto del 18% rispetto al totale, contro il 17,5% del 2012.

Nei dati complessivi della tabella S/20 sono compresi anche i dimessi (quasi 387 mila) e le giornate di degenza (più di 1 milione e 100 mila) attribuite al DRG 491 (neonato sano) che il Ministero della Salute non riporta invece nelle successive tavole per tipologia di istituto.

Il volume di pazienti dimessi e di giornate di degenza prodotte, per tipo di istituto, per tipo di attività e per regime di ricovero conferma il contributo più che proporzionale degli ospedali privati (case di cura accreditate) nel campo della riabilitazione e della lungodegenza (cfr. tab. S/21 e S/22).

2.3. I DRG più diffusi

L'analisi operata sui dati delle schede di dimissione ospedaliera relative all'anno 2014 consente di osservare l'attività dell'intero comparto ospedaliero senza disaggregazioni tra operatori pubblici e privati (tab. S/23), mentre per quanto riguarda l'area di offerta che fa riferimento ad Aiop, grazie anche alla disponibilità delle sue sedi regionali per la raccolta dei dati relativi alle strutture associate, si propone una anticipazione sui risultati del 2015 (tab. S/24).

Nelle tabelle richiamate vengono mostrati i primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni, relativi ai casi di pazienti acuti in regime di ricovero ordinario, rispettivamente per tutti gli ospedali e per gli ospedali privati (case di cura accreditate). Per questi ultimi viene fornita anche una scomposizione territoriale Nord, Centro, Sud (tabb. S/25, S/26 e S/27).

La tabella S/28 illustra l'attività di ricovero per i pazienti acuti trattati in day hospital negli istituti di cura pubblici e privati, con riferimento ai 30 DRG più frequenti. Le tabelle S/29 e S/30 mostrano in quali DRG sono stati classificati i pazienti che hanno fatto ricorso a cure riabilitative nel complesso degli ospedali pubblici e privati (anno 2014) e in modo più specifico negli ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop (anno 2015).

A livello aggregato pubblico/privato si conferma come DRG più frequente quello del parto con 296.186 dimissioni nel 2014 (contro le 323.412 unità del 2010) ed un'incidenza sul totale dei casi del 4,6% (era 4,4% nel 2010) (tab. S/23).

Negli ospedali privati (case di cura accreditate) invece troviamo al primo posto anche nel 2015 gli interventi di sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori (con 46.466 casi, pari al 6,2% del totale del settore).

Per quanto riguarda il confronto tra istituti pubblici e case di cura private accreditate, in tema di indicatori di complessità (peso medio e indice di case-mix) si rimanda allo specifico capitolo della parte prima del Rapporto.

2.4. Le attività classificate a seconda delle maggiori categorie diagnostiche

Nelle tabelle che vanno dalla S/31 alla S/35 si può osservare una classificazione più aggregata degli stessi dati derivanti dall'analisi delle schede di dimissioni ospedaliere riportati nelle tavole precedenti, che vengono mostrati in questo caso in termini di Maggiori Categorie Diagnostiche (MDC) in cui

sono raggruppati i DRG, così come riportato nel Rapporto SDO del Ministero della Salute.

Nel campo dei ricoveri per acuti in regime ordinario primeggiano le malattie e i disturbi dell'apparato cardiocircolatorio con 947.686 casi nel 2014, contro i 1.081.067 registrati nel 2010; e ancora vanno segnalate le malattie e i disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo, con 813.267 casi nel 2014 (contro i 904.021 del 2010), come mostrano i dati della tabella S/31.

La degenza media più elevata (che va oltre i 6,8 giorni del totale generale) è quella delle Pre MDC (34,9 giornate), delle infezioni da Hiv (15,8 giornate), dei traumatismi multipli rilevanti (14,1 giornate) e delle ustioni (12,7 giornate), come mostrano sempre i dati della tabella S/31.

Nell'attività di day hospital per acuti si distinguono nuovamente le malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (269.803 casi) (tab. S/32).

Nell'attività di riabilitazione in regime ordinario occupano i primi posti le malattie e i disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (con 136.045 casi), seguiti dalle malattie e dai disturbi del sistema nervoso (con 72.896 casi) e quindi dalle malattie e dai disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (con 47.751 casi), come mostra la tabella S/33.

I ricoveri di riabilitazione in day hospital (tab. S/34) mostrano una maggiore concentrazione sulle stesse categorie diagnostiche del regime ordinario, anche se con un ordine diverso: al primo posto infatti ci sono le malattie e i disturbi del sistema nervoso (12.369 casi), al secondo posto le malattie e i disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (7.720 casi) ed infine i casi classificati nella MDC dei Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari (7.324 casi).

2.5. Le attività classificate per disciplina

Anche la variabile delle classificazioni per disciplina clinica, che costituisce una ulteriore interessante modalità di analisi dei dati di attività delle strutture ospedaliere, abitualmente proposta nelle tabelle che vanno dalla n. S/36 alla n. S/60, risente quest'anno del mancato aggiornamento ministeriale per il 2014.

L'insieme delle informazioni presentate e dei relativi indicatori continua a fornire una sorta di vera e propria banca dati, con riferimento ancora all'anno 2013, utilizzabile a titolo informativo e/o di ulteriore analisi, considerando che vengono messi a confronto i risultati delle attività delle diverse

case di cura accreditate nella loro totalità con quelle che fanno capo all’Aiop, sia a livello nazionale (tab. S/36) che a livello delle singole Regioni (dalla tabella S/37 alla tabella S/57).

Successivamente i dati vengono riaggregati e suddivisi anche per grandi ripartizioni territoriali (tabb. S/58, S/59 e S/60).

2.6. La mobilità sanitaria

L’ultima parte del presente capitolo è dedicata, come di consueto, agli aspetti più propriamente connessi con le caratteristiche della domanda di ricovero espressa dai cittadini, per proporre una diversa e non meno interessante chiave di lettura della produzione ospedaliera illustrata nei paragrafi precedenti. L’analisi si concentra quindi sull’osservazione della dinamica dei flussi interregionali dei pazienti, elaborati a partire dai dati riportati nelle matrici ministeriali sulla mobilità.

L’analisi della mobilità sanitaria tra Regioni, infatti, oltre a rivestire un ruolo fondamentale come strumento di programmazione regionale, contribuisce a valutare la propensione dei cittadini ad avvalersi del principio di libera scelta offerto dal nostro sistema sanitario e, indirettamente, la percezione dei livelli qualitativi attesi dai diversi sistemi sanitari regionali.

La tabella S/61 descrive l’evoluzione temporale di tale propensione, esprimendola in termini di indici sintetici di attrazione e fuga riferiti agli ultimi cinque anni disponibili, integrata da una colonna finale che mostra il valore più recente di saldo netto del flusso di pazienti acuti in ingresso e in uscita nei rispettivi ambiti territoriali.

I dati desunti dalle matrici di mobilità interregionale del rapporto SDO, aggiornate quest’anno al 2014, confermano la storica tendenza attrattiva di Regioni come la Lombardia, costantemente ai vertici di questa graduatoria con saldi attivi che superano le 60.000 unità, l’Emilia Romagna, la Toscana, l’Umbria, il Veneto ed il Friuli Venezia Giulia. Così come appare confermata la marcata tendenza a ricorrere ai servizi ospedalieri di altri sistemi regionali, ritenuti evidentemente più affidabili o più accessibili, mostrata nel tempo dai cittadini di Campania, Calabria, Sicilia, Abruzzo, Sardegna e Lazio.

Il fenomeno della mobilità, come più volte sottolineato, continua ad essere un tema delicato nel dibattito sul riassetto della rete ospedaliera, così come su quello della libera scelta del luogo di cura. Ciò induce alcune Regioni a rinnovare e perfezionare accordi tra sistemi sanitari al fine di contingentare i flussi dei pazienti, mentre la stessa Conferenza Stato Regioni è recentemente

intervenuta per orientare i comportamenti delle Regioni più attrattive, tagliando del 50% il riparto finanziario relativo agli incrementi dei flussi registratisi nel biennio 2014-2015 nel settore accreditato.

Al tema della mobilità sanitaria, alle misure già adottate o allo studio per metterla sotto controllo ed ai delicati aspetti legati al diritto di libera scelta, sono stati dedicati appositi paragrafi nella Parte Prima e nella Parte terza del presente Rapporto.

Tab. S/13 – Posti letto, giornate di degenza e tasso di utilizzazione – Ricoveri ordinari

	2009			2010			2011			2012			2013		
	Posti letto	Giornate di degenza	T.U. %	Posti letto	Giornate di degenza	T.U. %	Posti letto	Giornate di degenza	T.U. %	Posti letto	Giornate di degenza	T.U. %	Posti letto	Giornate di degenza	T.U. %
Publici	172.718	50.836.854	80,6	168.926	50.114.576	81,3	166.544	48.492.926	79,8	161.653	47.155.798	79,9	156.762	45.685.829	79,8
Privati accreditati	46.686	11.281.737	66,2	45.622	10.945.990	65,7	44.487	10.688.865	65,8	42.970	10.422.856	66,5	42.142	10.202.409	66,3
Totale	219.404	62.118.591		214.548	61.060.566		211.031	59.181.791		204.623	57.578.654		198.904	55.888.238	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Publici	78,7	81,8		78,7	82,1		78,9	81,9		79,0	81,9		78,8	81,7	
Privati accreditati	21,3	18,2		21,3	17,9		21,1	18,1		21,0	18,1		21,2	18,3	
Totale	100,0	100,0		100,0	100,0		100,0	100,0		100,0	100,0		100,0	100,0	

Fonte: elaborazioni Ermeneta su dati del Rapporto "Attività gestionali ed economiche delle Usl e Aziende ospedaliere", Ministero della Salute, Anni 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013

Tab. S/14 – Incremento annuo dell'attività, posti letto e giornate di degenza

	2010/2009			2011/2010			2012/2011			2013/2012			2013/2009		
	Posti letto	Giornate di degenza	T.U. %	Posti letto	Giornate di degenza	T.U. %	Posti letto	Giornate di degenza	T.U. %	Posti letto	Giornate di degenza	T.U. %	Posti letto	Giornate di degenza	T.U. %
Publici	-2,2	-1,4		-1,4	-3,2		-2,9	-2,8		-3,0	-3,1		-9,2	-10,1	
Privati accreditati	-2,3	-3,0		-2,5	-2,3		-3,4	-2,5		-1,9	-2,1		-9,7	-9,6	
Totale	-2,2	-1,7		-1,6	-3,1		-3,0	-2,7		-2,8	-2,9		-9,3	-10,0	

Fonte: elaborazioni Ermeneta su dati del Rapporto "Attività gestionali ed economiche delle Usl e Aziende ospedaliere", Ministero della Salute, Anni 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013

Tab. S/15 – Istituti pubblici e privati accreditati – Dati di attività per ricoveri ordinari. Anno 2013

Tipo istituto	2013			2012		
	Posti letto	Dimessi	Giornate Occup. %	Degenza media	Occup. %	Degenza media Occup. %
– Totale istituti pubblici ed assimilati	156.762	5.879.708	45.685.829	7,8	79,8	7,8
– Case di cura private accreditate	42.142	1.136.424	10.202.409	9,0	66,3	9,0
Totale istituti pubblici e privati accreditati	198.904	7.016.132	55.888.238	8,0	77,0	8,0

Fonte: elaborazioni Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/16 – Attività di degenza per acuti (*) delle strutture di ricovero pubbliche, per regione. Anno 2013 e confronti con il 2011

Regioni	Posti letto effettivamente utilizzati	Ricoveri	Giornate di degenza effettuate	2013		2011	
				Degenza media (%)	Tasso di utilizzo (per 1.000 ab.)	Degenza media (%)	Tasso di utilizzo (per 1.000 ab.)
– Piemonte	10.758	383.198	2.925.216	7,6	74,5	7,7	77,8
– Valle d'Aosta	428	14.748	113.033	7,7	72,4	8,4	78,7
– Lombardia	23.621	962.330	6.837.352	7,1	79,3	7,2	80,9
– P.A. di Bolzano	1.616	63.819	431.025	6,8	73,1	6,7	76,5
– P.A. di Trento	1.315	47.295	364.855	7,7	76,0	7,7	97,4
– Veneto	13.021	448.061	3.614.343	8,1	76,0	8,1	76,1
– Friuli V.G.	3.653	130.320	970.378	7,4	72,8	7,6	70,8
– Liguria	4.408	169.053	1.340.071	7,9	83,3	8,4	62,7
– Emilia R.	11.295	471.636	3.100.207	6,6	75,2	6,7	76,2
– Toscana	9.251	384.296	2.506.923	6,5	74,2	6,6	76,3
– Umbria	2.353	109.501	699.612	6,4	81,5	6,2	82,9
– Marche	3.886	149.203	1.102.798	7,4	77,7	7,3	77,8
– Lazio	13.042	526.590	3.937.499	7,5	82,7	7,7	82,8
– Abruzzo	3.033	123.541	899.763	7,3	81,3	7,3	85,7
– Molise	824	36.977	262.997	7,1	87,4	7,1	89,6
– Campania	9.899	433.646	2.911.759	6,7	80,6	6,6	76,5
– Puglia	8.989	413.949	2.766.050	6,7	84,3	6,6	80,6
– Basilicata	1.422	55.805	385.415	6,9	74,3	6,9	70,3
– Calabria	3.126	135.084	921.315	6,8	80,7	6,8	76,1
– Sicilia	9.697	405.120	2.811.350	6,9	79,4	6,8	79,8
– Sardegna	4.528	163.203	1.119.198	6,9	67,7	7,0	70,4
Nord	70.115	2.690.460	19.696.480	7,3	77,0	7,5	77,1
Centro	28.532	1.169.590	8.246.832	7,1	79,2	7,1	79,9
Sud	41.518	1.767.325	12.077.847	6,8	79,7	6,8	78,1
<i>Italia</i>	<i>140.165</i>	<i>5.627.375</i>	<i>40.021.159</i>	<i>7,1</i>	<i>78,2</i>	<i>7,2</i>	<i>78,0</i>

(*) Sono escluse le discipline: 22 – Residuale manicomiale, 28 – Unità spinale, 56 – Recupero e riabilitazione funzionale, 60 – Lungodegenti, 75 – Neuro-riabilitazione.

Nota: ultimo dato ministeriale disponibile al momento della pubblicazione del presente Rapporto.

Fonte: dati Ministero della Salute

Tab. S/17 – Attività di degenza per non acuti (*) delle strutture di ricovero pubbliche, per regione. Anno 2013 e confronti con il 2011

Regioni	2013		2011					
	Posti letto effettivamente utilizzati	Ricoveri	Giornate di degenza effettuate	Tasso di utilizzo (%)	Degenza media	Tasso di utilizzo (%)	Degenza media	Tasso di utilizzo (%)
- Piemonte	2.144	23.173	656.606	83,9	28,3	83,9	29,0	89,9
- Valle d'Aosta	25	157	3.895	42,7	24,8	42,7	-	-
- Lombardia	3.800	52.018	1.267.088	91,4	24,4	91,4	23,9	89,6
- P.A. di Bolzano	78	1.051	19.973	70,2	19,0	70,2	23,2	87,8
- P.A. di Trento	101	1.256	37.691	102,2	30,0	102,2	29,4	125,3
- Veneto	2.178	26.666	677.600	85,2	25,4	85,2	25,8	84,2
- Friuli V.G.	304	4.193	111.995	100,9	26,7	100,9	28,7	90,5
- Liguria	803	12.895	251.428	85,8	19,5	85,8	21,6	69,1
- Emilia Romagna	1.931	26.408	855.464	121,4	32,4	121,4	35,4	122,6
- Toscana	530	6.860	161.169	83,3	23,5	83,3	21,4	82,7
- Umbria	276	3.719	95.109	94,4	25,6	94,4	24,5	90,9
- Marche	494	7.411	138.688	76,9	18,7	76,9	24,3	76,5
- Lazio	1.239	11.842	424.752	93,9	35,9	93,9	42,3	94,8
- Abruzzo	268	3.630	61.380	62,7	16,9	62,7	16,8	61,8
- Molise	171	1.732	50.554	29,2	29,2	81,0	32,9	82,4
- Campania	405	4.454	129.588	29,1	29,1	87,7	28,1	82,9
- Puglia	714	8.397	209.416	24,9	24,9	80,4	26,0	61,1
- Basilicata	223	2.110	60.327	28,6	28,6	74,1	35,4	67,4
- Calabria	60	1.128	17.700	15,7	15,7	80,8	18,6	65,0
- Sicilia	953	6.867	249.427	36,3	36,3	71,7	42,6	73,5
- Sardegna	122	995	36.923	37,1	37,1	82,9	35,1	65,5
Nord	11.364	147.817	3.881.740	26,3	26,3	93,6	27,2	93,7
Centro	2.539	29.832	819.718	27,5	27,5	88,5	30,7	88,8
Sud	2.916	29.313	815.315	27,8	27,8	76,6	28,4	69,0
Italia	16.819	206.962	5.516.773	89,9	26,7	89,9	27,8	88,7

(*) Sono incluse le discipline: 22 – Residuale manicomiale, 28 – Unità spinale, 56 – Recupero e riabilitazione funzionale, 60 – Lungodegenti, 75 – Neuro-riabilitazione.

Nota: ultimo dato ministeriale disponibile al momento della pubblicazione del presente Rapporto.

Fonte: dati Ministero della Salute

Tab. S/18 – Attività di degenza per acuti (*) degli ospedali privati (case di cura accreditate), per regione. Anno 2013 e confronti con il 2011

Regioni	Positi letto effettivamente utilizzati	Ricoveri	Giornate di degenza effettuate	2013		2011	
				Degenza media	Tasso di utilizzo (%)	Degenza media	Tasso di utilizzo (%)
– Piemonte	940	36.410	142.188	3,9	41,4	8,3	41,5
– Valle d'Aosta	10	772	1.324	1,7	36,3	6,0	-
– Lombardia	4.477	205.325	971.421	4,7	59,4	21,0	60,5
– P.A. di Bolzano	31	741	7.658	10,3	67,7	1,5	68,6
– P.A. di Trento	104	2.808	18.671	6,6	49,2	5,3	53,2
– Veneto	735	17.888	202.534	11,3	75,5	3,7	82,2
– Friuli V.G.	332	7.568	39.963	5,3	33,0	6,2	28,3
– Liguria	60	1.724	9.370	5,4	42,8	1,1	57,2
– Emilia R.	2.619	89.847	507.984	5,7	53,1	20,5	55,1
– Toscana	972	33.368	171.332	5,1	48,3	9,0	43,2
– Umbria	181	6.018	17.707	2,9	26,8	6,8	25,8
– Marche	448	18.250	85.744	4,7	52,4	11,8	53,4
– Lazio	2.464	76.876	494.196	6,4	54,9	13,8	62,1
– Abruzzo	555	22.631	129.796	5,7	64,1	17,2	55,4
– Molise	80	2.672	14.725	5,5	50,4	8,5	53,3
– Campania	4.305	177.900	1.002.651	5,6	63,8	30,8	66,7
– Puglia	1.591	80.092	364.028	4,5	62,7	19,8	62,7
– Basilicata	50	1.640	5.653	3,4	31,0	2,8	18,5
– Calabria	902	35.529	172.291	4,8	52,3	18,1	47,9
– Sicilia	2.918	92.294	520.289	5,6	48,9	18,5	49,7
– Sardegna	780	21.713	108.395	5,0	38,1	13,2	35,1
Nord	9.308	363.083	1.901.113	5,2	56,0	13,3	57,0
Centro	4.065	134.512	768.979	5,7	51,8	11,5	55,0
Sud	11.181	434.471	2.317.828	5,3	56,8	21,1	56,6
<i>Italia</i>	<i>24.554</i>	<i>932.066</i>	<i>4.987.920</i>	<i>5,4</i>	<i>55,7</i>	<i>15,6</i>	<i>56,5</i>

(*) Sono escluse le discipline: 22 – Residuale manicomiale, 28: Unità spinale, 56 – Recupero e riabilitazione del presente Rapporto.

Nota: ultimo dato ministeriale disponibile al momento della pubblicazione del presente Rapporto.

Fonte: dati Ministero della Salute

Tab. S/19 – Attività di degenza per non acuti (*) degli ospedali privati (case di cura accreditate), per regione. Anno 2013 e confronti con il 2011

Regioni	Posti letto effettivamente utilizzati		Ricoveri	Giornate di degenza effettuate		2013		2011	
				Degenza media	Tasso di utilizzo (%)	Degenza media	Tasso di utilizzo (%)		
- Piemonte	2.405	21.461	640.642	29,9	73,0	32,7	66,3		
- Valle d'Aosta	64	770	15.461	20,1	66,2	22,3	58,0		
- Lombardia	3.427	49.357	1.161.323	23,5	92,8	23,9	93,4		
- P.A. di Bolzano	231	3.610	88.334	24,5	104,8	24,9	99,1		
- P.A. di Trento	428	7.534	167.329	22,2	107,1	23,0	100,1		
- Veneto	423	5.820	130.250	22,4	84,4	22,3	90,2		
- Friuli V.G.	96	895	19.428	21,7	55,4	21,9	68,4		
- Liguria	123	2.868	31.530	11,0	70,2	12,9	75,2		
- Emilia Romagna	1.697	27.072	594.658	22,0	96,0	22,4	97,6		
- Toscana	583	7.059	178.227	25,2	83,8	22,8	74,9		
- Umbria	32	495	5.966	12,1	51,1	12,7	57,7		
- Marche	415	4.191	130.940	31,2	86,4	30,8	88,4		
- Lazio	1.953	21.573	641.686	29,7	90,0	34,4	82,7		
- Abruzzo	445	5.476	138.376	25,3	85,2	26,9	81,6		
- Molise	60	479	11.702	24,4	53,4	29,7	73,7		
- Campania	1.406	10.051	356.451	35,5	69,5	38,1	85,8		
- Puglia	694	8.847	205.265	23,2	81,0	22,5	81,6		
- Basilicata	99	915	31.506	34,4	87,2	33,7	50,8		
- Calabria	792	6.962	186.716	26,8	64,6	31,5	73,1		
- Sicilia	799	11.589	253.668	21,9	87,0	21,5	81,6		
- Sardegna	224	3.090	60.282	19,5	73,7	20,9	69,4		
Nord	8.894	119.387	2.848.955	23,9	87,8	24,5	86,9		
Centro	2.983	33.318	956.819	28,7	87,9	31,4	81,9		
Sud	4.519	200.114	1.243.966	26,2	75,4	27,3	79,8		
Italia	16.396	200.114	5.049.740	25,2	84,4	26,5	83,9		

(*) Sono incluse le discipline: 22 – Residuale manicomiale, 28 – Unità spinale, 56 – Recupero e riabilitazione funzionale, 60 – Lungodegenti, 75 – Neuro-riabilitazione.

Nota: ultimo dato ministeriale disponibile al momento della pubblicazione del presente Rapporto.

Fonte: dati Ministero della Salute

Tab. S/20 – Schede di dimissione ospedaliera (SDO): attività rilevata, totale nazionale e per istituti pubblici e privati – Dimessi e giornate di ricovero. Anno 2014

	Numero casi			Numero giornate		
	Pubblico	Privato	Totale	Pubblico	Privato	Totale
- Acuti – Regime ordinario	4.975.853	1.510.585	6.486.438	35.887.853	8.202.127	44.089.980
- Acuti – Day hospital	1.588.204	606.037	2.194.241	4.827.043	1.206.484	6.033.527
- Riabilitazione – Regime ordinario	79.526	235.189	314.715	1.980.988	6.295.657	8.276.645
- Riabilitazione – Day hospital	16.743	18.125	34.868	187.972	313.150	501.122
- Lungodegenza	57.015	52.839	109.854	1.464.307	1.574.260	3.038.567
- Neonati sani ⁽¹⁾	306.338	80.378	386.716	942.601	246.589	1.189.190
Totale	7.023.679	2.503.153	9.526.832	45.290.764	17.838.267	63.129.031

Istituti pubblici: Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie e Policlinici pubblici, IRCCS pubblici e fondazioni pubbliche, Ospedali a gestione diretta.

Istituti privati: Policlinici privati, IRCCS privati e fondazioni private, Ospedali classificati, Presidi USL, Enti di ricerca, Case di cura private.

La voce "Lungodegenza" comprende i dimessi da Regime ordinario e Day hospital.

(1) Classificati nel DRG 391.

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2014

Tab. S/21 – Distribuzione dei dimessi per tipo di istituto, per tipo di attività e regime di ricovero. Anno 2014

Tipo di istituto	Acuti						Riabilitazione					
	Regime ordinario		Day hospital		Regime ordinario		Day hospital		Regime ordinario		Lungodegenza	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%
- Istituti pubblici ed equiparati	5.542.547	85,4	1.863.429	84,9	149.795	47,6	26.085	74,8	58.888	53,6	58.888	53,6
- Ospedali privati (case di cura accreditate)	901.039	13,9	322.704	14,7	164.872	52,4	8.783	25,2	50.727	46,2	50.727	46,2
- Case di cura private non accreditate	42.852	0,7	8.108	0,4	48	0,0	-	0,0	239	0,2	239	0,2
Totale	6.486.438	100,0	2.194.241	100,0	314.715	100,0	34.868	100,0	109.854	100,0	109.854	100,0

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2014

Tab. S/22 – Distribuzione delle giornate di degenza per tipo di istituto, per tipo di attività e regime di ricovero. Anno 2014

Tipo di istituto	Acuti						Riabilitazione					
	Regime ordinario		Day hospital		Regime ordinario		Day hospital		Regime ordinario		Lungodegenza	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%
- Istituti pubblici ed equiparati	39.488.125	89,6	5.462.356	90,6	4.027.029	48,7	319.742	63,8	1.519.044	50,0	1.519.044	50,0
- Ospedali privati (case di cura accreditate)	4.460.132	10,1	562.282	9,3	4.248.773	51,3	181.380	36,2	1.512.530	49,8	1.512.530	49,8
- Case di cura private non accreditate	141.723	0,3	8.889	0,1	843	0,0	-	0,0	6.993	0,2	6.993	0,2
Totale	44.089.980	100,0	6.033.527	100,0	8.276.645	100,0	501.122	100,0	3.038.567	100,0	3.038.567	100,0

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2014

Tab. S/23 – Totale istituti di cura pubblici e privati: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 2.4.0) – Rtcoveri per acuti – Regime ordinario. Anno 2014

Rango	DRG	Dimissioni			% Giorni di Degenza media
		Numero	%	% cumul.	
1	373	296.186	4,6	4,6	2,3
2	127	190.101	2,9	2,9	9,1
3	371	162.972	2,5	2,5	1,7
4	544	151.849	2,3	2,3	3,1
5	087	135.929	2,1	2,1	3,0
6	359	104.274	1,6	1,6	0,9
7	014	93.921	1,4	1,4	2,1
8	430	85.777	1,3	1,3	10,1
9	494	83.812	1,3	1,3	13,0
10	316	74.533	1,1	1,1	2,5
11	089	73.550	1,1	1,1	3,7
12	183	63.955	1,0	1,0	1,6
13	125	63.128	1,0	1,0	9,5
14	311	58.353	0,9	0,9	2,1
15	410	58.149	0,9	0,9	3,8
16	576	56.337	0,9	0,9	2,1
17	503	55.570	0,9	0,9	0,6
18	390	52.458	0,8	0,8	1,6
19	162	51.521	0,8	0,8	0,5
20	225	51.431	0,8	0,8	1,9
21	219	50.379	0,8	0,8	0,2
22	557	48.306	0,7	0,7	0,8
23	558	44.807	0,7	0,7	7,2
24	524	44.659	0,7	0,7	0,4
25	467	43.628	0,7	0,7	0,7
26	082	42.247	0,7	0,7	6,8
27	088	42.228	0,7	0,7	0,3
28	203	41.146	0,6	0,6	2,9
29	211	40.494	0,6	0,6	1,0
30	381	40.304	0,6	0,6	10,1
31	395	38.929	0,6	0,6	0,7
32	139	38.468	0,6	0,6	0,8
					0,3
					3,8

./.

(Segue) Tab. S/23 – Totale istituti di cura pubblici e privati: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 2.4.0) – Ricoveri per acuti – Regime ordinario. Anno 2014

Rango	DRG	Dimissioni			% cumulat.	% Giorni di Degenza media
		Numero	%	degenza		
33	224	38.229	0,6	38,8	0,3	3,0
34	290	37.217	0,6	39,4	0,3	3,4
35	184	37.005	0,6	40,0	0,3	3,2
36	158	36.464	0,6	40,5	0,2	2,2
37	055	35.080	0,5	41,1	0,2	2,2
38	552	34.656	0,5	41,6	0,4	5,3
39	012	33.907	0,5	42,1	0,6	8,4
40	379	33.770	0,5	42,6	0,3	4,5
41	149	33.495	0,5	43,2	0,8	10,4
42	500	33.459	0,5	43,7	0,3	4,2
43	090	32.704	0,5	44,2	0,6	8,5
44	124	32.267	0,5	44,7	0,5	6,8
45	202	31.930	0,5	45,2	0,7	9,9
46	208	30.424	0,5	45,6	0,5	6,6
47	243	29.986	0,5	46,1	0,4	6,2
48	518	29.613	0,5	46,6	0,2	3,7
49	143	29.270	0,5	47,0	0,2	3,5
50	337	29.030	0,4	47,5	0,3	4,6
51	210	28.870	0,4	47,9	0,9	13,4
52	298	27.913	0,4	48,3	0,2	3,6
53	138	27.303	0,4	48,7	0,4	6,3
54	227	27.146	0,4	49,2	0,2	2,7
55	260	27.135	0,4	49,6	0,2	2,5
56	098	26.728	0,4	50,0	0,3	4,3
57	528	26.531	0,4	50,4	0,2	2,7
58	229	26.441	0,4	50,8	0,1	2,1
59	389	26.223	0,4	51,2	0,4	6,8
60	204	25.899	0,4	51,6	0,5	9,2
	Totale (primi 60 DRG)	3.348.096	51,6	47,1		
	Totale generale	6.486.438	100,0		100,0	6,8

Fonte: dati Ministero della salute – SDO 2014

Tab. S/24 – Ospedali privati (case di cura accreditate) Atop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario. Anno 2015

Rango	DRG	Numero	Dimissioni		% giorni di degenza	Degenza media	Giornate di degenza
			%	% cumul.			
1	544	46.466	6,2	6,2	7,3	6,9	321.044
2	503	24.355	3,3	9,5	1,1	1,9	46.447
3	225	20.645	2,8	12,2	0,8	1,6	32.854
4	371	19.625	2,6	14,8	1,8	4,0	79.425
5	039	18.975	2,5	17,4	0,8	1,8	34.580
6	127	16.465	2,2	19,6	3,3	8,8	144.474
7	359	14.712	2,0	21,5	1,1	3,4	49.506
8	373	13.735	1,8	23,4	1,1	3,4	46.741
9	430	12.644	1,7	25,1	6,9	24,0	302.934
10	494	11.606	1,6	26,6	0,8	2,9	33.416
11	125	11.031	1,5	28,1	0,6	2,5	27.669
12	410	9.002	1,2	29,3	7,3	35,5	319.644
13	224	8.773	1,2	30,5	0,4	2,0	17.814
14	162	8.655	1,2	31,6	0,4	2,2	18.721
15	500	8.535	1,1	32,8	0,6	2,9	24.573
16	311	8.281	1,1	33,9	0,6	3,0	24.852
17	558	7.409	1,0	34,9	0,6	3,3	24.090
18	183	7.395	1,0	35,9	0,6	3,8	27.903
19	223	7.008	0,9	36,8	0,3	1,8	12.360
20	518	6.931	0,9	37,7	0,5	3,3	22.733
21	498	6.831	0,9	38,6	0,7	4,6	31.206
22	158	6.596	0,9	39,5	0,3	2,0	13.396
23	087	6.480	0,9	40,4	1,4	9,1	59.121
24	288	6.323	0,8	41,2	0,6	4,2	26.590
25	467	5.978	0,8	42,0	0,7	4,8	28.473
26	337	5.798	0,8	42,8	0,5	4,1	23.571
27	012	5.646	0,8	43,5	1,0	7,4	41.827
28	479	5.477	0,7	44,3	0,4	3,3	17.960
29	227	5.171	0,7	45,0	0,2	1,8	9.239
30	297	5.033	0,7	45,6	0,6	5,0	25.205
31	538	5.015	0,7	46,3	0,2	2,1	10.759
32	232	4.631	0,6	46,9	0,1	1,4	6.549

(segue) Tab. S/24 – Ospedali privati (case di cura accreditate) Atop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario. Anno 2015

Rango	DRG	Dimissioni		% giorni di degenza	Degenza media	Giornate di degenza
		Numero	% cumul.			
33	290	4.624	0,6	47,6	2,8	13.078
34	524	4.436	0,6	48,1	0,7	31.960
35	104	4.377	0,6	48,7	1,3	58.578
36	219	4.363	0,6	49,3	0,5	19.977
37	089	4.321	0,6	49,9	1,1	47.976
38	139	4.264	0,6	50,5	0,3	14.445
39	229	4.222	0,6	51,0	0,1	5.002
40	234	4.150	0,6	51,6	0,2	9.639
41	088	4.071	0,5	52,1	0,8	33.627
42	316	4.003	0,5	52,7	0,7	30.988
43	119	3.684	0,5	53,1	0,1	4.391
44	211	3.591	0,5	53,6	0,6	6,8
45	552	3.578	0,5	54,1	0,4	16.022
46	014	3.457	0,5	54,6	0,7	30.735
47	545	3.390	0,5	55,0	0,7	29.404
48	143	3.346	0,4	55,5	0,2	2,8
49	082	3.340	0,4	55,9	0,6	8,0
50	055	3.267	0,4	56,4	0,1	1,6
51	160	3.200	0,4	56,8	0,2	2,8
52	557					
53	149	3.111	0,4	57,2	0,5	7,0
54	243	3.088	0,4	57,6	0,5	23.092
55	008	2.937	0,4	58,0	0,3	5,2
56	120	2.929	0,4	58,4	0,1	4.858
57	053	2.897	0,4	58,8	0,4	16.156
58	042	2.852	0,4	59,2	0,1	5,647
59	428	2.835	0,4	59,5	0,1	4,881
60	090	2.767	0,4	59,9	2,0	86,145
	Totale (primi 60 DRG)	2.757	0,4	60,3	0,6	24.279
	Totale generale	451.084	60,3		5,6	2.528.249
		748.370			5,8	4.375.079

Fonte: elaborazioni Ermeneta su dati Atop

Tab. S/25 – Ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Nord del Paese. Anno 2015

Rango	DRG	Nord				
		Dimissioni		% giorni di degenza	Degenza media	Giornate di degenza
		Numero	%			
1	544	27.725	8,8	9,7	6,7	185.617
2	503	13.451	4,2	1,1	1,5	20.215
3	225	11.945	3,8	0,8	1,3	16.035
4	430	6.532	2,1	18,8	24,5	159.860
5	127	6.494	2,0	20,9	9,6	62.620
6	224	6.431	2,0	22,9	1,8	11.495
7	359	5.464	1,7	24,6	3,0	16.455
8	518					
9	125	5.372	1,7	26,3	3,4	18.163
10	288	4.580	1,4	27,8	2,6	11.987
11	500	4.501	1,4	29,2	4,1	18.417
12	373	4.399	1,4	30,6	2,8	12.463
13	558	4.077	1,3	31,9	3,2	13.209
14	232	4.050	1,3	33,1	3,2	12.896
15	494	3.998	1,3	34,4	1,2	4.984
16	498	3.899	1,2	35,6	2,5	9.892
17	311	3.876	1,2	36,9	4,6	17.690
18	158	3.614	1,1	38,0	2,6	9.224
19	479	3.482	1,1	39,1	1,4	5.002
20	162	3.461	1,1	40,2	3,4	11.860
21	538	3.338	1,1	41,3	1,3	4.184
22	297	3.093	1,0	42,2	2,1	6.403
23	227	2.824	0,9	43,1	4,6	13.017
24	337	2.799	0,9	44,0	1,5	4.190
25	104	2.645	0,8	44,8	3,4	9.096
26	223	2.597	0,8	45,7	12,9	33.511
27	229	2.562	0,8	46,2	0,2	3.836
28	087	2.469	0,8	47,5	0,1	2.283
29	089	2.411	0,8	48,0	10,9	26.184
30	219	2.382	0,8	48,8	11,7	27.945
		2.302	0,7	49,5	4,2	9.774

./.

(segue) Tab. S/25 – Ospedali privati (case di cura accreditate) Atiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Rcoveri per acuti in Regime ordinario nel Nord del Paese. Anno 2015

Rango	DRG	Nord					
		Dimissioni		% giorni di degenza	Degenza media	Giornate di degenza	
		Numero	% cumult.				
31	008	2.298	0,7	50,2	0,2	1,7	3.874
32	467	2.229	0,7	50,9	0,4	3,2	7.043
33	428	2.164	0,7	51,6	3,6	32,1	69.507
34	139	2.149	0,7	52,3	0,4	3,4	7.300
35	088	2.140	0,7	53,0	1,0	9,2	19.585
36	545	2.086	0,7	53,6	8,3	17.353	17.353
37	014	2.063	0,7	54,3	1,0	9,3	19.227
38	053	1.959	0,6	54,9	0,2	1,9	3.632
39	183						
		1.903	0,6	55,5	0,6	5,7	10.762
40	055	1.900	0,6	56,1	0,1	1,4	2.656
41	012	1.756	0,6	56,6	0,8	8,4	14.778
42	552						
		1.741	0,5	57,2	0,4	4,5	7.818
43	371	1.708	0,5	57,7	0,4	4,4	7.464
44	234	1.623	0,5	58,2	0,2	2,0	3.258
45	042	1.601	0,5	58,7	0,2	1,9	3.086
46	532	1.548	0,5	59,2	0,2	2,5	3.915
47	119	1.538	0,5	59,7	0,1	0,9	1.373
48	243	1.531	0,5	60,2	0,5	6,4	9.776
49	160	1.520	0,5	60,7	0,2	2,5	3.751
50	554	1.519	0,5	61,2	0,5	6,6	10.093
51	090	1.513	0,5	61,6	0,7	8,9	13.510
52	395	1.494	0,5	62,1	0,7	8,7	12.990
53	557						
		1.487	0,5	62,6	0,6	7,4	11.014
54	461	1.484	0,5	63,0	0,3	3,2	4.785
55	335	1.477	0,5	63,5	0,5	6,4	9.255
56	105	1.439	0,5	64,0	1,0	12,9	18.543
57	211	1.406	0,4	64,4	0,5	6,9	9.652
58	120	1.386	0,4	64,8	0,5	6,7	9.339
59	149	1.365	0,4	65,3	0,6	7,9	10.789
60	523	1.343	0,4	65,7	1,4	19,3	25.854
	Totale (primi 60 DRG)	208.173		65,7		5,3	1.110.489
	Totale generale (Nord)	316.813		65,7		6,0	1.905.137

Fonte: elaborazioni Ermeneta su dati Atiop

Tab. S/26 – Ospedali privati (case di cura accreditate) Atop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Centro del Paese. Anno 2015

Rango	DRG	Centro				Giornate di degenza	
		Dimissioni		% giorni di degenza	Degenza media		
		Numero	%				
1	544	7.926	10,3	10,3	14,2	7,4	58.424
2	545	4.928	6,4	16,8	2,1	1,7	8.457
3	503	3.910	5,1	21,9	1,4	1,5	5.750
4	223	2.525	3,3	25,2	1,0	1,7	4.204
5	127	2.049	2,7	27,9	4,8	9,6	19.705
6	373	2.008	2,6	30,5	1,7	3,5	7.080
7	359	1.815	2,4	32,8	1,5	3,5	6.372
8	371	1.365	1,8	34,6	1,4	4,2	5.673
9	498	1.344	1,8	36,4	1,3	3,9	5.195
10	494	1.268	1,7	38,0	0,9	2,8	3.529
11	224	1.205	1,6	39,6	0,8	2,8	3.367
12	337	1.092	1,4	41,0	1,1	4,1	4.467
13	087	979	1,3	42,3	2,1	8,8	8.595
14	089	957	1,2	43,6	2,4	10,5	10.036
15	219	877	1,1	44,7	1,1	5,4	4.700
16	311	869	1,1	45,8	0,7	3,3	2.866
17	227	857	1,1	47,0	0,4	2,1	1.764
18	468	763	1,0	48,0	1,6	8,7	6.649
19	234	722	0,9	48,9	0,5	2,6	1.867
20	538	696	0,9	49,8	0,3	1,8	1.270
21	500	681	0,9	50,7	0,4	2,6	1.740
22	524	648	0,8	51,5	1,1	7,0	4.531
23	305	598	0,8	52,3	0,5	3,2	1.927
24	082	578	0,8	53,1	1,3	9,0	5.174
25	545	577	0,8	53,8	1,3	9,1	5.229
26	149	572	0,7	54,6	0,7	5,0	2.837
27	014	557	0,7	55,3	1,3	9,3	5.169
28	183	536	0,7	56,0	0,7	5,1	2.731
29	491	527	0,7	56,7	0,6	4,9	2.559
30	120	522	0,7	57,4	0,6	4,8	2.517

./.

(segue) Tab. S/26 – Ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Centro del Paese. Anno 2015

Rango	DRG	Centro				Giornate di degenza	
		Dimissioni		% giorni di degenza			
		Numero	%	% cumult.	%		
31	211	483	0,6	58,0	0,8	7,2	3.482
32	316	449	0,6	58,6	1,1	10,0	4.508
33	162	445	0,6	59,2	0,1	1,4	609
34	229	435	0,6	59,7	0,1	1,0	448
35	296	409	0,5	60,3	0,9	8,8	3.607
36	088	406	0,5	60,8	0,8	8,4	3.421
37	053	396	0,5	61,3	0,2	2,3	901
38	290	388	0,5	61,8	0,3	3,0	1.156
39	158	382	0,5	62,3	0,2	2,0	763
40	090	380	0,5	62,8	0,9	9,3	3.541
41	381	378	0,5	63,3	0,0	0,2	82
42	247	376	0,5	63,8	0,4	4,7	1.770
43	119	375	0,5	64,3	0,1	1,0	390
44	288	375	0,5	64,8	0,3	3,5	1.296
45	467	373	0,5	65,3	0,2	2,3	844
46	297	363	0,5	65,7	0,8	9,1	3.310
47	395	336	0,4	66,2	0,8	9,3	3.119
48	042	328	0,4	66,6	0,1	1,3	418
49	055	323	0,4	67,0	0,1	1,7	561
50	243	312	0,4	67,4	0,4	5,5	1.720
51	552	303	0,4	67,8	0,4	5,3	1.617
52	172	300	0,4	68,2	0,7	10,3	3.075
53	304	294	0,4	68,6	0,2	3,4	985
54	309	290	0,4	69,0	0,2	3,2	914
55	139	285	0,4	69,4	0,4	5,7	1.631
56	532	281	0,4	69,7	0,2	2,5	708
57	335	274	0,4	70,1	0,5	7,4	2.034
58	232	274	0,4	70,4	0,1	1,5	423
59	320	273	0,4	70,8	0,6	9,2	2.503
60	008	272	0,4	71,2	0,1	1,4	376
	Totale (primi 60 DRG)	54.509	71,2			4,7	254.596
	Totale generale (Centro)	76.602				5,4	411.203

Fonte: elaborazioni Ermenegida su dati Aiop

Tab. S/27 – Ospedali privati (case di cura accreditate) Atop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Sud del Paese. Anno 2015

Rango	DRG	Sud					
		Dimissioni		% giorni di degenza		Degenza media	Giornate di degenza
		Numero	%	% cumul.	% cumul.		
1	039	18.687	5,3	5,3	1,7	1,8	34.363
2	371	16.988	4,8	10,1	3,3	4,0	68.053
3	544	14.028	4,0	14,0	4,8	7,1	99.231
4	373	8.858	2,5	16,5	1,5	3,5	30.563
5	127	8.644	2,4	18,9	3,3	7,9	68.439
6	359	8.136	2,3	21,2	1,4	3,6	29.074
7	410	7.913	2,2	23,5	1,1	44,4	351.707
8	503	7.543	2,1	25,6	1,1	2,9	21.628
9	494	6.865	1,9	27,5	1,0	3,1	21.272
10	125	6.591	1,9	29,4	0,8	2,4	15.994
11	430	5.896	1,7	31,0	6,6	23,0	135.757
12	183	5.084	1,4	32,5	0,7	2,9	14.854
13	162	4.983	1,4	33,9	0,7	2,9	14.291
14	225	4.277	1,2	35,1	0,4	2,1	9.181
15	311	4.155	1,2	36,2	0,7	3,4	13.933
16	500	4.009	1,1	37,4	0,6	3,0	12.064
17	012	3.876	1,1	38,5	1,3	6,8	26.198
18	087	3.550	1,0	39,5	1,4	8,0	28.467
19	290	3.532	1,0	40,5	0,5	2,9	10.182
20	558	3.505	1,0	41,4	0,6	3,3	11.594
21	467	3.492	1,0	42,4	1,1	6,3	21.883
22	158	2.935	0,8	43,3	0,4	2,7	8.051
23	143	2.795	0,8	44,0	0,3	2,5	6.872
24	524	2.772	0,8	44,8	1,0	7,3	20.308
25	337	2.652	0,7	45,6	0,6	4,7	12.574
26	316	2.470	0,7	46,3	0,8	6,7	16.509
27	223	2.441	0,7	47,0	0,3	2,2	5.263
28	479	2.305	0,6	47,6	0,3	3,1	7.102
29	323	2.263	0,6	48,2	0,7	6,8	15.336
30	234	2.244	0,6	48,9	0,3	2,5	5.555
31	017	2.181	0,6	49,5	0,6	5,5	12.003

(segue) Tab. S/27 – Ospedali privati (case di cura accreditate) Atop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Sud del Paese. Anno 2015

Rango	DRG	Sud					
		Dimissioni		% giorni di degenza			
		Numero	%	% cumult.	Degenza media		
32	006	2.121	0,6	50,1	0,2	1,8	3.865
33	082	2.014	0,6	50,7	0,6	6,6	13.268
34	270	1.955	0,6	51,2	0,1	1,2	2.361
35	139	1.922	0,5	51,7	0,3	3,0	5.820
36	297	1.914	0,5	52,3	0,4	4,8	9.216
37	281	1.908	0,5	52,8	0,0	0,1	185
38	189	1.893	0,5	53,4	0,4	3,9	7.383
39	016	1.865	0,5	53,9	0,6	6,3	11.766
40	379	1.823	0,5	54,4	0,4	4,3	7.786
41	498	1.809	0,5	54,9	0,5	5,2	9.330
42	211	1.806	0,5	55,4	0,6	6,5	11.819
43	260	1.786	0,5	55,9	0,2	2,6	4.634
44	119	1.774	0,5	56,4	0,1	1,5	2.686
45	381	1.772	0,5	56,9	0,1	1,2	2.211
46	518	1.752	0,5	57,4	0,2	2,9	5.108
47	552	1.729	0,5	57,9	0,4	4,3	7.460
48	557	1.726	0,5	58,4	0,6	6,6	11.406
49	227	1.698	0,5	58,9	0,2	2,1	3.621
50	104	1.645	0,5	59,3	1,1	13,9	22.890
51	088	1.634	0,5	59,8	0,6	7,0	11.510
52	305	1.598	0,5	60,2	0,3	3,8	6.069
53	097	1.587	0,4	60,7	0,5	5,9	9.363
54	229	1.580	0,4	61,1	0,1	1,7	2.646
55	224	1.509	0,4	61,6	0,2	2,5	3.765
56	160	1.504	0,4	62,0	0,2	3,2	4.872
57	266	1.467	0,4	62,4	0,1	1,6	2.341
58	288	1.467	0,4	62,8	0,3	4,8	6.993
59	538	1.457	0,4	63,2	0,2	2,5	3.586
60	364	1.424	0,4	63,6	0,1	1,3	1.862
Totale (primi 60 DRG)		225.809					1.344.124
Totale generale (Sud)		354.955	63,6			5,8	2.058.739

Fonte: elaborazioni Ermeneta sui dati Atop

Tab. S/28 – Totale istituti di cura pubblici e privati: primi 30 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 2.4.0) – Rtcoverti per acuti in day hospital. Anno 2014

Rango	DRG	Dimissioni		% Accessi	Numero medio di accessi
		Numero	% cumul.		
1	410	150.797	6,9	25,3	10,1
2	381	110.257	5,0	2,4	1,3
3	359	88.704	4,0	1,9	1,3
4	162	68.479	3,1	1,7	1,5
5	039	58.197	2,7	2,0	2,1
6	266	55.686	2,5	1,5	1,6
7	467	48.996	2,2	1,6	2,0
8	503	46.270	2,1	1,1	1,4
9	364	45.665	2,1	1,1	1,4
10	229	35.122	1,6	0,8	1,4
11	119	34.546	1,6	0,9	1,5
12	538				
13	270	32.762	1,5	35,3	1,4
14	055	32.680	1,5	36,8	1,5
15	225	31.641	1,4	38,3	1,5
16	169	31.161	1,4	39,7	1,4
17	042	30.813	1,4	41,1	1,4
18	158	29.621	1,3	42,4	1,7
19	301	24.836	1,1	43,6	1,6
20	395	24.141	1,1	44,7	1,9
21	227	22.343	1,0	45,7	8,7
22	139	19.749	0,9	46,6	1,4
23	339	19.193	0,9	47,5	1,6
24	404	18.528	0,8	48,3	1,5
25	267	17.928	0,8	49,1	5,5
26	466	17.690	0,8	49,9	1,8
27	040	17.592	0,8	50,7	2,8
28	189	16.902	0,8	51,5	1,5
29	262	16.575	0,8	52,3	1,7
30	060	16.256	0,7	53,0	1,5
	Totale (primi 30 DRG)	1.179.156	53,7	55,8	1,7
	Totale generale	2.194.241	100,0	100,0	2,7

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2014

Tab. S/29 – Totale istituti di cura pubblici e privati: primi 30 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 2.4.0) – Ritroverti di riabilitazione in regime ordinario. Anno 2014

Rango	DRG	Dimissioni			% Giorni di degenza media	Degenza media
		Numero	%	% cumul.		
1	256	72.397	23,0	23,0	16,3	18,6
2	012	35.803	11,4	34,4	17,7	40,9
3	249	25.258	8,0	42,4	8,2	26,8
4	145	16.480	5,2	47,6	3,3	16,8
5	462	13.867	4,4	52,0	3,8	23,0
6	144	13.715	4,4	56,4	3,2	19,5
7	009	10.046	3,2	59,6	6,0	49,8
8	245	9.614	3,1	62,7	2,0	17,2
9	087	9.135	2,9	65,6	2,6	23,5
10	430	7.971	2,5	68,1	2,8	28,7
11	127	7.659	2,4	70,5	1,8	20,0
12	247	7.509	2,4	72,9	2,3	25,0
13	035	6.682	2,1	75,0	3,0	36,7
14	236	6.419	2,0	77,1	2,4	31,4
15	088	5.513	1,8	78,8	1,5	22,3
16	034	4.427	1,4	80,2	2,1	39,9
17	014	4.000	1,3	81,5	2,1	44,4
18	248	3.963	1,3	82,8	1,3	27,5
19	243	3.264	1,0	83,8	1,0	24,5
20	467	3.104	1,0	84,8	0,9	23,4
21	544	2.383	0,8	85,5	0,5	18,6
22	013	2.372	0,8	86,3	1,0	33,3
23	428	2.266	0,7	87,0	1,0	35,0
24	023	1.716	0,5	87,6	1,8	87,1
25	133	1.666	0,5	88,1	0,3	16,8
26	522	1.612	0,5	88,6	0,5	27,1
27	135	1.532	0,5	89,1	0,4	19,3
28	429	1.327	0,4	89,5	0,4	26,4
29	019	1.257	0,4	89,9	0,5	30,3
30	244	1.244	0,4	90,3	0,3	22,7
Totale (primi 30 DRG)		284.201	90,3	90,3	91,1	
Totale generale		314.715	100,0	100,0	100,0	26,3

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2014

Tab. S/30 – Ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop: primi 30 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Rtcoversi di riabilitazione in Regime ordinario. Anno 2015

Rango	DRG	Dimissioni		% cumul.	% giorni di degenza	Degenza media	Giornate di degenza
		Numero	%				
1	256	26.094	28,0	28,0	18,7	17,3	451.915
2	012	8.027	8,6	36,6	15,5	46,6	374.021
3	249	7.838	8,4	45,0	8,3	25,7	201.165
4	145	5.462	5,9	50,9	3,9	17,0	92.950
5	430	4.523	4,9	55,7	5,1	27,2	123.199
6	462	4.093	4,4	60,1	3,8	22,4	91.636
7	247	3.188	3,4	63,6	3,1	23,8	75.820
8	144	2.953	3,2	69,8	2,4	19,2	56.766
9	245	2.874	3,1	69,8	2,1	17,7	51.004
10	236	2.006	2,2	72,0	2,8	34,2	68.512
11	544	1.877	2,0	74,0	1,4	18,0	33.721
12	088	1.807	1,9	75,9	1,7	22,3	40.225
13	035	1.750	1,9	77,8	3,1	43,2	75.537
14	127	1.464	1,6	79,4	1,2	20,0	29.345
15	087	1.271	1,4	80,7	1,3	24,3	30.923
16	009	1.179	1,3	82,0	2,4	49,4	58.295
17	428	1.157	1,2	83,2	1,6	34,1	39.430
18	522	990	1,1	84,3	1,1	26,6	26.372
19	014	947	1,0	85,3	2,2	55,2	52.294
20	248	866	0,9	86,2	0,9	25,5	22.111
21	243	749	0,8	87,0	0,8	24,3	18.202
22	467	662	0,7	87,8	0,6	22,4	14.858
23	133	628	0,7	88,4	0,5	17,7	11.121
24	034	611	0,7	89,1	1,4	55,9	34.153
25	135	533	0,6	89,7	0,4	18,2	9.714
26	140	514	0,6	90,2	0,4	18,6	9.538
27	013	492	0,5	90,7	0,7	32,1	15.814
28	015	449	0,5	91,2	0,7	39,4	17.704
29	023	448	0,5	91,7	3,0	161,9	72.546
30	019	443	0,5	92,2	0,6	32,7	14.466
Totale (Primi 30 DRG)		85.895	92,2			23,8	2.213.357
Totale generale		93.193				25,9	2.411.735

Fonte: elaborazioni Ermeneta su dati Aiop

Tab. S31 – Totale istituti di cura pubblici e privati: descrizione dell'attività per maggiori categorie diagnostiche (MDC) – Ricoveri per acuti, in regime ordinario. Anno 2014

MDC	Numero casi	%	Giorni di degenza	Degenza media
01 – Malattie e disturbi del sistema nervoso	457.243	7,0	3.695.507	8,1
02 – Malattie e disturbi dell'occhio	80.748	1,2	241.491	3,0
03 – Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	220.921	3,4	714.109	3,2
04 – Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	569.139	8,8	5.360.435	9,4
05 – Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	947.686	14,6	6.699.788	7,1
06 – Malattie e disturbi dell'apparato digerente	604.572	9,3	4.187.414	6,9
07 – Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	310.062	4,8	2.465.769	8,0
08 – Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	813.267	12,5	5.011.061	6,2
09 – Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	183.747	2,8	790.557	4,3
10 – Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	164.115	2,5	904.180	5,5
11 – Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	353.187	5,4	2.395.489	6,8
12 – Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	110.888	1,7	535.418	4,8
13 – Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	197.603	3,0	812.757	4,1
14 – Gravidanza parto e puerperio	631.668	9,7	2.385.777	3,8
15 – Malattie e disturbi del periodo neonatale	120.005	1,9	983.183	8,2
16 – Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	73.850	1,1	584.262	7,9
17 – Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	161.966	2,5	1.213.109	7,5
18 – Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	121.024	1,9	1.280.400	10,6
19 – Malattie e disturbi mentali	147.168	2,3	1.689.111	11,5
20 – Abuso di alcol/droghie e disturbi mentali organici indotti	13.485	0,2	92.901	6,9
21 – Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	54.826	0,8	303.859	5,5
22 – Ustioni	4.216	0,1	53.518	12,7
23 – Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	89.898	1,4	405.843	4,5
24 – Traumatismi multipli rilevanti	8.417	0,1	118.410	14,1
25 – Infezioni da Hiv	7.111	0,1	112.199	15,8
Altri DRG	13.016	0,2	124.313	9,6
Pre MDC	26.610	0,4	929.120	34,9
Totale generale	6.486.438	100,0	44.089.980	6,8

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2014

Tab. S32 – Totale istituti di cura pubblici e privati: descrizione dell'attività per maggiori categorie diagnostiche (MDC) – Ricoveri per acuti in day hospital. Anno 2014

MDC	Numero casi	%	Accessi	N° medio di accessi
01 – Malattie e disturbi del sistema nervoso	80.497	3,7	193.895	2,4
02 – Malattie e disturbi dell'occhio	141.229	6,4	272.033	1,9
03 – Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	155.574	7,1	273.824	1,8
04 – Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	36.933	1,7	113.650	3,1
05 – Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	128.739	5,9	262.464	2,0
06 – Malattie e disturbi dell'apparato digerente	176.123	8,0	312.935	1,8
07 – Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	34.363	1,6	121.907	3,5
08 – Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	269.803	12,3	527.374	2,0
09 – Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	174.512	8,0	329.347	1,9
10 – Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	74.326	3,4	159.179	2,1
11 – Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	90.927	4,1	218.372	2,4
12 – Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	82.744	3,8	127.798	1,5
13 – Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	184.210	8,4	251.497	1,4
14 – Gravidanza parto e puerperio	129.399	5,9	179.159	1,4
15 – Malattie e disturbi del periodo neonatale	2.156	0,1	5.403	2,5
16 – Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	47.544	2,2	304.743	6,4
17 – Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	219.701	10,0	1.865.573	8,5
18 – Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	7.037	0,3	25.375	3,6
19 – Malattie e disturbi mentali	40.561	1,8	196.827	4,9
20 – Abuso di alcol/droghie e disturbi mentali organici indotti	1.002	0,0	10.076	10,1
21 – Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	12.909	0,6	36.392	2,8
22 – Ustioni	397	0,0	1.621	4,1
23 – Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	90.061	4,1	194.487	2,2
24 – Traumatismi multipli rilevanti	-	-	-	-
25 – Infezioni da Hiv	10.458	0,5	43.604	4,2
Altri DRG	3.008	0,1	5.906	2,0
Pre MDC	28	0,0	86	3,1
Totale generale	2.194.241	100,0	6.033.527	2,7

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2014

Tab. S/33 – Totale istituti di cura pubblici e privati: descrizione dell'attività per maggiori categorie diagnostiche (MDC) – Ricoveri di riabilitazione in regime ordinario, Anno 2014

MDC	Numero casi	%	Giorni di degenza	Degenza media
01 – Malattie e disturbi del sistema nervoso	72.896	23,2	3.050,066	41,8
02 – Malattie e disturbi dell'occhio	101	0,0	958	9,5
03 – Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	1.237	0,4	14.717	11,9
04 – Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	18.427	5,9	414.432	22,5
05 – Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	47.751	15,2	881.295	18,5
06 – Malattie e disturbi dell'apparato digerente	390	0,1	6.955	17,8
07 – Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	169	0,1	2.297	13,6
08 – Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	136.045	43,2	2.931.245	21,5
09 – Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	227	0,1	5.859	25,8
10 – Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	1.855	0,6	42.661	23,0
11 – Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	355	0,1	7.143	20,1
12 – Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	15	0,0	223	14,9
13 – Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	31	0,0	514	16,6
14 – Gravidanza parto e puerperio	2	0,0	23	11,5
15 – Malattie e disturbi del periodo neonatale	14	0,0	1.141	81,5
16 – Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	124	0,0	1.866	15,0
17 – Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	95	0,0	1.933	20,3
18 – Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	285	0,1	7.700	27,0
19 – Malattie e disturbi mentali	13.529	4,3	393.200	29,1
20 – Abuso di alcol/droghie e disturbi mentali organici indotti	2.704	0,9	71.237	26,3
21 – Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	320	0,1	7.026	22,0
22 – Ustioni	13	0,0	419	32,2
23 – Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	17.617	5,6	403.398	22,9
24 – Traumatismi multipli rilevanti	166	0,1	7.129	42,9
25 – Infezioni da Hiv	9	0,0	372	41,3
Altri DRG	181	0,1	7.659	42,3
Pre MDC	157	0,0	15.177	96,7
Totale generale	314.715	100,0	8.276.645	26,3

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2014

Tab. S34 – Totale istituti di cura pubblici e privati: descrizione dell'attività per maggiori categorie diagnostiche (MDC) – Ricoveri di riabilitazione in day hospital. Anno 2014

MDC	Numero casi	%	Accessi	N° medio di accessi
01 – Malattie e disturbi del sistema nervoso	12.369	35,5	178.985	14,5
02 – Malattie e disturbi dell'occhio	34	0,1	145	4,3
03 – Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	221	0,6	979	4,4
04 – Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	1.049	3,0	10.188	9,7
05 – Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	3.730	10,7	53.072	14,2
06 – Malattie e disturbi dell'apparato digerente	81	0,2	815	10,1
07 – Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	1	0,0	1	1,0
08 – Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	7.720	22,1	125.216	16,2
09 – Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	80	0,2	765	9,6
10 – Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	56	0,2	475	8,5
11 – Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	53	0,2	353	6,7
12 – Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	8	0,0	23	2,9
13 – Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	38	0,1	97	2,6
14 – Gravidanza parto e puerperio	-	-	-	-
15 – Malattie e disturbi del periodo neonatale	11	0,0	99	9,0
16 – Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	7	0,0	45	6,4
17 – Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	250	0,7	3.383	13,5
18 – Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	-	-	-	-
19 – Malattie e disturbi mentali	1.760	5,0	20.170	11,5
20 – Abuso di alcol/droghie e disturbi mentali organici indotti	4	0,0	37	9,3
21 – Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	39	0,1	769	19,7
22 – Ustioni	3	0,0	33	11,0
23 – Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	7.324	21,0	105.218	14,4
24 – Traumatismi multipli rilevanti	8	0,0	182	22,8
25 – Infezioni da Hiv	-	-	-	-
Altri DRG	22	0,1	72	3,3
Pre MDC	-	-	-	-
Totale generale	34.868	100,0	501.122	14,4

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2014

Tab. S35 – Totale istituti di cura pubblici e privati: descrizione dell'attività per maggiori categorie diagnostiche (MDC) – Ricoveri di lungodegenza. Anno 2014

MDC	Numero casi	%	Giorni di degenza	Degenza media
01 – Malattie e disturbi del sistema nervoso	19.731	18,0	592.049	30,0
02 – Malattie e disturbi dell'occhio	56	0,1	1.575	28,1
03 – Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	404	0,4	9.604	23,8
04 – Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	13.936	12,7	334.784	24,0
05 – Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	13.456	12,2	339.511	25,2
06 – Malattie e disturbi dell'apparato digerente	4.267	3,9	112.304	26,3
07 – Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	3.041	2,8	72.855	24,0
08 – Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	24.458	22,3	707.381	28,9
09 – Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	1.625	1,5	44.521	27,4
10 – Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	2.531	2,3	64.270	25,4
11 – Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	3.348	3,0	80.515	24,0
12 – Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	298	0,3	8.325	27,9
13 – Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	284	0,3	7.417	26,1
14 – Gravidanza parto e puerperio	11	0,0	261	23,7
15 – Malattie e disturbi del periodo neonatale	14	0,0	275	19,6
16 – Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	1.164	1,1	24.578	21,1
17 – Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	1.191	1,1	27.706	23,3
18 – Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	2.472	2,3	72.755	29,4
19 – Malattie e disturbi mentali	9.595	8,7	314.548	32,8
20 – Abuso di alcol/droghie e disturbi mentali organici indotti	427	0,4	10.720	25,1
21 – Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	588	0,5	16.846	28,6
22 – Ustioni	27	0,0	954	35,3
23 – Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	6.341	5,8	163.963	25,9
24 – Traumatismi multipli rilevanti	297	0,3	12.097	40,7
25 – Infezioni da Hiv	17	0,0	577	33,9
Altri DRG	105	0,1	3.818	36,4
Pre MDC	170	0,2	14.358	84,5
Totale generale	109.854	100,0	3.038.567	27,7

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2014

Tab. S/36 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Dati nazionali)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP					
	Posti letto	Degeniti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degeniti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Angiologia	34	619	6.052	9,8	48,8	16	231	2.560	11,1	43,8
Asiatergia	12	1.056	5.084	4,8	116,1	439	17.591	131.820	7,5	82,3
Cardiologia	542	23.262	166.160	7,1	84,0	1.094	64.151	277.604	4,3	69,5
Chirurgia	1.355	83.976	345.103	4,1	69,8	3.712	131.469	506.810	3,9	37,4
Chirurgia generale	4.501	158.828	618.865	3,9	37,7	52	2.483	3.710	1,5	19,5
Chirurgia maxillo facciale	59	2.527	3.821	1,5	18,0	13	131	618	4,7	13,0
Chirurgia pediatrica	23	335	1.152	3,4	13,7	13	131	618	4,7	13,0
Chirurgia plastica	54	1.664	4.882	2,9	24,8	27	970	3.531	3,6	35,8
Chirurgia toracica	56	1.617	10.334	6,4	50,6	53	1.520	9.487	6,2	49,0
Chirurgia vascolare	320	12.539	55.407	4,4	47,4	254	9.927	41.491	4,2	44,8
Cure palliative/Hospice	13	210	3.124	14,9	65,8	13	210	3.124	14,9	65,8
Dermatologia	8	5	21	4,2	0,7	8	5	21	4,2	0,7
Gastroenterologia	31	816	6.410	7,9	56,7	28	675	5.548	8,2	54,3
Geriatrica	544	16.705	142.373	8,5	71,7	467	12.361	116.253	9,4	68,2
Lungodegenti	4.641	45.689	1.277.946	28,0	75,4	3.043	32.021	817.079	25,5	73,6
Malattie endocrine, ricamb. e nutriz.	37	635	5.820	9,2	43,1	37	635	5.820	9,2	43,1
Medicina generale	4.434	135.423	1.054.990	7,8	65,2	3.659	114.733	888.180	7,7	66,5
Nefrologia	105	3.081	18.443	6,0	48,1	66	2.251	13.534	6,0	56,2
Neonatalogia	66	2.783	13.592	4,9	56,4	17	519	2.067	4,0	33,3
Neurochirurgia	186	9.169	42.506	4,6	62,6	147	7.634	33.147	4,3	61,8
Neurologia	894	17.397	218.648	12,6	67,0	738	12.577	187.082	14,9	69,5
Neuro-riabilitazione	434	3.028	150.211	49,6	94,8	264	1.720	90.900	52,8	94,3
Nido	75	3.147	9.705	3,1	35,5	75	3.147	9.705	3,1	35,5
Occhistica	388	9.201	22.293	2,4	15,7	299	5.628	15.979	2,8	14,6
Oncologia	454	16.679	107.291	6,4	64,7	390	14.974	95.769	6,4	67,3
Ortopedia e traumatologia	4.137	207.022	807.802	3,9	53,5	3.437	175.381	683.588	3,9	54,5
Ostetricia e ginecologia	1.905	101.546	362.798	3,6	52,2	1.376	74.577	259.824	3,5	51,7
Otorinolaringoiatria	582	19.367	45.041	2,3	21,2	485	15.008	36.620	2,4	20,7
Pediatria	72	3.850	21.945	5,7	83,5	14	846	4.132	4,9	80,9
Pneumologia	159	5.097	41.913	8,2	72,2	119	3.815	30.382	8,0	69,9
Psichiatria	1.894	20.600	530.486	25,8	76,7	1.689	18.652	487.565	26,1	79,1
Radioterapia	10	114	1.142	10,0	31,3	10	114	1.142	10,0	31,3
Recupero e riabilitaz. funzionale	11.296	151.245	3.612.651	23,9	87,6	7.006	96.889	2.280.481	23,5	89,2
Reumatologia	45	1.845	14.230	7,7	86,6	15	919	7.541	8,2	137,7
Terapia intensiva	302	11.226	58.159	5,2	52,8	201	6.701	39.603	5,9	54,0

./.

(Segue) Tab. S36 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Dati nazionali)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP					
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Terapia intensiva neonatale	34	808	10.787	13,4	86,9	8	237	4.225	17,8	144,7
Unità coronarica	144	8.940	34.311	3,8	65,3	88	4.727	22.435	4,7	69,8
Unità spinale	25	152	8.932	58,8	97,9					
Urologia	1.079	49.977	197.230	3,9	50,1	863	38.976	155.526	4,0	49,4
Totali	40.950	1.109.536	10.037.660	9,0	67,2	30.222	856.917	7.274.903	8,5	65,9

Fonte: elaborazione Ermenewa su dati Ministero della Salute

Tab. S37 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Piemonte)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP					
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Cardiologia	60	1.240	14.737	11,9	67,3	60	1.240	14.737	11,9	67,3
Cardiologia	72	4.970	14.162	2,8	53,9	72	4.970	14.162	2,8	53,9
Chirurgia generale	122	5.332	16.289	3,1	36,6	100	4.510	14.446	3,2	39,6
Chirurgia vascolare	28	803	3.060	3,8	29,9	28	803	3.060	3,8	29,9
Lungodegenti	793	5.604	202.502	36,1	70,0	452	3.355	112.375	33,5	68,1
Medicina generale	175	1.965	11.872	6,0	18,6	169	1.814	10.442	5,8	16,9
Neurochirurgia	28	797	2.768	3,5	27,1	28	797	2.768	3,5	27,1
Neurologia	20	370	3.922	10,6	53,7	10	263	3.089	11,7	84,6
Neuro-riabilitazione	20	52	7.150	137,5	97,9	20	52	7.150	137,5	97,9
Occhistica	50	161	275	1,7	1,5	36	153	266	1,7	2,0
Ortopedia e traumatologia	161	13.927	42.327	3,0	72,0	133	13.389	39.716	3,0	81,8
Ostetricia e ginecologia	36	900	2.032	2,3	15,5	27	844	1.786	2,1	18,1
Otorinolaringoiatria	26	752	1.503	2,0	15,8	18	630	1.253	2,0	19,1
Psichiatria	85	1.216	15.087	12,4	48,6	28	573	6.197	10,8	60,6
Recupero e riabilitaz. funzionale	1.592	15.805	430.990	27,3	74,2	685	7.359	197.731	26,9	79,1
Urologia	77	3.977	14.154	3,6	50,4	64	3.718	13.064	3,5	55,9
Totali	3.345	56.714	782.830	13,8	64,1	1.930	43.581	442.242	10,1	62,8

Fonte: elaborazione Ermenewa su dati Ministero della Salute

Tab. S38 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Valle d'Aosta)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP					
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Ortopedia e traumatologia	10	772	1.324	1,7	36,3	10	772	1.324	1,7	36,3
Recupero e riabilitaz. funzionale	64	770	15.461	20,1	66,2	64	770	15.461	20,1	66,2
Totali	74	1.511	16.785	11,1	62,1	74	1.511	16.785	11,1	62,1

Fonte: elaborazione Ermenewa su dati Ministero della Salute

Tab. S39 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Lombardia)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP			
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Utilizz. %
Cardiologia	69	3.006	20.467	6,8	55	2.091	16.545	7,9
Cardiologia	344	17.515	85.820	4,9	277	14.231	72.530	5,1
Chirurgia generale	751	36.330	136.525	3,8	496	24.814	96.482	3,9
Chirurgia maxillo facciale	27	364	614	1,7	27	364	614	1,7
Chirurgia plastica	22	1.055	2.743	2,6	10	538	1.969	3,7
Chirurgia toracica	33	711	4.007	5,6	33	711	4.007	5,6
Chirurgia vascolare	122	5.427	25.747	4,7	85	4.258	19.415	4,6
Cure palliative/Hospice	13	210	3.124	14,9	13	210	3.124	14,9
Gastroenterologia	2	84	474	5,6	2	84	474	5,6
Geriatrica	65	3.694	18.105	4,9	10	4	117	3,2
Lungodegenti	549	5.430	146.727	27,0	131	1.390	33.250	23,9
Medicina generale	938	26.034	229.064	8,8	545	15.815	138.386	8,8
Nefrologia	10	362	2.612	7,2				
Neonatologia	28	1.586	7.911	5,0				
Neurochirurgia	50	2.939	13.825	4,7	30	1.781	7.376	67,4
Neurologia	128	5.431	30.762	5,7	76	3.087	17.890	5,8
Neuro-riabilitazione	120	1.392	41.789	30,0	20	362	7.093	19,6
Oculistica	48	1.775	2.706	1,5	21	1.079	1.473	1,4
Oncologia	82	2.124	15.191	7,2	30	1.008	7.336	67,0
Ortopedia e traumatologia	839	45.849	168.744	3,7	583	34.806	127.917	3,7
Ostetricia e ginecologia	258	17.798	58.960	3,3	125	9.210	25.068	2,7
Otorinolaringoiatria	100	7.147	15.683	2,2	72	4.920	11.690	2,4
Pediatria	72	3.850	21.945	5,7	14	846	4.132	4,9
Psichiatria	43	871	14.275	16,4	28	313	8.551	27,3
Recupero e riabilitaz. funzionale	2.758	42.535	972.807	22,9	1.704	25.711	576.508	22,4
Terapia intensiva	104	4.278	21.505	5,0	73	2.403	14.617	6,1
Terapia intensiva neonatale	17	549	6.316	11,5				
Unità coronarica	27	1.661	5.633	3,4	18	710	3.209	48,8
Urologia	285	14.675	58.663	4,0	168	8.595	35.537	4,1
Totali	7.904	249.588	2.132.744	8,5	4.646	156.154	1.235.310	7,9

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/40 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Bolzano)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP					
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Lungodegenti	122	1.774	45.889	25,9	103,1	65	998	24.446	24,5	103,0
Medicina generale	31	741	7.658	10,3	67,7	15	591	5.544	9,4	101,3
Neuro-riabilitazione	3	19	768	40,4	70,1					
Recupero e riabilitaz. funzionale	106	1.817	41.677	22,9	107,7	44	709	15.372	21,7	95,7
Totali	262	4.264	95.992	22,5	100,4	124	2.252	45.362	20,1	100,2

Fonte: elaborazione Ermeneya su dati Ministero della Salute

Tab. S/41 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Trento)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP					
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Chirurgia generale	12	632	2.218	3,5	50,6	12	632	2.218	3,5	50,6
Lungodegenti	185	2.726	78.372	28,7	116,1	165	2.474	71.173	28,8	118,2
Medicina generale	92	2.176	16.453	7,6	49,0	92	2.176	16.453	7,6	49,0
Recupero e riabilitaz. funzionale	243	4.808	88.957	18,5	100,3	15	250	5.475	21,9	100,0
Totali	532	10.135	186.000	18,4	95,8	284	5.421	95.319	17,6	92,0

Fonte: elaborazione Ermeneya su dati Ministero della Salute

Tab. S/42 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Veneto)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP					
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Cardiologia	11	284	1.904	6,7	47,4	11	284	1.904	6,7	47,4
Chirurgia generale	91	3.764	14.793	3,9	44,5	91	3.764	14.793	3,9	44,5
Geriatra	59	1.735	16.446	9,5	76,4	59	1.735	16.446	9,5	76,4
Lungodegenti	89	890	19.320	21,7	59,5	89	890	19.320	21,7	59,5
Medicina generale	106	2.613	27.939	10,7	72,2	106	2.613	27.939	10,7	72,2
Neurologia	12	439	3.899	8,9	89,0	12	439	3.899	8,9	89,0
Oculistica	2	26	68	2,6	9,3	2	26	68	2,6	9,3
Ortopedia e traumatologia	93	4.006	20.706	5,2	61,0	93	4.006	20.706	5,2	61,0
Ostetricia e ginecologia	4	490	1.114	2,3	76,3	4	490	1.114	2,3	76,3
Otorinolaringoiatria	13	461	967	2,1	20,4	13	461	967	2,1	20,4
Psichiatria	339	3.708	113.364	30,6	91,6	339	3.708	113.364	30,6	91,6
Recupero e riabilitaz. funzionale	334	4.930	110.930	22,5	91,0	334	4.930	110.930	22,5	91,0
Urologia	5	362	1.334	3,7	73,1	5	362	1.334	3,7	73,1
Totali	1.158	23.234	332.784	14,3	78,7	1.158	23.234	332.784	14,3	78,7

Fonte: elaborazione Ermeneya su dati Ministero della Salute

Tab. S/43 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Frittoli V.G.)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP					
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Chirurgia generale	51	1.365	4.294	3,1	23,1	34	943	2.909	3,1	23,4
Medicina generale	112	1.189	15.723	13,2	38,5	92	1.022	13.526	13,2	40,3
Oculistica	3	19	19	1,0	1,7	3	19	19	1,0	1,7
Ortopedia e traumatologia	73	2.558	10.057	3,9	37,7	43	1.934	6.918	3,6	44,1
Ostetricia e ginecologia	54	1.287	4.708	3,7	23,9	32	1.203	4.560	3,8	39,0
Otorinolaringoiatria	10	354	501	1,4	13,7	9	292	391	1,3	11,9
Pneumologia	12	157	2.130	13,6	48,6	12	157	2.130	13,6	48,6
Recupero e riabilitaz. funzionale	96	895	19.428	21,7	55,4	96	895	19.428	21,7	55,4
Urologia	17	639	2.531	4,0	40,8	14	606	2.415	4,0	47,3
Totali	428	8.294	59.391	7,2	38,0	335	6.930	52.296	7,5	42,8

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/44 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Liguria)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP					
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Cardiochirurgia	15	365	3.580	9,8	65,4	15	365	3.580	9,8	65,4
Cardiologia	7	593	2.265	3,8	88,6	7	593	2.265	3,8	88,6
Chirurgia generale	12	230	674	2,9	15,4	8	212	629	3,0	21,5
Medicina generale	14	166	701	4,2	13,7	14	166	701	4,2	13,7
Ortopedia e traumatologia	12	370	2.150	5,8	49,1	5	136	819	6,0	44,9
Recupero e riabilitaz. funzionale	123	2.868	31.530	11,0	70,2	75	983	17.010	17,3	62,1
Totali	183	4.500	40.900	9,1	61,2	124	2.406	25.004	10,4	55,2

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/45 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Emilia Romagna)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP			
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Utilizz. %
Cardiochirurgia	96	3.885	31.354	8,1	62	3.129	20.240	89,4
Cardiologia	84	5.230	15.662	3,0	72	3.557	10.742	40,9
Chirurgia generale	427	9.305	22.812	2,5	422	9.128	22.062	14,3
Chirurgia maxillo facciale	4	410	935	2,3	4	410	935	64,0
Chirurgia plastica	2	25	34	1,4				
Chirurgia toracica	10	415	2.879	6,9	10	415	2.879	78,9
Chirurgia vascolare	21	1.157	4.323	3,7	15	735	2.313	42,2
Dermatologia	8	5	21	4,2	8	5	21	0,7
Geriatrica	75	2.268	18.311	8,1	75	2.268	18.311	66,9
Lungodegenti	846	13.576	281.848	20,8	812	13.047	266.801	90,0
Medicina generale	531	17.597	143.604	8,2	527	17.272	140.879	73,2
Neurochirurgia	18	1.589	6.590	4,1	18	1.589	6.590	100,3
Neurologia	27	302	4.004	13,3	27	302	4.004	40,6
Neuro-riabilitazione	91	392	28.754	73,4	79	349	24.992	86,7
Oculistica	35	585	1.975	3,4	32	558	1.911	16,4
Ortopedia e traumatologia	498	34.358	117.900	3,4	480	31.930	111.301	63,5
Ostetricia e ginecologia	109	1.848	5.856	3,2	107	1.832	5.806	14,9
Otorinolaringoiatria	90	2.283	5.385	2,4	88	2.228	5.288	16,5
Pneumologia	15	198	1.575	8,0	15	198	1.575	28,8
Psichiatria	450	4.759	108.579	22,8	450	4.759	108.579	66,1
Recupero e riabilitaz. funzionale	760	13.104	284.056	21,7	695	12.070	262.696	103,6
Terapia intensiva	35	1.011	6.032	6,0	35	1.011	6.032	47,2
Unità coronarica	5	113	115	1,0	5	113	115	6,3
Urologia	79	2.504	10.038	4,0	73	2.018	7.560	28,4
Totali	4.316	114.581	1.102.642	9,6	4.111	106.745	1.031.632	68,8

Fonte: elaborazione Ermeneya su dati Ministero della Salute

Tab. S/46 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Toscana)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP					
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Angiologia	26	472	5.288	11,2	55,7	8	84	1.796	21,4	61,5
Cardiologia	32	730	7.751	10,6	66,4	32	730	7.751	10,6	66,4
Chirurgia generale	185	4.435	11.861	2,7	17,6	131	3.176	7.863	2,5	16,4
Lungodegenti	252	2.810	98.015	34,9	106,6	44	937	22.310	23,8	138,9
Medicina generale	147	3.219	22.895	7,1	42,7	76	2.238	15.943	7,1	57,5
Occhistica	42	718	763	1,1	5,0	23	571	612	1,1	7,3
Ortopedia e traumatologia	281	18.038	75.234	4,2	73,4	189	15.336	60.243	3,9	87,3
Ostetricia e ginecologia	19	697	1.226	1,8	17,7	18	690	1.200	1,7	18,3
Otorinolaringoiatria	80	1.407	2.769	2,0	9,5	67	422	1.262	3,0	5,2
Psichiatria	127	1.625	37.245	22,9	80,3	94	1.392	32.568	23,4	94,9
Recupero e riabilitaz. funzionale	331	4.249	80.212	18,9	66,4	134	2.524	36.061	14,3	73,7
Urologia	33	2.027	6.300	3,1	52,3	33	2.027	6.300	3,1	52,3
Totali	1.555	39.618	349.559	8,8	61,6	849	29.524	193.909	6,6	62,6

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/47 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Umbria)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP					
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Chirurgia generale	51	772	2.585	3,3	13,9	51	772	2.585	3,3	13,9
Medicina generale	15	85	1.063	12,5	19,4	15	85	1.063	12,5	19,4
Occhistica	18	59	68	1,2	1,0	18	58	67	1,2	1,0
Ortopedia e traumatologia	89	4.726	13.207	2,8	40,7	44	3.300	7.499	2,3	46,7
Ostetricia e ginecologia	6	29	104	3,6	4,7	6	29	104	3,6	4,7
Otorinolaringoiatria	2	347	680	2,0	93,2	2	347	680	2,0	93,2
Recupero e riabilitaz. funzionale	32	495	5.966	12,1	51,1	17	159	2.150	13,5	34,6
Totali	213	6.383	23.673	3,7	30,4	153	4.655	14.148	3,0	25,3

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/48 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Marche)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP					
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Cardiologia	1	24	299	12,5	81,9	1	24	299	12,5	81,9
Chirurgia generale	134	7.143	25.592	3,6	52,3	134	7.143	25.592	3,6	52,3
Chirurgia vascolare	10	342	1.283	3,8	35,2	10	342	1.283	3,8	35,2
Lungodegenti	170	1.408	48.200	34,2	77,7	153	1.245	42.396	34,1	75,9
Medicina generale	189	4.568	37.887	8,3	54,9	189	4.568	37.887	8,3	54,9
Neuro-riabilitazione	55	216	20.085	93,0	100,0					
Oculistica	4	410	534	1,3	36,6	4	410	534	1,3	36,6
Ortopedia e traumatologia	66	4.484	15.481	3,5	64,3	66	4.484	15.481	3,5	64,3
Ostetricia e ginecologia	30	430	1.532	3,6	14,0	30	430	1.532	3,6	14,0
Otorinolaringoiatria	3	135	317	2,3	28,9	3	135	317	2,3	28,9
Recupero e riabilitaz. funzionale	190	2.567	62.655	24,4	90,3	62	1.108	21.285	19,2	94,1
Urologia	11	714	2.819	3,9	70,2	11	714	2.819	3,9	70,2
Totali	863	21.992	216.684	9,9	68,8	663	20.191	149.425	7,4	61,7

Fonte: elaborazione Ermenegita su dati Ministero della Salute

Tab. S/49 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Lazio)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP					
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Astanteria	12	1.056	5.084	4,8	116,1					
Cardiochirurgia	22	1.181	4.601	3,9	57,3					
Cardiologia	111	4.745	23.606	5,0	58,3					
Chirurgia generale	379	11.194	56.142	5,0	40,6					
Geriatrica	51	1.003	16.354	16,3	87,9					
Lungodegenti	556	5.398	181.327	33,6	89,4					
Malattie endocrine, ricamb. e nutriz.	10	33	304	9,2	8,3					
Medicina generale	610	17.926	153.447	8,6	68,9					
Nefrologia	47	569	4.603	8,1	26,8					
Neonatalogia	16	428	1.643	3,8	28,1					
Neurochirurgia	14	257	1.975	7,7	38,6					
Neurologia	41	469	12.063	25,7	80,6					
Oculistica	31	318	1.031	3,2	9,1					
Oncologia	35	1.062	7.315	6,9	57,3					
Ortopedia e traumatologia	551	17.502	82.210	4,7	40,9					
Ostetricia e ginecologia	181	10.490	35.907	3,4	54,4					
Otorinolaringoiatria	35	253	611	2,4	4,8					
Pneumologia	24	713	6.751	9,5	77,1					
Psichiatria	155	1.260	55.999	44,4	99,0					
Recupero e riabilitaz. funzionale	1.397	16.175	460.359	28,5	90,3					
Terapia intensiva	27	1.184	5.274	4,5	53,5					
Unità coronarica	28	1.700	6.376	3,8	62,4					
Urologia	84	3.533	12.900	3,7	42,1					
Totali	4.417	96.480	1.135.882	11,8	70,5	3.135	71.282	759.277	10,7	66,4

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/50 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Abruzzo)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP					
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Cardiologia	37	1.960	9.624	4,9	71,3	32	1.747	8.116	4,6	69,5
Chirurgia generale	133	5.478	27.445	5,0	56,5	85	3.982	18.212	4,6	58,7
Chirurgia vascolare	8	379	1.147	3,0	39,3	8	379	1.147	3,0	39,3
Geriatrics	21	887	6.635	7,5	86,6	21	887	6.635	7,5	86,6
Lungodegenti	68	318	6.920	21,8	27,9	37	227	4.245	18,7	31,4
Medicina generale	114	4.049	30.493	7,5	73,3	91	2.914	21.242	7,3	64,0
Neurologia	63	1.527	11.535	7,6	50,2	40	1.209	7.635	6,3	52,3
Occhistica	1	33	48	1,5	13,2	1	33	48	1,5	13,2
Ortopedia e traumatologia	77	5.131	23.132	4,5	82,3	77	5.131	23.132	4,5	82,3
Ostetricia e ginecologia	28	157	856	5,5	8,4	14	153	839	5,5	16,4
Otorinolaringoiatria	5	297	709	2,4	38,8	5	297	709	2,4	38,8
Pneumologia	5	104	841	8,1	46,1					
Psichiatria	30	857	10.562	12,3	96,5	30	857	10.562	12,3	96,5
Recupero e riabilitaz. funzionale	352	5.006	122.524	24,5	95,4	219	3.223	78.019	24,2	97,6
Terapia intensiva	9	385	1.355	3,5	41,2	3	319	747	2,3	68,2
Unità spinale	25	152	8.932	58,8	97,9					
Urologia	24	1.387	5.414	3,9	61,8	20	1.308	4.892	3,7	67,0
Totali	1.000	27.545	268.172	9,7	73,5	683	22.213	186.180	8,4	74,7

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/51 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Molise)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP					
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Chirurgia generale	36	1.426	5.594	3,9	42,6	36	1.426	5.594	3,9	42,6
Medicina generale	44	1.246	9.131	7,3	56,9	44	1.246	9.131	7,3	56,9
Recupero e riabilitaz. funzionale	60	479	11.702	24,4	53,4	20	330	6.302	19,1	86,3
Totali	140	3.088	26.427	8,6	51,7	100	2.942	21.027	7,1	57,6

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/52 - Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Campania)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP			
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Utilizz. %
Cardiochirurgia	47	4.485	20.496	4,6	34	2.769	11.824	4,3
Cardiologia	227	20.703	70.005	3,4	158	13.904	52.585	3,8
Chirurgia generale	968	35.593	148.239	4,2	830	30.060	124.548	4,1
Chirurgia plastica	14	433	1.497	3,5	5	382	1.430	3,7
Chirurgia vascolare	26	1.151	6.042	5,2	23	1.062	5.734	68,3
Geriatrica	23	480	2.991	6,2	23	480	2.991	35,6
Lungodegenti	515	1.504	48.219	32,1	465	1.479	47.208	27,8
Medicina generale	534	26.807	155.703	5,8	457	24.681	144.382	5,8
Nefrologia	28	1.401	6.115	4,4	19	1.007	4.987	71,9
Neonatologia	14	295	2.044	6,9	10	540	4.145	113,6
Neurochirurgia	10	540	4.145	7,7	396	3.502	111.904	77,4
Neurologia	396	3.502	111.904	32,0	100	493	35.558	97,4
Neuro-riabilitazione	100	493	35.558	72,1	75	1.580	8.773	32,0
Nido	75	3.147	9.705	3,1	75	3.147	9.705	3,1
Occhistica	91	1.662	9.675	5,8	10	874	3.558	4,1
Oncologia	10	874	3.558	4,1	10	874	3.558	4,1
Ortopedia e traumatologia	293	17.230	70.605	4,1	233	12.604	50.825	4,0
Ostetricia e ginecologia	647	39.866	160.733	4,0	472	30.492	121.895	4,0
Otorinolaringoiatria	115	2.851	7.938	2,8	90	2.546	7.036	2,8
Pneumologia	36	1.380	9.940	7,2	36	1.380	9.940	7,2
Psichiatria	518	3.211	145.680	45,4	518	3.211	145.680	45,4
Recupero e riabilitaz. funzionale	791	8.054	272.674	33,9	726	7.490	250.171	33,4
Terapia intensiva	51	1.145	4.941	4,3	20	160	1.667	22,8
Terapia intensiva neonatale	17	259	4.471	17,3	8	237	4.225	144,7
Unità coronarica	39	3.285	12.180	3,7	17	1.124	7.480	6,7
Urologia	126	7.600	34.044	4,5	117	6.388	30.758	4,8
Totali	5.711	184.192	1.359.102	7,4	4.917	148.560	1.199.009	8,1

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S53 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Puglia)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP					
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Cardiologia	115	5.363	34.106	6,4	81,3	115	5.363	34.106	6,4	81,3
Chirurgia generale	152	12.496	43.446	3,5	78,3	118	10.226	32.630	3,2	75,8
Chirurgia maxillo facciale	205	11.345	35.660	3,1	47,7	189	10.584	34.757	3,3	50,4
Chirurgia maxillo facciale	15	138	232	1,7	4,2	15	138	232	1,7	4,2
Chirurgia pediatrica	8	130	615	4,7	21,1	8	130	615	4,7	21,1
Chirurgia toracica	10	394	2.601	6,6	71,3	10	394	2.601	6,6	71,3
Chirurgia vascolare	27	1.174	3.787	3,2	38,4	27	1.174	3.787	3,2	38,4
Gastroenterologia	10	363	3.015	8,3	82,6	10	363	3.015	8,3	82,6
Geriatrica	84	2.562	24.031	9,4	78,4	62	1.908	15.899	8,3	70,3
Lungodegenti	15	111	3.277	29,5	59,9	15	111	3.277	29,5	59,9
Medicina generale	272	11.222	80.251	7,2	80,8	244	9.083	74.244	83,4	83,4
Nefrologia	10	538	3.634	6,8	99,6	10	538	3.634	6,8	99,6
Neurochirurgia	30	1.757	6.203	3,5	56,6	30	1.757	6.203	3,5	56,6
Neurologia	63	1.859	16.400	8,8	71,3	43	1.341	13.004	9,7	82,9
Neuro-riabilitazione	15	112	5.340	47,7	97,5	15	112	5.340	47,7	97,5
Occhistica	21	254	144	0,6	1,9	21	254	144	0,6	1,9
Oncologia	20	1.076	6.413	6,0	87,8	20	1.076	6.413	6,0	87,8
Ortopedia e traumatologia	236	12.404	40.472	3,3	47,0	206	9.746	35.213	3,6	46,8
Ostetricia e ginecologia	139	9.755	24.198	2,5	47,7	139	9.755	24.198	2,5	47,7
Otorinolaringoiatria	15	436	611	1,4	11,2	15	436	611	1,4	11,2
Pneumologia	42	1.571	12.636	8,0	82,4	22	974	6.740	6,9	83,9
Recupero e riabilitaz. funzionale	664	8.624	196.648	22,8	81,1	335	4.878	93.990	19,3	76,9
Terapia intensiva	53	2.231	13.855	6,2	71,6	53	2.231	13.855	6,2	71,6
Unità coronarica	32	1.742	7.750	4,4	66,4	32	1.742	7.750	4,4	66,4
Urologia	32	1.282	3.968	3,1	34,0	32	1.282	3.968	3,1	34,0
Totali	2.285	87.160	569.293	6,5	68,3	1.786	74.084	426.226	5,8	65,4

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S54 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Basilicata)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP					
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Chirurgia generale	25	602	1.625	2,7	17,8	25	602	1.625	2,7	17,8
Lungodegenti	32	264	10.226	38,7	87,6	25	1.038	4.028	3,9	44,1
Ortopedia e traumatologia	25	1.038	4.028	3,9	44,1	25	1.038	4.028	3,9	44,1
Recupero e riabilitaz. funzionale	67	651	21.280	32,7	87,0	50	1.607	5.653	3,5	31,0
Totali	149	2.504	37.159	14,8	68,3	50	1.607	5.653	3,5	31,0

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S55 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Calabria)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP					
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Cardiochirurgia	20	1.103	6.031	5,5	82,6	8	1.095	6.943	6,3	237,8
Cardiologia	43	4.231	17.896	4,2	114,0	130	3.709	17.242	4,6	36,3
Chirurgia generale	237	6.520	34.265	5,3	39,6		1.365	1.365	1,0	
Chirurgia maxillo facciale										
Chirurgia pediatrica	10	204	534	2,6	14,6					
Chirurgia plastica	4	101	476	4,7	32,6					
Chirurgia toracica	3	97	847	8,7	77,4					
Chirurgia vascolare	25	1.159	6.248	5,4	68,5	5	227	982	4,3	53,8
Gastroenterologia	3	141	862	6,1	78,7					
Lungodegenti	242	1.716	56.653	33,0	64,1	119	911	25.914	28,4	59,7
Medicina generale	30	1.361	10.064	7,4	91,9	20	978	6.896	7,1	94,5
Neonatalogia	8	474	1.994	4,2	68,3	8	474	1.994	4,2	68,3
Neurochirurgia	5	120	935	7,8	51,2					
Neurologia	20	1.123	6.623	5,9	90,7					
Neuro-riabilitazione	30	352	10.767	30,6	98,3	30	352	10.767	30,6	98,3
Occhialistica		2.520	3.759	1,5						
Oncologia	12	589	3.667	6,2	83,7					
Ortopedia e traumatologia	210	5.170	33.375	6,5	43,5	200	4.901	31.700	6,5	43,4
Ostetricia e ginecologia	109	4.394	16.495	3,8	41,5	32	1.235	5.192	4,2	44,5
Otorinolaringoiatria	13	577	2.348	4,1	49,5	10	498	1.793	3,6	49,1
Pneumologia	15	581	4.794	8,3	87,6					
Psichiatria	40	125	1.794	1,4	12,3					
Recupero e riabilitaz. funzionale	520	4.894	119.296	24,4	62,9	297	3.690	88.661	24,0	81,8
Reumatologia	30	926	6.689	7,2	61,1					
Terapia intensiva	10	752	3.152	4,2	86,4					
Unità coronarica	5	48	205	4,3	11,2	20	150	1.602	10,7	21,9
Urologia	50	1.848	7.873	4,3	43,1	879	19.193	201.051	10,5	62,7
Totali	1.694	41.641	359.007	8,6	58,1					

Fonte: elaborazione Ermenewa su dati Ministero della Salute

Tab. S/56 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Sicilia)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP					
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Angiologia	8	147	764	5,2	26,2	8	147	764	5,2	26,2
Cardiochirurgia	66	1.904	23.037	12,1	95,6	66	1.904	23.037	12,1	95,6
Cardiologia	236	10.927	57.822	5,3	67,1	236	10.927	57.822	5,3	67,1
Chirurgia generale	568	12.981	59.491	4,6	28,7	548	12.701	58.056	4,6	29,0
Chirurgia maxillo facciale	6	206	564	2,7	25,8	6	206	564	2,7	25,8
Chirurgia pediatrica	5	1	3	3,0	0,2	5	1	3	3,0	0,2
Chirurgia plastica	12	50	132	2,6	3,0	12	50	132	2,6	3,0
Chirurgia vascolare	53	947	3.770	4,0	19,5	53	947	3.770	4,0	19,5
Gastroenterologia	8	132	1.187	9,0	40,7	8	132	1.187	9,0	40,7
Geriatrica	76	1.893	17.778	9,4	64,1	76	1.893	17.778	9,4	64,1
Lungodegenti	99	1.125	24.986	22,2	69,1	99	1.125	24.986	22,2	69,1
Malattie endocrine, ricamb. e nutriz.	27	602	5.516	9,2	56,0	27	602	5.516	9,2	56,0
Medicina generale	337	10.259	82.708	8,1	67,2	337	10.259	82.708	8,1	67,2
Nefrologia	10	211	1.479	7,0	40,5	10	211	1.479	7,0	40,5
Neurochirurgia	31	1.170	6.065	5,2	53,6	31	1.170	6.065	5,2	53,6
Neurologia	60	1.765	9.731	5,5	44,4	54	1.691	9.000	5,3	45,7
Oculistica	29	230	493	2,1	4,7	29	230	493	2,1	4,7
Oncologia	295	10.954	71.147	6,5	66,1	295	10.954	71.147	6,5	66,1
Ortopedia e traumatologia	515	14.807	69.113	4,7	36,8	479	13.890	65.140	4,7	37,3
Ostetricia e ginecologia	187	10.119	35.977	3,6	52,7	129	7.663	28.153	3,7	59,8
Otorinolaringoiatria	48	867	2.427	2,8	13,9	44	770	2.215	2,9	13,8
Pneumologia	10	393	3.246	8,3	88,9	10	393	3.246	8,3	88,9
Psichiatria	107	2.968	27.901	9,4	71,4	107	2.968	27.901	9,4	71,4
Radioterapia	10	114	1.142	10,0	31,3	10	114	1.142	10,0	31,3
Recupero e riabilitaz. funzionale	700	10.464	228.682	21,9	89,5	614	9.626	204.344	21,2	91,2
Reumatologia	15	919	7.541	8,2	137,7	15	919	7.541	8,2	137,7
Terapia intensiva	13	240	2.045	8,5	43,1	13	240	2.045	8,5	43,1
Unità coronarica	8	391	2.052	5,2	70,3	8	391	2.052	5,2	70,3
Urologia	178	7.097	27.158	3,8	41,8	175	6.994	26.765	3,8	41,9
Totali	3.717	101.805	773.957	7,6	57,0	3.504	97.136	735.051	7,6	57,5

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S57 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Sardegna)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP					
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Cardiologia	30	298	2.592	8,7	23,7	30	298	2.592	8,7	23,7
Chirurgia generale	114	4.381	12.761	2,9	30,7	93	3.822	11.403	3,0	33,6
Chirurgia maxillo facciale	7	44	111	2,5	5,0					
Gastroenterologia	8	96	872	9,1	29,9	8	96	872	9,1	29,9
Geriatrica	90	2.183	21.722	10,0	66,1	90	2.183	21.722	10,0	66,1
Lungodegenti	108	1.035	25.465	24,6	64,6	36	254	5.884	23,2	44,8
Medicina generale	143	2.200	18.334	8,3	35,1	107	1.448	9.897	6,8	25,3
Neurologia	64	610	7.805	12,8	33,4	50	526	6.387	12,1	35,0
Oculistica	13	431	735	1,7	15,5	10	408	708	1,7	19,4
Ortopedia e traumatologia	108	4.652	17.737	3,8	45,0	49	1.939	7.661	4,0	42,8
Ostetricia e ginecologia	98	3.286	13.100	4,0	36,6	94	3.113	12.569	4,0	36,6
Otorinolaringoiatria	27	1.200	2.592	2,2	26,3	23	809	1.872	2,3	22,3
Recupero e riabilitaz. funzionale	116	2.055	34.817	16,9	82,2	61	860	16.945	19,7	76,1
Urologia	78	2.332	10.034	4,3	35,2	66	1.893	8.701	4,6	36,1
Totali	1.004	24.307	168.677	6,9	46,0	717	17.296	107.213	6,2	41,0

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/58 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Nord)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP			
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Utilizz. %
Cardiologia	240	8.496	70.138	8,3	192	6.825	55.102	78,6
Cardiologia	518	28.592	119.813	4,2	439	23.635	101.603	63,4
Chirurgia generale	1.466	56.958	197.605	3,5	1.163	44.003	153.539	36,2
Chirurgia maxillo facciale	31	774	1.549	2,0	31	774	1.549	13,7
Chirurgia plastica	24	1.080	2.777	2,6	10	538	1.969	53,9
Chirurgia toracica	43	1.126	6.886	6,1	43	1.126	6.886	43,9
Chirurgia vascolare	171	7.387	33.130	4,5	128	5.796	24.788	53,1
Cure palliative/Hospice	13	210	3.124	14,9	13	210	3.124	65,8
Dermatologia	8	5	21	4,2	8	5	21	0,7
Gastroenterologia	2	84	474	5,6	2	84	474	64,9
Geriatrica	199	7.697	52.862	6,9	144	4.007	34.874	8,7
Lungodegenti	2.584	30.000	774.658	25,8	1.714	22.154	527.365	66,4
Medicina generale	1.999	52.481	453.014	8,6	1.560	41.469	353.870	84,3
Nefrologia	10	362	2.612	7,2	10	362	2.612	62,1
Neonatalogia	28	1.586	7.911	5,0	76	4.167	16.734	77,4
Neurochirurgia	96	5.325	23.183	4,4	76	4.167	16.734	66,2
Neurologia	187	6.542	42.587	6,5	125	4.091	28.882	62,4
Neuro-riabilitazione	234	1.855	78.461	42,3	119	763	39.235	91,9
Oculistica	138	2.566	5.043	2,0	94	1.835	3.737	10,0
Oncologia	82	2.124	15.191	7,2	30	1.008	7.336	50,8
Ortopedia e traumatologia	1.686	101.840	363.208	3,6	1.347	86.973	308.701	59,0
Ostetricia e ginecologia	461	22.323	72.670	3,3	295	13.579	38.334	43,2
Otorinolaringoiatria	239	10.997	24.039	2,2	200	8.531	19.589	27,6
Pediatria	72	3.850	21.945	5,7	14	846	4.132	83,5
Pneumologia	27	355	3.705	10,4	27	355	3.705	37,6
Psichiatria	917	10.554	251.305	23,8	845	9.353	236.691	75,1
Recupero e riabilitaz. funzionale	6.076	87.532	1.995.836	22,8	3.712	53.677	1.220.611	90,0
Terapia intensiva	139	5.289	27.537	5,2	108	3.414	20.649	54,3
Terapia intensiva neonatale	17	549	6.316	11,5	108	3.414	20.649	101,8
Unità coronarica	32	1.774	5.748	3,2	23	823	3.324	49,2
Urologia	463	22.157	86.720	3,9	324	15.299	59.910	51,3
Totali	18.202	472.821	4.750.068	10,0	12.786	348.233	3.276.734	71,5

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/59 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Centro)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP					
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Angiologia	26	472	5.288	11,2	55,7	8	84	1.796	21,4	61,5
Asiatergia	12	1.056	5.084	4,8	116,1					
Cardiochirurgia	54	1.911	12.352	6,5	62,7	32	730	7.751	10,6	66,4
Cardiologia	112	4.769	23.905	5,0	58,5	73	2.319	15.313	6,6	57,5
Chirurgia generale	749	23.544	96.180	4,1	35,2	613	20.580	81.834	4,0	36,6
Chirurgia vascolare	10	342	1.283	3,8	35,2	10	342	1.283	3,8	35,2
Geriatrics	51	1.003	16.354	16,3	87,9	51	1.003	16.354	16,3	87,9
Lungodegenti	978	9.616	327.542	34,1	91,8	558	5.760	178.200	30,9	87,5
Malattie endocrine, ricamb. e nutriz.	10	33	304	9,2	8,3	10	33	304	9,2	8,3
Medicina generale	961	25.798	215.292	8,3	61,4	799	22.655	185.810	8,2	63,7
Nefrologia	47	569	4.603	8,1	26,8	27	495	3.434	6,9	34,8
Neonatalogia	16	428	1.643	3,8	28,1	9	45	73	1,6	2,2
Neurochirurgia	14	257	1.975	7,7	38,6					
Neurologia	41	469	12.063	25,7	80,6	30	217	10.270	47,3	93,8
Neuro-riabilitazione	55	216	20.085	93,0	100,0					
Oculistica	95	1.505	2.396	1,6	6,9	69	1.288	2.076	1,6	8,2
Oncologia	35	1.062	7.315	6,9	57,3	35	1.062	7.315	6,9	57,3
Ortopedia e traumatologia	987	44.750	186.132	4,2	51,7	821	39.159	157.188	4,0	52,5
Ostetricia e ginecologia	236	11.646	38.769	3,3	45,0	201	8.587	28.644	3,3	39,0
Otorinolaringoiatria	120	2.142	4.377	2,0	10,0	98	1.121	2.795	2,5	7,8
Pneumologia	24	713	6.751	9,5	77,1	24	713	6.751	9,5	77,1
Psichiatria	282	2.885	93.244	32,3	90,6	189	2.263	66.731	29,5	96,7
Recupero e riabilitaz. funzionale	1.950	23.486	609.192	25,9	85,6	1.022	13.115	321.438	24,5	86,2
Terapia intensiva	27	1.184	5.274	4,5	53,5	4	337	640	1,9	43,8
Unità coronarica	28	1.700	6.376	3,8	62,4	8	647	1.829	2,8	62,6
Urologia	128	6.274	22.019	3,5	47,1	109	5.662	18.930	3,3	47,6
Totali	7.048	164.473	1.725.798	10,5	67,1	4.800	125.653	1.116.759	8,9	63,7

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/60 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Sud)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP			
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Utilizz. %
Angiologia	8	147	764	26,2	8	147	764	26,2
Cardiochirurgia	248	12.855	83.670	92,4	215	10.036	68.967	87,9
Cardiologia	725	50.615	201.385	4,0	582	38.197	160.688	75,6
Chirurgia generale	2.286	78.326	325.080	4,2	1.936	66.886	271.437	38,4
Chirurgia maxillo facciale	28	1.753	2.272	1,3	21	1.709	2.161	28,2
Chirurgia pediatrica	23	335	1.152	3,4	13	131	618	13,0
Chirurgia plastica	30	584	2.105	3,6	17	432	1.562	25,2
Chirurgia toracica	13	491	3.448	7,0	10	394	2.601	71,3
Chirurgia vascolare	139	4.810	20.994	4,4	116	3.789	15.420	36,4
Gastroenterologia	29	732	5.936	8,1	26	591	5.074	53,5
Geriatrica	294	8.005	73.157	9,1	272	7.351	65.025	8,8
Lungodegenti	1.079	6.073	175.746	28,9	771	4.107	111.514	39,6
Malattie endocrine, ricamb. e nutriz.	27	602	5.516	9,2	27	602	5.516	56,0
Medicina generale	1.474	57.144	386.684	6,8	1.300	50.609	348.500	73,4
Nefrologia	48	2.150	11.228	5,2	39	1.756	10.100	71,0
Neonatalogia	22	769	4.038	5,3	8	474	1.994	4,2
Neurochirurgia	76	3.587	17.348	4,8	71	3.467	16.413	4,7
Neurologia	666	10.386	163.998	15,8	583	8.269	147.930	69,5
Neuro-riabilitazione	145	957	51.665	54,0	145	957	51.665	97,6
Nido	75	3.147	9.705	3,1	75	3.147	9.705	35,5
Oculistica	155	5.130	14.854	2,9	136	2.505	10.166	20,5
Oncologia	337	13.493	84.785	6,3	325	12.904	81.118	68,4
Ortopedia e traumatologia	1.464	60.432	258.462	4,3	1.269	49.249	217.699	47,0
Ostetricia e ginecologia	1.208	67.577	251.359	3,7	880	52.411	192.846	60,0
Otorinolaringoiatria	223	6.228	36.228	2,7	187	5.356	14.236	20,9
Pneumologia	108	4.029	31.457	7,8	68	2.747	19.926	7,3
Psichiatria	695	7.161	185.937	26,0	655	7.036	184.143	77,0
Radioterapia	10	114	1.142	10,0	10	114	1.142	10,0
Recupero e riabilitaz. funzionale	3.270	40.227	1.007.623	25,0	2.272	30.097	738.432	89,0
Reumatologia	45	1.845	14.230	7,7	15	919	7.541	8,2
Terapia intensiva	136	4.753	25.348	5,3	89	2.950	18.314	56,4
Terapia intensiva neonatale	17	259	4.471	17,3	8	237	4.225	144,7
Unità coronarica	84	5.466	22.187	4,1	72,4	5,7	17.282	83,1
Unità spinale	25	152	8.932	58,8	25	152	8.932	97,9
Urologia	488	21.546	88.491	4,1	430	18.015	76.686	48,9
Totali	15.700	472.242	3.561.794	7,5	12.636	383.031	2.881.410	62,5

Fonte: elaborazione Ermeneya su dati Ministero della Salute

Tab. S/61 – Le differenze in termini di opportunità di cura sul territorio, misurate dalla mobilità per ricoveri ospedalieri^(a), Anni 2010-2014

Regioni	2010			2011			2012			2013			2014		
	Attrazione	Fuga	Attrazione	Attrazione	Fuga	Attrazione	Attrazione	Fuga	Attrazione	Attrazione	Fuga	Attrazione	Fuga	Rapporto Fuga/Attraz.	Saldi di mobilità ^(b)
- Piemonte	0,85	1,17	0,87	1,15	0,84	1,19	0,83	1,20	0,86	1,17	1,4	0,86	1,17	1,4	-4,724
- Valle d'Aosta	0,51	1,97	0,50	2,00	0,59	1,69	0,68	1,47	0,69	1,45	2,1	0,69	1,45	2,1	-916
- Lombardia	2,28	0,44	2,37	0,42	2,47	0,40	2,48	0,40	2,44	0,41	0,2	2,44	0,41	0,2	63,322
- P.A. di Trento	0,58	1,73	0,58	1,74	0,61	1,63	0,61	1,65	0,63	1,60	2,6	0,63	1,60	2,6	-3,009
- Veneto	1,35	0,74	1,26	0,80	1,13	0,89	1,14	0,88	1,17	0,85	0,7	1,17	0,85	0,7	5,352
- Friuli V.G.	1,36	0,73	1,35	0,74	1,57	0,64	1,52	0,66	1,56	0,64	0,4	1,56	0,64	0,4	4,374
- Liguria	0,81	1,23	0,75	1,33	0,72	1,39	0,70	1,44	0,68	1,47	2,2	0,68	1,47	2,2	-8,745
- Emilia Romagna	2,40	0,42	2,43	0,41	2,39	0,42	2,43	0,41	2,44	0,41	0,2	2,44	0,41	0,2	47,410
- Toscana	1,78	0,56	1,82	0,55	1,97	0,51	1,97	0,51	2,00	0,50	0,3	2,00	0,50	0,3	25,280
- Umbria	1,26	0,79	1,35	0,74	1,34	0,75	1,34	0,75	1,46	0,69	0,5	1,46	0,69	0,5	6,237
- Marche	0,96	1,04	0,95	1,05	0,88	1,14	0,93	1,07	0,92	1,09	1,2	0,92	1,09	1,2	-1,774
- Lazio	1,22	0,82	1,12	0,89	1,04	0,96	1,01	0,99	1,01	0,92	1,2	1,01	0,92	1,2	-4,039
- Abruzzo	0,63	1,59	0,66	1,51	0,71	1,42	0,66	1,52	0,64	1,57	2,5	0,64	1,57	2,5	-9,708
- Molise	1,38	0,72	1,25	0,80	1,20	0,83	1,18	0,85	1,17	0,85	0,7	1,17	0,85	0,7	2,113
- Campania	0,29	3,42	0,30	3,32	0,32	3,16	0,33	3,07	0,32	3,10	9,6	0,32	3,10	9,6	-36,649
- Puglia	0,56	1,79	0,53	1,90	0,52	1,91	0,54	1,84	0,55	1,82	3,3	0,55	1,82	3,3	-18,656
- Basilicata	0,65	1,53	0,70	1,42	0,71	1,41	0,73	1,37	0,83	1,20	1,4	0,83	1,20	1,4	-2,787
- Calabria	0,17	5,83	0,17	5,85	0,15	6,54	0,13	7,55	0,12	8,01	64,2	0,12	8,01	64,2	-35,248
- Sicilia	0,27	3,69	0,26	3,83	0,29	3,47	0,30	3,36	0,31	3,24	10,5	0,31	3,24	10,5	-22,648
- Sardegna	0,38	2,67	0,38	2,64	0,35	2,85	0,33	3,04	0,33	3,02	9,1	0,33	3,02	9,1	-6,596

Il dato della Provincia Autonoma di Bolzano non viene riportato in quanto fortemente influenzato dall'emigrazione verso l'estero (Austria in particolare).

(a) La mobilità è espressa in percentuali di pazienti acuti in ingresso e in uscita, calcolate sulle matrici di mobilità interregionale.

(b) Saldo tra mobilità attiva e passiva dei pazienti acuti di ciascuna regione.

Fonte: elaborazione Ermenegita su dati Ministero della Salute

3. Le informazioni sul personale

3.1. L'andamento degli addetti nel tempo

I dati sulle dotazioni di personale predisposti dal Ministero della Salute per l'anno 2014, evidenziano un ulteriore ridimensionamento degli organici nel complesso delle strutture di ricovero pubbliche, con un trend di diminuzione costante manifestatosi a partire dal 2010 e che si è tradotto in una riduzione complessiva nel periodo del 9%. Si registra, quindi, una decisa inversione di tendenza rispetto alla crescita osservata nel 2009, una crescita che avevamo però collegato principalmente alla creazione di nuove aziende ospedaliere ed alla radicale riclassificazione degli istituti pubblici con l'inclusione, tra gli ospedali a gestione diretta e tra le aziende ospedaliere, di alcuni istituti precedentemente ricompresi tra i c.d. pubblici 'assimilati'. Così come è bene sempre considerare che i valori indicati non comprendono le quote di personale con contratti di lavoro di tipo libero-professionale o analoghi, che sono entrate comunque a far parte degli organici nel corso degli ultimi anni (cfr. tab. S/62).

Analizzando quindi gli andamenti registratisi nel periodo 2010-2014, tale flessione è risultata pari a circa 45.400 unità, con una dotazione che passa da 502.277 a 456.879 addetti, portando alla citata riduzione del 9%.

Limitatamente alle strutture pubbliche prese in esame, vale a dire le aziende ospedaliere (comprese quelle universitarie) e gli ospedali a diretta gestione Asl, ancora con riferimento agli anni 2010 e 2014 e sempre tenendo conto di quanto precedentemente sottolineato, si possono evidenziare le differenze di dinamiche tra le diverse figure professionali: i medici diminuiscono di 10.988 unità, gli infermieri di 14.153 unità e l'altro personale di 20.257 unità, come mostrato dai dati del prospetto seguente:

	<i>2010</i>	<i>2014</i>
– Medici e odontoiatri	95.704	84.716
– Infermieri	226.282	212.129
– Altro personale	180.291	160.034

Osservando l'indicatore che mostra il rapporto tra il personale delle strutture di ricovero pubbliche ed i posti letto, si nota per il 2014 un leggero miglioramento sia per le Aziende ospedaliere che per gli ospedali delle Asl, ricordando tuttavia che l'andamento di tali rapporti continua ad essere fortemente influenzato dal cambiamento delle classificazioni e dalle trasformazioni intervenute negli ultimi anni in ambito pubblico (cfr. tab. S/64).

Spostandoci sul versante del ricovero ospedaliero nel quale operano le strutture accreditate che fanno capo ad Aiop, si può rilevare un incremento tra il 2010 ed il 2015 di ben 3.059 unità, pari ad un +4,8% (tab. S/65). Si tratta di un incremento che riguarda soprattutto i medici ed, in misura considerevole, anche gli infermieri e il restante personale, ma sempre tenendo conto del fatto che le dotazioni complessive e la loro articolazione nelle varie figure professionali sono fortemente influenzate dalla variabilità nella consistenza e nella composizione per tipologia della compagine associativa (tab. S/66).

3.2. La situazione degli addetti per territorio

Il personale sanitario operante nel complesso degli istituti di cura pubblici e privati del Servizio sanitario nazionale ammonta ad oltre 629 mila unità (tab. S/67), così come evidenziato nella più recente rilevazione Istat al momento disponibile, che riporta tuttavia la situazione riferita al 2012.

L'area Nord continua a distinguersi, in termini di distribuzione territoriale, come la parte del Paese nella quale sono maggiormente presenti tutte le componenti professionali.

La consistenza e la distribuzione degli addetti delle strutture Aiop (aggiornati in questo caso al 2015) vengono evidenziate invece nella tabella S/68, all'interno della quale si registra la presenza di un totale di operatori a rapporto di dipendenza pari a 59.173 unità. A completare gli organici complessivi contribuiscono 7.252 unità di personale medico e 4.109 unità di personale non medico, che prestano la propria attività sulla base di un rapporto di collaborazione di tipo libero-professionale.

Tab. S/62 – Andamento del personale delle Aziende ospedaliere e delle strutture di ricovero delle Asl^(a) (v.a.)

Tipologia di struttura	2010		2011		2012		2013		2014	
	Aziende ospedaliere (*)	Strutture di ricovero Asl (**)	Aziende ospedaliere (*)	Strutture di ricovero Asl (**)	Aziende ospedaliere (*)	Strutture di ricovero Asl (**)	Aziende ospedaliere (*)	Strutture di ricovero Asl (**)	Aziende ospedaliere (*)	Strutture di ricovero Asl (**)
Ruolo										
Medici e Odontoiatri	41.624	54.080	35.334	51.455	35.227	50.462	34.953	50.193	34.646	50.070
Infermieri	97.735	128.547	94.662	124.815	93.900	122.719	93.622	120.679	93.119	119.010
Altro	89.677	90.614	83.026	84.495	81.619	82.907	81.072	81.999	79.862	80.172
Totale	229.036	273.241	213.022	260.765	210.746	256.088	209.647	252.871	207.627	249.252

(a) Non è compreso il personale con rapporto libero-professionale o altro tipo di rapporto.

(*) Personale del SSN e Universitario.

(**) Sono compresi gli Istituti Psichiatrici Residuali.

Fonte: elaborazioni Ermeneta su dati del Rapporto “Attività gestionali ed economiche delle Asl e Aziende ospedaliere”, Ministero della Salute, Anni 2010, 2011, 2012, 2013 e 2014

Tab. S/63 – Personale delle Aziende ospedaliere e delle strutture di ricovero delle Asl (var. %)

Tipologia di struttura	2011/2010		2012/2011		2013/2012		2014/2013		2014/2010	
	Aziende ospedaliere (*)	Strutture di ricovero Asl (**)	Aziende ospedaliere (*)	Strutture di ricovero Asl (**)	Aziende ospedaliere (*)	Strutture di ricovero Asl (**)	Aziende ospedaliere (*)	Strutture di ricovero Asl (**)	Aziende ospedaliere (*)	Strutture di ricovero Asl (**)
Ruolo										
Medici e Odontoiatri	-15,1	-4,9	-0,3	-1,9	-0,8	-0,5	-0,9	-0,2	-16,8	-7,4
Infermieri	-3,1	-2,9	-0,8	-1,7	-0,3	-1,7	-0,5	-1,4	-4,7	-7,4
Altro	-7,4	-6,8	-1,7	-1,9	-0,7	-1,1	-1,5	-2,2	-10,9	-11,5
Totale	-7,0	-4,6	-1,1	-1,8	-0,5	-1,3	-1,0	-1,4	-9,3	-8,8

(a) Non è compreso il personale con rapporto libero-professionale o altro tipo di rapporto.

(*) Personale del SSN e Universitario.

(**) Sono compresi gli Istituti Psichiatrici Residuali.

Fonte: elaborazioni Ermeneta su dati del Rapporto “Attività gestionali ed economiche delle Asl e Aziende ospedaliere”, Ministero della Salute, Anni 2010, 2011, 2012, 2013 e 2014

Tab. S/64 – Personale delle Aziende ospedaliere e delle strutture di ricovero delle Asl

	2010		2011		2012		2013		2014	
	Aziende ospedaliere (*)	Strutture di ricovero Asl (**)	Aziende ospedaliere (*)	Strutture di ricovero Asl (**)	Aziende ospedaliere (*)	Strutture di ricovero Asl (**)	Aziende ospedaliere (*)	Strutture di ricovero Asl (**)	Aziende ospedaliere (*)	Strutture di ricovero Asl (**)
Medici per 10 posti letto	8,6	4,5	7,3	4,4	7,7	4,5	7,8	4,7	7,9	4,8
Infermieri per 10 posti letto	20,2	10,6	19,5	10,6	20,6	11,0	20,8	11,3	21,3	11,4

(*) Personale del SSN e Universitario.

(**) Sono compresi gli Istituti Psichiatrici Residuali.

Nota: I medici e gli infermieri per posto letto sono stati calcolati sui posti letto effettivamente utilizzati.

Fonte: *elaborazioni Ermeneia su dati del Rapporto "Attività gestionali ed economiche delle Asl e Aziende ospedaliere", Ministero della Salute, Anni 2010, 2011, 2012, 2013 e 2014*

Tab. S/65 – Personale operante nelle strutture associate all'Atiop. Anni 2010-2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Medici dipendenti e a rapporto professionale	11.135	11.788	11.810	11.773	11.815	11.948
Infermieri	19.265	20.011	20.032	19.175	19.316	20.032
Altro	32.966	34.253	34.445	34.242	34.537	34.445
Totale	63.366	66.052	66.287	65.190	65.668	66.425

Nota: La rilevazione delle unità di personale può essere influenzata anche in maniera rilevante dall'ingresso o dalla uscita dall'Atiop di alcune strutture nel corso degli anni.

Fonte: *elaborazioni Ermeneia su dati Atiop*

Tab. S/66 – Personale operante nelle strutture associate all'Atiop. Anni 2010-2015 (var. %)

	2011/2010	2012/2011	2013/2012	2014/2013	2015/2014	2015/2010
Medici dipendenti e a rapporto professionale	5,9	0,2	-0,3	0,4	1,1	7,3
Infermieri	3,9	0,1	-4,3	0,7	3,7	4,0
Altro	3,9	0,6	-0,6	0,9	-0,3	4,5
Totale	4,2	0,4	-1,7	0,7	1,2	4,8

Nota: La rilevazione delle unità di personale può essere influenzata anche in maniera rilevante dall'ingresso o dalla uscita dall'Atiop di alcune strutture nel corso degli anni.

Fonte: *elaborazioni Ermeneia su dati Atiop*

Tab. S/67 – *Personale in totale degli istituti di cura, per regione. Anno 2012*

Regioni	Medici e odontoiatri	Personale infermieristico	Altro personale	Totale personale
– Piemonte	8.621	21.792	25.357	55.770
– Valle d'Aosta	343	652	1.068	2.063
– Lombardia	12.878	35.578	42.194	90.650
– Trentino-Alto Adige	1.879	6.100	8.347	16.326
– Provincia Aut. di Bolzano	870	3.051	4.497	8.418
– Provincia Aut. di Trento	1009	3.049	3.850	7.908
– Veneto	7.874	24.612	25.850	58.336
– Friuli Venezia Giulia	2.417	7.336	8.151	17.904
– Liguria	2.500	6.619	6.922	16.041
– Emilia Romagna	8.542	24.721	24.944	58.207
– Toscana	8.121	21.461	20.234	49.816
– Umbria	1.945	4.691	4.133	10.769
– Marche	2.870	7.838	7.596	18.304
– Lazio	8.101	19.789	15.823	43.713
– Abruzzo	2.683	6.291	5.276	14.250
– Molise	538	1.422	1.306	3.266
– Campania	9.678	19.580	16.450	45.708
– Puglia	6.222	15.280	14.771	36.273
– Basilicata	1.165	2.812	2.604	6.581
– Calabria	4.017	7.692	8.400	20.109
– Sicilia	10.070	18.332	16.794	45.196
– Sardegna	4.154	8.339	7.938	20.431
– Nord	45.054	127.410	142.833	315.297
– Centro	21.037	53.779	47.786	122.602
– Mezzogiorno	38.527	79.748	73.539	191.814
<i>Italia</i>	<i>104.618</i>	<i>260.937</i>	<i>264.158</i>	<i>629.713</i>

Fonte: Istat, *Struttura ed attività degli istituti di cura*

Tab. S/68 – *Personale operante nelle strutture associate all'Atop. Situazione al 31 dicembre 2015*

Regioni	Personale dipendente						Personale a rapporto professionale		
	Medici	Infermieri	Tecnici	Auxiliari socio-sanitari	Altro personale di assistenza	Altro personale	Totale	Medici	Personale non medico
– Piemonte	142	1.042	283	500	319	760	3.046	499	321
– Valle d'Aosta	1	13	3	2	10	4	33	0	14
– Lombardia	1.274	4.992	1.386	1.919	832	3.897	14.300	1.972	794
– P.A. di Bolzano	-	58	34	25	4	45	166	10	8
– P.A. di Trento	18	87	24	58	64	65	316	12	32
– Veneto	277	1.293	362	343	601	958	3.834	504	364
– Friuli Venezia Giulia	55	172	68	57	101	163	616	59	52
– Liguria	4	111	16	10	13	70	224	28	43
– Emilia Romagna	186	2.008	456	670	626	1.140	5.086	969	638
– Toscana	107	522	118	116	180	453	1.496	277	122
– Umbria	8	52	12	21	30	39	162	91	23
– Marche	64	295	76	123	104	245	907	158	73
– Lazio	480	2.876	990	1.740	892	2.129	9.107	925	669
– Abruzzo	112	512	113	238	10	223	1.208	64	21
– Molise	73	120	42	25	7	130	397	38	52
– Campania	812	1.991	783	900	487	1.555	6.528	470	419
– Puglia	406	1.344	506	755	68	927	4.006	69	211
– Basilicata	3	13	3	4	5	9	37	18	3
– Calabria	254	742	267	415	263	710	2.651	217	96
– Sicilia	338	1.562	265	970	49	1.191	4.375	772	115
– Sardegna	82	227	46	119	15	189	678	100	39
<i>Italia</i>	<i>4.696</i>	<i>20.032</i>	<i>5.853</i>	<i>9.010</i>	<i>4.680</i>	<i>14.902</i>	<i>59.173</i>	<i>7.252</i>	<i>4.109</i>

Fonte: Atop

4. I dati di spesa

4.1. L'andamento dei flussi nel tempo

Anche per l'anno 2014, i dati analitici consolidati sulla spesa del Servizio sanitario nazionale sono stati estrapolati da due diverse fonti istituzionali, in quanto gli aggiornamenti del “Rapporto sanità” contenuto nelle varie edizioni della Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese non sono ancora disponibili e non si hanno indicazioni da parte del MEF circa la continuità della pubblicazione della stessa relazione in futuro. La serie storica, lievemente corretta già in alcuni valori a partire dal 2009, subisce quindi un *break* metodologico, dato che i criteri di definizione delle diverse componenti di spesa sanitaria adottati dalle fonti utilizzate per il 2013 ed il 2014 – Cortei dei conti ed Agenas – potrebbero non avere una completa corrispondenza con quella precedente.

Il complesso della spesa pubblica di competenza del settore del ricovero ospedaliero è risultata pari per il 2014 a 61,2 miliardi di euro, contro i 60,5 dell'anno precedente (con un aumento dell'1,1%) (tab. S/69).

All'interno di questo ammontare, la quota riconducibile all'attività degli ospedali privati (case di cura accreditate) è di 4,3 miliardi di euro, pari al 7,0% della spesa ospedaliera pubblica totale; una incidenza che si stabilizza quindi negli ultimi due anni dopo la costante discesa rispetto all'8,4% registrati nel 2000. Ciò anche a causa degli effetti del provvedimento di *spending review* (Legge 135/12) illustrato nelle precedenti edizioni del Rapporto e delle successive manovre di contenimento della spesa sanitaria.

La rappresentazione in termini reali (a prezzi costanti) dei livelli di spesa (tab. S/70) subisce a sua volta una revisione, dovendosi impostare il calcolo del deflatore Pil sulla base della nuova serie Istat a valori concatenati con anno di riferimento 2010; la variazione della spesa ospedaliera pubblica totale tra il nuovo anno base e il 2014 risulta quindi del -4,8%. Nello stesso

periodo, anche la spesa attribuita agli ospedali privati (case di cura accreditate) conferma, sempre in termini reali, una marcata riduzione (-8%), a causa dell'effetto combinato del ridimensionamento dei corrispettivi economici (livelli tariffari e budget) e della contestuale staticità del Pil reale 2014; secondo le stime del DEF 2016, infatti, l'indicatore della ricchezza nazionale rimane sostanzialmente invariato rispetto all'anno precedente, ma fa registrare comunque una variazione rispetto al 2010 del -3,9%.

4.2. La spesa sanitaria a confronto

Gli indicatori OCSE ("OECD Health Data" aggiornati a novembre 2016), ci offrono il consueto quadro di confronto della spesa sanitaria nei 24 tra i più importanti Paesi aderenti all'organizzazione. Nella tabella S/71 vengono riportati quelli maggiormente utilizzati dagli analisti del settore: l'incidenza della spesa sanitaria totale e della spesa sanitaria pubblica rispetto al Pil.

Per il nostro Paese si registra anche relativamente al 2014 il ridimensionamento delle risorse assegnate al SSN, confermandosi, di fatto, il gap accumulato nel tempo rispetto alla media sia dei Paesi Ocse Europa che di quelli del gruppo G7 (6,8% contro 7,3% e 8,2% rispettivamente).

L'Italia mostra anche in termini di spesa sanitaria totale un rapporto con il Pil inferiore alla media dei Paesi del G7 (9,1% contro 11,3%), mantenendosi ancora al di sotto della media dei Paesi Ocse Europa (che è del 9,6%).

Il trend di crescita nel tempo del complesso della spesa italiana continua tuttavia ad essere in linea con i due riferimenti considerati (Paesi del G7 e Paesi Ocse Europa).

Sempre in termini di spesa sanitaria totale, l'Italia si colloca nel 2014 ancora al di sotto dei valori dei Paesi più industrializzati, Stati Uniti, Francia, Germania e Canada, (con valori rispettivamente del 16,6%, del 11,1%, dell'11% e del 10%). E analogamente, anche se con posizioni relative diverse e con differenze meno marcate, avviene rispetto ai primi tre Paesi citati per quanto riguarda la spesa sanitaria pubblica.

Si conferma dunque il ridimensionamento dell'impegno dell'Italia in termini di impiego di risorse per la salute in rapporto al Pil rispetto ai maggiori Paesi dell'area occidentale. Nella prospettiva di quel progressivo definanziamento che porterebbe il nostro servizio sanitario verso una nuova dimensione di cosiddetto "universalismo selettivo". A tutto ciò pare contrapporsi solo in parte la piccola inversione di tendenza contenuta nella Legge di bilancio attualmente in fase di approvazione e che dovrebbe portare le disponibilità del fondo sanitario dai 113 miliardi del 2017, ai 115 del 2019; un

incremento di risorse che potrebbe essere quasi interamente assorbito dal finanziamento delle nuove terapie farmacologiche salvavita ad alto costo.

Se infine si considera in particolare la sola spesa ospedaliera (tab. S/72), e sempre in riferimento all'anno 2014, si può rilevare per l'Italia:

- una proporzione più elevata (54,3%) sul totale della spesa sanitaria pubblica, sia rispetto alla media dei Paesi del G7 (43%), che rispetto a quella dei Paesi Ocse Europa (45,5%);
- un rapporto sul Pil di poco superiore alla media dei Paesi del G7 e dei Paesi Ocse Europa (rispettivamente pari al 3,5% ed al 3,3%).

Tab. S/69 – Spesa sanitaria corrente. Anni 2010-2014 (in miliardi di euro)

	2010	2011	2012	2013	2014
Strutture ospedaliere pubbliche	52,333	52,892	53,074	52,244	52,744
Ospedaliere accreditata	8,849	8,641	8,659	8,255	8,425
di cui: ospedali privati (case di cura accreditate)	4,439	4,465	4,471	4,263	4,289
Spesa ospedaliere pubblica totale	61,182	61,533	61,733	60,499	61,169
Altre funzioni di spesa	50,149	51,276	51,950	51,185	51,504
Spesa sanitaria pubblica totale	111,331	112,809	113,683	111,684	112,673

(*) Nella "Relazione Generale sulla situazione economica del Paese", 2012, vi è stato un ulteriore aggiornamento della serie storica sui dati di spesa, ma tale serie subisce tuttavia un break a causa dell'incertezza sulla continuità stessa della pubblicazione delle RGE in futuro. Per il 2013 ed il 2014 i dati di spesa sono stati estrapolati dai Rapporti sul coordinamento della finanza pubblica 2015 e 2016 della Corte dei conti e dal Rapporto Agenas sul monitoraggio della spesa delle Regioni. Fonte: elaborazioni Ermeneta su dati contenuti nel Rapporto "Relazione generale sulla situazione economica del Paese", 2012, Vol. II, nel "Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica" 2015 e 2016 della Corte dei conti e nel Rapporto Agenas sul monitoraggio della spesa delle Regioni.

Tab. S/70 – Spesa sanitaria a prezzi costanti (*). Anni 2010-2014 (in miliardi di euro)

	2010	2011	2012	2013	2014
Strutture ospedaliere pubbliche	52,333	52,127	51,594	50,179	50,212
Ospedaliere accreditata	8,849	8,516	8,418	7,929	8,021
di cui: ospedali privati (case di cura accreditate)	4,439	4,400	4,346	4,094	4,083
Spesa ospedaliere pubblica totale	61,182	60,643	60,011	58,108	58,232
Altre funzioni di spesa	50,149	50,534	50,501	49,162	49,031
Spesa sanitaria pubblica totale	111,331	111,176	110,513	107,269	107,264

(*) Deflatore Pil calcolato sulla base della nuova serie Istat a valori concatenati con anno di riferimento 2010.

Fonte: elaborazioni Ermeneta su dati contenuti nel Rapporto "Relazione generale sulla situazione economica del Paese", 2012, Vol. II, nel "Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica" 2015 e 2016 della Corte dei conti e nel Rapporto Agenas sul monitoraggio della spesa delle Regioni.

Tab. S/71 – Spesa sanitaria totale e spesa sanitaria pubblica rispetto al Pil

Valori %	Spesa sanitaria totale			Spesa sanitaria pubblica		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Stati Uniti	16,4	16,4	16,6	7,9	8,0	8,2
Giappone	11,2	11,3	11,4	9,4	9,6	9,6
Germania	10,8	10,9	11,0	9,0	9,2	9,3
Francia	10,8	10,9	11,1	8,5	8,6	8,7
Italia	8,8	8,8	9,1	6,8	6,8	6,8
Regno Unito	8,5	9,9	9,9	6,9	7,9	7,9
Canada	10,3	10,2	10,0	7,2	7,2	7,1
Media dei Paesi del G7 (*)	11,0	11,2	11,3	8,0	8,2	8,2
Australia	8,7	8,8	9,0	5,9	6,0	6,0
Austria	10,1	10,1	10,3	7,7	7,7	7,8
Belgio	10,2	10,4	10,4	7,9	8,1	8,1
Danimarca	10,3	10,3	10,6	8,8	8,7	8,9
Finlandia	9,3	9,5	9,5	7,0	7,2	7,2
Grecia	8,9	8,7	8,3	6,0	5,6	4,9
Islanda	8,7	8,8	8,9	7,0	7,1	7,2
Irlanda	10,1	10,5	10,1	7,7	7,3	7,0
Lussemburgo	6,7	6,5	6,3	5,5	5,3	5,2
Olanda	10,9	10,9	10,9	8,9	8,9	8,8
Nuova Zelanda	9,7	9,4	9,4	7,8	7,5	7,5
Norvegia	8,8	8,9	9,3	7,4	7,6	7,9
Portogallo	9,3	9,1	9,0	6,1	6,1	6,0
Spagna	9,1	9,0	9,1	6,5	6,4	6,3
Svezia	10,9	11,1	11,2	9,1	9,3	9,3
Svizzera	11,0	11,2	11,4	7,1	7,4	7,4
Turchia	5,0	5,1	5,1	3,9	4,0	3,9
Media Paesi Ocse Europa (*)	9,4	9,5	9,6	7,3	7,3	7,3
Media totale Paesi Ocse (*)	9,8	9,9	9,9	7,3	7,4	7,4

(*) I valori medi sono calcolati come medie aritmetiche non ponderate.

Fonte: elaborazioni Ermeneia su dati "Oecd Health Data 2016", Oecd, Paris, November 2016

Tab. S/72 – Spesa ospedaliera pubblica e accreditata in rapporto alla spesa sanitaria pubblica totale e al Pil

Valori %	Spesa ospedaliera pubblica e accreditata/Spesa sanitaria pubblica totale			Spesa ospedaliera pubblica e accreditata/Pil		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Stati Uniti	37,7	37,4	36,4	3,0	3,0	3,0
Giappone	44,9	44,3	-	4,2	4,2	-
Germania	33,8	33,6	33,5	3,0	3,1	3,1
Francia	47,0	46,9	47,0	4,0	4,0	4,1
Italia	54,3	54,2	54,3	3,9	3,9	3,9
Regno Unito	-	47,6	47,7	-	3,8	3,8
Canada	39,8	39,5	39,3	2,9	2,8	2,8
Media dei Paesi del G7 (*)	42,9	43,4	43,0	3,5	3,5	3,5
Australia	50,2	50,5	-	3,0	3,0	-
Austria	47,0	46,4	46,4	3,6	3,6	3,6
Belgio	33,7	33,5	33,2	2,7	2,7	2,7
Danimarca	51,0	51,3	50,2	4,5	4,5	4,5
Finlandia	42,1	42,6	41,8	3,0	3,1	3,0
Grecia	47,9	49,2	50,1	2,9	2,7	2,5
Islanda	47,4	48,0	48,1	3,3	3,4	3,5
Irlanda	-	35,0	35,2	-	2,6	2,5
Lussemburgo	36,2	35,3	34,5	2,0	1,9	1,8
Olanda	40,6	42,9	42,5	3,6	3,8	3,7
Nuova Zelanda	-	-	-	-	-	-
Norvegia	45,0	45,2	-	3,3	3,4	-
Portogallo	53,8	54,3	54,1	3,3	3,3	3,2
Spagna	54,5	54,4	55,4	3,6	3,5	3,5
Svezia	44,7	44,9	45,4	4,1	4,2	4,2
Svizzera	44,7	45,2	44,7	3,2	3,3	3,3
Turchia	53,2	54,6	54,5	2,1	2,2	2,2
Media Paesi Ocse Europa (*)	45,7	45,5	45,5	3,3	3,3	3,3
Media totale Paesi Ocse (*)	45,2	45,1	44,7	3,3	3,3	3,2

(*) I valori medi sono calcolati come medie aritmetiche non ponderate.

Fonte: elaborazioni Ermeneia su dati "Oecd Health Data 2016", Oecd, Paris, November 2016

Allegati

1. La metodologia utilizzata

Anche per l'anno 2016 il Rapporto ha impiegato più modalità metodologiche.

La prima è quella che risulta basata sull'individuazione e sul commento di alcuni fenomeni-chiave, distintivi degli ultimi dodici mesi: il tutto è stato collocato nella Parte prima del presente volume.

Più precisamente sono stati analizzati i fenomeni che afferiscono a due filoni interpretativi e precisamente:

- a) il rischio di “deflazionare” i servizi e le prestazioni per gli utenti attraverso un loro razionamento di fatto che si basa:
 - su un intreccio tra l'aumento dei costi per i pazienti (ticket, ricorso all'*intramoenia*, spese di accesso, ecc.) e su un restringimento delle opportunità reali di accedere agli stessi servizi (lunghe liste di attesa, freno alla mobilità sanitaria extraregionale, ecc.);
 - sul conseguente manifestarsi di fenomeni di rimando e/o di rinuncia delle prestazioni, che potranno ripercuotersi negativamente a medio periodo sullo stato di salute dei cittadini (con un inevitabile aggravio dei costi per il Sistema Sanitario Nazionale);
 - e su un logoramento progressivo, chiaramente percepito da parte degli utenti, del suddetto Sistema Sanitario Nazionale;
- b) la persistente difficoltà di razionalizzare l'offerta dei servizi di cura, che tende a “bloccare” la situazione esistente: lasciando sostanzialmente immutate le inefficienze (salvo tagliare/peggiore i servizi) che non riescono perciò a liberare risorse, mantenendo immutati i “Sovraccavi” rilevati invece che orientare le risorse, ad esempio, verso la qualificazione del parco tecnologico invecchiato e soprattutto verso il miglioramento effettivo dei servizi e delle prestazioni ai pazienti.

Il primo filone interpretativo trova posto nel primo capitolo della Parte prima, mentre il secondo filone è collocato nel secondo capitolo, sempre della Parte prima.

In particolare vale la pena di fornire adesso uno specifico approfondimento del precedente punto b), stante la complessità dell'analisi condotta.

A tale proposito sono stati presi in considerazione i Conti Economici 2015 della totalità delle Aziende ospedaliere italiane (ivi comprese quelle legate all'Università), dando seguito a quanto illustrato negli scorsi anni in tema di ripianamento implicito dei disavanzi "reali" di bilancio. In particolare ci si è occupati questa volta dei Ricavi invece che dei Costi come si è fatto nel Rapporto precedente. Con ciò si è giunti a stimare l'ammontare dei Sovrariicavi attraverso le analisi e le simulazioni condotte, a partire dai Conti Economici consuntivi delle Aziende Ospedaliere.

Il ragionamento attorno ai possibili "Sovrariicavi" è passato attraverso la considerazione della voce, assai ampia per la verità, delle cosiddette attività "a funzione", le quali si prestano ad essere interpretate dai Sistemi Sanitari Regionali in maniera abbastanza flessibile, stante il fatto che non esiste una tariffazione specifica a DRG e che le attività possono variare anche di molto (per quantità, qualità e tipologia) tra un'Azienda Ospedaliera e l'altra oltre che tra una Regione e l'altra.

Tanto per essere più espliciti il D.lgs. 30.12.1992 n. 502 (Art. 8-*sexies*) precisa che le attività "a funzione" possono comprendere:

- a) programmi a forte integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento all'assistenza per le patologie croniche di lunga durata o recidivanti;
- b) programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona;
- c) attività svolte nell'ambito della partecipazione a programmi di prevenzione;
- d) programmi di assistenza a malattie rare;
- e) attività con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di Pronto Soccorso e di trasporto di emergenza, nonché il funzionamento della Centrale Operativa;
- f) programmi sperimentali di assistenza;
- g) programmi di trapianto di organi, di midollo osseo e di tessuto, ivi compreso il mantenimento e il monitoraggio del donatore, l'espianto degli organi, le attività di trasporto, il coordinamento e l'organizzazione della rete di prelievi e di trapianti, gli accertamenti preventivi sui donatori.

Se poi si scorrono le delibere delle varie Regioni si trovano specificazioni ulteriori che in parte sono riportabili alle categorie appena ricordate e in parte vi si aggiungono. Tanto per esemplificare si ricordano le voci seguenti:

- il finanziamento di terapie intensive;
- il finanziamento attività nei confronti Aids;

- il finanziamento relativo alle malattie infettive;
- le attività intensive di neonati con peso inferiore ai 1.500 gr.;
- il trasporto neonatale;
- la gestione del file f;
- la guardia turistica stagionale;
- lo screening neonatale allargato;
- il Fondo Regionale per le attività trasfusionali;
- i farmaci per l'epatite C;
- ecc.

È evidente dunque che la voce del Conto Economico “attività a funzione” costituisce una posta-contenitore molto ampia e contemporaneamente molto diversificata al suo interno, che consente anche aggiustamenti contabili a consuntivo da parte dei Sistemi Sanitari Regionali. Tali aggiustamenti rispecchiano in gran parte l'attività svolta, ma in parte possono anche rappresentare una modalità di ripianamento implicito dei disavanzi “reali” di bilancio (che si aggiungono a quelli formalmente esposti in Conto Economico).

In concreto si è proceduto nel modo di seguito illustrato, tenendo presente che si è partiti per l'appunto dai dati di Conto Economico 2015 di tutte le Aziende Ospedaliere italiane, da cui si è ricavata, a conclusione della simulazione, innanzitutto una stima di quello che è stato definito come Sovrario/1, che sarebbe implicitamente presente all'interno del Conto Economico 2015. Per essere più precisi:

- 1) si è predisposta la Tabella All. 1 che contiene, oltre al *Case-mix* medio delle prestazioni di ogni singola Azienda Ospedaliera (al 2014) anche il numero arrotondato dei relativi ricoveri al 2015 (cfr. Colonne 2 e 3). Quindi sono state riportate le voci presenti nei Conti Economici consuntivi 2015 e cioè (cfr. Colonne dalla n. 4 alla n. 9):
 - i ricavi da prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria;
 - i ricavi da ticket per prestazioni specialistiche esterne;
 - i ricavi da trasferimento dal Fondo Sanitario Regionale per attività “a funzione”;
 - altri ricavi, calcolati come differenza tra il totale dei ricavi iscritti nel Conto Economico e la somma delle tre tipologie di ricavi appena ricordati;
 - il totale dei ricavi come da Conto Economico;
 - ed infine gli eventuali disavanzi di gestione, sempre riferiti all'esercizio 2015;
- 2) si è poi stimato, attraverso l'effettuazione di una prima simulazione, il valore delle attività “a funzione” secondo quanto è stato deliberato (come riparto iniziale) da tre Giunte Regionali per le Aziende Ospedaliere di

competenza rispettivamente di Lombardia, Emilia Romagna e Campania, nelle quali si trova peraltro il 60% del totale delle Aziende Ospedaliere italiane. Mentre per il restante 40% si è proceduto a calcolare un valore medio delle attività “a funzione” tra quelli deliberati dalle Regioni più sopra menzionate (cfr. Colonna 10);

- 3) a questo punto la differenza tra il valore delle attività “a funzione” indicato nel Conto Economico di ogni Azienda Ospedaliera (Colonna 6) e quello riferito alle delibere delle Giunte Regionali ricordate o ad una media dei relativi valori rappresenta (Colonna 10):
 - in parte, il valore attribuito dalle Regioni alle proprie Aziende Ospedaliere attraverso una manovra contabile a consuntivo che dovrebbe riconoscere il complesso delle attività “a funzione” effettivamente svolte e non solo in quanto previste inizialmente ma anche richieste in via successiva dal Servizio Sanitario Regionale;
 - e in parte una sorta di Sovraccavo/1 che – come tale – può costituire una forma di ripianamento implicito di bilancio, il quale è percepibile anche dal pareggio perfetto tra Costi e Ricavi, che evidenzia la maggioranza delle Aziende Ospedaliere del Nord e di alcune del Centro e del Sud (cfr. Colonna 11, sempre nella tabella All. 1);
- 4) per questo, sulla base di interviste qualitative effettuate e dell’esperienza maturata in analoghe simulazioni effettuate nei precedenti Rapporti “Ospedali & Salute”, si è stimata la componente di Sovraccavo/1 effettivo (di cui al precedente 3)), ipotizzandone le dimensioni attraverso una “forchetta” compresa tra il 20,0% e il 30,0% dei valori esposti nella Colonna 11, con il conseguente calcolo dell’incidenza percentuale sul totale dei Ricavi (cfr. Colonne 12 e 13);
- 5) si è poi ritenuto opportuno esporre anche l’eventuale deficit di bilancio 2015 che a sua volta può (anzi deve) essere considerato come una parte del Sovraccavo/1 poiché, prima o dopo, tale *deficit* deve essere azzerato, a valere sulla spesa pubblica e spesso recuperato in tutto o in parte attraverso ulteriori imposizioni fiscali, a partire dalle addizionali Irpef (cfr. Colonna 9 per quanto riguarda il valore assoluto e Colonna 14 per la corrispondente percentuale sul totale dei Ricavi di cui alla Colonna 8);
- 6) a questo punto la stima del Sovraccavo/1, derivante dal possibile maggior finanziamento delle attività “a funzione”, è stata riportata alla “forchetta” ricordata, la quale:
 - considera appunto un minimo del 20% ed un massimo del 30% (e non il 100%, salvo nel caso di perdite aggiuntive, segnalate dai segni “-” dei valori contenuti nella Colonna 11), riportando il tutto al totale dei

Ricavi della Colonna 8 e ottenendo così le percentuali esposte rispettivamente nella Colonna 12 e nella Colonna 13;

- e aggiunge alle percentuali così ottenute quella dell’eventuale perdita di esercizio 2015 sul totale dei Ricavi (cfr. Colonna 14), addivenendo così alla forchetta finale del Sovravicavo/1 Totale esposto nella Colonna 15.

Il risultato complessivo è che tale Sovravicavo/1 Totale risulta essere compreso:

- tra il 3,5% e il 4,9% per le Aziende Ospedaliere del Nord (pari a 505-707 milioni di euro);
- tra il 13,0% e il 13,9% per le Aziende Ospedaliere del Centro (pari a 538-575 milioni di euro);
- tra il 5,4% e il 7,2% per le Aziende Ospedaliere del Sud (pari a 330-440 milioni di euro);
- ed infine tra il 5,5% e il 6,9% per l’insieme delle Aziende Ospedaliere del Paese (pari a 1.373-1.722 milioni di euro).

Se si applicano le percentuali relative alla “forchetta” media complessiva per le Aziende Ospedaliere (5,5% e 6,9%) alla spesa per gli Ospedali a gestione diretta (assumendo – con un criterio di per sé “generoso” – il medesimo livello di funzionalità/efficienza) si otterrebbe un’ulteriore quota di Sovravicavo/1 compresa tra 1.197 e 1.502 milioni di euro.

A partire da quanto si è definito nella Tabella All. 1, in cui si sono stimati i valori assoluti e le percentuali (minime e massime) di Sovravicavo/1 totale, si è compiuto un passo ulteriore, procedendo ad una seconda simulazione che tenesse conto di quanto stabilito dal Decreto Ministeriale di attuazione dell’Art. 1, comma 526 della Legge di Stabilità 2016 che, sulla base dell’Art. 8-*sexies* del Decreto Legislativo 502/1992 e successive modificazioni. Tale Decreto disponeva che “il valore complessivo della remunerazione delle attività “a funzione” non può in ogni caso superare – già a partire dal Bilancio 2016¹ – il 30% del limite di remunerazione assegnato”: il tutto attraverso un calcolo sotto 100 che ha scelto come base i Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie, integrati dalla compartecipazione alla spesa attraverso i ticket pagati dai pazienti, cui peraltro si sarebbero dovuti aggiungere i contributi da Regione o da Provincia Autonoma (extra Fondo) a titolo di copertura extra Lea (contributi che però sono stati trascurati nei calcoli seguenti in quanto presentano valori relativamente modesti). In tal modo si è inteso simulare un Conto Economico 2016 che tenesse conto dei risultati del 2015, ma adottando tre ipotesi di calcolo “forfetario” delle attività “a funzione”, ispirandosi a quanto disposto dal D.M. menzionato e cioè:

¹ Per le Aziende Ospedaliere e dal 2017 per gli Ospedali a gestione diretta.

Tab. All. 1 – Ricavi delle Aziende Ospedaliere come da Conto Economico 2015 e stima del Sovraccarico I, derivante dall'eventuale valore troppo elevato riconosciuto alle attività "a funzione" (Valori dei Ricavi espressi in euro)

1 Aziende Ospedaliere (1)	2 Case mix medio (2)	3 Totale numero ricoveri (3)	4 Ricavi da prestazioni sanitarie e socio sanitarie a rilevanza sanitaria come da CE (Cod. A0320) (4)	5 Ricavi da ticket per prestazioni specialistiche esterne come da CE (Cod. A0940)		6 Ricavi da trasferimento del FSR per attività "a funzione" come da CE (Cod. A40020) (5)		7 Altri ricavi come da CE (7)	8 Totale Ricavi come da CE (COD. A2999)
				V.a.	% (6)	V.a.	% (6)		
A.O. 1	1,23	14.000	111.525.000	2.627.000	31.735.000	27,8	8.384.000	154.271.000	
A.O. 2	1,23	26.000	195.928.000	7.155.000	68.212.000	33,6	11.563.000	282.858.000	
A.O. 3	1,18	31.000	182.182.000	5.921.000	45.863.000	24,4	5.967.000	239.933.000	
A.O. 4	1,19	23.000	173.184.000	3.611.000	61.100.000	34,6	8.331.000	246.226.000	
A.O. 5	1,26	17.000	139.180.000	4.244.000	41.894.000	29,2	1.976.000	187.294.000	
A.O. 6	1,22	102.000	595.920.000	16.314.000	396.728.000	64,8	62.143.000	1.071.105.000	
A.O. 7	1,03	39.000	284.698.000	10.024.000	63.867.000	21,7	27.362.000	385.951.000	
A.O. 8	0,94	21.000	117.878.000	5.052.000	36.399.000	29,6	4.238.000	163.567.000	
A.O. 9	0,92	36.000	225.197.000	8.200.000	55.525.000	23,8	9.734.000	298.656.000	
A.O. 10	1,05	67.000	494.915.000	12.810.000	128.110.000	25,2	45.875.000	681.797.000	
A.O. 11	0,91	15.000	93.629.000	4.995.000	31.702.000	32,1	4.341.000	134.667.000	
A.O. 12	0,93	31.000	184.811.000	9.714.000	42.490.000	21,8	10.320.000	247.335.000	
A.O. 13	1,01	26.000	187.490.000	5.676.000	48.399.000	25,1	18.661.000	260.226.000	
A.O. 14	0,94	16.000	96.254.000	4.917.000	23.828.000	23,6	5.455.000	130.454.000	
A.O. 15	0,98	28.000	203.242.000	8.591.000	88.900.000	42,0	39.863.000	340.596.000	
A.O. 16	1,02	31.000	184.000.000	4.412.000	26.049.000	13,8	49.847.000	264.308.000	
A.O. 17	1,22	34.000	325.387.000	9.324.000	106.078.000	31,7	45.145.000	485.934.000	
A.O. 18	0,92	27.000	124.968.000	8.900.000	40.572.000	30,3	6.274.000	180.714.000	
A.O. 19	0,94	26.000	140.780.000	7.150.000	17.241.000	11,7	15.878.000	181.049.000	
A.O. 20	1,02	257.811.000	9.927.000	111.254.000	44.044.000	41,6	44.044.000	423.036.000	
A.O. 21	1,11	20.000	220.381.000	4.066.000	36.557.000	16,3	12.547.000	273.551.000	
A.O. 22	1,29	38.000	317.714.000	5.916.000	143.169.000	44,2	78.899.000	545.698.000	
A.O. 23	0,85	29.000	145.000.000	2.940.000	34.897.000	23,6	60.050.000	242.887.000	
A.O. 24	0,92	29.000	114.741.000	5.508.000	60.719.000	50,5	6.776.000	187.744.000	
A.O. 25	0,93	19.000	150.900.000	3.653.000	45.931.000	29,7	37.130.000	237.616.000	
A.O. 26	1,02	11.000	83.662.000	3.061.000	34.226.000	39,5	6.795.000	127.744.000	
A.O. 27	0,98	34.000	273.960.000	5.380.000	100.365.000	35,9	15.081.000	394.786.000	
A.O. 28	1,02	42.000	267.896.000	11.359.000	93.499.000	33,5	22.363.000	395.117.000	
A.O. 29	0,92	24.000	160.858.000	6.533.000	107.748.000	64,4	11.917.000	287.056.000	
A.O. 30	0,88	24.000	157.085.000	10.472.000	100.781.000	60,1	9.156.000	277.494.000	
A.O. 31	0,90	43.000	260.280.000	12.600.000	63.257.000	23,2	20.626.000	356.763.000	
A.O. 32	1,19	27.000	255.208.000	6.705.000	42.711.000	16,3	30.801.000	335.425.000	
A.O. 33	0,91	21.000	129.689.000	6.789.000	63.355.000	46,4	13.220.000	213.053.000	
A.O. 34	0,92	33.000	285.152.000	6.438.000	52.013.000	17,8	38.511.000	382.114.000	
A.O. 35	0,96	22.000	136.574.000	6.014.000	63.491.000	44,5	24.953.000	231.032.000	

(Segue) Tab. All. 1 – Ricavi delle Aziende Ospedaliere come da Conto Economico 2015 e stima del Sovraccanov1, derivante dall'eventuale valore troppo elevato riconosciuto alle attività "a funzione" (i valori dei Ricavi espressi in euro)

1	2	3	4	5	6		7	8
					Ricavi da trasferimento del FSR per attività "a funzione" come da CE (Cod. A10020) (5)	Altri ricavi come da CE (7)		
Aziende Ospedaliere (1)	Case mix medio (2)	Totale numero ricoveri (3)	Ricavi da prestazioni sanitarie e socio sanitarie a rilevanza sanitaria come da CE (Cod. A0320) (4)	Ricavi da ticket per prestazioni specialistiche esterne come da CE (Cod. A0940)	V.a.	Tal. % (6)	Totale Ricavi come da CE (COD. AZ999)	
A.O. 36	1,22	52.000	415.815.000	8.844.000	83.433.000	19,6	36.562.000	544.654.000
A.O. 37	1,24	56.000	403.621.000	6.594.000	94.042.000	22,9	14.360.000	518.617.000
A.O. 38	1,16	26.000	156.120.000	3.641.000	93.721.000	58,7	22.318.000	275.800.000
A.O. 39	1,20	36.000	250.431.000	7.079.000	121.636.000	47,2	26.652.000	405.798.000
A.O. 40	1,16	47.000	264.300.000	7.252.000	58.150.000	21,4	56.331.000	386.033.000
A.O. 41	1,10	36.000	237.683.000	9.051.000	30.311.000	12,3	14.295.000	291.340.000
A.O. 42	1,11	35.000	206.135.000	3.255.000	44.960.000	21,5	10.375.000	264.725.000
A.O. 43	1,21	68.000	434.604.000	6.805.000	91.752.000	20,8	48.285.000	581.446.000
A.O. 44	1,14	32.000	203.645.000	6.085.000	85.220.000	40,6	25.968.000	320.918.000
Totale Nord	1,08	1.441.000	9.850.433.000	305.606.000	3.271.977.000	31,6	1.069.372.000	14.437.388.000
A.O. 45	1,25	68.000	378.064.000	11.725.000	147.828.000	37,9	30.055.000	567.672.000
A.O. 46	1,28	36.000	213.223.000	7.699.000	88.039.000	39,9	16.465.000	325.426.000
A.O. 47	1,27	74.000	395.180.000	12.259.000	183.787.000	45,1	27.079.000	618.305.000
A.O. 48	1,04	14.000	71.150.000	2.252.000	31.930.000	43,5	10.186.000	115.518.000
A.O. 49	1,03	28.000	164.035.000	4.171.000	70.763.000	42,1	7.242.000	246.211.000
A.O. 50	1,30	45.000	297.989.000	4.870.000	80.319.000	26,5	16.443.000	399.621.000
A.O. 51	1,10	39.000	281.734.000	7.149.000	37.548.000	13,0	19.070.000	345.501.000
A.O. 52	1,07	27.000	136.669.000	2.961.000	45.251.000	32,4	1.358.000	186.239.000
A.O. 53	1,25	49.000	232.965.000	5.336.000	53.604.000	22,5	15.059.000	306.964.000
A.O. 54	1,05	25.000	118.174.000	3.400.000	30.429.000	25,0	17.006.000	169.009.000
A.O. 55	1,14	53.000	315.050.000	10.188.000	88.896.000	27,3	26.804.000	440.938.000
A.O. 56	1,23	22.000	140.716.000	5.545.000	23.263.000	15,9	25.442.000	194.966.000
A.O. 57	1,51	29.000	173.951.000	5.580.000	37.435.000	20,9	5.443.000	222.412.000
Totale Centro	1,21	509.000	2.918.901.000	83.135.000	919.095.000	30,6	217.652.000	4.138.782.000
A.O. 58	0,96	63.000	296.562.000	5.160.000	110.668.000	36,7	7.699.000	420.089.000
A.O. 59	0,92	46.000	173.831.000	2.793.000	73.480.000	41,6	2.896.000	253.000.000
A.O. 60	1,06	57.000	230.223.000	893.000	108.894.000	47,1	23.387.000	363.397.000
A.O. 61	0,81	23.000	92.897.000	1.126.000	39.210.000	41,7	16.045.000	149.278.000
A.O. 62	1,39	201.950.000	2.150.000	1.750.000	95.000.000	46,6	12.562.000	311.262.000
A.O. 63	1,04	50.000	201.950.000	2.795.000	77.935.000	38,1	31.720.000	314.400.000
A.O. 64	1,03	30.000	121.170.000	2.205.000	43.807.000	35,5	19.310.000	186.492.000
A.O. 65	1,05	21.000	84.819.000	2.066.000	33.768.000	38,9	13.095.000	133.748.000
A.O. 66	1,12	28.000	113.092.000	1.389.000	46.085.000	40,3	17.709.000	178.275.000
A.O. 67	0,94	24.000	96.936.000	2.141.000	37.224.000	37,6	13.241.000	149.542.000
A.O. 68	0,96	51.000	205.989.000	3.000.000	62.430.000	29,9	14.203.000	285.622.000

./.

(Segue) Tab. All. 1 – Ricavi delle Aziende Ospedaliere come da Conto Economico 2015 e stima del Sovraccavo/1, derivante dall'eventuale valore troppo elevato riconosciuto alle attività "a funzione" (Valori dei Ricavi espressi in euro)

1 Aziende Ospedaliere (1)	2 Case mix medio (2)	3 Totale numero ricoveri (3)	4 Ricavi da prestazioni sanitarie e socio sanitarie a rilevanza sanitaria come da CE (Cod. A0320) (4)	5 Ricavi da ticket per prestazioni specialistiche esterne come da CE (Cod. A0940)	6 Ricavi da trasferimento del FSR per attività "a funzione" come da CE (Cod. A40020) (5)		7 Altri ricavi come da CE (7)	8 Totale Ricavi come da CE (COD. A2999)
					V.a.	Val. % (6)		
A.O. 69	1,09	33.000	150.629.000	3.565.000	63.301.000	41,1	11.159.000	228.654.000
A.O. 70	1,08	27.000	96.653.000	1.848.000	88.598.000	89,9	3.957.000	191.056.000
A.O. 71	1,06	26.000	95.305.000	2.466.000	65.364.000	66,9	6.910.000	170.045.000
A.O. 72	1,20	8.000	36.571.000	1.910.000	9.226.000	24,0	10.245.000	57.932.000
A.O. 73	1,01	25.000	92.720.000	1.533.000	63.952.000	67,9	10.014.000	168.219.000
A.O. 74	1,08	32.000	119.975.000	1.497.000	68.619.000	56,5	5.790.000	195.881.000
A.O. 75	1,13	26.000	160.930.000	2.534.000	71.925.000	44,0	10.226.000	245.615.000
A.O. 76	1,11	43.000	233.490.000	3.897.000	139.004.000	58,6	17.852.000	394.243.000
A.O. 77	1,13	18.000	103.900.000	1.232.000	87.000.000	82,8	5.568.000	197.700.000
A.O. 78	1,05	23.000	122.022.000	2.479.000	54.069.000	43,4	20.275.000	198.845.000
A.O. 79	1,14	28.000	174.486.000	2.375.000	118.164.000	66,8	12.749.000	307.774.000
A.O. 80	1,01	31.000	169.513.000	2.176.000	161.146.000	93,9	17.088.000	349.923.000
A.O. 81	1,09	23.000	116.299.000	1.373.000	94.500.000	80,3	10.286.000	222.458.000
A.O. 82	1,15	24.000	120.000.000	1.450.000	35.000.000	28,8	6.550.000	163.000.000
A.O. 83	0,88	17.000	82.000.000	1.635.000	37.329.000	44,6	20.036.000	141.000.000
A.O. 84	0,85	26.000	90.000.000	2.990.000	28.000.000	30,1	24.010.000	145.000.000
Totale Sud	1,04	853.000	3.783.912.000	60.278.000	1.913.698.000	49,8	364.582.000	6.122.470.000
Totale A.O.	1,09	2.803.000	16.533.245.000	449.019.000	6.044.770.000	35,6	1.651.606.000	24.696.640.000

(Segue) Tab. All. 1 – Ricavi delle Aziende Ospedaliere come da Conto Economico 2015 e stima del Sovraccarico/1, derivante dall'eventuale valore troppo elevato riconosciuto alle attività "a funzione" (Valori dei Ricavi espressi in euro)

1	2	3	9	10	11	12	13	14	15	
									% "forchetta" Sovraccarico/1 Totale (prudentemente stimato) sul totale dei Ricavi (13)	
Aziende Ospedaliere (1)	Casi mix medio (2)	Totale numero ricoveri (3)	Disavanzo come da CE (CODICE ZZ9999)	Attività "a funzione" come da delibere delle Giunte Regionali (8)	Stima del Sovraccarico/1 derivante dal maggior finanziamento delle attività "a funzione" rispetto a quanto presente in Delibera o dalle maggiori Perdite per un minor finanziamento di dette attività (9)	% "minima" di Sovraccarico/1 (nell'Ipotesi del 20% dei valori della Colonna 11 (10))	% "massima" di Sovraccarico/1 (nell'Ipotesi del 30% dei valori della Colonna 11 (11))	% di Disavanzo sul Totale dei Ricavi (12)	Minimo	Massimo
A.O. 1	1,23	14,000	- 2.552,000	14.105,000	17.630,000	2,3	3,4	1,7	4,0	5,1
A.O. 2	1,23	26,000	- 1.203,000	36.725,000	41.487,000	2,9	4,4	0,4	3,3	4,8
A.O. 3	1,18	31,000	- 5.500,000	26.602,000	19.261,000	1,6	2,4	2,3	3,9	4,7
A.O. 4	1,19	23,000	- 4.485,000	24.146,000	36.954,000	1,8	4,5	1,8	4,8	6,3
A.O. 5	1,26	17,000	-	19.635,000	22.259,000	2,4	3,6	-	2,4	3,6
A.O. 6	1,22	102,000	- 4.188,000	125.475,000	271.253,000	5,1	7,6	0,4	5,5	8,0
A.O. 7	1,03	39,000	-	31.100,000	32.767,000	1,7	2,5	-	1,7	2,5
A.O. 8	0,94	21,000	-	13.044,000	23.355,000	2,9	4,3	-	2,9	4,3
A.O. 9	0,92	36,000	-	28.217,000	27.308,000	1,8	2,7	-	1,8	2,7
A.O. 10	1,05	67,000	-	41.504,000	86.693,000	2,5	3,8	-	2,5	3,8
A.O. 11	0,91	15,000	-	8.698,000	23.004,000	3,4	5,1	-	3,4	5,1
A.O. 12	0,93	31,000	-	16.947,000	25.543,000	2,1	3,1	-	2,1	3,1
A.O. 13	1,01	26,000	-	23.543,000	24.856,000	1,9	2,9	-	1,9	2,9
A.O. 14	0,94	16,000	-	9.181,000	14.647,000	2,2	3,4	-	2,2	3,4
A.O. 15	0,98	28,000	-	30.973,000	57.927,000	3,4	5,1	-	3,4	5,1
A.O. 16	1,02	31,000	-	26.049,000	-	-	-	-	-	-
A.O. 17	1,22	34,000	-	20.993,000	85.085,000	3,5	5,3	-	3,5	5,3
A.O. 18	0,92	27,000	-	18.418,000	22.154,000	2,5	3,7	-	2,5	3,7
A.O. 19	0,94	26,000	-	15.172,000	2.069,000	0,2	0,3	-	0,2	0,3
A.O. 20	1,02	31,000	-	26.350,000	84.904,000	4,0	6,0	-	4,0	6,0
A.O. 21	1,11	20,000	-	16.158,000	20.399,000	1,5	2,2	-	1,5	2,2
A.O. 22	1,29	38,000	-	23.804,000	119.365,000	4,4	6,6	-	4,4	6,6
A.O. 23	0,85	29,000	-	34.897,000	-	-	-	-	-	-
A.O. 24	0,92	29,000	-	13.757,000	46.962,000	5,0	7,5	-	5,0	7,5
A.O. 25	0,93	19,000	-	13.731,000	32.200,000	2,7	4,1	-	2,7	4,1
A.O. 26	1,02	11,000	-	1.913,000	32.313,000	4,4	7,6	-	5,1	7,6
A.O. 27	0,98	34,000	-	13.052,000	87.313,000	4,4	6,6	-	4,4	6,6
A.O. 28	1,02	42,000	-	32.212,000	61.287,000	3,1	4,7	-	3,1	4,7
A.O. 29	0,92	24,000	-	23.009,000	84.739,000	5,9	8,9	-	5,9	8,9
A.O. 30	0,88	24,000	-	13.995,000	86.786,000	6,3	9,4	-	6,3	9,4
A.O. 31	0,90	43,000	-	36.762,000	26.495,000	1,5	2,2	-	1,5	2,2

./.

(Segue) Tab. All. 1 – Ricavi delle Aziende Ospedaliere come da Conto Economico 2015 e stima del Sovracarico/1, derivante dall'eventuale valore troppo elevato riconosciuto alle attività "a funzione" (Valori dei Ricavi espressi in euro)

1	2	3	9	10	11	12	13	14	15	
									% "forelle" "Sovracarico/1" Totale (prudentemente stimato) sul totale dei Ricavi (13)	
Aziende Ospedaliere (1)	Case mix medio (2)	Totale numero ricoveri (3)	Disavanzo come da CE (CODICE ZZ9999)	Attività "a funzione" come da delibere delle Giunte Regionali (8)	Stima del Sovracarico/1 derivante dal maggior finanziamento delle attività "a funzione" rispetto a quanto presente in Delibera o dalle maggiori Perdite per un minor finanziamento di dette attività (9)	% "minima" di Sovracarico/1 (nell'Ipotesi del 20% dei valori della Colonna 11 (10))	% "massima" di Sovracarico/1 (nell'Ipotesi del 30% dei valori della Colonna 11 (11))	% di Disavanzo sul Totale dei Ricavi (12)	Minimo	Massimo
A.O. 32	1,19	27.000	-	19.958.000	22.753.000	1,4	2,0	-	1,4	2,0
A.O. 33	0,91	21.000	-	14.206.000	49.149.000	4,6	6,9	-	4,6	6,9
A.O. 34	0,92	33.000	-	20.496.000	31.517.000	1,6	2,5	-	1,6	2,5
A.O. 35	0,96	22.000	-	20.639.000	42.852.000	3,7	5,6	-	3,7	5,6
A.O. 36	1,24	52.000	- 771.700.000	54.120.000	29.313.000	1,1	1,6	14,3	15,4	15,9
A.O. 37	1,22	52.000	-	55.880.000	38.162.000	1,5	2,2	-	1,5	2,2
A.O. 38	1,16	26.000	0	25.960.000	67.761.000	4,9	7,4	-	4,9	7,4
A.O. 39	1,20	36.000	-	43.120.000	78.516.000	3,9	5,8	-	3,9	5,8
A.O. 40	1,16	47.000	-	42.000.000	16.150.000	0,8	1,3	-	0,8	1,3
A.O. 41	1,10	36.000	-	18.000.000	12.311.000	0,8	1,3	-	0,8	1,3
A.O. 42	1,11	35.000	0	31.000.000	13.960.000	1,1	1,6	-	1,1	1,6
A.O. 43	1,21	68.000	-	63.000.000	28.752.000	1,0	1,5	-	1,0	1,5
A.O. 44	1,14	32.000	-	32.146.000	53.074.000	3,3	5,0	-	3,3	5,0
Totale Nord	1,08	1.441.000	-95.628.000	1.210.692.000	2.001.285.000	2,8	4,2	0,7	3,5	4,9
A.O. 45	1,25	68.000	-	63.054.000	84.774.000	3,0	4,5	-	3,0	4,5
A.O. 46	1,28	36.000	-	31.866.000	56.173.000	3,5	5,2	-	3,5	5,2
A.O. 47	1,27	74.000	-	111.720.000	72.067.000	2,3	3,5	-	2,3	3,5
A.O. 48	1,04	14.000	-	11.074.000	20.856.000	3,6	5,4	-	3,6	5,4
A.O. 49	1,03	28.000	-	23.052.000	47.711.000	3,9	5,8	-	3,9	5,8
A.O. 50	1,30	45.000	-	46.782.000	33.537.000	1,7	2,5	-	1,7	2,5
A.O. 51	1,10	39.000	-	34.000.000	3.548.000	0,2	0,2	-	0,2	0,3
A.O. 52	1,07	27.000	-	21.000.000	24.251.000	2,6	3,9	-	2,6	3,9
A.O. 53	1,25	49.000	- 161.799.000	57.122.000	-5.518.000	1,1	1,1	52,7	53,8	53,8
A.O. 54	1,05	25.000	- 82.941.000	31.096.000	- 667.000	0,4	0,4	49,1	49,5	49,5
A.O. 55	1,14	53.000	- 92.545.000	31.098.000	31.098.000	1,4	2,1	21,0	21,0	23,1
A.O. 56	1,23	22.000	- 54.100.000	26.026.000	- 2.763.000	1,4	1,4	27,7	29,1	29,1
A.O. 57	1,51	29.000	- 68.133.000	34.476.000	2.962.000	0,3	0,4	30,6	30,9	31,0
Totale Centro	1,21	509.000	- 459.578.000	549.066.000	383.925.000	1,9	2,8	11,1	13,0	13,9
A.O. 58	0,96	63.000	-	62.650.000	48.018.000	2,3	3,4	-	2,3	3,4
A.O. 59	0,92	46.000	-	28.702.000	44.778.000	3,5	5,3	-	3,5	5,3
A.O. 60	1,06	57.000	-	66.900.000	41.994.000	2,3	3,5	-	2,3	3,5

./.

(Segue) Tab. All. 1 – Ricavi delle Aziende Ospedaliere come da Conto Economico 2015 e stima del Sovraccarico/1, derivante dall'eventuale valore troppo elevato riconosciuto alle attività "a funzione" (Valori dei Ricavi espressi in euro)

1	2	3	9	10	11	12	13	14	15	
									% "forelle" "Sovraccarico/1" Totale (prudentemente stimato) sul totale dei Ricavi (13)	
Aziende Ospedaliere (1)	Case mix medio (2)	Totale numero ricoveri (3)	Disavanzo come da CE (CODICE ZZ9999)	Attrività "a funzione" come da delibere delle Giunte Regionali (8)	Stima del Sovraccarico/1 derivante dal maggior finanziamento delle attività "a funzione" rispetto a quanto presente in Delibera o dalle maggiori Perdite per un minor finanziamento di dette attività (9)	% "minima" di Sovraccarico/1 (nell'ipotesi del 20% dei valori della Colonna 11 (10))	% "massima" di Sovraccarico/1 (nell'ipotesi del 30% dei valori della Colonna 11 (11))	% di Disavanzo sul Totale dei Ricavi (12)	Minimo	Massimo
A.O. 61	0,81	23.000	-	21.600.000	17.610.000	2,4	3,5	-	2,4	3,5
A.O. 62	1,39	50.000	-	59.200.000	35.800.000	2,3	3,5	-	2,3	3,5
A.O. 63	1,04	50.000	-	61.600.000	16.335.000	1,0	1,6	-	1,0	1,6
A.O. 64	1,03	30.000	- 4.000.000	32.300.000	11.507.000	1,2	1,9	2,1	3,3	4,0
A.O. 65	1,05	21.000	-	28.400.000	5.368.000	0,8	1,2	-	0,8	1,2
A.O. 66	1,12	28.000	- 7.426.000	29.900.000	16.185.000	1,8	2,7	4,2	6,0	6,9
A.O. 67	0,94	24.000	-	24.432.000	12.792.000	1,7	2,6	-	1,7	2,6
A.O. 68	0,96	51.000	-	45.900.000	16.530.000	1,2	1,7	-	1,2	1,7
A.O. 69	1,09	33.000	-	25.764.000	37.537.000	3,3	4,9	-	3,3	4,9
A.O. 70	1,08	27.000	- 1.800.000	15.576.000	73.022.000	7,6	11,5	0,9	7,6	8,5
A.O. 71	1,06	26.000	- 3.000.000	15.021.000	50.343.000	5,9	8,9	1,8	7,7	10,7
A.O. 72	1,20	8.000	- 29.858.000	5.276.000	3.950.000	1,4	2,0	51,5	52,9	53,5
A.O. 73	1,01	25.000	0	14.795.000	49.157.000	5,8	8,8	-	5,8	8,8
A.O. 74	1,08	32.000	-	22.500.000	46.119.000	4,7	7,1	-	4,7	7,1
A.O. 75	1,13	26.000	-	28.500.000	43.425.000	3,5	5,3	-	3,5	5,3
A.O. 76	1,11	43.000	-	41.250.000	97.754.000	5,0	7,4	-	5,0	7,4
A.O. 77	1,13	18.000	- 2.000.000	19.000.000	68.000.000	6,9	10,3	1,0	7,9	11,3
A.O. 78	1,05	23.000	-	21.750.000	32.319.000	3,3	4,9	-	3,3	4,9
A.O. 79	1,14	28.000	-	30.250.000	87.914.000	5,7	8,6	-	5,7	8,6
A.O. 80	1,01	31.000	-	30.750.000	130.396.000	7,5	11,2	-	7,5	11,2
A.O. 81	1,09	23.000	-	21.500.000	73.000.000	6,6	9,8	-	6,6	9,8
A.O. 82	1,15	24.000	- 28.000.000	19.436.000	15.564.000	1,9	2,9	17,2	1,9	20,1
A.O. 83	0,88	17.000	- 18.000.000	16.046.000	21.283.000	3,0	4,5	12,8	3,0	15,8
A.O. 84	0,85	26.000	- 14.000.000	15.000.000	13.000.000	1,8	2,7	9,7	1,8	12,4
Totale Sud	1,04	853.000	- 108.084.000	803.998.000	1.109.700.000	3,6	5,4	1,8	5,4	7,2
Totale A.O.	1,09	2.803.000	- 663.230.000	2.563.756.000	3.494.910.000	2,8	4,2	2,7	5,5	6,9

J.

- (1) Sono comprese anche le Aziende Ospedaliere integrate con le Università (A.O.U.).
- (2) Aggregato al 2014.
- (3) Aggregati all'anno 2015 (valori arrotondati).
- (4) Comprende: ricavi da ricovero, attività specialistiche per interni ed ogni attività sanitaria e socio-sanitaria.
- (5) Ricavi da trasferimento dal Fondo Sanitario Regionale sotto la voce "attività non tariffate ed a funzione".
- (6) % calcolata come rapporto tra i valori della Colonna 6 e i valori delle Colonne 4 + 5.
- (7) Sono calcolati come differenza tra il totale dei Ricavi iscritti nel Conto Economico e la somma dei valori contenuti nelle Colonne 4 + 5 + 6 e possono comprendere voci come quelle indicate dal Decreto del Ministero della Salute che attua l'Art. 1, comma 526 della Legge di Stabilità 2016 (contributi in conto esercizio per quota Fondo Sanitario Regionale Vincolato, contributi extra Fondo Vincolati, contributi da aziende sanitarie pubbliche vincolati, contributi da altri soggetti pubblici (extra Fondo), contributi in conto esercizio da privati, utilizzo di fondi per quote inutilizzate di contributi vincolati relativi ad esercizi precedenti, ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria erogati ad altri soggetti pubblici, ricavi per prestazioni sanitarie derivanti da mobilità attiva, ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogati a privati, ricavi per prestazioni sanitarie erogati in regime di intramoenia, concorsi recuperi e rimborsi, quota contributi in conto capitale imputati all'esercizio, incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni, altri ricavi e proventi, interessi attivi, altri proventi, rivalutazioni).
- (8) Secondo quanto definito dalle delibere delle Giunte Regionali di Lombardia, Emilia Romagna e Campania, nelle quali si trova peraltro il 60% del totale delle Aziende Ospedaliere italiane (per il restante 40% si è proceduto a stimare un valore medio calcolato sulla base di quanto attribuito all'attività "a funzione", dalle 3 Regioni menzionate).
- (9) Differenza tra le Colonne 6 e 10.
- (10) $\% \text{ minima} = \frac{\text{Colonna 11} * 20\%}{\text{Colonna 8}} * 100$
- (11) (Il tutto basato su un'ipotesi di stima di Sovraricavo/1 improprio, pari al 20% di quanto oggi viene riconosciuto per attività "a funzione", salvo il caso di maggiori Perdite che vanno considerate al 100%).
 $\% \text{ massima} = \frac{\text{Colonna 11} * 30\%}{\text{Colonna 8}} * 100$
- (12) (Il tutto basato su un'ipotesi di stima di Sovraricavo/1 improprio, pari al 30% di quanto oggi viene riconosciuto per attività "a funzione", salvo il caso di maggiori Perdite che vanno considerate al 100%).
- (13) Il valore minimo rappresenta la somma delle % presenti nella Colonna 12 con quelle presenti nella Colonna 14; mentre il valore massimo è rappresentato dalla somma delle % presenti nella Colonna 13 con quelle presenti nella Colonna 14.

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

- un'Ipotesi massima del 30% (Tabella All. 2);
- un'Ipotesi intermedia del 25% (Tabella All. 2A);
- e un'Ipotesi minima del 20% (Tabella All. 2B).

A tale proposito si è proceduto nel modo che segue:

- 1) si sono riportati innanzitutto, per comodità di analisi, all'interno della Tabella All. 2 (dedicata per l'appunto alla simulazione che assume l'Ipotesi massima del 30%) parte dei dati presenti all'interno della Tabella All. 1 (cfr. le Colonne che vanno dalla n. 1 alla n. 10);
- 2) si è calcolato, come primo passo della seconda simulazione, a quale percentuale del Totale Ricavi 2015 per prestazioni sanitarie e per ticket possa corrispondere il valore delle attività "a funzione" esposto per ogni singola Azienda Ospedaliera all'interno del rispettivo Conto Economico 2015: il tutto ricostruito secondo quanto previsto dal Decreto Ministeriale menzionato. I relativi valori sono stati riportati nella Colonna 11 della Tabella All. 2 e vanno da un minimo del 10,4% di un'Azienda Ospedaliera del Nord ad un massimo del 48,4% (!) di un'Azienda Ospedaliera del Sud (il che significa che il risultato di Conto Economico non potrà che peggiorare, in questo secondo caso, dovendo esporre – in base al D.M. – minori Ricavi per le attività "a funzione" rispetto a quelli che sono già presenti all'interno del Conto Economico 2015);
- 3) si è poi registrato l'incremento (o il decremento), peraltro del tutto teorico, dell'attuale percentuale di attività "a funzione", calcolata secondo l'Ipotesi massima del 30% previsto dal D.M. (Colonna 12): è evidente che si tratta di un puro esercizio aritmetico, poiché sarà l'apposita Commissione Ministeriale a definire i criteri di applicazione di incrementi o meno della percentuale di attività "a funzione"; fermo restando che bisognerà verificare che esista una reale corrispondenza tra riconoscimento di una determinata percentuale e presenza di maggiori attività effettivamente svolte e soprattutto che ci siano risorse sufficienti da destinare a tale scopo (il tutto naturalmente sotto la responsabilità del relativo Sistema Sanitario Regionale di riferimento);
- 4) si è quindi calcolata la valorizzazione teorica corrispondente delle attività "a funzione", nel caso dell'Ipotesi massima del 30% (cfr. Colonna 13) e si è confrontato tale risultato con quanto già presente nel Conto Economico, rilevandone le eventuali differenze in più o in meno. Nel primo caso si verrebbe a determinare un Ricavo teorico aggiuntivo (magari anche con un avanzo, altrettanto teorico, di gestione), mentre nel secondo caso si produrrebbe un disavanzo aggiuntivo di gestione (cfr. i valori positivi e quelli negativi, con il relativo segno "-", presenti nella Colonna 14).

Al fine di calcolare la percentuale di Sovraccavo/2 non sono stati considerati gli eventuali valori positivi contenuti nella Colonna 14, i quali finirebbero col generare addirittura degli Avanzi di gestione. Viceversa, nel caso che il valore di queste ultime, pur calcolato secondo quanto richiamato dal D.M. citato e sempre nell'Ipotesi massima del 30%, risulti inferiore a quanto già appare nel Conto Economico 2015 si verrebbe a generare per l'appunto un ulteriore disavanzo. Tale disavanzo, debitamente rapportato ai Ricavi Totali dell'esercizio 2015 (assunti come analoghi, sul piano della simulazione, a quelli dell'esercizio 2016), consentirebbe di definire la percentuale del cosiddetto Sovraccavo/2 che risulterebbe pari:

- all'1,8% per le Aziende Ospedaliere del Nord;
 - allo 0,2% per le Aziende Ospedaliere del Centro;
 - al 6,4% per le Aziende Ospedaliere del Sud;
 - e al 2,7% per l'insieme di tutte le Aziende Ospedaliere italiane;
- 5) a questo punto si è proceduto in maniera analoga per quanto riguarda l'Ipotesi intermedia del 25% e quindi per l'Ipotesi minima del 20% (cfr. rispettivamente, Tabella All. 2A e Tabella All. 2B);
- 6) se si scelgono i risultati a cui si è pervenuti, in termini di percentuale di Sovraccavo/2 minimo (nell'ipotesi di adozione dell'Ipotesi 30%) e massima (nell'ipotesi di adozione dell'Ipotesi 20%), si individua una "forchetta" che risulta essere la seguente:

<i>A.O. per ripartizione</i>	<i>Nell'Ipotesi massima del 30%</i>	<i>Nell'Ipotesi minima del 20%</i>
- Aziende Ospedaliere del Nord	1,8	5,0
- Aziende Ospedaliere del Centro	0,2	4,1
- Aziende Ospedaliere del Sud	6,4	13,5
- Aziende Ospedaliere italiane nel loro complesso	2,7	7,0

In termini di valore economico il possibile Sovraccavo/2 assumerebbe perciò le seguenti dimensioni, applicando le percentuali di cui sopra al totale dei Ricavi delle Aziende Ospedaliere italiane, presente nella Colonna 8:

<i>A.O. per ripartizione</i>	<i>Nell'Ipotesi massima del 30% (mil. di €)</i>	<i>Nell'Ipotesi minima del 20% (mil. di €)</i>
- Aziende Ospedaliere del Nord	260,0	721,8
- Aziende Ospedaliere del Centro	8,3	169,7
- Aziende Ospedaliere del Sud	394,0	831,0
- Aziende Ospedaliere italiane nel loro complesso	662,3	1.722,5

Naturalmente si tratta di cifre del tutto teoriche, legate alle due ipotesi massima e minima estese a tutte le Aziende Ospedaliere, mentre nella realtà si opereranno aggiustamenti caso per caso, sulla base dei criteri definiti dall'apposita Commissione Ministeriale e quindi delle decisioni dei relativi Sistemi Sanitari Regionali.

La simulazione serve a dare un'idea generale della “forchetta” di Sovrarricavo/2, da tener presente in quanto possibile fonte ulteriore di ripianamento implicito di bilancio che si affianca al Sovrarricavo/1 precedentemente preso in considerazione.

Le simulazioni sinora illustrate riguardano esclusivamente le Aziende Ospedaliere, ma vicino a queste ultime esistono anche gli Ospedali a gestione diretta da parte delle Asl. Si potrebbe pertanto applicare, in termini aggregati, le percentuali di Sovrarricavo Totale, calcolate per le prime, anche ai secondi.

Va detto che, seguendo questa strada, si adotterebbe un criterio relativamente “generoso” in quanto gli Ospedali a gestione diretta presentano probabilmente livelli di inefficienza maggiori rispetto alle Aziende Ospedaliere, per una molteplicità di ragioni: dimensione delle strutture, modalità di gestione e di formazione dei bilanci, tipo di contabilità e livelli di controllo, ecc.

E tuttavia è bene pervenire ad una stima complessiva, rispetto all'intero sistema ospedaliero pubblico, in tema di Sovrarricavi Totali che – come si è ricordato – finiscono col comprendere forme di ripianamento implicito di bilancio.

Il ragionamento adottato per definire la spesa relativa ai soli Ospedali pubblici a gestione diretta è stato il seguente²:

Mil. di euro

Totale Spesa pubblica per l'insieme delle Aziende Ospedaliere italiane e per gli Ospedali pubblici a gestione diretta (ultimi dati disponibili al 2014), di cui:	52.744
– Totale Ricavi per l'insieme delle Aziende Ospedaliere italiane, secondo i dati provenienti dai Conti Economici 2015	24.732
– Stima della Spesa per altri Istituti pubblici esistenti (Policlinici Univ. non Aziende Ospedaliere + Irccs pubblici e Fondazioni pubbliche + Istituti Qualificati Presidio Usl + Enti di ricerca)	6.255 ³
– Stima (per differenza) della Spesa afferente agli Ospedali pubblici a gestione diretta	21.757

Pertanto, applicando le stesse percentuali di Sovrarricavo/1 e di Sovrarricavo/2 possibile, utilizzate per le Aziende Ospedaliere, sulla Spesa per gli Ospedali a gestione diretta sopraindicata (21,7 miliardi di euro) si verrebbe ad una “forchetta”, a livello nazionale, così articolata:

- per il Sovrarricavo/1 tra il 5,5% e il 6,9% (pari a 1.197 e 1.501 mil. di €);
- e per il Sovrarricavo/2 tra il 2,7% e il 7,0% (pari a 587 e 1.523 mil. di €).

² Si è applicato lo stesso metodo di stima utilizzato per il Rapporto “Ospedali & Salute/2014” (cfr. il relativo Capitolo 1 degli Allegati, pag. 266), ripreso successivamente anche per il Rapporto “Ospedali & Salute/2015”.

³ Rispettando l'incidenza della spesa per tali Istituti pubblici calcolata all'interno del Rapporto “Ospedali & Salute/2014”, come menzionato nella precedente nota.

Tab. All. 2 – Simulazione dell'eventuale Sovraricavo 2, proveniente dall'applicazione del finanziamento delle attività "a funzione" come da Decreto Ministeriale di attuazione dell'Art. 1, comma 526, della Legge di Stabilità 2016, prendendo in considerazione l'ipotesi massima 30% (Valori dei Ricavi espressi in euro)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aziende Ospedaliere (1)	Case mix medio (2)	Totale numero ricoveri (3)	Ricavi da prestazioni sanitarie e socio sanitarie a rilevanza sanitaria come da CE (Cod. A0320) (4)	Ricavi da ticket per prestazioni specialistiche esterne come da CE (Cod. A0940)	Ricavi da trasferimento del FSR per attività "a funzione" come da CE (Cod. A1020) (5)	Altri ricavi come da CE (7)	Totale Ricavi come da CE (COD. AZ999)	Disavanzo come da CE (CODICE ZZ9999)	% di disavanzo sul totale dei Ricavi (8)
					Val. % (6)				
A.O. 1	1,23	14.000	111.525.000	2.627.000	31.735.000	8.384.000	154.271.000	- 2.552.000	- 1,7
A.O. 2	1,23	26.000	195.928.000	7.155.000	68.212.000	11.563.000	282.858.000	- 1.203.000	- 0,4
A.O. 3	1,18	31.000	182.182.000	5.921.000	45.863.000	5.967.000	239.933.000	- 5.500.000	- 2,3
A.O. 4	1,19	23.000	173.184.000	3.611.000	61.100.000	8.331.000	246.226.000	- 4.483.000	- 1,8
A.O. 5	1,26	17.000	139.180.000	4.244.000	41.894.000	1.976.000	187.294.000	-	-
A.O. 6	1,22	102.000	595.920.000	16.314.000	396.728.000	62.143.000	1.071.105.000	- 4.188.000	- 0,4
A.O. 7	1,03	39.000	284.698.000	10.024.000	63.867.000	21,7	385.951.000	-	-
A.O. 8	0,94	21.000	117.878.000	5.052.000	36.399.000	29,6	163.567.000	-	-
A.O. 9	0,92	36.000	225.197.000	8.200.000	55.525.000	23,8	298.656.000	-	-
A.O. 10	1,05	67.000	494.915.000	12.810.000	128.197.000	25,2	681.797.000	-	-
A.O. 11	0,91	15.000	93.629.000	4.995.000	31.702.000	32,1	134.667.000	-	-
A.O. 12	0,93	31.000	184.811.000	9.714.000	42.490.000	21,8	247.335.000	-	-
A.O. 13	1,01	26.000	187.490.000	5.676.000	48.399.000	25,1	260.226.000	-	-
A.O. 14	0,94	16.000	96.254.000	4.917.000	23.828.000	23,6	130.454.000	-	-
A.O. 15	0,98	38.000	203.242.000	8.591.000	88.900.000	42,0	340.596.000	-	-
A.O. 16	1,02	31.000	184.000.000	4.412.000	26.049.000	13,8	264.308.000	-	-
A.O. 17	1,22	34.000	325.387.000	9.324.000	106.078.000	31,7	485.934.000	-	-
A.O. 18	0,92	27.000	124.968.000	8.900.000	40.572.000	30,3	180.714.000	-	-
A.O. 19	0,94	36.000	140.780.000	7.150.000	17.241.000	11,7	181.049.000	-	-
A.O. 20	1,02	31.000	257.811.000	9.927.000	111.254.000	41,6	423.036.000	-	-
A.O. 21	1,11	20.000	220.381.000	4.066.000	36.557.000	16,3	273.551.000	-	-
A.O. 22	1,29	38.000	317.714.000	5.916.000	143.169.000	44,2	545.698.000	-	-
A.O. 23	0,85	29.000	145.000.000	2.940.000	34.897.000	23,6	242.887.000	-	-
A.O. 24	0,92	29.000	114.741.000	5.568.000	60.719.000	50,5	187.744.000	-	-
A.O. 25	0,93	19.000	150.900.000	3.655.000	45.931.000	29,7	237.616.000	-	-
A.O. 26	1,02	11.000	83.662.000	3.061.000	34.226.000	39,5	127.744.000	-	-
A.O. 27	0,98	34.000	273.960.000	5.380.000	100.365.000	33,9	394.786.000	-	-
A.O. 28	1,02	42.000	267.896.000	11.359.000	93.499.000	35,5	395.117.000	-	-
A.O. 29	0,92	24.000	160.858.000	6.533.000	107.748.000	64,4	287.056.000	-	-
A.O. 30	0,88	24.000	157.085.000	10.472.000	100.781.000	60,1	277.494.000	-	-
A.O. 31	0,90	43.000	260.280.000	12.400.000	63.257.000	23,2	356.763.000	-	-
A.O. 32	1,19	27.000	255.208.000	6.705.000	42.711.000	16,3	335.425.000	-	-
A.O. 33	0,91	21.000	129.689.000	6.789.000	63.355.000	46,4	213.053.000	-	-
A.O. 34	0,92	33.000	285.152.000	6.438.000	52.013.000	17,8	382.114.000	-	-

./

(Segue) Tab. All. 2 – Simulazione dell'eventuale Sovraricavo 2, proveniente dall'applicazione del finanziamento delle attività "a funzione" come da Decreto Ministeriale di attuazione dell' Art. 1, comma 226, della Legge di Stabilità 2016, prendendo in considerazione l'ipotesi massima 30% (Valori dei Ricavi espressi in euro)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aziende Ospedaliere (1)	Caso mix medio (2)	Totale numero ricoveri (3)	Ricavi da prestazioni sanitarie e socio sanitarie a rilevanza sanitaria come da CE (Cod. A0320) (4)	Ricavi da ticket per prestazioni specialistiche esterne come da CE (Cod. A0490) (5)	Ricavi da trasferimento del FSR per attività "a funzione" come da CE (Cod. A1020) (5)		Totale Ricavi come da CE (COD. AZ999)	Disavanzo come da CE (CODICE Z29999)	% di disavanzo sul totale dei Ricavi (8)
					V.a.	Val. % (6)	Altri ricavi come da CE (7)		
A.O. 35	0,96	22.000	136.574.000	6.014.000	63.491.000	44,5	24.953.000	231.032.000	-
A.O. 36	1,22	52.000	415.815.000	8.844.000	83.433.000	19,6	36.562.000	544.654.000	- 14,3
A.O. 37	1,24	52.000	403.621.000	6.594.000	94.042.000	22,9	14.360.000	518.617.000	-
A.O. 38	1,16	26.000	156.120.000	3.641.000	93.721.000	58,7	22.318.000	275.800.000	0
A.O. 39	1,20	36.000	250.431.000	7.079.000	121.636.000	47,2	26.652.000	405.798.000	-
A.O. 40	1,16	47.000	264.300.000	7.252.000	58.150.000	21,4	56.331.000	386.033.000	-
A.O. 41	1,10	36.000	237.683.000	9.051.000	30.311.000	12,3	14.295.000	291.340.000	-
A.O. 42	1,11	35.000	206.135.000	3.255.000	44.960.000	21,5	10.375.000	264.725.000	-
A.O. 43	1,21	68.000	434.604.000	6.805.000	91.572.000	20,8	48.285.000	581.446.000	-
A.O. 44	1,14	32.000	203.645.000	6.085.000	85.220.000	40,6	25.968.000	320.918.000	-
Totale Nord	1,08	1.441.000	9.850.433.000	305.606.000	3.211.977.000	31,6	1.069.372.000	14.437.388.000	- 0,7
A.O. 45	1,25	68.000	378.064.000	11.725.000	147.828.000	37,9	30.055.000	567.672.000	-
A.O. 46	1,28	36.000	213.223.000	7.699.000	88.039.000	39,9	16.465.000	325.426.000	-
A.O. 47	1,27	74.000	395.180.000	12.259.000	183.787.000	43,5	27.079.000	618.305.000	-
A.O. 48	1,04	14.000	71.150.000	2.252.000	31.930.000	45,1	10.186.000	115.518.000	-
A.O. 49	1,03	28.000	164.035.000	4.171.000	70.763.000	42,1	7.242.000	246.211.000	-
A.O. 50	1,30	45.000	297.959.000	4.870.000	80.319.000	26,5	16.443.000	399.621.000	-
A.O. 51	1,10	39.000	281.734.000	7.149.000	37.548.000	13,0	19.070.000	345.501.000	-
A.O. 52	1,07	27.000	136.669.000	2.961.000	45.251.000	32,4	1.358.000	186.239.000	-
A.O. 53	1,25	49.000	232.965.000	5.336.000	53.604.000	22,5	15.059.000	306.964.000	- 161.799.000
A.O. 54	1,05	25.000	118.174.000	3.400.000	30.429.000	25,0	17.006.000	169.009.000	- 82.941.000
A.O. 55	1,14	53.000	315.050.000	10.188.000	88.896.000	27,3	26.804.000	440.938.000	- 21.0
A.O. 56	1,23	22.000	140.716.000	5.545.000	23.263.000	15,9	25.442.000	194.966.000	- 54.100.000
A.O. 57	1,51	29.000	173.951.000	5.580.000	37.438.000	20,9	5.443.000	222.412.000	- 68.133.000
Totale Centro	1,21	509.000	2.918.900.000	83.135.000	919.095.000	30,6	217.652.000	4.138.782.000	- 11,1
A.O. 58	0,96	63.000	296.562.000	5.160.000	110.668.000	36,7	7.699.000	420.089.000	-
A.O. 59	0,92	46.000	188.997.000	3.738.000	89.544.000	46,5	3.880.000	286.159.000	-
A.O. 60	1,06	57.000	230.223.000	893.000	108.894.000	47,1	23.387.000	363.397.000	-
A.O. 61	0,81	23.000	92.897.000	1.126.000	39.210.000	41,7	16.045.000	149.278.000	-
A.O. 62	1,39	50.000	201.950.000	1.750.000	95.000.000	46,6	12.562.000	311.262.000	-
A.O. 63	1,04	50.000	201.950.000	2.795.000	77.935.000	38,1	31.720.000	314.400.000	-
A.O. 64	1,03	30.000	121.170.000	2.205.000	43.807.000	35,5	19.310.000	186.492.000	- 4.000.000
A.O. 65	1,05	21.000	84.819.000	2.066.000	33.768.000	38,9	13.095.000	133.748.000	-
A.O. 66	1,12	28.000	113.092.000	1.389.000	46.085.000	40,3	17.709.000	178.275.000	- 7.426.000

J.

(Segue) Tab. All. 2 – Simulazione dell' eventuale Sovraricavo 2, proveniente dall' applicazione del finanziamento delle attività "a funzione" come da Decreto Ministeriale di attuazione dell' Art. 1, comma 226, della Legge di Stabilità 2016, prendendo in considerazione l' ipotesi massima 30% (Valori dei Ricavi espressi in euro)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aziende Ospedaliere (1)	Case mix medio (2)	Totale numero ricoveri (3)	Ricavi da prestazioni sanitarie e socio sanitarie a rilevanza sanitaria come da CE (Cod. A0320) (4)	Ricavi da ticket per prestazioni specialistiche esterne come da CE (Cod. A0940)	Ricavi da trasferimento del FSR per attività "a funzione" come da CE (Cod. A1020) (5)		Totale Ricavi come da CE (COD. AZ999)	Disavanzo come da CE (CODICE Z29999)	% di disavanzo sul totale dei Ricavi (8)
					V.a.	Val. % (6)	Altri ricavi come da CE (7)		
A.O. 67	0,94	24.000	96.936.000	2.141.000	37.224.000	37,6	13.241.000	149.542.000	-
A.O. 68	0,96	51.000	205.989.000	3.000.000	62.430.000	29,9	14.203.000	285.622.000	-
A.O. 69	1,09	33.000	150.629.000	3.565.000	63.301.000	41,1	11.159.000	228.654.000	-
A.O. 70	1,08	27.000	96.633.000	7.848.000	88.398.000	89,9	3.957.000	191.056.000	- 1.800.000
A.O. 71	1,06	26.000	95.305.000	2.466.000	65.364.000	66,9	6.910.000	170.045.000	- 3.000.000
A.O. 72	1,20	8.000	36.571.000	1.910.000	9.226.000	24,0	10.245.000	57.952.000	- 29.838.000
A.O. 73	1,01	25.000	92.720.000	1.533.000	63.952.000	67,9	10.014.000	168.219.000	0
A.O. 74	1,08	32.000	119.975.000	1.497.000	68.619.000	56,5	5.790.000	195.881.000	-
A.O. 75	1,13	26.000	160.930.000	2.534.000	71.925.000	44,0	10.226.000	245.615.000	-
A.O. 76	1,11	43.000	233.490.000	3.897.000	139.004.000	58,6	17.852.000	394.243.000	-
A.O. 77	1,13	18.000	103.900.000	1.232.000	87.000.000	82,8	5.568.000	197.700.000	- 2.000.000
A.O. 78	1,05	23.000	122.022.000	2.479.000	54.069.000	43,4	20.275.000	198.845.000	-
A.O. 79	1,14	28.000	174.486.000	2.375.000	118.164.000	66,8	12.749.000	307.774.000	-
A.O. 80	1,01	31.000	169.513.000	1.760.000	161.146.000	93,9	17.088.000	349.923.000	-
A.O. 81	1,09	23.000	116.299.000	1.373.000	94.500.000	80,3	10.986.000	222.458.000	-
A.O. 82	1,15	24.000	120.000.000	1.450.000	35.000.000	28,8	6.550.000	163.000.000	- 28.000.000
A.O. 83	0,88	17.000	82.000.000	1.635.000	37.329.000	44,6	20.036.000	141.000.000	- 18.000.000
A.O. 84	0,85	26.000	90.000.000	2.990.000	28.000.000	30,1	24.010.000	145.000.000	- 14.000.000
Totale Sud	1,04	833.000	3.799.078.000	61.223.000	1.929.762.000	50,0	36.556.000	6.155.629.000	- 108.084.000
Totale A.O.	1,09	2.803.000	16.368.471.000	449.964.000	6.060.834.000	35,6	1.652.590.000	24.731.799.000	- 663.230.000

./.

(Segue) Tab. All. 2 – Simulazione dell'eventuale Sovraccavo 2, proveniente dall'applicazione del finanziamento delle attività "a funzione" come da Decreto Ministeriale di attuazione dell' Art. 1, comma 226, della Legge di Stabilità 2016, prendendo in considerazione l'Ipotesi massima 30% (Valori dei Ricavi espressi in euro)

	1	2	3	11	12	13	14	15	16	17
Aziende Ospedaliere (1)		Case mix medio (2)	Totale numero ricoveri (3)	% di attività "a funzione" corrispondenti ai valori assoluti del Conto Economico 2015, ma calcolati secondo il D.M. (9)	Incremento (+) o decremento (-) delle attività "a funzione" rispetto a quella attuale (10)	Valorizzazione teorica delle attività "a funzione" in base a quanto previsto dal Decreto Ministeriale (11)	IPOTESI 30% Ulteriore quota di Ricavi (+) o di Perdite (-) teorici, derivante dal calcolo delle attività "a funzione" (12)	% di Sovraccavo2 teorico (+) o incrementi di Perdite aggiuntive teoriche (-) sui Ricavi totali (13)	Quota di ulteriori Perdite (-), derivante dalla riduzione del valore delle attività "a funzione" riconosciute oggi (14)	% di Sovraccavo2 dovuto esclusivamente alle Perdite aggiuntive derivanti dall'Ipotesi 30% (15)
A.O. 1		1,23	14.000	21,8	8,2	48.922.286	17.187.286	11,1		0,0
A.O. 2		1,23	26.000	25,1	4,9	87.035.571	18.823.571	6,7		0,0
A.O. 3		1,18	31.000	19,6	10,4	80.615.571	34.752.571	14,5		0,0
A.O. 4		1,19	23.000	25,7	4,3	75.769.286	14.669.286	6,0		0,0
A.O. 5		1,26	17.000	22,6	7,4	61.467.429	19.573.429	10,5		0,0
A.O. 6		1,22	102.000	39,3	-9,3	262.386.000	-134.342.000	12,5	-134.342.000	12,5
A.O. 7		1,03	39.000	17,8	12,2	126.309.429	62.442.429	16,2		0,0
A.O. 8		0,94	21.000	22,8	7,2	52.684.286	16.283.286	10,0		0,0
A.O. 9		0,92	36.000	19,2	10,8	100.027.286	44.502.286	14,9		0,0
A.O. 10		1,05	67.000	20,2	9,8	217.596.429	89.399.429	13,1		0,0
A.O. 11		0,91	15.000	24,3	5,7	42.267.429	10.565.429	7,8		0,0
A.O. 12		0,93	31.000	17,9	12,1	83.367.857	40.877.857	16,5		0,0
A.O. 13		1,01	26.000	20,0	10,0	82.785.429	34.386.429	13,2		0,0
A.O. 14		0,94	16.000	19,1	10,9	43.359.000	19.531.000	15,0		0,0
A.O. 15		0,98	28.000	29,6	0,4	90.785.571	1.885.571	0,6		0,0
A.O. 16		1,02	31.000	12,1	17,9	80.748.000	54.699.000	20,7		0,0
A.O. 17		1,22	34.000	24,1	5,9	143.447.571	37.369.571	7,7		0,0
A.O. 18		0,92	27.000	23,3	6,7	57.372.000	16.800.000	9,3		0,0
A.O. 19		0,94	26.000	10,4	19,6	63.398.571	46.157.571	25,5		0,0
A.O. 20		1,02	31.000	29,4	0,6	114.744.857	3.490.857	0,8		0,0
A.O. 21		1,11	20.000	14,0	16,0	96.191.571	59.634.571	21,8		0,0
A.O. 22		1,29	38.000	30,7	-0,7	138.698.571	-4.470.429	0,8	-4.470.429	0,8
A.O. 23		0,85	29.000	19,1	10,9	63.402.857	28.505.857	11,7		0,0
A.O. 24		0,92	29.000	33,6	-3,6	51.535.286	-9.183.714	4,9	-9.183.714	4,9
A.O. 25		0,93	19.000	22,9	7,1	66.237.857	20.306.857	8,5		0,0
A.O. 26		1,02	11.000	28,3	1,7	37.167.000	2.941.000	2,3		0,0
A.O. 27		0,98	34.000	26,4	3,6	119.717.143	19.352.143	4,9		0,0
A.O. 28		1,02	42.000	25,1	4,9	119.680.714	26.181.714	6,6		0,0
A.O. 29		0,92	24.000	39,2	-9,2	71.739.000	-36.009.000	12,5	-36.009.000	12,5
A.O. 30		0,88	24.000	37,6	-7,6	71.810.143	-28.970.857	10,4	-28.970.857	10,4
A.O. 31		0,90	43.000	18,8	11,2	116.948.571	53.691.571	15,0		0,0
A.O. 32		1,19	27.000	14,0	16,0	112.248.429	69.537.429	20,7		0,0

./.

(Segue) Tab. All. 2 – Simulazione dell'eventuale Sovraccarico 2, proveniente dall'applicazione del finanziamento delle attività "a funzione" come da Decreto Ministeriale di attuazione dell' Art. 1, comma 226, della Legge di Stabilità 2016, prendendo in considerazione l'ipotesi massima 30% (Valori dei Ricavi espressi in euro)

1	2	3	11	12	13	14	15	16	17
Aziende Operative (1)	Case mix medio (2)	Totale numero ricoveri (3)	% di attività "a funzione" corrispondenti ai valori assolti del Conto Economico 2015, ma calcolati secondo H.D.M. (9)	Incremento (+) o decremento (-) della % di attività "a funzione" rispetto a quella attuale (10)	Valorizzazione teorica delle attività "a funzione" in base a quanto previsto dal Decreto Ministeriale (11)	IPOTESI 30% Ulteriore quota di Ricavi (+) o di Perdite (-) teoriche derivante dal calcolo delle attività "a funzione" (12)	% di Sovraccarico/2 teorico (+) o incrementi di Perdite aggiuntive teoriche (-) sui Ricavi totali (13)	Quota di ulteriori Perdite (-), derivante dalla riduzione del valore delle attività "a funzione" rimosciute oggi (14)	% di Sovraccarico/2 dovuto esclusivamente alle Perdite aggiuntive derivanti dall'Ipotesi 30% (15)
A.O. 33	0,91	21.000	31,7	-1,7	58.490,571	- 4.864,429	2,3	- 4.864,429	2,3
A.O. 34	0,92	33.000	15,1	14,9	124.967,143	72.954,143	19,1		0,0
A.O. 35	0,96	22.000	30,8	-0,8	61.109,143	- 2.381,857	1,0	- 2.381,857	1,0
A.O. 36	1,22	52.000	16,4	13,6	181.996,714	98.563,714	18,1		0,0
A.O. 37	1,24	52.000	18,6	11,4	175.806,429	81.764,429	15,8		0,0
A.O. 38	1,16	26.000	37,0	- 7,0	68.469,000	- 25.252,000	9,2	- 25.252,000	9,2
A.O. 39	1,20	36.000	32,1	- 2,1	110.361,429	- 11.274,571	2,8	- 11.274,571	2,8
A.O. 40	1,16	47.000	17,6	12,4	116.379,429	58.229,429	15,1		0,0
A.O. 41	1,10	36.000	10,9	19,1	105.743,143	75.432,143	25,9		0,0
A.O. 42	1,11	35.000	17,7	12,3	89.738,571	44.778,571	16,9		0,0
A.O. 43	1,21	68.000	17,2	12,8	189.175,286	97.423,286	16,8		0,0
A.O. 44	1,14	32.000	28,9	1,1	89.884,286	- 4.664,286	1,5		0,0
Totale Nord	1,08	1.441.000	24,0	6,0	4.352.588,743	1.654.108,857	11,5	- 256.748,857	1,8
A.O. 45	1,25	68.000	27,5	2,5	167.052,429	19.224,429	3,4		0,0
A.O. 46	1,28	36.000	28,5	1,5	94.680,857	6.641,857	2,0		0,0
A.O. 47	1,27	74.000	31,1	- 1,1	174.616,714	- 9.170,286	1,5	- 9.170,286	1,5
A.O. 48	1,04	14.000	30,3	- 0,3	31.458,000	- 472,000	0,4	- 472,000	0,4
A.O. 49	1,03	28.000	29,6	0,4	72.088,286	1.325,286	0,5		0,0
A.O. 50	1,30	45.000	21,0	9,0	129.796,714	49.477,714	12,4		0,0
A.O. 51	1,10	39.000	11,5	18,5	123.807,000	86.259,000	25,0		0,0
A.O. 52	1,07	27.000	24,5	5,5	59.841,429	14.590,429	7,8		0,0
A.O. 53	1,25	49.000	18,4	11,6	102.129,000	48.525,000	15,8		0,0
A.O. 54	1,05	25.000	20,0	10,0	52.103,143	21.674,143	12,8		0,0
A.O. 55	1,14	53.000	21,5	8,5	139.387,714	50.491,714	11,5		0,0
A.O. 56	1,23	22.000	13,7	16,3	62.683,286	39.420,286	20,2		0,0
A.O. 57	1,51	29.000	17,3	12,7	76.941,857	39.503,857	17,8		0,0
Totale Centro	1,21	509.000	23,4	6,6	1.286.586,429	386.776,000	9,3	- 9.642,286	0,2
A.O. 58	0,96	63.000	26,8	3,2	129.309,429	18.641,429	2,4		0,0
A.O. 59	0,92	46.000	31,7	- 1,7	82.600,714	- 6.943,286	4,4	- 6.943,286	2,4
A.O. 60	1,06	57.000	32,0	- 2,0	99.049,714	- 9.844,286	2,7	- 9.844,286	2,7
A.O. 61	0,81	23.000	29,4	0,6	40.295,571	1.085,571	0,7		0,0
A.O. 62	1,39	50.000	31,8	- 1,8	87.300,000	- 7.700,000	2,5	- 7.700,000	2,5

./.

(Segue) Tab. All. 2 – Simulazione dell'eventuale Sovraccarico 2, proveniente dall'applicazione del finanziamento delle attività "a funzione" come da Decreto Ministeriale di attuazione dell' Art. 1, comma 226, della Legge di Stabilità 2016, prendendo in considerazione l'Ipotesi massima 30% (Valori dei Ricavi espressi in euro)

1	2	3	11	12	13	14	15	16	17
Aziende Ospedaliere (1)	Case mix medio (2)	Totale numero ricoveri (3)	% di attività "a funzione" corrispondenti ai valori assoluti del Conto Economico 2015, ma calcolati secondo I.D.M. (9)	Incremento (+) o decremento (-) della % di attività "a funzione" rispetto a quella attuale (10)	Valorizzazione teorica delle attività "a funzione" in base a quanto previsto dal Decreto Ministeriale (11)	IPOTESI 30% Ulteriore quota di Ricavi (+) o di Perdite (-) teoriche derivante dal calcolo delle attività "a funzione" (12)	% di Sovraccarico/2 teorico (+) o incrementi di Perdite aggiuntive teoriche (-) sui Ricavi totali (13)	Quota di ulteriori Perdite (-), derivante dalla riduzione del valore delle attività "a funzione" rimosciute oggi (14)	% di Sovraccarico/2 dovuto esclusivamente alle Perdite aggiuntive derivanti dall'Ipotesi 30% (15)
A.O. 63	1,04	50.000	27,6	2,4	87.747.857	9.812.857	3,1		0,0
A.O. 64	1,03	30.000	26,2	3,8	52.875.000	9.068.000	4,9		0,0
A.O. 65	1,05	21.000	28,0	2,0	37.236.429	3.468.429	2,6		0,0
A.O. 66	1,12	28.000	28,7	1,3	49.063.286	2.978.286	1,7		0,0
A.O. 67	0,94	24.000	27,3	2,7	42.461.571	5.237.571	3,5		0,0
A.O. 68	0,96	51.000	23,0	7,0	89.566.714	27.136.714	9,5		0,0
A.O. 69	1,09	33.000	29,1	0,9	66.083.143	2.782.143	1,2		0,0
A.O. 70	1,08	27.000	47,4	- 17,4	42.214.714	- 46.383.286	24,3	- 46.383.286	24,3
A.O. 71	1,06	26.000	40,1	- 10,1	41.901.857	- 23.462.143	13,8	- 23.462.143	13,8
A.O. 72	1,20	8.000	19,3	10,7	16.491.857	7.265.857	12,5		0,0
A.O. 73	1,01	25.000	40,4	- 10,4	40.394.143	- 23.557.857	14,0	- 23.557.857	14,0
A.O. 74	1,08	32.000	36,1	- 6,1	52.059.429	- 16.559.571	8,5	- 16.559.571	8,5
A.O. 75	1,13	26.000	30,6	- 0,6	70.056.000	- 1.869.000	0,8	- 1.869.000	0,8
A.O. 76	1,11	43.000	36,9	- 6,9	101.737.286	- 37.266.714	9,5	- 37.266.714	9,5
A.O. 77	1,13	18.000	45,3	- 15,3	45.056.571	- 41.943.429	21,2	- 41.943.429	21,2
A.O. 78	1,05	23.000	30,3	- 0,3	53.357.571	- 711.429	0,4	- 711.429	0,4
A.O. 79	1,14	28.000	40,1	- 10,1	75.797.571	- 42.366.429	13,8	- 42.366.429	13,8
A.O. 80	1,01	31.000	48,4	- 18,4	73.581.000	- 87.565.000	25,0	- 87.565.000	25,0
A.O. 81	1,09	23.000	44,5	- 14,5	50.430.857	- 44.069.143	19,8	- 44.069.143	19,8
A.O. 82	1,15	24.000	22,4	7,6	52.050.000	17.050.000	10,5		0,0
A.O. 83	0,88	17.000	30,9	- 0,9	35.843.571	- 1.485.429	1,1	- 1.485.429	1,1
A.O. 84	1,05	26.000	23,1	6,9	39.852.857	11.852.857	8,2		0,0
Totale Sud	1,04	853.000	33,3	- 3,3	1.654.414.714	508.106.714	8,3	- 391.727.000	6,4
Totale A.O.	1,09	2.803.000	26,3	3,7	7.293.589.286	2.548.991.571	70,3	- 658.178.143	2,7

./.

- (1) Sono comprese anche le Aziende Ospedaliere integrate con le Università (A.O.U.).
- (2) Aggregato al 2014.
- (3) Aggregati all'anno 2015 (valori arrotondati).
- (4) Comprende: ricavi da ricovero, attività specialistiche per interni ed ogni attività sanitaria e socio-sanitaria.
- (5) Ricavi da trasferimento dal Fondo Sanitario Regionale sotto la voce "attività non tariffate ed a funzione".
- (6) % calcolata come rapporto tra i valori della Colonna 6 e i valori delle Colonne 4 + 5.
- (7) Sono calcolati come differenza tra il totale dei Ricavi iscritti nel Conto Economico e la somma dei valori contenuti nelle Colonne 4 + 5 + 6 e possono comprendere voci come quelle indicate dal Decreto del Ministero della Salute che attua l'Art. 1, comma 526 della Legge di Stabilità 2016 (contributi in conto esercizio per quota Fondo Sanitario Regionale Vincolato, contributi extra Fondo Vincolati, contributi da aziende sanitarie pubbliche vincolati, contributi da altri soggetti pubblici (extra Fondo), contributi in conto esercizio per attività di ricerca, contributi in conto esercizio da privati, utilizzo di fondi per quote inutilizzate di contributi vincolati relativi ad esercizi precedenti, ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogati ad altri soggetti pubblici, ricavi per prestazioni sanitarie derivanti da mobilità attiva, ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogati a privati, ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia, concorsi recuperi e rimborsi, quota contributi in conto capitale imputati all'esercizio, incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni, altri ricavi e proventi, interessi attivi, altri proventi, rivalutazioni).
- (8) Le percentuali sono state calcolate come rapporto tra i valori contenuti nella Colonna 9 e i valori contenuti nella Colonna 8 (la formula è: Colonna 9/ Colonna 8 x 100).
- (9) La percentuale è calcolata secondo il meccanismo previsto dal DM, ma applicato ai valori della Colonna 6, allo scopo di verificare quali siano le percentuali attuali di copertura tenendo conto dei valori del CE 2015. La relativa formula è la seguente:

$$\frac{\text{Valori Colonna 6}}{\text{Valori Colonna 4+5+6}} \quad * 100$$
- (10) I valori percentuali esposti sono stati ottenuti sottraendo dal 30% (ipotesi massima) i valori della Colonna 11.
- (11) Si è applicato il valore massimo riconoscibile, pari al 30% dei valori contenuti nelle Colonne 4 + 5 (con un calcolo sotto 100), come da Decreto Ministeriale del Ministero della Salute, in attuazione dell'Art. 1, comma 526, della Legge di Stabilità 2016. La formula è la seguente:

$$\frac{\text{Valori Colonna 4+5}}{70} \quad * 30$$
- (12) I valori esposti sono stati ottenuti come differenza tra quelli contenuti nella Colonna 13 e quelli contenuti nella Colonna 6 (le somme dei valori contenuti nella Colonna 14 prescindono dai segni "+" e "-" in quanto questi ultimi sono da intendere come incremento potenziale delle perdite e quindi, agli effetti del calcolo, vanno sommati ai valori con segno positivo).
- (13) Nel caso di valori positivi presenti nella Colonna 14 il valore percentuale corrispondente presente nella Colonna 15 è pari a 0 (in quanto non si ritiene ragionevole ipotizzare un avanzo di gestione grazie al calcolo dell'Ipotesi 30%). Nel caso invece che esista un valore negativo nella Colonna 14 la corrispondente percentuale della Colonna 15 sarà calcolata come rapporto tra i valori della Colonna 14 con i valori della Colonna 8.
- (14) Si considerano solo le Perdite aggiuntive, dovute al fatto che la quota di attività "a funzione", pur calcolata secondo l'ipotesi massima del D.M. al 30%, finisce con l'essere inferiore al valore delle attività "a funzione" già presenti nel Conto Economico e riportate all'interno della Colonna 6. Mentre non si tiene conto dei valori che eccedono l'attuale valore delle attività "a funzione" presente nel Conto Economico 2015 (sempre nella Colonna 6).
- (15) I valori percentuali esposti sono calcolati come rapporto tra i valori della Colonna 16 e i valori della Colonna 8.

Fonte: *Indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. All. 24 – Simulazione dell'eventuale Sovranicavo 2, proveniente dall'applicazione del finanziamento delle attività "a funzione" come da Decreto Ministeriale di attuazione dell'Art. 1, comma 526, della Legge di Stabilità 2016, prendendo in considerazione l'Ipotesi Intermedia 25% (Valori dei Ricavi espressi in euro)

1	2	3	4	5	6		7	8	9	10
Aziende Ospedaliere (1)	Case mix medio (2)	Totale numero ricoveri (3)	Ricavi da prestazioni sanitarie e socio sanitarie a rilevanza sanitaria come da CE (Cod. A0320) (4)	Ricavi da ticket per prestazioni specialistiche esterne come da CE (Cod. A0940)	Ricavi da trasferimento del FSR per attività "a funzione" come da CE (Cod. A1020) (5)		Altri ricavi come da CE (7)	Totale Ricavi come da CE (COD. AZ999)	Disavanzo come da CE (CODICE Z29999)	% di disavanzo sul totale dei Ricavi (8)
					V.a.	Val. % (6)				
A.O. 1	1,23	14.000	111.525.000	2.627.000	31.735.000	27,8	8.384.000	154.271.000	- 2.552.000	- 1,7
A.O. 2	1,23	26.000	195.928.000	7.155.000	68.212.000	33,6	11.563.000	282.858.000	- 1.203.000	- 0,4
A.O. 3	1,18	31.000	182.182.000	5.921.000	45.863.000	24,4	5.967.000	239.933.000	- 5.500.000	- 2,3
A.O. 4	1,19	23.000	173.184.000	3.611.000	61.100.000	34,6	8.331.000	246.226.000	- 4.483.000	- 1,8
A.O. 5	1,26	17.000	139.180.000	4.244.000	41.894.000	29,2	1.976.000	187.294.000	-	-
A.O. 6	1,22	102.000	595.920.000	16.314.000	396.728.000	64,8	62.143.000	1.071.105.000	- 4.188.000	- 0,4
A.O. 7	1,03	39.000	284.698.000	10.024.000	63.867.000	21,7	27.362.000	385.951.000	-	-
A.O. 8	0,94	21.000	117.878.000	5.052.000	36.399.000	29,6	4.238.000	163.567.000	-	-
A.O. 9	0,92	36.000	225.197.000	8.200.000	55.525.000	23,8	9.734.000	298.656.000	-	-
A.O. 10	1,05	67.000	494.915.000	12.810.000	128.197.000	25,2	45.875.000	681.797.000	-	-
A.O. 11	0,91	15.000	93.639.000	4.995.000	31.702.000	32,1	4.341.000	134.667.000	-	-
A.O. 12	0,93	31.000	184.811.000	9.714.000	42.490.000	21,8	10.320.000	247.335.000	-	-
A.O. 13	1,01	26.000	187.490.000	5.676.000	48.399.000	25,1	18.661.000	260.226.000	-	-
A.O. 14	0,94	16.000	96.254.000	4.917.000	23.828.000	23,6	5.455.000	130.454.000	-	-
A.O. 15	0,98	38.000	203.242.000	8.591.000	88.900.000	42,0	39.863.000	340.596.000	-	-
A.O. 16	1,02	31.000	184.000.000	4.412.000	26.049.000	13,8	49.847.000	264.308.000	-	-
A.O. 17	1,22	34.000	325.387.000	9.324.000	106.078.000	31,7	45.145.000	485.934.000	-	-
A.O. 18	0,92	27.000	124.968.000	8.900.000	40.572.000	30,3	6.274.000	180.714.000	-	-
A.O. 19	0,94	36.000	140.780.000	7.150.000	17.241.000	11,7	15.878.000	181.049.000	-	-
A.O. 20	1,02	31.000	257.811.000	9.927.000	111.254.000	41,6	44.044.000	423.036.000	-	-
A.O. 21	1,11	20.000	220.381.000	4.066.000	36.557.000	16,3	12.547.000	273.551.000	-	-
A.O. 22	1,29	38.000	317.714.000	5.916.000	143.169.000	44,2	78.899.000	545.698.000	-	-
A.O. 23	0,85	29.000	145.000.000	2.940.000	34.897.000	23,6	60.050.000	242.887.000	-	-
A.O. 24	0,92	29.000	114.741.000	5.568.000	60.719.000	50,5	6.776.000	187.744.000	-	-
A.O. 25	0,93	19.000	150.900.000	3.655.000	45.931.000	29,7	37.130.000	237.616.000	-	-
A.O. 26	1,02	11.000	83.662.000	3.061.000	34.226.000	39,5	6.795.000	127.744.000	-	-
A.O. 27	0,98	34.000	273.960.000	5.380.000	100.365.000	33,9	15.081.000	394.786.000	-	-
A.O. 28	1,02	42.000	267.896.000	11.359.000	93.499.000	35,5	22.563.000	395.117.000	-	-
A.O. 29	0,92	24.000	160.858.000	6.533.000	107.748.000	64,4	11.917.000	287.056.000	-	-
A.O. 30	0,88	24.000	157.085.000	10.472.000	100.781.000	60,1	9.156.000	277.494.000	-	-
A.O. 31	0,90	43.000	260.280.000	12.400.000	63.257.000	23,2	20.626.000	356.763.000	-	-
A.O. 32	1,19	27.000	255.208.000	6.705.000	42.711.000	16,3	30.801.000	335.425.000	-	-
A.O. 33	0,91	21.000	129.689.000	6.789.000	63.355.000	46,4	13.220.000	213.053.000	-	-
A.O. 34	0,92	33.000	285.152.000	6.438.000	52.013.000	17,8	38.511.000	382.114.000	-	-

./.

(Segue) Tab. All. 24 – Simulazione dell'eventuale Sovraricavo 2, proveniente dall'applicazione del finanziamento delle attività "a funzione" come da Decreto Ministeriale di attuazione dell'Art. 1, comma 526, della Legge di Stabilità 2016, prendendo in considerazione l'ipotesi intermedia 25% (I valori dei Ricavi espressi in euro)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aziende Ospedaliere (1)	Case mix medio (2)	Totale numero ricoveri (3)	Ricavi da prestazioni sanitarie e socio sanitarie a rilevanza sanitaria come da CE (Cod. A0320) (4)	Ricavi da ticket per prestazioni specialistiche esterne come da CE (Cod. A0490) (5)	Ricavi da trasferimento del FSR per attività "a funzione" come da CE (Cod. A10020) (5)	Altri ricavi come da CE (7)	Totale Ricavi come da CE (COD. AZ999) (8)	Disavanzo come da CE (CODICE Z29999) (9)	% di disavanzo sul totale dei Ricavi (8) (10)
					V.a.	Val. % (6)			
A.O. 35	0,96	22.000	136.574.000	6.014.000	63.491.000	44,5	24.953.000	231.032.000	-
A.O. 36	1,22	52.000	415.815.000	8.844.000	83.433.000	19,6	36.562.000	544.654.000	- 14,3
A.O. 37	1,24	52.000	403.621.000	6.594.000	94.042.000	22,9	14.360.000	518.617.000	-
A.O. 38	1,16	26.000	156.120.000	3.641.000	93.721.000	58,7	22.318.000	275.800.000	0
A.O. 39	1,20	36.000	250.431.000	7.079.000	121.636.000	47,2	26.652.000	405.798.000	-
A.O. 40	1,16	47.000	264.300.000	7.252.000	58.150.000	21,4	56.331.000	386.033.000	-
A.O. 41	1,10	36.000	237.683.000	9.051.000	30.311.000	12,3	14.295.000	291.340.000	-
A.O. 42	1,11	35.000	206.135.000	3.255.000	44.960.000	21,5	10.375.000	264.725.000	0
A.O. 43	1,21	68.000	434.604.000	6.805.000	91.752.000	20,8	48.285.000	581.446.000	-
A.O. 44	1,14	32.000	203.645.000	6.085.000	85.220.000	40,6	25.968.000	320.918.000	-
Totale Nord	1,08	1.441.000	9.850.433.000	305.606.000	3.211.977.000	31,6	1.069.372.000	14.437.388.000	- 0,7
A.O. 45	1,25	68.000	378.064.000	11.725.000	147.828.000	37,9	30.055.000	567.672.000	-
A.O. 46	1,28	36.000	213.223.000	7.699.000	88.039.000	39,9	16.465.000	325.426.000	-
A.O. 47	1,27	74.000	395.180.000	12.259.000	183.787.000	45,1	27.079.000	618.305.000	-
A.O. 48	1,04	14.000	71.150.000	2.252.000	31.930.000	43,5	10.186.000	115.518.000	-
A.O. 49	1,03	28.000	164.035.000	4.171.000	70.763.000	42,1	7.242.000	246.211.000	-
A.O. 50	1,30	45.000	297.959.000	4.870.000	80.319.000	26,5	16.443.000	399.621.000	-
A.O. 51	1,10	39.000	281.734.000	7.149.000	37.548.000	13,0	19.070.000	345.501.000	-
A.O. 52	1,07	27.000	136.669.000	2.961.000	45.251.000	32,4	1.358.000	186.239.000	-
A.O. 53	1,25	49.000	232.965.000	5.336.000	53.604.000	22,5	15.059.000	306.964.000	- 161.799.000
A.O. 54	1,05	25.000	118.174.000	3.400.000	30.429.000	25,0	17.006.000	169.009.000	- 82.941.000
A.O. 55	1,14	53.000	315.050.000	10.188.000	88.896.000	27,3	26.804.000	440.938.000	- 21,0
A.O. 56	1,23	22.000	140.716.000	5.545.000	23.263.000	15,9	25.442.000	194.966.000	- 54.100.000
A.O. 57	1,51	29.000	173.951.000	5.580.000	37.438.000	20,9	5.443.000	222.412.000	- 68.133.000
Totale Centro	1,21	509.000	2.918.900.000	83.135.000	919.095.000	30,6	217.652.000	4.138.782.000	- 11,1
A.O. 58	0,96	63.000	296.562.000	5.160.000	110.668.000	36,7	7.699.000	420.089.000	-
A.O. 59	0,92	46.000	188.997.000	3.738.000	89.544.000	46,5	3.880.000	286.159.000	-
A.O. 60	1,06	57.000	230.223.000	893.000	108.894.000	47,1	23.387.000	363.397.000	-
A.O. 61	0,81	23.000	92.897.000	1.126.000	39.210.000	41,7	16.045.000	149.278.000	-
A.O. 62	1,39	50.000	201.950.000	1.750.000	95.000.000	46,6	12.562.000	311.262.000	-
A.O. 63	1,04	50.000	201.950.000	2.795.000	77.935.000	38,1	31.720.000	314.400.000	-
A.O. 64	1,03	30.000	121.170.000	2.205.000	43.807.000	35,5	19.310.000	186.492.000	- 4.000.000
A.O. 65	1,05	21.000	84.819.000	2.066.000	33.768.000	38,9	13.095.000	133.748.000	-
A.O. 66	1,12	28.000	113.092.000	1.389.000	46.085.000	40,3	17.709.000	178.275.000	- 7.426.000

./.

(Segue) Tab. All. 24 – Simulazione dell'eventuale Sovraccarico 2, proveniente dall'applicazione del finanziamento delle attività "a funzione" come da Decreto Ministeriale di attuazione dell'Art. 1, comma 526, della Legge di Stabilità 2016, prendendo in considerazione l'ipotesi intermedia 25% (I valori dei Ricavi espressi in euro)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aziende Ospedaliere (1)	Case mix medio (2)	Totale numero ricoveri (3)	Ricavi da prestazioni sanitarie e socio sanitarie a rilevanza sanitaria come da CE (Cod. A0320) (4)	Ricavi da ticket per prestazioni specialistiche esterne come da CE (Cod. A0940)	Ricavi da trasferimento del FSR per attività "a funzione" come da CE (Cod. A1020) (5)		Totale Ricavi come da CE (COD. AZ999)	Disavanzo come da CE (CODICE Z29999)	% di disavanzo sul totale dei Ricavi (8)
					V.a.	Val.%(6)			
A.O. 67	0,94	24.000	96.936.000	2.141.000	37.224.000	37,6	13.241.000	149.542.000	-
A.O. 68	0,96	51.000	205.989.000	3.000.000	62.430.000	29,9	14.203.000	285.622.000	-
A.O. 69	1,09	33.000	150.629.000	3.565.000	63.301.000	41,1	11.159.000	228.654.000	-
A.O. 70	1,08	27.000	96.633.000	7.848.000	88.398.000	89,9	3.957.000	191.056.000	- 1.800.000
A.O. 71	1,06	26.000	95.305.000	2.466.000	65.364.000	66,9	6.910.000	170.045.000	- 3.000.000
A.O. 72	1,20	8.000	36.571.000	1.910.000	9.226.000	24,0	10.245.000	57.952.000	- 29.838.000
A.O. 73	1,01	25.000	92.720.000	1.533.000	63.952.000	67,9	10.014.000	168.219.000	0
A.O. 74	1,08	32.000	119.975.000	1.497.000	68.619.000	56,5	5.790.000	195.881.000	-
A.O. 75	1,13	26.000	160.930.000	2.534.000	71.925.000	44,0	10.226.000	245.615.000	-
A.O. 76	1,11	43.000	233.490.000	3.897.000	139.004.000	58,6	17.852.000	394.243.000	-
A.O. 77	1,13	18.000	103.900.000	1.232.000	87.000.000	82,8	5.568.000	197.700.000	- 2.000.000
A.O. 78	1,05	23.000	122.022.000	2.479.000	54.069.000	43,4	20.275.000	198.845.000	-
A.O. 79	1,14	28.000	174.486.000	2.375.000	118.164.000	66,8	12.749.000	307.774.000	-
A.O. 80	1,01	31.000	169.513.000	1.765.000	161.146.000	93,9	17.088.000	349.923.000	-
A.O. 81	1,09	23.000	116.299.000	1.373.000	94.500.000	80,3	10.986.000	222.458.000	-
A.O. 82	1,15	24.000	120.000.000	1.450.000	35.000.000	28,8	6.550.000	163.000.000	- 28.000.000
A.O. 83	0,88	17.000	82.000.000	1.635.000	37.329.000	44,6	20.036.000	141.000.000	- 18.000.000
A.O. 84	0,85	26.000	90.000.000	2.990.000	28.000.000	30,1	24.010.000	145.000.000	- 14.000.000
Totale Sud	1,04	833.000	3.799.078.000	61.223.000	1.929.762.000	50,0	365.566.000	6.155.629.000	- 108.084.000
Totale A.O.	1,09	2.803.000	16.368.471.000	449.964.000	6.060.834.000	35,6	1.652.590.000	24.731.799.000	- 663.230.000

./.

(Segue) Tab. All. 24 – Simulazione dell'eventuale Sovraccarico 2, proveniente dall'applicazione del finanziamento delle attività "a funzione" come da Decreto Ministeriale di attuazione dell'Art. 1, comma 526, della Legge di Stabilità 2016, prendendo in considerazione l'ipotesi intermedia 25% (I valori dei Ricavi espressi in euro)

	1	2	3	11	12	13	14	15	16	17
Aziende Ospedaliere (1)		Case mix medio (2)	Totale numero ricoveri (3)	% di attività "a funzione" corrispondenti ai valori assoluti del Conto Economico 2015, ma calcolati secondo il D.M. (9)	Incremento (+) o decremento (-) della % di attività "a funzione" rispetto a quella attuale (10)	Valorizzazione teorica delle attività "a funzione" in base a quanto previsto dal Decreto Ministeriale (11)	Ulteriore quota di Ricavi (+) o di Perdite (-) teoriche derivante dal calcolo delle attività "a funzione" (12)	% di Sovraccarico/2 teorico (+) o incrementi di Perdite (-) sui Ricavi totali (13)	Quota di ulteriori Perdite (-), derivante dalla riduzione del valore delle attività "a funzione" riconosciute oggi (14)	% di Sovraccarico/2 dovuto esclusivamente alle Perdite aggiuntive derivanti dall'Ipotesi 30% (15)
A.O. 1		1,23	14.000	21,8	3,2	40.768.571	9.033.571	5,9		0,0
A.O. 2		1,23	26.000	25,1	-0,1	72.529.643	4.317.643	1,5		0,0
A.O. 3		1,18	31.000	19,6	5,4	67.179.643	21.316.643	8,9		0,0
A.O. 4		1,19	23.000	25,7	-0,7	63.141.071	2.041.071	0,8		0,0
A.O. 5		1,26	17.000	22,6	2,4	51.222.857	9.328.857	5,0		0,0
A.O. 6		1,22	102.000	39,3	-14,3	218.655.000	- 178.073.000	16,6	- 178.073.000	16,6
A.O. 7		1,03	39.000	17,8	7,2	105.257.857	41.390.857	10,7		0,0
A.O. 8		0,94	21.000	22,8	2,2	43.903.571	7.504.571	4,6		0,0
A.O. 9		0,92	36.000	19,2	5,8	83.356.071	27.831.071	9,3		0,0
A.O. 10		1,05	67.000	20,2	4,8	181.330.357	53.133.357	7,8		0,0
A.O. 11		0,91	15.000	24,3	0,7	35.222.857	3.520.857	2,6		0,0
A.O. 12		0,93	31.000	17,9	7,1	69.473.214	26.983.214	10,9		0,0
A.O. 13		1,01	26.000	20,0	5,0	68.987.857	20.588.857	7,9		0,0
A.O. 14		0,94	16.000	19,1	5,9	36.132.500	12.304.500	9,4		0,0
A.O. 15		0,98	28.000	29,6	-4,6	75.654.643	- 13.245.357	3,9	- 13.245.357	3,9
A.O. 16		1,02	31.000	12,1	12,9	67.290.000	41.241.000	15,6		0,0
A.O. 17		1,22	34.000	24,1	0,9	119.539.643	13.461.643	2,8		0,0
A.O. 18		0,92	27.000	23,3	1,7	47.810.000	7.238.000	4,0		0,0
A.O. 19		0,94	26.000	10,4	14,6	52.832.143	35.591.143	19,7		0,0
A.O. 20		1,02	31.000	29,4	-4,4	95.620.714	- 15.633.286	3,7	- 15.633.286	3,7
A.O. 21		1,11	20.000	14,0	11,0	80.159.643	43.602.643	15,9		0,0
A.O. 22		1,29	38.000	30,7	-5,7	115.582.143	- 27.586.857	5,1	- 27.586.857	5,1
A.O. 23		0,85	29.000	19,1	5,9	52.835.714	17.938.714	7,4		0,0
A.O. 24		0,92	29.000	33,6	-8,6	42.946.071	- 17.772.929	9,5	- 17.772.929	9,5
A.O. 25		0,93	19.000	22,9	2,1	55.198.214	9.267.214	3,9		0,0
A.O. 26		1,02	11.000	28,3	-3,3	30.972.500	- 3.253.500	2,5	- 3.253.500	2,5
A.O. 27		0,98	34.000	26,4	-1,4	99.764.286	- 600.714	0,2	- 600.714	0,2
A.O. 28		1,02	42.000	25,1	-0,1	99.733.929	6.234.929	1,6		0,0
A.O. 29		0,92	24.000	39,2	-14,2	59.782.500	- 47.965.500	16,7	- 47.965.500	16,7
A.O. 30		0,88	24.000	37,6	-12,6	59.841.786	- 40.939.214	14,8	- 40.939.214	14,8
A.O. 31		0,90	43.000	18,8	6,2	97.457.143	34.200.143	9,6		0,0
A.O. 32		1,19	27.000	14,0	11,0	93.540.357	50.829.357	15,2		0,0

./.

(Segue) Tab. All. 24 – Simulazione dell'eventuale Sovraricavo 2, proveniente dall'applicazione del finanziamento delle attività "a funzione" come da Decreto Ministeriale di attuazione dell'Art. 1, comma 526, della Legge di Stabilità 2016, prendendo in considerazione l'Ipotesi intermedia 25% (I valori dei Ricavi espressi in euro)

1	2	3	11	12	13	14	15	16	17
	Case mix medio (2)	Totale numero ricoveri (3)	% di attività "a funzione" corrispondenti ai valori assoluti del Conto Economico 2015, ma calcolati secondo H.D.M. (9)	Incremento (+) o decremento (-) delle attività "a funzione" rispetto a quella attuale (10)	Valorizzazione teorica delle attività "a funzione" in base a quanto previsto dal Decreto Ministeriale (11)	Ulteriore quota di Ricavi (+) o di Perdite (-) teoriche derivante dal calcolo delle attività "a funzione" (12)	% di Sovraricavo/2 teorico (+) o incrementi di Perdite teoriche (-) sui Ricavi totali (13)	Quota di ulteriori Perdite (-), derivante dalla riduzione del valore delle attività "a funzione" rimosciute oggi (14)	% di Sovraricavo/2 dovuto esclusivamente alle Perdite aggiuntive derivanti dall'Ipotesi 30% (15)
Aziende Ospedaliere (1)									
A.O. 33	0,91	21.000	31,7	-6,7	48.742.143	- 14.612.857	6,9	- 14.612.857	6,9
A.O. 34	0,92	33.000	15,1	9,9	104.139.286	52.126.286	13,6		0,0
A.O. 35	0,96	22.000	30,8	-5,8	50.924.286	- 12.566.714	5,4	- 12.566.714	5,4
A.O. 36	1,22	52.000	16,4	8,6	151.663.929	68.230.929	12,5		0,0
A.O. 37	1,24	52.000	18,6	6,4	146.505.357	52.463.357	10,1		0,0
A.O. 38	1,16	26.000	37,0	-12,0	57.057.500	- 36.663.500	13,3	- 36.663.500	13,3
A.O. 39	1,20	36.000	32,1	-7,1	91.967.857	- 29.668.143	7,3	- 29.668.143	7,3
A.O. 40	1,16	47.000	17,6	7,4	96.982.857	38.832.857	10,1		0,0
A.O. 41	1,10	36.000	10,9	14,1	88.119.286	57.808.286	19,8		0,0
A.O. 42	1,11	35.000	17,7	7,3	74.782.143	29.822.143	11,3		0,0
A.O. 43	1,21	68.000	17,2	7,8	157.646.071	65.894.071	11,3		0,0
A.O. 44	1,14	32.000	28,9	-3,9	74.903.571	- 10.316.429	3,2	- 10.316.429	3,2
Totale Nord	1,08	1.441.000	24,0	1,0	3.627.156.786	1.312.975.786	9,1	- 448.898.000	3,1
A.O. 45	1,25	68.000	27,5	-2,5	139.210.357	- 8.617.643	1,5	- 8.617.643	1,5
A.O. 46	1,28	36.000	28,5	-3,5	78.900.714	- 9.138.286	2,8	- 9.138.286	2,8
A.O. 47	1,27	74.000	31,1	-6,1	145.513.929	- 38.273.071	6,2	- 38.273.071	6,2
A.O. 48	1,04	14.000	30,3	-5,3	26.215.000	- 5.715.000	4,3	- 5.715.000	4,3
A.O. 49	1,03	28.000	29,6	-4,6	60.073.571	- 10.689.429	4,9	- 10.689.429	4,9
A.O. 50	1,30	45.000	21,0	4,0	108.163.929	27.844.929	7,0		0,0
A.O. 51	1,10	39.000	11,5	13,5	103.172.500	65.624.500	19,0		0,0
A.O. 52	1,07	27.000	24,5	0,5	49.867.857	4.616.857	2,5		0,0
A.O. 53	1,25	49.000	18,4	6,6	85.107.500	31.503.500	10,3		0,0
A.O. 54	1,05	25.000	20,0	5,0	43.419.286	12.990.286	7,7		0,0
A.O. 55	1,14	53.000	21,5	3,5	116.156.429	27.260.429	6,2		0,0
A.O. 56	1,23	22.000	13,7	11,3	52.236.071	28.973.071	14,9		0,0
A.O. 57	1,51	29.000	17,3	7,7	64.118.214	26.680.214	12,0		0,0
Totale Centro	1,21	509.000	23,4	1,6	1.072.155.357	297.922.214	7,2	- 72.433.429	1,8
A.O. 58	0,96	63.000	26,8	-1,8	107.573.857	- 2.910.143	0,7	- 2.910.143	0,7
A.O. 59	0,92	46.000	31,7	-6,7	68.833.929	- 20.710.071	7,2	- 20.710.071	7,2
A.O. 60	1,06	57.000	32,0	-7,0	82.541.429	- 26.352.571	7,3	- 26.352.571	7,3
A.O. 61	0,81	23.000	29,4	-4,4	33.579.643	- 5.630.357	3,8	- 5.630.357	3,8
A.O. 62	1,39	50.000	31,8	-6,8	72.750.000	- 22.250.000	7,1	- 22.250.000	7,1

./.

(Segue) Tab. All. 24 – Simulazione dell'eventuale Sovraccarico 2, proveniente dall'applicazione del finanziamento delle attività "a funzione" come da Decreto Ministeriale di attuazione dell'Art. 1, comma 526, della Legge di Stabilità 2016, prendendo in considerazione l'ipotesi intermedia 25% (I valori dei Ricavi espressi in euro)

1	2	3	11	12	13	14	15	16	17
Aziende Ospedaliere (1)	Case mix medio (2)	Totale numero ricoveri (3)	% di attività "a funzione" corrispondenti ai valori assolti del Conto Economico 2015, ma calcolati secondo I.D.M. (9)	Incremento (+) o decremento (-) delle attività "a funzione" rispetto a quella attuale (10)	Valorizzazione teorica delle attività "a funzione" in base a quanto previsto dal Decreto Ministeriale (11)	IPOTESI 25% Ulteriore quota di Ricavi (+) o di Perdite (-) teoriche derivante dal calcolo delle attività "a funzione" (12)	% di Sovraccarico/2 teorico (+) o incremento di Perdite aggiuntive teoriche (-) sui Ricavi totali (13)	Quota di ulteriori Perdite (-), derivante dalla riduzione del valore delle attività "a funzione" rimosciute oggi (14)	% di Sovraccarico/2 dovuto esclusivamente alle Perdite aggiuntive derivanti dall'Ipotesi 30% (15)
A.O. 63	1,04	50.000	27,6	- 2,6	73.123,214	- 4.811,786	1,5	- 4.811,786	1,5
A.O. 64	1,03	30.000	26,2	- 1,2	44.062,500	- 255,500	0,1		0,0
A.O. 65	1,05	21.000	28,0	- 3,0	31.030,357	- 2.737,643	2,0	- 2.737,643	2,0
A.O. 66	1,12	28.000	28,7	- 3,7	40.886,071	- 5.198,929	2,9	- 5.198,929	2,9
A.O. 67	0,94	24.000	27,3	- 2,3	35.384,643	- 1.839,357	1,2	- 1.839,357	1,2
A.O. 68	0,96	51.000	23,0	2,0	74.638,929	12.208,929	4,3		0,0
A.O. 69	1,09	33.000	29,1	- 4,1	55.069,286	- 8.231,714	3,6	- 8.231,714	3,6
A.O. 70	1,08	27.000	47,4	- 22,4	35.178,929	- 53.419,071	28,0	- 53.419,071	28,0
A.O. 71	1,06	26.000	40,1	- 15,1	34.918,214	- 30.445,786	17,9	- 30.445,786	17,9
A.O. 72	1,20	8.000	19,3	5,7	13.743,214	4.517,214	7,8		0,0
A.O. 73	1,01	25.000	40,4	- 15,4	33.661,786	- 30.290,214	18,0	- 30.290,214	18,0
A.O. 74	1,08	32.000	36,1	- 11,1	43.382,857	- 25.236,143	12,9	- 25.236,143	12,9
A.O. 75	1,13	26.000	30,6	- 5,6	58.380,000	- 13.545,000	5,5	- 13.545,000	5,5
A.O. 76	1,11	43.000	36,9	- 11,9	84.781,071	- 54.222,929	13,8	- 54.222,929	13,8
A.O. 77	1,13	18.000	45,3	- 20,3	37.547,143	- 49.452,857	25,0	- 49.452,857	25,0
A.O. 78	1,05	23.000	30,3	- 5,3	44.464,643	- 9.604,357	4,8	- 9.604,357	4,8
A.O. 79	1,14	28.000	40,1	- 15,1	63.164,643	- 54.999,357	17,9	- 54.999,357	17,9
A.O. 80	1,01	31.000	48,4	- 23,4	61.317,500	- 99.828,500	28,5	- 99.828,500	28,5
A.O. 81	1,09	23.000	44,5	- 19,5	42.025,714	- 52.474,286	23,6	- 52.474,286	23,6
A.O. 82	1,15	24.000	22,4	2,6	43.375,000	8.375,000	5,1		0,0
A.O. 83	0,88	17.000	30,9	- 5,9	29.869,643	- 7.459,357	5,3	- 7.459,357	5,3
A.O. 84	0,85	26.000	33,1	1,9	33.210,714	5.210,714	3,6		0,0
Totale Stud	1,04	853.000	33,3	- 8,3	1.378.678,929	612.217,786	9,9	- 581.650,429	9,4
Totale A.O.	1,09	2.803.000	26,3	- 1,3	6.077.991,071	2.223.120,786	9,0	- 1.102.987,857	4,5

./.

- (1) Sono comprese anche le Aziende Ospedaliere integrate con le Università (A.O.U.).
- (2) Aggregato al 2014.
- (3) Aggregati all'anno 2015 (valori arrotondati).
- (4) Comprende: ricavi da ricovero, attività specialistiche per interni ed ogni attività sanitaria e socio-sanitaria.
- (5) Ricavi da trasferimento dal Fondo Sanitario Regionale sotto la voce "attività non tariffate ed a funzione".
- (6) % calcolata come rapporto tra i valori della Colonna 6 e i valori delle Colonne 4 + 5.
- (7) Sono calcolati come differenza tra il totale dei Ricavi iscritti nel Conto Economico e la somma dei valori contenuti nelle Colonne 4 + 5 + 6 e possono comprendere voci come quelle indicate dal Decreto del Ministero della Salute che attua l'Art. 1, comma 526 della Legge di Stabilità 2016 (contributi in conto esercizio per quota Fondo Sanitario Regionale Vincolato, contributi extra Fondo Vincolati, contributi da aziende sanitarie pubbliche vincolati, contributi da altri soggetti pubblici (extra Fondo), contributi in conto esercizio per attività di ricerca, contributi in conto esercizio di fondi per quote inutilizzate di contributi vincolati relativi ad esercizi precedenti, ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogati ad altri soggetti pubblici, ricavi per prestazioni sanitarie derivanti da mobilità attiva, ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogati a privati, ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia, concorsi recuperi e rimborsi, quota contributi in conto capitale imputati all'esercizio, incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni, altri ricavi e proventi, interessi attivi, altri proventi, rivalutazioni).
- (8) Le percentuali sono state calcolate come rapporto tra i valori contenuti nella Colonna 9 e i valori contenuti nella Colonna 8 (la formula è: Colonna 9/ Colonna 8 x 100).
- (9) La percentuale è calcolata secondo il meccanismo previsto dal DM, ma applicato ai valori della Colonna 6, allo scopo di verificare quali siano le percentuali attuali di copertura tenendo conto dei valori del CE 2015. La relativa formula è la seguente:

$$\frac{\text{Valori Colonna 6}}{\text{Valori Colonna 4} + 5 + 6} \quad * 100$$
- (10) I valori percentuali esposti sono stati ottenuti sottraendo dal 30% (ipotesi massima) i valori della Colonna 11.
- (11) Si è applicato il valore massimo riconoscibile, pari al 30% dei valori contenuti nelle Colonne 4 + 5 (con un calcolo sotto 100), come da Decreto Ministeriale del Ministero della Salute, in attuazione dell'Art. 1, comma 526, della Legge di Stabilità 2016. La formula è la seguente:

$$\frac{\text{Valori Colonna 4} + 5}{70} \quad * 25$$
- (12) I valori esposti sono stati ottenuti come differenza tra quelli contenuti nella Colonna 13 e quelli contenuti nella Colonna 6 (le somme dei valori contenuti nella Colonna 14 prescindono dai segni "+" e "-" in quanto questi ultimi sono da intendere come incremento potenziale delle perdite e quindi, agli effetti del calcolo, vanno sommati ai valori con segno positivo).
- (13) Nel caso di valori positivi presenti nella Colonna 14 il valore percentuale corrispondente presente nella Colonna 15 è pari a 0 (in quanto non si ritiene ragionevole ipotizzare un avanzo di gestione grazie al calcolo dell'Ipotesi 30%). Nel caso invece che esista un valore negativo nella Colonna 14 la corrispondente percentuale della Colonna 15 sarà calcolata come rapporto tra i valori della Colonna 14 con i valori della Colonna 8.
- (14) Si considerano solo le Perdite aggiuntive, dovute al fatto che la quota di attività "a funzione", pur calcolata secondo l'ipotesi massima del D.M. al 30%, finisce con l'essere inferiore al valore delle attività "a funzione" già presenti nel Conto Economico e riportate all'interno della Colonna 6. Mentre non si tiene conto dei valori che eccedono l'attuale valore delle attività "a funzione" presente nel Conto Economico 2015 (sempre nella Colonna 6).
- (15) I valori percentuali esposti sono calcolati come rapporto tra i valori della Colonna 16 e i valori della Colonna 8.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. All. 2B - Simulazione dell'eventuale Sovranicavo 2, proveniente dall'applicazione del finanziamento delle attività "a funzione" come da Decreto Ministeriale di attuazione dell'Art. 1, comma 526, della Legge di Stabilità 2016, prendendo in considerazione l'ipotesi minima 20% (l'altri dei Ricavi espressi in euro)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aziende Ospedaliere (1)	Case mix medio (2)	Totale numero ricoveri (3)	Ricavi da prestazioni sanitarie e socio sanitarie a rilevanza sanitaria come da CE (Cod. A0320) (4)	Ricavi da ticket per prestazioni specialistiche esterne come da CE (Cod. A0940)	Ricavi da trasferimento del FSR per attività "a funzione" come da CE (Cod. A1020) (5)	Altri ricavi come da CE (7)	Totale Ricavi come da CE (COD. AZ999)	Disavanzo come da CE (CODICE ZZ9999)	% di disavanzo sul totale dei Ricavi (8)
					V.a.	Val. % (6)			
A.O. 1	1,23	14.000	111.525.000	2.627.000	31.735.000	27,8	8.384.000	- 2.552.000	- 1,7
A.O. 2	1,23	26.000	195.928.000	7.155.000	68.212.000	33,6	11.563.000	- 1.203.000	- 0,4
A.O. 3	1,18	31.000	182.182.000	5.921.000	45.863.000	24,4	5.967.000	- 5.500.000	- 2,3
A.O. 4	1,19	23.000	173.184.000	3.611.000	61.100.000	34,6	8.331.000	- 4.483.000	- 1,8
A.O. 5	1,26	17.000	139.180.000	4.244.000	41.894.000	29,2	1.976.000	-	-
A.O. 6	1,22	102.000	595.920.000	16.314.000	396.728.000	64,8	62.143.000	- 4.188.000	- 0,4
A.O. 7	1,03	39.000	284.698.000	10.024.000	63.867.000	21,7	27.362.000	385.951.000	-
A.O. 8	0,94	21.000	117.878.000	5.052.000	36.399.000	29,6	4.238.000	163.567.000	-
A.O. 9	0,92	36.000	225.197.000	8.200.000	55.525.000	23,8	9.734.000	298.656.000	-
A.O. 10	1,05	67.000	494.915.000	12.810.000	128.197.000	25,2	45.875.000	681.797.000	-
A.O. 11	0,91	15.000	93.629.000	4.995.000	31.702.000	32,1	4.341.000	134.667.000	-
A.O. 12	0,93	31.000	184.811.000	9.714.000	42.490.000	21,8	10.320.000	247.335.000	-
A.O. 13	1,01	26.000	187.490.000	5.676.000	48.399.000	25,1	18.661.000	260.226.000	-
A.O. 14	0,94	16.000	96.254.000	4.917.000	23.828.000	23,6	5.455.000	130.454.000	-
A.O. 15	0,98	38.000	203.242.000	8.591.000	88.900.000	42,0	39.863.000	340.596.000	-
A.O. 16	1,02	31.000	184.000.000	4.412.000	26.049.000	13,8	49.847.000	264.308.000	-
A.O. 17	1,22	34.000	325.387.000	9.324.000	106.078.000	31,7	45.145.000	485.934.000	-
A.O. 18	0,92	27.000	124.968.000	8.900.000	40.572.000	30,3	6.274.000	180.714.000	-
A.O. 19	0,94	36.000	140.780.000	7.150.000	17.241.000	11,7	15.878.000	181.049.000	-
A.O. 20	1,02	31.000	257.811.000	9.927.000	111.254.000	41,6	44.044.000	423.036.000	-
A.O. 21	1,11	20.000	220.381.000	4.066.000	36.557.000	16,3	12.547.000	273.551.000	-
A.O. 22	1,29	38.000	317.714.000	5.916.000	143.169.000	44,2	78.899.000	545.698.000	-
A.O. 23	0,85	29.000	145.000.000	2.940.000	34.897.000	23,6	60.050.000	242.887.000	-
A.O. 24	0,92	29.000	114.741.000	5.568.000	60.719.000	50,5	6.776.000	187.744.000	-
A.O. 25	0,93	19.000	150.900.000	3.655.000	45.931.000	29,7	37.130.000	237.616.000	-
A.O. 26	1,02	11.000	83.662.000	3.061.000	34.226.000	39,5	6.795.000	127.744.000	-
A.O. 27	0,98	34.000	273.960.000	5.380.000	100.365.000	33,9	15.081.000	394.786.000	-
A.O. 28	1,02	42.000	267.896.000	11.359.000	93.499.000	35,5	22.563.000	395.117.000	-
A.O. 29	0,92	24.000	160.858.000	6.533.000	107.748.000	64,4	11.917.000	287.056.000	-
A.O. 30	0,88	24.000	157.085.000	10.472.000	100.781.000	60,1	9.156.000	277.494.000	-
A.O. 31	0,90	43.000	260.280.000	12.400.000	63.257.000	23,2	20.626.000	356.763.000	-
A.O. 32	1,19	27.000	255.208.000	6.705.000	42.711.000	16,3	30.801.000	335.425.000	-
A.O. 33	0,91	21.000	129.689.000	6.789.000	63.355.000	46,4	13.220.000	213.053.000	-
A.O. 34	0,92	33.000	285.152.000	6.438.000	52.013.000	17,8	38.511.000	382.114.000	-

./

(Segue) Tab. All. 2B – Simulazione dell'eventuale Sovraricavo 2, proveniente dall'applicazione del finanziamento delle attività "a funzione" come da Decreto Ministeriale di attuazione dell'Art. 1, comma 526, della Legge di Stabilità 2016, prendendo in considerazione l'ipotesi minima 20% (Valori dei Ricavi espressi in euro)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aziende Ospedaliere (1)	Case mix medio (2)	Totale numero ricoveri (3)	Ricavi da prestazioni sanitarie e socio sanitarie a rilevanza sanitaria come da CE (Cod. A0320) (4)	Ricavi da ticket per prestazioni specialistiche esterne come da CE (Cod. A0490) (5)	Ricavi da trasferimento del FSR per attività "a funzione" come da CE (Cod. A10020) (5)		Totale Ricavi come da CE (COD. AZ999) (COD. AZ999)	Disavanzo come da CE (CODICE Z29999)	% di disavanzo sul totale dei Ricavi (8)
					V.a.	Val. % (6)			
A.O. 35	0,96	22.000	136.574.000	6.014.000	63.491.000	44,5	24.953.000	-	-
A.O. 36	1,22	52.000	415.815.000	8.844.000	83.433.000	19,6	36.562.000	-77.700.000	-14,3
A.O. 37	1,24	52.000	403.621.000	6.594.000	94.042.000	22,9	14.360.000	518.617.000	-
A.O. 38	1,16	26.000	156.120.000	3.641.000	93.721.000	58,7	22.318.000	275.800.000	0
A.O. 39	1,20	36.000	250.431.000	7.079.000	121.636.000	47,2	26.652.000	405.798.000	-
A.O. 40	1,16	47.000	264.300.000	7.252.000	58.150.000	21,4	56.331.000	386.033.000	-
A.O. 41	1,10	36.000	237.683.000	9.051.000	30.311.000	12,3	14.295.000	291.340.000	-
A.O. 42	1,11	35.000	206.135.000	3.255.000	44.960.000	21,5	10.375.000	264.725.000	0
A.O. 43	1,21	68.000	434.604.000	6.805.000	91.752.000	20,8	48.285.000	381.446.000	-
A.O. 44	1,14	32.000	203.645.000	6.085.000	85.220.000	40,6	25.968.000	320.918.000	-
Totale Nord	1,08	1.441.000	9.850.433.000	305.606.000	3.211.977.000	31,6	1.069.372.000	14.437.388.000	-0,7
A.O. 45	1,25	68.000	378.064.000	11.725.000	147.828.000	37,9	30.055.000	587.672.000	-
A.O. 46	1,28	36.000	213.223.000	7.699.000	88.039.000	39,9	16.465.000	325.426.000	-
A.O. 47	1,27	74.000	395.180.000	12.259.000	183.787.000	45,1	27.079.000	618.305.000	-
A.O. 48	1,04	14.000	71.150.000	2.252.000	31.930.000	43,5	10.186.000	115.518.000	-
A.O. 49	1,03	28.000	164.035.000	4.171.000	70.763.000	42,1	7.242.000	246.211.000	-
A.O. 50	1,30	45.000	297.959.000	4.870.000	80.319.000	26,5	16.443.000	399.621.000	-
A.O. 51	1,10	39.000	281.734.000	7.149.000	37.548.000	13,0	19.070.000	345.501.000	-
A.O. 52	1,07	27.000	136.669.000	2.961.000	45.251.000	32,4	1.358.000	186.239.000	-
A.O. 53	1,25	49.000	232.965.000	5.336.000	53.604.000	22,5	15.059.000	306.964.000	-161.799.000
A.O. 54	1,05	25.000	118.174.000	3.400.000	30.429.000	25,0	17.006.000	169.009.000	-82.941.000
A.O. 55	1,14	53.000	315.050.000	10.188.000	88.896.000	27,3	26.804.000	440.938.000	-92.545.000
A.O. 56	1,23	22.000	140.716.000	5.545.000	23.263.000	15,9	25.442.000	194.966.000	-54.100.000
A.O. 57	1,51	29.000	173.951.000	5.580.000	37.438.000	20,9	5.443.000	222.412.000	-68.133.000
Totale Centro	1,21	509.000	2.918.900.000	83.135.000	919.095.000	30,6	217.652.000	4.138.782.000	-11,1
A.O. 58	0,96	63.000	296.562.000	5.160.000	110.668.000	36,7	7.699.000	420.089.000	-
A.O. 59	0,92	46.000	188.997.000	3.738.000	89.544.000	46,5	3.880.000	286.159.000	-
A.O. 60	1,06	57.000	230.223.000	893.000	108.894.000	47,1	23.387.000	363.397.000	-
A.O. 61	0,81	23.000	92.897.000	1.126.000	39.210.000	41,7	16.045.000	149.278.000	-
A.O. 62	1,39	50.000	201.950.000	1.750.000	95.000.000	46,6	12.562.000	311.262.000	-
A.O. 63	1,04	50.000	201.950.000	2.795.000	77.935.000	38,1	31.720.000	314.400.000	-
A.O. 64	1,03	30.000	121.170.000	2.205.000	43.807.000	35,5	19.310.000	186.492.000	-4.000.000
A.O. 65	1,05	21.000	84.819.000	2.066.000	33.768.000	38,9	13.095.000	133.748.000	-
A.O. 66	1,12	28.000	113.092.000	1.389.000	46.085.000	40,3	17.709.000	178.275.000	-7.426.000

./.

(Segue) Tab. All. 2B – Simulazione dell'eventuale Sovraccarico 2, proveniente dall'applicazione del finanziamento delle attività "a funzione" come da Decreto Ministeriale di attuazione dell'Art. 1, comma 526, della Legge di Stabilità 2016, prendendo in considerazione l'ipotesi minima 20% (Valori dei Ricavi espressi in euro)

1	2	3	4	5		6	7	8	9	10
Aziende Ospedaliere (1)	Case mix medio (2)	Totale numero ricoveri (3)	Ricavi da prestazioni sanitarie e socio sanitarie a rilevanza sanitaria come da CE (Cod. A0320) (4)	Ricavi da ticket per prestazioni specialistiche esterne come da CE (Cod. A0940)	Ricavi da trasferimento del FSR per attività "a funzione" come da CE (Cod. A1020) (5)	Val. % (6)	Altri ricavi come da CE (7)	Totale Ricavi come da CE (COD. AZ999)	Disavanzo come da CE (CODICE ZZ9999)	% di disavanzo sul totale dei Ricavi (8)
A.O. 67	0,94	24.000	96.936.000	2.141.000	37.224.000	37,6	13.241.000	149.542.000	-	-
A.O. 68	0,96	51.000	205.989.000	3.000.000	62.430.000	29,9	14.203.000	285.622.000	-	-
A.O. 69	1,09	33.000	150.629.000	3.565.000	63.301.000	41,1	11.159.000	228.654.000	-	-
A.O. 70	1,08	27.000	96.633.000	7.848.000	88.398.000	89,9	3.957.000	191.056.000	- 1.800.000	-0,9
A.O. 71	1,06	26.000	95.305.000	2.466.000	65.364.000	66,9	6.910.000	170.045.000	- 3.000.000	- 1,8
A.O. 72	1,20	8.000	36.571.000	1.910.000	9.226.000	24,0	10.245.000	57.952.000	- 29.838.000	- 51,5
A.O. 73	1,01	25.000	92.720.000	1.533.000	63.952.000	67,9	10.014.000	168.219.000	0	-
A.O. 74	1,08	32.000	119.975.000	1.497.000	68.619.000	56,5	5.790.000	195.881.000	-	-
A.O. 75	1,13	26.000	160.930.000	2.534.000	71.925.000	44,0	10.226.000	245.615.000	-	-
A.O. 76	1,11	43.000	233.490.000	3.897.000	139.004.000	58,6	17.852.000	394.243.000	-	-
A.O. 77	1,13	18.000	103.900.000	1.232.000	87.000.000	82,8	5.568.000	197.700.000	- 2.000.000	- 1,0
A.O. 78	1,05	23.000	122.022.000	2.479.000	54.069.000	43,4	20.275.000	198.845.000	-	-
A.O. 79	1,14	28.000	174.486.000	2.375.000	118.164.000	66,8	12.749.000	307.774.000	-	-
A.O. 80	1,01	31.000	169.513.000	1.760.000	161.146.000	93,9	17.088.000	349.923.000	-	-
A.O. 81	1,09	23.000	116.299.000	1.373.000	94.500.000	80,3	10.986.000	222.458.000	-	-
A.O. 82	1,15	24.000	120.000.000	1.450.000	35.000.000	28,8	6.550.000	163.000.000	- 28.000.000	- 17,2
A.O. 83	0,88	17.000	82.000.000	1.635.000	37.329.000	44,6	20.036.000	141.000.000	- 18.000.000	- 12,8
A.O. 84	0,85	26.000	90.000.000	2.990.000	28.000.000	30,1	24.010.000	145.000.000	- 14.000.000	- 9,7
Totale Sud	1,04	833.000	3.799.078.000	61.223.000	1.929.762.000	50,0	36.556.000	6.155.629.000	- 108.084.000	- 1,8
Totale A.O.	1,09	2.803.000	16.368.471.000	449.964.000	6.060.834.000	35,6	1.652.590.000	24.731.799.000	- 663.230.000	- 2,7

./.

(Segue) Tab. All. 2B – Simulazione dell'eventuale Sovrariscavo 2, proveniente dall'applicazione del finanziamento delle attività "a funzione" come da Decreto Ministeriale di attuazione dell'Art. 1, comma 526, della Legge di Stabilità 2016, prendendo in considerazione l'Ipotesi minima 20% (Valori dei Ricavi espressi in euro)

	1	2	3	11	12	13	14	15	16	17
Aziende Ospedaliere (1)		Case mix medio (2)	Totale numero ricoveri (3)	% di attività "a funzione" corrispondenti ai valori assoluti del Conto Economico 2015; ma calcolati secondo il D.M. (9)	Incremento (+) o decremento (-) delle attività "a funzione" rispetto a quella attuale (10)	Valorizzazione teorica delle attività "a funzione" in base a quanto previsto dal Decreto Ministeriale (11)	IPOTESI 20% Ulteriore quota di Ricavi (+) o di Perdite (-) derivante dalle attività "a funzione" (12)	% di Sovrariscavo/2 teorico (+) o incrementi di Perdite aggiuntive teoriche (-) sui Ricavi totali (13)	Quota di ulteriori Perdite (-), derivante dalla riduzione del valore delle attività "a funzione" riconosciute oggi (14)	% di Sovrariscavo/2 dovuto esclusivamente alle Perdite aggiuntive derivanti dall'Ipotesi 30% (15)
A.O. 1		1,23	14.000	21,8	-1,8	32.614,857	879,857	0,6		0,0
A.O. 2		1,23	26.000	25,1	-5,1	58.023,714	-10.188,286	3,6	-10.188,286	3,6
A.O. 3		1,18	31.000	19,6	0,4	53.743,714	7.880,714	3,3		0,0
A.O. 4		1,19	23.000	25,7	-5,7	50.512,857	-10.587,143	4,3	-10.587,143	4,3
A.O. 5		1,26	17.000	22,6	-2,6	40.978,286	-9.151,714	0,5	-9.151,714	0,5
A.O. 6		1,22	102.000	39,3	-19,3	174.924,000	-221.804,000	20,7	-221.804,000	20,7
A.O. 7		1,03	39.000	17,8	2,2	84.206,286	20.339,286	5,3		0,0
A.O. 8		0,94	21.000	22,8	-2,8	35.122,857	-1.276,143	0,8	-1.276,143	0,8
A.O. 9		0,92	36.000	19,2	0,8	66.684,857	11.159,857	3,7		0,0
A.O. 10		1,05	67.000	20,2	-0,2	145.064,286	16.867,286	2,5		0,0
A.O. 11		0,91	15.000	24,3	-4,3	28.178,286	-3.523,714	2,6	-3.523,714	2,6
A.O. 12		0,93	31.000	17,9	2,1	55.578,571	13.088,571	5,3		0,0
A.O. 13		1,01	26.000	20,0	-0,0	55.190,286	6.791,286	2,6		0,0
A.O. 14		0,94	16.000	19,1	0,9	28.906,000	3.078,000	3,9		0,0
A.O. 15		0,98	28.000	29,6	-9,6	60.523,714	-28.376,286	8,3	-28.376,286	8,3
A.O. 16		1,02	31.000	12,1	7,9	53.832,000	27.783,000	10,5		0,0
A.O. 17		1,22	34.000	24,1	-4,1	95.631,714	-10.446,286	2,1	-10.446,286	2,1
A.O. 18		0,92	27.000	23,3	-3,3	38.248,000	-2.324,000	1,3	-2.324,000	1,3
A.O. 19		0,94	26.000	10,4	9,6	42.265,714	23.024,714	13,8		0,0
A.O. 20		1,02	31.000	29,4	-9,4	76.496,571	-34.757,429	8,2	-34.757,429	8,2
A.O. 21		1,11	20.000	14,0	6,0	64.127,714	27.570,714	10,1		0,0
A.O. 22		1,29	38.000	30,7	-10,7	92.465,714	-50.703,286	9,3	-50.703,286	9,3
A.O. 23		0,85	29.000	19,1	0,9	42.268,571	7.371,571	3,0		0,0
A.O. 24		0,92	29.000	33,6	-13,6	34.356,857	-26.362,143	14,0	-26.362,143	14,0
A.O. 25		0,93	19.000	22,9	-2,9	44.158,571	-1.772,429	0,7	-1.772,429	0,7
A.O. 26		1,02	11.000	28,3	-8,3	24.778,000	-9.448,000	7,4	-9.448,000	7,4
A.O. 27		0,98	34.000	26,4	-6,4	79.811,429	-20.553,571	5,2	-20.553,571	5,2
A.O. 28		1,02	42.000	25,1	-5,1	79.787,143	-13.711,857	3,5	-13.711,857	3,5
A.O. 29		0,92	24.000	39,2	-19,2	47.826,000	-59.922,000	20,9	-59.922,000	20,9
A.O. 30		0,88	24.000	37,6	-17,6	47.873,429	-52.907,571	19,1	-52.907,571	19,1
A.O. 31		0,90	43.000	18,8	1,2	77.965,714	14.708,714	4,1		0,0
A.O. 32		1,19	27.000	14,0	6,0	74.832,286	32.121,286	9,6		0,0

./.

(Segue) Tab. All. 2B – Simulazione dell'eventuale Sovraccarico 2, proveniente dall'applicazione del finanziamento delle attività "a funzione" come da Decreto Ministeriale di attuazione dell'Art. 1, comma 526, della Legge di Stabilità 2016, prendendo in considerazione l'Ipotesi minima 20% (Valori dei Ricavi espressi in euro)

1	2	3	11	12	13	14	15	16	17
	Case mix medio (2)	Totale numero ricoveri (3)	% di attività "a funzione" corrispondenti ai valori assoluti del Conto Economico 2015, ma calcolati secondo l'IPOTESI 20%	Incremento (+) o decremento (-) della % di attività "a funzione" rispetto a quella attuale (10)	Valorizzazione teorica delle attività "a funzione" in base a quanto previsto dal Decreto Ministeriale (11)	IPOTESI 20% Ulteriore quota di Ricavi (+) o di Perdite (-) teoriche derivante dal calcolo delle attività "a funzione" (12)	% di Sovraccarico/2 teorico (+) o incrementi di Perdite (-) sui Ricavi totali (13)	Quota di ulteriori Perdite (-), derivante dalla riduzione del valore delle attività "a funzione" rimosciute oggi (14)	% di Sovraccarico/2 dovuto esclusivamente alle Perdite aggiuntive derivanti dall'Ipotesi 30% (15)
Aziende Ospedaliere (1)									
A.O. 33	0,91	21.000	31,7	- 11,7	38.993,714	- 24.361,286	11,4	- 24.361,286	11,4
A.O. 34	0,92	33.000	15,1	4,9	83.311,429	31.298,429	8,2	8,2	0,0
A.O. 35	0,96	22.000	30,8	- 10,8	40.739,429	- 22.751,571	9,8	- 22.751,571	9,8
A.O. 36	1,22	52.000	16,4	3,6	121.331,143	37.898,143	7,0	7,0	0,0
A.O. 37	1,24	52.000	18,6	1,4	117.204,286	23.162,286	4,5	4,5	0,0
A.O. 38	1,16	26.000	37,0	- 17,0	45.646,000	- 48.075,000	17,4	- 48.075,000	17,4
A.O. 39	1,20	36.000	32,1	- 12,1	73.574,286	- 48.061,714	11,8	- 48.061,714	11,8
A.O. 40	1,16	47.000	17,6	2,4	77.586,286	19.436,286	5,0	5,0	0,0
A.O. 41	1,10	36.000	10,9	9,1	70.495,429	40.184,429	13,8	40.184,429	13,8
A.O. 42	1,11	35.000	17,7	2,3	59.825,714	14.865,714	5,6	5,6	0,0
A.O. 43	1,21	68.000	17,2	2,8	126.116,857	34.364,857	5,9	5,9	0,0
A.O. 44	1,14	32.000	28,9	- 8,9	59.922,857	- 25.297,143	7,9	- 25.297,143	7,9
Totale Nord	1,08	1.441.000	24,0	- 4,0	2.901.725,429	1.146.001,571	7,9	- 728.126,371	5,0
A.O. 45	1,25	68.000	27,5	- 7,5	111.368,286	- 36.459,714	6,4	- 36.459,714	6,4
A.O. 46	1,28	36.000	28,5	- 8,5	63.120,571	- 24.918,429	7,7	- 24.918,429	7,7
A.O. 47	1,27	74.000	31,1	- 11,1	116.411,143	- 67.375,857	10,9	- 67.375,857	10,9
A.O. 48	1,04	14.000	30,3	- 10,3	20.972,000	- 10.958,000	9,5	- 10.958,000	9,5
A.O. 49	1,03	28.000	29,6	- 9,6	48.058,857	- 22.704,143	9,2	- 22.704,143	9,2
A.O. 50	1,30	45.000	21,0	- 1,0	86.531,143	6.212,143	1,6	6.212,143	1,6
A.O. 51	1,10	39.000	11,5	8,5	82.538,000	44.990,000	13,0	44.990,000	13,0
A.O. 52	1,07	27.000	24,5	- 4,5	39.894,286	- 5.356,714	2,9	- 5.356,714	2,9
A.O. 53	1,6	49.000	18,4	1,6	68.086,000	14.482,000	4,7	14.482,000	4,7
A.O. 54	1,05	25.000	20,0	- 0,0	34.735,429	4.306,429	2,5	4.306,429	2,5
A.O. 55	1,14	53.000	21,5	- 1,5	92.925,143	4.029,143	0,9	4.029,143	0,9
A.O. 56	1,23	22.000	13,7	6,3	41.788,857	18.525,857	9,5	18.525,857	9,5
A.O. 57	1,51	29.000	17,3	2,7	51.294,571	13.856,571	6,2	13.856,571	6,2
Totale Centro	1,21	509.000	23,4	- 3,4	857.724,286	274.175,000	6,6	- 167.772,857	4,1
A.O. 58	0,96	63.000	26,8	- 6,8	86.206,286	- 24.461,714	5,8	- 24.461,714	5,8
A.O. 59	0,92	46.000	31,7	- 11,7	55.067,143	- 34.476,857	12,0	- 34.476,857	12,0
A.O. 60	1,06	57.000	32,0	- 12,0	66.033,143	- 42.860,857	11,8	- 42.860,857	11,8
A.O. 61	0,81	23.000	29,4	- 9,4	26.863,714	- 12.346,286	8,3	- 12.346,286	8,3
A.O. 62	1,39	50.000	31,8	- 11,8	58.200,000	- 36.800,000	11,8	- 36.800,000	11,8

./.

(Segue) Tab. All. 2B – Simulazione dell'eventuale Sovraccarico 2, proveniente dall'applicazione del finanziamento delle attività "a funzione" come da Decreto Ministeriale di attuazione dell'Art. 1, comma 526, della Legge di Stabilità 2016, prendendo in considerazione l'ipotesi minima 20% (Valori dei Ricavi espressi in euro)

1	2	3	11	12	13	14	15	16	17
Aziende Ospedaliere (1)	Case mix medio (2)	Totale numero ricoveri (3)	% di attività "a funzione" corrispondenti ai valori assoluti del Conto Economico 2015, ma calcolati secondo H.D.M. (9)	Incremento (+) o decremento (-) della % di attività "a funzione" rispetto a quella attuale (10)	Valorizzazione teorica delle attività "a funzione" in base a quanto previsto dal Decreto Ministeriale (11)	Ulteriore quota di Ricavi (+) o di Perdite (-) teoriche derivante dal calcolo delle attività "a funzione" (12)	% di Sovraccarico/2 teorico (+) o incrementi di Perdite aggiuntive teoriche (-) sui Ricavi totali (13)	Quota di ulteriori Perdite (-), derivante dalla riduzione del valore delle attività "a funzione" rimosciute oggi (14)	% di Sovraccarico/2 dovuto esclusivamente alle Perdite aggiuntive derivanti dall'Ipotesi 30% (15)
A.O. 63	1,04	50.000	27,6	-7,6	58.498.571	-19.436.429	6,2	-19.436.429	6,2
A.O. 64	1,03	30.000	26,2	-6,2	35.250.000	-8.557.000	4,6	-8.557.000	4,6
A.O. 65	1,05	21.000	28,0	-8,0	24.824.286	-8.943.714	6,7	-8.943.714	6,7
A.O. 66	1,12	28.000	28,7	-8,7	32.708.857	-13.376.143	7,5	-13.376.143	7,5
A.O. 67	0,94	24.000	27,3	-7,3	28.307.714	-8.916.286	6,0	-8.916.286	6,0
A.O. 68	0,96	51.000	23,0	-3,0	59.711.143	-2.718.857	1,0	-2.718.857	1,0
A.O. 69	1,09	33.000	29,1	-9,1	44.055.429	-19.245.571	8,4	-19.245.571	8,4
A.O. 70	1,08	27.000	47,4	-27,4	28.143.143	-60.454.857	31,6	-60.454.857	31,6
A.O. 71	1,06	26.000	40,1	-20,1	27.934.571	-37.429.429	22,0	-37.429.429	22,0
A.O. 72	1,20	8.000	19,3	0,7	10.994.571	1.768.571	3,1		0,0
A.O. 73	1,01	25.000	40,4	-20,4	26.929.429	-37.022.571	22,0	-37.022.571	22,0
A.O. 74	1,08	32.000	36,1	-16,1	34.706.286	-33.912.714	17,3	-33.912.714	17,3
A.O. 75	1,13	26.000	30,6	-10,6	46.704.000	-25.221.000	10,3	-25.221.000	10,3
A.O. 76	1,11	43.000	36,9	-16,9	67.824.857	-71.179.143	18,1	-71.179.143	18,1
A.O. 77	1,13	18.000	45,3	-25,3	30.037.714	-56.962.286	28,8	-56.962.286	28,8
A.O. 78	1,05	23.000	30,3	-10,3	35.571.714	-18.497.286	9,3	-18.497.286	9,3
A.O. 79	1,14	28.000	40,1	-20,1	50.531.714	-67.632.286	22,0	-67.632.286	22,0
A.O. 80	1,01	31.000	48,4	-28,4	49.054.000	-112.092.000	32,0	-112.092.000	32,0
A.O. 81	1,09	23.000	44,5	-24,5	33.620.571	-60.879.429	27,4	-60.879.429	27,4
A.O. 82	1,15	24.000	22,4	-2,4	34.700.000	-300.000	0,2	-300.000	0,2
A.O. 83	0,88	17.000	30,9	-10,9	23.895.714	-13.433.286	9,5	-13.433.286	9,5
A.O. 84	0,85	26.000	33,1	-3,1	26.568.571	-1.431.429	1,0	-1.431.429	1,0
Totale Sud	1,04	853.000	23,3	-13,3	1.102.943.143	830.356.000	13,5	-828.587.429	13,5
Totale A.O.	1,09	2.803.000	26,3	-6,3	4.862.392.857	2.250.332.571	9,1	-1.724.486.857	9,1

./.

- (1) Sono comprese anche le Aziende Ospedaliere integrate con le Università (A.O.U.).
- (2) Aggregato al 2014.
- (3) Aggregati all'anno 2015 (valori arrotondati).
- (4) Comprende: ricavi da ricovero, attività specialistiche per interni ed ogni attività sanitaria e socioassistenziale.
- (5) Ricavi da trasferimento dal Fondo Sanitario Regionale sotto la voce "attività non tariffate ed a funzione".
- (6) % calcolata come rapporto tra i valori della Colonna 6 e i valori delle Colonne 4 + 5.
- (7) Sono calcolati come differenza tra il totale dei Ricavi iscritti nel Conto Economico e la somma dei valori contenuti nelle Colonne 4 + 5 + 6 e possono comprendere voci come quelle indicate dal Decreto del Ministero della Salute che attua l'Art. 1, comma 526 della Legge di Stabilità 2016 (contributi in conto esercizio per quota Fondo Sanitario Regionale Vincolato, contributi extra Fondo Vincolati, contributi da aziende sanitarie pubbliche vincolati, contributi da altri soggetti pubblici (extra Fondo), contributi in conto esercizio per attività di ricerca, contributi in conto esercizio di fondi per quote inutilizzate di contributi vincolati relativi ad esercizi precedenti, ricavi per prestazioni sanitarie e socioassistenziali e rilevanzza sanitaria erogati ad altri soggetti pubblici, ricavi per prestazioni sanitarie derivanti da mobilità attiva, ricavi per prestazioni sanitarie e socioassistenziali erogati a privati, ricavi per prestazioni sanitarie erogati in regime di intramoenia, concorsi recuperi e rimborsi, quota contributi in conto capitale imputati all'esercizio, incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni, altri ricavi e proventi, interessi attivi, altri proventi, rivalutazioni).
- (8) Le percentuali sono state calcolate come rapporto tra i valori contenuti nella Colonna 9 e i valori contenuti nella Colonna 8 (la formula è: Colonna 9/ Colonna 8 x 100).
- (9) La percentuale è calcolata secondo il meccanismo previsto dal DM, ma applicato ai valori della Colonna 6, allo scopo di verificare quali siano le percentuali attuali di copertura tenendo conto dei valori del CE 2015. La relativa formula è la seguente:

$$\frac{\text{Valori Colonna 6}}{\text{Valori Colonna 4+5+6}} * 100$$
- (10) I valori percentuali esposti sono stati ottenuti sottraendo dal 30% (ipotesi massima) i valori della Colonna 11.
- (11) Si è applicato il valore massimo riconoscibile, pari al 30% dei valori contenuti nelle Colonne 4 + 5 (con un calcolo sotto 100), come da Decreto Ministeriale del Ministero della Salute, in attuazione dell'Art. 1, comma 526, della Legge di Stabilità 2016. La formula è la seguente:

$$\frac{\text{Valori Colonna 4+5}}{70} * 20$$
- (12) I valori esposti sono stati ottenuti come differenza tra quelli contenuti nella Colonna 13 e quelli contenuti nella Colonna 6 (le somme dei valori contenuti nella Colonna 14 prescindono dai segni "+, -" in quanto questi ultimi sono da intendere come incremento potenziale delle perdite e quindi, agli effetti del calcolo, vanno sommati ai valori con segno positivo).
- (13) Nel caso di valori positivi presenti nella Colonna 14 il valore percentuale corrispondente presente nella Colonna 15 è pari a 0 (in quanto non si ritiene ragionevole ipotizzare un avanzo di gestione grazie al calcolo dell'Ipotesi 30%). Nel caso invece che esista un valore negativo nella Colonna 14 la corrispondente percentuale della Colonna 15 sarà calcolata come rapporto tra i valori della Colonna 14 con i valori della Colonna 8.
- (14) Si considerano solo le Perdite aggiuntive, dovute al fatto che la quota di attività "a funzione", pur calcolata secondo l'ipotesi massima del D.M. al 30%, finisce con l'essere inferiore al valore delle attività "a funzione" già presenti nel Conto Economico e riportate all'interno della Colonna 6. Mentre non si tiene conto dei valori che eccedono l'attuale valore delle attività "a funzione" presente nel Conto Economico 2015 (sempre nella Colonna 6).
- (15) I valori percentuali esposti sono calcolati come rapporto tra i valori della Colonna 16 e i valori della Colonna 8.

Fonte: *indagine Ermenegola – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

La seconda metodologia utilizzata ha a che fare con l'effettuazione di due indagini congiunturali, concernenti i rapporti che intercorrono tra le famiglie italiane e i servizi ospedalieri.

Più precisamente la prima indagine è stata rivolta ad un campione rappresentativo nazionale di popolazione italiana adulta da 18 anni in poi. Sono state selezionate a tale proposito un insieme di domande che – come tutti gli anni – consentono di misurare le variazioni delle opinioni e delle valutazioni da parte degli utenti effettivi dei servizi, da un lato e dei cittadini nel loro complesso, dall'altro.

I temi-chiave riguardano l'accesso ai servizi ospedalieri e la loro qualità percepita, nonché la valutazione complessiva del sistema ospedaliero misto pubblico/privato accreditato. Il tutto tenendo conto delle diverse tipologie di strutture: ospedali pubblici, ospedali privati accreditati e cliniche private.

A tale scopo è stato predisposto un questionario che comprendeva, secondo una logica di continuità che permette il confronto:

- a) alcune domande indirizzate specificamente agli utilizzatori di servizi ospedalieri negli ultimi dodici mesi, con l'attenzione posta:
 - sul tipo di servizio ospedaliero utilizzato;
 - sulla tipologia di ospedale cui ci si è rivolti (pubblico, privato accreditato oppure clinica privata);
 - sul livello di soddisfazione delle prestazioni ricevute l'ultima volta che si è utilizzata una qualsiasi struttura;
 - sulle modalità con cui l'intervistato ha operato le proprie scelte al momento dell'utilizzo dell'ultima struttura ospedaliera di cui ha avuto esperienza;
 - sul livello di “fedeltà” dell'intervistato rispetto all'ultima struttura ospedaliera cui si è rivolto in precedenza.
- b) e alcune domande indirizzate invece all'intero campione di cittadini da 18 anni in poi, concernenti:
 - l'accesso o meno ai servizi ospedalieri negli ultimi dodici mesi da parte dell'intervistato e/o dei membri della sua famiglia;
 - il livello di consapevolezza circa la possibilità di accedere sia ad ospedali pubblici sia ad ospedali privati accreditati per i quali non esistono oneri aggiuntivi per i pazienti;
 - la possibilità di scegliere anche ospedali non appartenenti alla Regione in cui risiede l'intervistato;
 - la conoscenza della nuova normativa che dal mese di ottobre 2013 consente ai pazienti di recarsi, per prestazioni sanitarie e ospedaliere, presso le strutture di cura degli altri Paesi dell'Ue, sempre con la copertura del Servizio Sanitario italiano (anche se tale opportunità resta

- subordinata ad un'autorizzazione preventiva della Asl di riferimento e al pagamento anticipato delle spese da parte del paziente);
- la propensione dell'intervistato, in caso di serie ragioni di salute, a rivolgersi in strutture presenti anche al di fuori del proprio Comune di residenza o della propria Provincia come pure della propria Regione o addirittura al di fuori dell'Italia;
 - il giudizio di soddisfazione rispetto agli ospedali italiani;
 - la valutazione di alcune affermazioni tendenti a considerare l'attuale sistema misto pubblico/privato accreditato come un'offerta potenzialmente integrata e sulla quale sarebbe necessario fornire un'informazione più precisa agli utenti;
 - la disponibilità dell'intervistato a sostenere idealmente qualche onere aggiuntivo pur di avere una più ampia possibilità di scelta rispetto ad oggi;

La somministrazione del questionario ha avuto luogo nel mese di settembre 2016 ed ha portato a 4.020 questionari validi, raccolti attraverso un apposito panel telematico, costruito a partire da 2.000 famiglie italiane, nel cui ambito hanno risposto i singoli individui da 18 anni in poi, considerando le domande contenute nel questionario appena ricordato.

Il suddetto panel di famiglie viene costantemente mantenuto (su base annuale), allo scopo di compensare le diminuite collaborazioni fisiologiche di una quota di intervistandi e di garantire così una costante rappresentatività del campione utilizzato (tale manutenzione interessa all'incirca il 15% del campione totale, anno per anno).

I dati raccolti attraverso l'indagine sono stati successivamente ricomposti in maniera tale da poter rispettare appieno una sorta di campione ideale che risulta conforme all'universo della popolazione adulta italiana da 18 anni in poi.

Tale campione presenta un livello di errore valutabile attorno al $\pm 1,55\%$, con un intervallo di confidenza pari al 95%.

Successivamente le informazioni così raccolte sono state elaborate in modo tale da ottenere delle tabelle di distribuzione semplice, sulla cui base si è proceduto ad effettuare alcuni incroci, utilizzando dei gruppi di variabili ritenute particolarmente significative, così come viene illustrato nel successivo Capitolo 3 degli Allegati.

I risultati complessivi dell'indagine trovano posto, con il relativo commento, all'interno della Parte seconda del Rapporto.

Il profilo socioanagrafico dei 4.020 intervistati viene fornito dalle tabelle che seguono. Esse illustrano le caratteristiche di base dei campioni utilizzati nel corso delle indagini congiunturali annuali.

Tab. All. 3 – Sesso dell'intervistato (val. %)

Sesso	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
- Maschio	47,7	47,7	47,7	47,7	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0	47,8	47,8
- Femmina	52,3	52,3	52,3	52,3	52,0	52,0	52,0	52,0	52,0	52,0	52,2	52,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	4.020	4.020	4.020	4.070	4.070	4.110	4.140	4.210	4.160	4.350	4.011

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2015

Tab. All. 4 – Et  dell'intervistato (val. %)

Anni	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
- 18-24 anni	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6	8,7	8,7	8,7	9,0	9,9	9,9
- 25-34 anni	14,3	14,3	14,3	14,3	15,4	15,4	15,9	16,3	16,7	17,7	18,6	18,6
- 35-54 anni	36,9	36,9	37,0	37,0	36,9	36,9	36,6	36,3	36,0	35,4	34,5	34,5
- 55 anni e oltre	40,2	40,1	40,1	40,1	39,1	39,1	38,8	38,7	38,6	37,9	37,0	37,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	4.020	4.020	4.020	4.070	4.070	4.110	4.140	4.210	4.160	4.350	4.011

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2015

Tab. All. 5 – Ripartizione di residenza dell'intervistato (val. %)

Ripartizione	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
- Nord-Ovest	26,7	26,7	26,7	26,7	26,8	26,8	26,8	26,9	26,9	26,9	26,7	26,9
- Nord-Est	19,3	19,3	19,3	19,3	19,3	19,3	19,3	19,2	19,2	19,2	19,2	19,1
- Centro	19,1	18,1	18,2	18,2	18,1	18,0	18,4	18,6	18,6	17,9	17,6	17,6
- Sud e Isole	34,9	35,9	35,8	35,8	35,8	35,9	35,5	35,3	35,3	36,0	36,5	36,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	4.020	4.020	4.020	4.070	4.070	4.110	4.140	4.210	4.160	4.350	4.011

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2015

Tab. All. 6 – Ampiezza del comune di residenza dell'intervistato (val. %)

Ampiezza	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
- Fino a 20.000 ab.	47,6	47,6	47,6	47,6	46,9	46,9	47,0	47,2	47,2	47,4	47,8	47,8
- 20.001-100.000 ab.	29,2	29,2	29,2	29,2	29,7	29,7	29,5	29,2	29,4	29,1	28,4	28,4
- Oltre 100.000 ab.	23,2	23,2	23,2	23,2	23,4	23,4	23,5	23,6	23,4	23,5	23,8	23,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	4.020	4.020	4.020	4.070	4.070	4.110	4.140	4.210	4.160	4.350	4.011

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2015

Tab. All. 7 – Professione dell'intervistato (val. %)

Professione	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
- Lavoratore autonomo	11,4	11,4	11,4	11,4	11,5	11,6	12,0	12,4	12,2	12,6	12,6	12,6
- Lavoratore dipendente	18,9	18,9	18,9	18,5	18,5	18,5	18,8	19,0	18,6	18,1	18,2	33,8
- Operaio	15,4	15,4	15,4	15,4	16,2	16,2	16,4	15,9	15,7	15,6	15,6	-
- Casalanga/Pensionato	40,0	40,0	40,0	40,0	41,0	40,9	39,8	40,0	40,6	38,6	38,7	38,7
- In cerca di occupazione	4,1	4,1	4,1	4,1	3,8	3,8	3,3	3,0	2,9	6,1	6,1	6,1
- Altro	10,2	10,2	10,2	10,2	9,0	9,0	9,7	9,7	10,0	9,0	8,8	8,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	4.020	4.020	4.020	4.070	4.070	4.110	4.140	4.210	4.160	4.350	4.011

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2015

Tab. All. 8 – Titolo di studio dell'intervistato (val. %)

Titolo	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
- Nessun titolo/Licenza elem.	23,2	23,2	23,2	23,2	24,9	24,9	25,8	26,8	27,8	28,6	28,0	28,0
- Licenza media inferiore	35,5	35,5	35,5	35,5	35,5	35,5	35,4	35,0	34,6	34,5	36,3	36,3
- Diploma media sup./Laurea breve, Laurea, Dottorato	41,3	41,3	41,3	41,3	39,6	39,6	38,8	38,2	37,6	36,9	35,7	35,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	4.020	4.020	4.020	4.070	4.070	4.110	4.140	4.210	4.160	4.350	4.011

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2015

Tab. All. 9 – Livello socio economico stimato dell'intervistato (val. %)

Livello	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
- Basso/Medio basso	47,2	47,5	49,3	49,5	50,3	50,2	48,7	50,8	47,4	45,8	42,8	44,8
- Medio	48,3	37,4	27,3	27,3	25,5	25,9	26,6	24,4	20,1	20,4	21,1	20,3
- Medio alto/Alto	4,5	15,1	23,4	23,2	24,2	23,9	24,7	24,8	32,5	33,8	36,1	34,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	4.020	4.020	4.020	4.070	4.070	4.110	4.097	4.210	4.160	4.350	4.011

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2015

La seconda indagine, effettuata per la predisposizione del presente Rapporto, è stata quella dedicata specificamente ai *care-giver*, volta ad analizzare quest'anno la mobilità sanitaria interregionale e la rinuncia (o il rimando) delle prestazioni sanitarie. A tale proposito si è proceduto alla predisposizione di un secondo questionario, da somministrare ad un campione rappresentativo nazionale dei suddetti *care-giver*.

Le domande contenute in tale questionario riguardavano:

- la posizione del *care-giver* all'interno della famiglia;
- la tipologia di servizi ospedalieri utilizzati negli ultimi dodici mesi dal *care-giver* direttamente come pure dagli altri membri della famiglia “ristretta” e/o della famiglia “allargata”;
- il livello di conoscenza circa la possibilità di utilizzare alcune alternative in tema di strutture ospedaliere: ospedali pubblici oppure ospedali privati accreditati, ospedali presenti nella Regione di residenza dell'intervistato oppure nelle altre Regioni italiane, strutture ospedaliere nazionali oppure strutture appartenenti ai Paesi dell'Unione Europea, sempre con la copertura del Servizio Sanitario Nazionale (salvo un'autorizzazione preventiva da parte delle Asl e al pagamento anticipato delle spese da parte del paziente, che successivamente è previsto vengano rimborsate);
- il ricorso da parte del *care-giver* oppure di altri membri della famiglia “ristretta” o della famiglia “allargata”, per cure o per interventi chirurgici, a strutture ospedaliere presenti in altre Regioni italiane rispetto a quella di residenza;
- le ragioni che eventualmente sono state o potrebbero stare alla base di un'eventuale mobilità sanitaria extraregionale;
- il livello di soddisfazione per le prestazioni ricevute, nel caso si sia effettivamente fatto ricorso ad istituti ospedalieri fuori Regione;
- il giudizio di soddisfazione nei confronti nei servizi sanitari e socio-assistenziali presenti nella Regione di residenza, nonché degli ospedali che vi operano;
- una valutazione delle modalità con cui il Sistema Sanitario della Regione di residenza, attraverso la Asl di riferimento dell'intervistato, gestisce la mobilità sanitaria interregionale dei pazienti;
- ed infine l'eventuale esperienza di rinuncia e/o di rimando delle analisi, delle cure, dei ricoveri, ecc. nell'anno 2016, cui si è aggiunta una valutazione circa il livello di tenuta (secondo la percezione dell'intervistato), del Sistema Sanitario Nazionale basato – come è oggi – su un principio dichiarato di universalità e di solidarietà.

La somministrazione del questionario ha avuto luogo nel mese di settembre 2016, portando alla raccolta di 2.000 questionari validi. Anche in tal caso ci si è avvalsi del panel telematico menzionato per l'indagine prece-

dente, dalle cui risposte si è pervenuti ad un campione rappresentativo nazionale (dopo una lieve ponderazione) che presenta un livello di errore valutabile attorno al $\pm 2,42\%$, con un intervallo di confidenza pari al 95%.

Le informazioni così raccolte sono state elaborate in modo da ottenere le tabelle di distribuzione semplice, sulla cui base si è proceduto ad effettuare una serie di incroci, utilizzando alcune variabili ritenute particolarmente significative che sono state illustrate nel successivo Capitolo 4 degli Allegati.

I risultati dell'indagine e il relativo commento hanno trovato posto all'interno della Parte terza del Rapporto.

Il profilo socioanagrafico dei 2.000 *care-giver* intervistati viene fornito dalle tabelle che seguono. Esse illustrano le caratteristiche del campione utilizzato nel corso dell'indagine.

Tab. All. 10 – Sesso dell'intervistato (val. %)

Sesso	2016	2015	2014	2013
- Maschio	42,2	42,2	39,0	37,6
- Femmina	57,8	57,8	61,0	62,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	2.000	2.000	2.000	2.000

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. All. 11 – Classe di età dell'intervistato (val. %)

Classe di età	2016	2015	2014	2013
- 18-34 anni	10,5	10,5	9,5	10,3
- 35-54 anni	45,7	45,7	41,6	41,8
- 55 anni e oltre	43,8	43,8	48,9	47,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	2.000	2.000	2.000	2.000

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. All. 12 – Livello di istruzione dell'intervistato (val. %)

Titolo di studio conseguito	2016	2015	2014	2013
- Nessun titolo/Licenza elementare	7,3	7,3	5,0	5,6
- Licenza media inferiore	18,0	18,0	27,6	26,9
- Diploma media superiore	49,4	49,4	46,8	47,3
- Laurea breve, laurea, dottorato	25,3	25,3	20,6	20,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	2.000	2.000	2.000	2.000

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. All. 13 – Professione dell'intervistato (val. %)

Professione	2016	2015	2014	2013
- Lavoratore autonomo	5,2	14,7	11,7	11,6
- Lavoratore dipendente	39,3	35,3	34,0	33,5
- Operaio	8,2	7,4	7,8	7,3
- Casalinga	10,8	9,7	14,0	14,8
- Pensionato	25,2	22,7	26,5	26,6
- In cerca di occupazione	8,1	7,3	5,3	5,1
- Altro	3,2	2,9	0,7	1,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	2.000	2.000	2.000	2.000

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. All. 14 – Livello socioeconomico dichiarato dall'intervistato (val. %)

Livello dichiarato	2016	2015	2014	2013
- Alto	9,7	1,9	8,2	8,8
- Medio alto	26,2	16,1	23,0	22,4
- Medio	46,1	46,1	34,5	33,7
- Medio basso	16,1	26,2	23,9	24,7
- Basso	1,9	9,7	10,4	10,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	2.000	2.000	2.000	2.000

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. All. 15 – Ripartizione geografica di residenza dell'intervistato (val. %)

Ripartizione geografica	2016	2015	2014	2013
- Nord-Ovest	28,1	28,2	28,2	28,2
- Nord-Est	19,8	19,8	19,8	19,8
- Centro	20,2	19,4	18,7	18,8
- Sud e Isole	31,9	32,6	33,3	33,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	2.000	2.000	2.000	2.000

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. All. 16 – Ampiezza del Comune di residenza dell'intervistato (val. %)

Ampiezza	2016	2015	2014	2013
- Fino a 20 mila ab.	47,0	47,0	47,0	47,0
- 20-100 mila ab.	28,5	28,5	28,5	28,5
- Oltre 100 mila ab.	24,5	24,5	24,5	24,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	2.000	2.000	2.000	2.000

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. All. 17 – Regione di residenza dell'intervistato (val. %)

	Regione	%
<i>Nord</i>	- Piemonte	8,3
	- Valle D'Aosta	0,3
	- Liguria	2,6
	- Lombardia	17,0
	- Veneto	8,0
	- Trentino Alto Adige	0,6
	- Friuli Venezia Giulia	3,4
	- Emilia Romagna	7,8
<i>Centro</i>	- Toscana	7,9
	- Marche	1,8
	- Umbria	1,0
	- Lazio	9,5
<i>Sud</i>	- Abruzzo	2,7
	- Molise	0,0
	- Campania	6,3
	- Puglia	8,2
	- Basilicata	1,1
	- Calabria	3,3
	- Sicilia	7,7
- Sardegna	2,5	
	Totale	100,0
	v.a.	2.000

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Infine la terza metodologia adottata per la predisposizione del Rapporto è rappresentata dalla predisposizione del consueto insieme di indicatori strutturali, concernenti i dati più recenti disponibili sul sistema ospedaliero italiano. Essi riguardano il numero e la tipologia delle strutture, i relativi dati di attività, le dimensioni del personale e della spesa. Tali indicatori hanno trovato collocazione nella Parte quarta del presente Rapporto.

2. L'indice delle tabelle strutturali

		pag.
– Evoluzione del numero degli istituti pubblici e privati (case di cura accreditate)	Tab. S/1	205
– Evoluzione del numero degli istituti pubblici e privati accreditati (incremento %)	Tab. S/2	205
– Istituti pubblici e privati accreditati per regione. Anno 2013 (v.a.)	Tab. S/3	206
– Istituti pubblici e privati accreditati per regione. Anno 2013/2012 (composizione %)	Tab. S/4	207
– Posti letto pubblici e privati accreditati utilizzati per l'attività di ricovero, per regione. Anno 2013	Tab. S/5	208
– Ospedali privati (case di cura private accreditate) con il Ssn, per regione – Istituti e posti letto. Anno 2013	Tab. S/6	209
– Distribuzione regionale degli istituti associati Aiop secondo l'indirizzo nosologico prevalente – Anno 2016	Tab. S/7	210
– Distribuzione regionale dei posti letto degli istituti associati Aiop per tipologia di attività – Anno 2016	Tab. S/8	211
– Distribuzione regionale dei posti letto degli istituti associati Aiop per tipologia di attività e per regione. Anno 2016 (composizione %)	Tab. S/9	212
– Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero pubbliche. Anno 2013	Tab. S/10	213
– Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle case di cura accreditate. Anno 2013	Tab. S/11	214
– Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle case di cura non accreditate. Anno 2013	Tab. S/12	215
– Posti letto, giornate di degenza e tasso di utilizzazione – Ricoveri ordinari	Tab. S/13	222
– Incremento annuo dell'attività, posti letto e giornate di degenza	Tab. S/14	222
– Istituti pubblici e privati accreditati – Dati di attività per ricoveri ordinari. Anno 2013	Tab. S/15	222
– Attività di degenza per acuti (*) delle strutture di ricovero pubbliche, per regione. Anno 2013 e confronti con il 2011	Tab. S/16	223
– Attività di degenza per non acuti (*) delle strutture di ricovero pubbliche, per regione. Anno 2013 e confronti con il 2011	Tab. S/17	224

	pag.
– Attività di degenza per acuti (*) degli ospedali privati (case di cura accreditate), per regione. Anno 2013 e confronti con il 2011	Tab. S/18 225
– Attività di degenza per non acuti (*) degli ospedali privati (case di cura accreditate), per regione. Anno 2013 e confronti con il 2011	Tab. S/19 226
– Schede di dimissione ospedaliera (SDO): attività rilevata, totale nazionale e per istituti pubblici e privati – Dimessi e giornate di ricovero. Anno 2014	Tab. S/20 227
– Distribuzione dei dimessi per tipo di istituto, per tipo di attività e regime di ricovero. Anno 2014	Tab. S/21 227
– Distribuzione delle giornate di degenza per tipo di istituto, per tipo di attività e regime di ricovero. Anno 2014	Tab. S/22 227
– Totale istituti di cura pubblici e privati: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti – Regime ordinario. Anno 2014	Tab. S/23 228-229
– Ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario. Anno 2015	Tab. S/24 230-231
– Ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Nord del Paese. Anno 2015	Tab. S/25 232-233
– Ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Centro del Paese. Anno 2015	Tab. S/26 234-235
– Ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Sud del Paese. Anno 2015	Tab. S/27 236-237
– Totale istituti di cura pubblici e privati: primi 30 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in day hospital. Anno 2014	Tab. S/28 238
– Totale istituti di cura pubblici e privati: primi 30 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri di riabilitazione in regime ordinario. Anno 2014	Tab. S/29 239
– Ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop: primi 30 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri di riabilitazione in Regime ordinario. Anno 2015	Tab. S/30 240
– Totale istituti di cura pubblici e privati: descrizione dell'attività per maggiori categorie diagnostiche (MDC) – Ricoveri per acuti, in regime ordinario. Anno 2014	Tab. S/31 241
– Totale istituti di cura pubblici e privati: descrizione dell'attività per maggiori categorie diagnostiche (MDC) – Ricoveri per acuti in day hospital. Anno 2014	Tab. S/32 242

	pag.
– Totale istituti di cura pubblici e privati: descrizione dell'attività per maggiori categorie diagnostiche (MDC) – Ricoveri di riabilitazione in regime ordinario. Anno 2014	243
– Totale istituti di cura pubblici e privati: descrizione dell'attività per maggiori categorie diagnostiche (MDC) – Ricoveri di riabilitazione in day hospital. Anno 2014	244
– Totale istituti di cura pubblici e privati: descrizione dell'attività per maggiori categorie diagnostiche (MDC) – Ricoveri di lungodegenza. Anno 2014	245
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Dati nazionali)	246-247
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Piemonte)	247
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Valle d'Aosta)	247
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Lombardia)	248
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Bolzano)	249
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Trento)	249
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Veneto)	249
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Friuli V.G.)	250
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Liguria)	250
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Emilia Romagna)	251
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Toscana)	252
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Umbria)	252
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Marche)	253
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Lazio)	254
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Abruzzo)	255
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Molise)	255
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Campania)	256
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Puglia)	257
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Basilicata)	257

		pag.
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Calabria)	Tab. S/55	258
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Sicilia)	Tab. S/56	259
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Sardegna)	Tab. S/57	260
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Nord)	Tab. S/58	261
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Centro)	Tab. S/59	262
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Sud)	Tab. S/60	263
– Le differenze in termini di opportunità di cura sul territorio, misurate dalla mobilità per ricoveri ospedalieri ^(a) . Anni 2010-2014	Tab. S/61	264
– Andamento del personale delle Aziende ospedaliere e delle strutture di ricovero delle Asl ^(a) (v.a.)	Tab. S/62	267
– Personale delle Aziende ospedaliere e delle strutture di ricovero delle Asl (var. %)	Tab. S/63	267
– Personale delle Aziende ospedaliere e delle strutture di ricovero delle Asl	Tab. S/64	268
– Personale operante nelle strutture associate all’Aiop. Anni 2010-2015	Tab. S/65	268
– Personale operante nelle strutture associate all’Aiop. Anni 2010-2015 (var. %)	Tab. S/66	268
– Personale in totale degli istituti di cura, per regione. Anno 2012	Tab. S/67	269
– Personale operante nelle strutture associate all’Aiop. Situazione al 31 dicembre 2015	Tab. S/68	270
– Spesa sanitaria corrente. Anni 2010-2014 (in miliardi di euro)	Tab. S/69	274
– Spesa sanitaria a prezzi costanti (*). Anni 2010-2014 (in miliardi di euro)	Tab. S/70	274
– Spesa sanitaria totale e spesa sanitaria pubblica rispetto al Pil	Tab. S/71	275
– Spesa ospedaliera pubblica e accreditata in rapporto alla spesa sanitaria pubblica totale e al Pil	Tab. S/72	276

3. Le tabelle di dettaglio dell'indagine sugli individui

Si riportano le tabelle che presentano i risultati degli incroci tra alcune variabili socioanagrafiche e di opinione con le diverse domande del questionario della prima indagine, quella su un campione di cittadini adulti da 18 anni in poi. Tali tabelle sono state selezionate sulla base delle opportunità interpretative, tenendo conto sia dei contenuti che si è inteso illustrare sia dell'esigenza di limitare le dimensioni quantitative del commento.

Per questa ragione nelle tabelle che seguono non trovano posto tutti gli incroci ricavati dall'indagine, bensì una parte di essi. Il numero di riferimento delle tabelle d'incrocio corrisponde al numero esposto in quelle contenenti le distribuzioni semplici delle risposte che sono state commentate nel corso della Parte seconda.

Le tabelle d'incrocio, relative al campione di 4.020 individui intervistati, si basano sui seguenti gruppi di variabili che hanno consentito di pervenire alle tre tipologie di tabelle e cioè:

- le tabelle di tipo “A...”, le quali utilizzano le variabili del sesso, dell'età, della ripartizione geografica e dell'ampiezza del Comune di residenza dell'intervistato nonché del livello di istruzione di quest'ultimo;
- le tabelle di tipo “B...”, che si riferiscono alle variabili della professione, del livello socioeconomico stimato dallo stesso intervistato, dal ricorso agli ospedali negli ultimi dodici mesi a seconda della gravità del disagio, del ricorso all'ospedale distinto a seconda delle tipologie (ospedale pubblico; ospedale privato accreditato; clinica privata), nonché il livello di soddisfazione dell'esperienza ospedaliera avuta rispetto a quanto si è sperimentato negli ultimi dodici mesi;
- le tabelle di tipo “C...”, le quali considerano l'effettiva conoscenza delle alternative possibili (utilizzo degli ospedali pubblici oppure degli ospedali privati accreditati) da parte dei cittadini, la conoscenza della possibilità di curarsi anche fuori della propria Regione di residenza, la conoscenza di potersi curare anche all'estero, la struttura ospedaliera preferita

dai cittadini in caso di cura di una malattia seria e la propensione a cambiare struttura nel caso quella desiderata non risulti presente nel Comune dell'intervistato.

Per facilitare la consultazione delle tabelle di incrocio allegate è stato anche predisposto l'indice sintetico seguente:

		pag.
– Ricorso ad ospedali pubblici, ospedali privati (case di cura accreditate) o a cliniche private negli ultimi dodici mesi (val. %)	Tab. A1	329
	Tab. B1	329
	Tab. C1	330
– La tipologia di prestazioni utilizzate l'ultima volta che l'intervistato si è recato in una struttura ospedaliera nel corso degli ultimi dodici mesi (val. %)	Tab. A2	331
	Tab. B2	332
– Struttura presso la quale l'intervistato si è recato l'ultima volta (val. %)	Tab. A3	333
	Tab. B3	333
	Tab. C3	334
– Soddisfazione per le prestazioni ricevute nella struttura utilizzata negli ultimi dodici mesi (Giudizi "Molto + Abbastanza soddisfatto", da un lato e giudizi "Poco + Per niente soddisfatto" dall'altro (val. %)	Tab. A4	335
	Tab. B4	336
	Tab. C4	337
– Comportamenti di scelta al momento del ricovero ospedaliero (val. %)	Tab. A5	338
	Tab. B5	339
	Tab. C5	340
– Conoscenza odierna della disposizione che permette di utilizzare sia ospedali pubblici che ospedali privati (case di cura accreditate) senza oneri aggiuntivi (val. %)	Tab. A7	341
	Tab. B7	341
– Conoscenza della possibilità di trasferirsi per cura in ospedali al di fuori della propria Regione (val. %)	Tab. A8	342
	Tab. B8	342
– Disponibilità a ricoverarsi per serie ragioni di salute anche al di fuori del Comune di residenza (val. %)	Tab. A9.1	343
	Tab. B9.1	343
– Struttura che l'intervistato utilizzerebbe se non fosse disponibile nel suo Comune la scelta di prima istanza (val. %)	Tab. A10	344
	Tab. B10	344
– Conoscenza della possibilità di recarsi per prestazioni sanitarie e ospedaliere presso le strutture dei diversi Paesi dell'Unione Europea, sempre con la copertura del Servizio Sanitario Nazionale italiano che dovrà rimborsare tali prestazioni agli altri Servizi Sanitari Nazionali (val. %)	Tab. A11	345
	Tab. B11	345
– Conoscenza della necessità di ottenere un'autorizzazione preventiva della Asl e di anticipare le spese che saranno rimborsate successivamente (val. %)	Tab. A12	346
	Tab. B12	346
– Giudizio sintetico dei cittadini sugli ospedali italiani, a seconda della tipologia di strutture (val. %)	Tab. A13	347
	Tab. B13	348
	Tab. C13	349
– Giudizio sulla graduale crescita e sul consolidamento di un sistema ospedaliero misto pubblico/privato accreditato (val. %)	Tab. A14	350
	Tab. C14	351
– Suggerimenti dell'intervistato in ordine alla scelta possibile del cittadino tra ospedali pubblici e ospedali privati accreditati (val. %)	Tab. A15	352
	Tab. C15	353

Tab. A1 – Ricorso ad ospedali pubblici, ospedali privati (case di cura accreditate) o a cliniche private negli ultimi dodici mesi (val. %)

Ricorso diretto degli intervistati	Sesso		Età			Ripartizione geografica			Ampiezza del Comune di residenza			Titolo di studio				
	Maschio	Femmina	18-24 anni	25-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Fino a 20 mila abitanti	20-100 mila abitanti	Oltre 100 mila abitanti	Nessuno + Lic. elementare	Licenza media inferiore	Licenza media sup + Laurea e oltre
- Sì, per malattia/intervento grave	5,5	5,1	1,8	5,3	5,9	6,0	8,3	3,6	4,2	5,1	5,2	4,4	7,5	7,4	4,6	5,2
- Sì, per malattia/intervento leggero	26,3	25,7	22,1	30,1	25,4	26,8	28,6	30,9	30,4	19,8	24,7	27,2	28,6	19,4	24,5	31,9
- No	68,2	69,2	67,3	76,1	68,7	67,2	63,1	65,5	65,4	75,1	70,1	68,4	63,9	73,2	70,9	62,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	1.918	2.102	346	575	1.483	1.616	1.074	777	768	1.401	1.914	933	933	1.427	1.660

Fonte: Indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. B1 – Ricorso ad ospedali pubblici, ospedali privati (case di cura accreditate) o a cliniche private negli ultimi dodici mesi (val. %)

Ricorso diretto degli intervistati	Condizione professionale			Livello socioeconomico			Struttura ospedaliera utilizzata			Livello di soddisfazione			
	Totale	Autonomo	Dipendente	Condizione non professionale	Basso + Medio basso	Medio	Medio alto + Alto	Ospedale pubblico	Ospedale privato accreditato	Clinica privata	Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco + Per niente soddisfatto
- Per malattia/intervento grave	5,5	4,0	5,9	5,5	6,2	4,7	6,9	17,4	20,4	10,1	20,7	11,0	16,3
- Per malattia/intervento leggero	26,3	24,6	26,6	26,6	24,0	28,0	33,5	82,6	79,6	89,9	79,3	89,0	83,7
- No	68,2	71,4	67,5	67,9	69,8	67,3	59,6	-	-	-	-	-	-
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	458	1.379	2.183	1.897	1.940	182	870	241	152	387	123	747

Fonte: Indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. C1 – Ricorso ad ospedali pubblici, ospedali privati (case di cura accreditate) o a cliniche private negli ultimi dodici mesi (val. %)

Ricorso diretto degli intervistati	Conoscenza alternativa pubblico/privato accreditato			Conoscenza di cura in altre Regioni			Conoscenza possibilità di cura all'estero nei Paesi UE			Preferenza in caso di malattia seria			In caso di struttura non presente nel Comune		
	Totale	Si, con chiarezza	Si, vaga idea	Non conosce	Conosce	Mi sembra di conoscere	Non conosce	Si	Ne ho sentito parlare	No	Ospedale pubblico	Ospedale privato accreditato	Clinica privato	Cambierebbe tipo di struttura	Cereherebbe al di fuori del Comune
- Per malattia/intervento grave	26,3	38,7	21,6	13,3	32,3	24,1	22,5	32,4	26,4	23,9	26,6	25,7	25,0	25,1	27,2
- No	68,2	53,9	74,6	81,2	58,7	73,0	72,3	58,4	70,3	70,5	68,2	68,3	66,3	69,5	67,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	1.503	1.720	797	1.316	1.653	1.051	768	1.340	1.912	2.867	1.023	131	1.635	2.385

Fonte: Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. A2 – La tipologia di prestazioni utilizzate l'ultima volta che l'intervistato si è recato in una struttura ospedaliera nel corso degli ultimi dodici mesi (val. %)

Risposte	Ampiezza del Comune di residenza										Ripartizione geografica				Età				Sesso		Titolo di studio																	
	Totale										Centro		Nord-Est		Nord-Ovest		55 anni e oltre		35-54 anni		25-34 anni		18-24 anni		Femmina		Maschio		Fino a 20 mila abitanti		20-100 mila abitanti		Oltre 100 mila abitanti		Licenza media inferiore		Licenza media sup + laurea e oltre	
- Analisi di vario tipo	58,5	49,4	66,2	59,1	59,6	50,0	65,3	56,9	67,9	53,2	57,0	59,3	61,4	53,9	75,9	48,4	58,2																					
- Visite specialistiche	58,5	53,1	63,2	54,0	62,6	57,0	59,1	62,3	56,6	52,6	60,3	62,2	52,7	58,8	61,2	54,1	60,5																					
- Accertamenti diagnostici (es.: RX, TAC, Risonanza Magnetica ecc.)	47,0	45,6	48,2	46,7	34,6	47,1	51,7	48,7	59,3	34,3	45,3	47,6	50,0	42,7	55,0	46,7	44,0																					
- Accesso al Pronto Soccorso	26,1	25,3	26,9	28,6	23,6	31,5	22,0	31,5	32,2	21,6	18,8	29,5	26,2	20,3	29,2	28,4	23,3																					
- Interventi chirurgici di tipo leggero	22,1	22,8	21,5	20,3	20,4	18,9	25,8	15,8	20,9	25,1	28,0	17,3	24,9	27,2	32,5	18,4	20,4																					
- Interventi chirurgici di tipo grave	8,2	8,0	8,3	-	3,6	6,4	12,7	10,6	10,6	2,2	8,0	9,3	3,0	11,9	24,6	4,6	3,8																					
- Cure effettuate durante il ricovero per malattie di tipo grave	4,8	2,2	7,1	1,0	2,8	0,9	9,6	6,7	3,6	1,6	6,2	3,4	5,7	6,4	15,9	2,1	2,2																					
- Cure effettuate durante il ricovero per malattie di tipo leggero	4,6	2,9	6,0	2,1	4,4	3,5	5,9	5,9	2,2	2,1	6,8	3,6	5,2	5,6	7,3	1,8	5,3																					
- Cure periodiche in day hospital per malattie croniche e/o oncologiche	4,3	2,9	5,4	-	1,4	2,5	7,5	7,8	1,9	2,7	3,2	3,5	6,9	2,6	9,0	2,6	3,4																					
- Ricorso al 118	3,3	3,8	2,8	17,1	4,4	2,3	1,5	3,7	1,9	2,2	4,6	1,5	5,4	3,8	-	4,3	3,9																					
- Maternità	3,6	0,7	6,0	1,9	15,3	2,8	-	1,0	2,7	8,3	3,6	4,0	4,7	1,8	-	3,5	5,1																					
- Altro	0,8	1,3	0,3	-	0,2	1,6	0,4	0,6	-	2,8	-	0,1	0,6	2,1	-	1,9	0,3																					
v.a.	1.280	591	689	82	204	463	530	396	269	266	349	572	371	337	250	414	616																					

Il totale non è uguale a 100,0 perché erano possibili più risposte.

Fonte: indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. B2 – La tipologia di prestazioni utilizzate l'ultima volta che l'intervistato si è recato in una struttura ospedaliera nel corso degli ultimi dodici mesi (val. %)

Risposte	Condizione professionale		Livello socioeconomico			Ragioni ricorso all'ospedale			Struttura ospedaliera utilizzata		Livello di soddisfazione								
	Autonomo	Dipendente	Condizione non professionale			Malattia o intervento grave			Malattia o intervento leggero			Nessun ricorso	Ospedale pubblico		Ospedale privato	Clinica privata	Molto soddisfatto	Adeguato	Poco + Per niente soddisfatto
			Basso +	Medio basso	Medio	Medio alto +	Alto	Alto	Medio	Basso +	Medio		Medio alto +						
- Analisi di vario tipo	58,5	47,8	51,9	64,7	62,0	54,5	65,8	56,3	58,9	56,1	65,4	62,4	63,7	69,7	54,2				
- Visite specialistiche	58,5	58,5	50,8	59,6	59,8	56,4	67,8	64,8	57,2	56,7	58,9	71,3	52,2	76,4	59,4				
- Accertamenti diagnostici (es.: RX, TAC, Risonanza Magnetica, ecc.)	47,0	39,5	47,1	48,4	48,8	45,0	50,8	54,7	45,4	41,1	63,2	58,3	48,2	52,9	46,0				
- Accesso al Pronto Soccorso	26,1	29,8	31,6	21,9	29,8	22,6	28,8	35,4	24,2	30,5	18,2	14,8	20,5	30,3	28,5				
- Interventi chirurgici di tipo leggero	22,1	14,6	20,1	24,8	22,4	22,2	18,7	19,0	22,8	19,8	26,9	26,4	30,5	6,1	20,1				
- Interventi chirurgici di tipo grave	8,2	1,7	7,0	10,1	13,0	4,2	4,7	41,4	1,2	7,8	12,9	3,8	10,7	7,1	7,3				
- Cure effettuate durante il ricovero per malattie di tipo grave	4,8	1,1	2,7	6,9	6,8	3,3	3,2	23,9	0,9	4,6	6,5	2,4	3,8	5,7	5,0				
- Cure effettuate durante il ricovero per malattie di tipo leggero	4,6	3,2	3,9	5,3	3,7	5,6	2,6	12,4	3,0	4,0	6,4	4,9	6,1	2,4	4,2				
- Cure periodiche in day hospital per malattie croniche e/o oncologiche	4,3	1,1	2,7	5,8	4,9	4,0	1,4	14,7	2,1	4,8	4,1	1,8	3,4	6,3	4,5				
- Maternità	3,6	1,8	6,8	1,9	4,2	2,8	5,8	2,5	3,8	4,4	1,0	1,7	4,0	3,7	3,1				
- Ricorso al 118	3,3	0,9	2,5	4,2	3,3	3,0	5,2	4,7	3,0	2,8	1,3	4,9	1,2	6,6	2,9				
- Altro	0,8	0,8	1,7	0,3	0,3	1,2	-	0,6	0,8	0,9	-	0,2	2,1	-	0,0				
v.a.	1,280	131	448	700	572	634	74	221	1.059	870	241	152	387	123	747				

Il totale non è uguale a 100,0 perché erano possibili più risposte.

Fonte: indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. A3 – Struttura presso la quale l'intervistato si è recato l'ultima volta (val. %)

Risposte	Sesso		Età					Ripartizione geografica					Ampiezza del Comune di residenza					Titolo di studio		
	Maschio	Femmina	18-24 anni	25-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Fino a 20 mila abitanti	20-100 mila abitanti	Oltre 100 mila abitanti	Nessuno + Lic. elementare	Lic. elementare	Licenza media inferiore	Licenza media superiore + Laurea e oltre			
- Ospedale pubblico	80,4	78,4	78,4	78,8	78,4	83,0	79,3	79,2	88,9	75,9	85,2	75,3	77,6	88,0	82,9	75,5				
- Ospedale privato (casa di cura accr.)	21,2	23,6	19,1	15,0	24,7	21,0	24,7	22,9	7,8	26,0	15,9	24,3	26,6	15,0	22,4	22,9				
- Clinica privata	11,8	11,6	12,1	21,9	12,1	7,4	10,0	6,1	11,6	18,6	8,7	15,2	13,5	3,8	8,8	17,2				
- Non saprei distinguere con precisione la categoria di ospedale che ho utilizzato	1,1	1,5	0,8	1,6	0,9	0,3	0,5	0,4	0,4	2,9	0,1	1,7	2,1	-	1,4	1,3				
- Non ricordo	0,3	0,5	0,1	0,3	0,6	0,1	-	0,3	0,6	0,3	0,1	0,3	0,6	-	-	0,6				
v.a.	1.280	591	689	82	204	463	530	396	266	349	572	371	337	250	414	616				

Il totale non è uguale a 100,0 perché erano possibili più risposte.

Fonte: *Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. B3 – Struttura presso la quale l'intervistato si è recato l'ultima volta (val. %)

Risposte	Condizione professionale						Livello socioeconomico			Ragioni ricorso all'ospedale			Livello di soddisfazione		
	Totale	Autonomo	Dipendente	Condizione non professionale	Medio basso	Medio	Medio alto + Alto	Malattia o intervento grave	Malattia o intervento leggero	Nessun ricorso	Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco + Per niente soddisfatto		
- Ospedale pubblico	80,4	80,2	79,9	80,7	85,1	78,2	62,4	82,7	79,9	-	74,3	90,7	83,5		
- Ospedale privato (casa di cura accreditata)	21,2	18,4	26,2	18,5	19,2	22,1	28,8	23,8	20,6	-	28,3	25,6	17,3		
- Clinica privata	11,8	13,0	12,5	11,2	9,7	12,4	24,3	6,9	12,9	-	12,3	19,4	10,7		
- Non saprei distinguere con precisione la categoria di ospedale che ho utilizzato	1,1	0,3	0,8	1,4	0,7	1,5	0,8	1,8	0,9	-	-	-	-		
- Non ricordo	0,3	-	0,7	0,1	0,1	0,4	0,8	0,6	0,2	-	-	-	-		
v.a.	1.280	131	448	700	572	634	74	221	1.059	-	387	123	747		

Il totale non è uguale a 100,0 perché erano possibili più risposte.

Fonte: *Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. C3 – Struttura presso la quale l'intervistato si è recato l'ultima volta (val. %)

Risposte	Conoscenza alternativa pubblico/privato accreditato				Conoscenza possibilità di cura in altre Regioni				Conoscenza possibilità di cura all'estero nei Paesi UE				Preferenza in caso di malattia seria				In caso di struttura non presente nel Comune													
	Si, con chiarezza		Si, vaga idea		Non conosce		Conosce		Mi sembra di conoscere		Non conosce		SI		Ne ho sentito parlare		No		Ospedale pubblico		Ospedale privato		Clinica privata		Cambierebbe tipo di struttura		Cereherebbe al di fuori del Comune			
	Totale																													
– Ospedale pubblico	80,4	74,4	86,0	91,5	76,5	83,4	82,8	76,5	78,3	84,0	88,9	88,9	59,6	55,8	82,4	79,1														
– Ospedale privato (casa di cura accreditata)	21,2	29,6	13,6	4,2	30,3	16,7	10,9	34,1	20,5	14,3	12,3	12,3	45,4	26,9	19,9	22,0														
– Clinica privata	11,8	14,4	9,5	6,7	11,5	11,7	12,8	12,0	12,5	11,3	8,0	18,8	41,2	12,5	11,4															
– Non saprei distinguere con precisione la categoria di ospedale che ho utilizzato	1,1	0,6	1,6	1,7	0,8	1,3	1,2	1,0	1,2	1,0	1,2	1,0	1,2	1,0	1,7	0,7														
– Non ricordo	0,3	0,1	0,2	1,2	0,3	-	0,7	-	0,4	0,4	0,1	0,6	2,8	0,4	0,2															
v.a.	1,280	693	437	150	543	445	292	319	397	564	912	324	44	498	781															

Il totale non è uguale a 100,0 perché erano possibili più risposte.
Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. A4 – Soddisfazione per le prestazioni ricevute nella struttura utilizzata negli ultimi dodici mesi (Giudizi “Molto + Abbastanza soddisfatto”, da un lato e giudizi “Poco + Per niente soddisfatto” dall’altro (val. %)

Risposte	Sesso		Età					Ripartizione geografica					Ampiezza del Comune di residenza			Titolo di studio	
	Maschio	Femmina	18-24 anni	25-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Fino a 20 mila abitanti	20-100 mila abitanti	Oltre 100 mila abitanti	Nessuno + Lic. elementare	Licenza media inferiore	Licenza media sup + Laurea e oltre	
Ospedale pubblico																	
- Molto + Abbastanza soddisfatto	37,6	37,7	30,7	30,3	38,8	40,1	28,8	50,9	34,3	40,1	35,0	41,0	38,6	37,2	36,3	38,7	
- Poco + Per niente soddisfatto	61,9	61,7	69,3	68,6	60,8	59,5	70,7	48,9	65,2	59,2	64,6	58,0	61,3	62,8	63,3	60,5	
- Non saprei esprimere un giudizio	0,5	0,6	-	1,1	0,4	0,4	0,5	0,2	0,5	0,7	0,4	1,0	0,1	-	0,4	0,8	
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
v.a.	1,028	463	565	65	161	363	440	314	213	237	265	488	279	261	220	343	
Ospedale privato (casa di cura accreditata)																	
- Molto + Abbastanza soddisfatto	49,0	54,2	27,8	46,0	35,3	66,8	50,2	44,5	63,0	47,7	46,9	43,4	56,9	100,0	29,8	48,1	
- Poco + Per niente soddisfatto	50,9	45,8	72,2	54,0	64,7	32,9	49,8	55,0	37,0	52,3	52,7	56,6	43,1	-	70,2	51,7	
- Non saprei esprimere un giudizio	0,1	0,2	-	-	-	0,3	-	0,5	-	-	0,4	-	-	-	-	0,2	
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
v.a.	271	139	132	15	30	114	111	98	62	21	91	91	90	90	37	93	
Clinica privata																	
- Molto + Abbastanza soddisfatto	42,3	41,6	49,5	43,1	42,5	39,1	65,4	35,3	48,1	27,1	47,5	37,2	43,1	-	36,3	48,3	
- Poco + Per niente soddisfatto	57,7	56,8	50,5	56,9	57,5	60,9	34,6	64,7	51,9	72,9	52,5	62,8	56,9	100,0	63,7	51,7	
- Non saprei esprimere un giudizio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
v.a.	152	68	83	12	45	56	39	40	16	31	65	50	56	46	10	36	

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. B4 – Soddisfazione per le prestazioni ricevute nella struttura utilizzata negli ultimi dodici mesi (Giudizi: "Molto + Abbastanza soddisfatto", da un lato e giudizi "Poco + Per niente soddisfatto" dall'altro (val. %)

Risposte	Condizione professionale			Livello socioeconomico			Regioni ricorso all'ospedale			Struttura ospedaliera utilizzata			Livello di soddisfazione			
	Totale			Totale			Totale			Totale			Totale			
	Autonomo	Dipendente	Condizione non professionale	Basso + Medio basso	Medio	Medio alto + Alto	Malattia o intervento grave	Malattia o intervento leggero	Nessun ricorso	Ospedale pubblico	Ospedale privato accreditato	Clinica privata	Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco + Per niente soddisfatto	
Ospedale pubblico																
- Molto + Abbastanza soddisfatto	37,6	33,8	38,7	37,5	35,5	38,4	50,2	41,3	36,7	-	36,2	47,8	41,3	99,7	88,9	0,1
- Poco + Per niente soddisfatto	61,9	64,5	60,4	62,5	64,2	61,0	48,6	58,7	62,7	-	63,3	51,8	58,7	0,3	11,1	99,9
- Non saprei esprimere un giudizio	0,5	1,7	0,9	-	0,3	0,6	1,2	-	0,6	-	0,5	0,4	-	-	-	-
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	1,028	1,05	3,58	5,65	4,86	4,96	4,6	1,82	8,46	-	8,70	9,2	6,7	2,87	1,12	6,24
Ospedale privato (casa di cura accreditata)																
- Molto + Abbastanza soddisfatto	49,0	45,4	36,5	61,1	51,9	45,1	60,2	68,5	44,3	-	-	49,1	48,0	100,0	69,7	0,8
- Poco + Per niente soddisfatto	50,9	54,6	63,2	38,9	48,1	54,7	39,8	31,5	55,6	-	-	50,9	50,9	-	30,3	99,2
- Non saprei esprimere un giudizio	0,1	-	0,3	-	-	0,2	-	-	0,1	-	-	-	1,1	-	-	-
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	2,71	24	117	1,29	110	140	21	52	218	-	-	2,41	30	110	31	1,29
Clinica privata																
- Molto + Abbastanza soddisfatto	42,3	56,4	43,9	38,1	41,0	39,7	58,0	47,7	41,8	-	-	-	42,3	100,0	67,7	-
- Poco + Per niente soddisfatto	57,7	43,6	56,1	61,9	59,0	60,3	42,0	52,3	58,2	-	-	-	57,7	-	32,3	100,0
- Non saprei esprimere un giudizio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-	-	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	1,52	17	56	7,8	5,5	7,8	1,8	1,5	1,36	-	-	-	1,52	4,8	24	80

Fonte: Indagine Ermenieia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. C4 – Soddisfazione per le prestazioni ricevute nella struttura utilizzata negli ultimi dodici mesi (Giudizi: “Molto + Abbastanza soddisfatto”, da un lato e giudizi “Poco + Per niente soddisfatto” dall’altro (val. %)

Risposte	Conoscenza alternativa pubblico/privato accreditato				Conoscenza possibilità di cura in altre Regioni				Conoscenza possibilità all'estero nei Paesi UE			Preferenza in caso di malattia seria			In caso di struttura non presente nel Comune							
	Si, con chiarezza		Si, vaga idea		Non conosce		Non conosce		Si		No		Ospedale pubblico		Ospedale privato		Clinica privata		Cambierebbe al tipo		C'èherebbe al fuori del Comune	
	Si, con chiarezza	Si, vaga idea	Non conosce	Non conosce	Conosce	Mi sembra di conoscere	Non conosce	Non conosce	Si	Ne ho sentito parlare	No	Ospedale pubblico	Ospedale privato	Clinica privata	Cambierebbe al tipo	C'èherebbe al fuori del Comune						
Ospedale pubblico																						
- Molto + Abbastanza soddisfatto	37,6	42,5	34,8	26,2	43,4	38,8	25,5	50,2	40,3	29,2	39,7	29,0	33,5	32,3	41,0							
- Poco + Per niente soddisfatto	61,9	56,9	64,9	73,2	56,0	60,8	74,2	49,5	59,0	70,4	59,9	69,9	66,5	67,1	58,6							
- Non saprei esprimere un giudizio	0,5	0,6	0,3	0,6	0,6	0,4	0,3	0,3	0,7	0,4	0,4	1,1	-	0,6	0,4							
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0							
v.a.	1.028	515	376	137	416	371	241	244	311	473	811	193	25	411	618							
Ospedale privato (casa di cura accreditata)																						
- Molto + Abbastanza soddisfatto	49,0	51,1	42,2	46,4	48,1	55,1	40,1	48,9	52,5	45,7	46,2	50,1	62,8	42,8	52,6							
- Poco + Per niente soddisfatto	50,9	48,7	57,8	53,6	51,7	44,9	59,9	50,8	47,5	54,3	53,5	49,9	37,2	57,2	47,2							
- Non saprei esprimere un giudizio	0,1	0,2	-	-	0,2	-	-	0,3	-	-	-	0,3	-	-	0,2							
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0							
v.a.	271	205	59	6	165	74	32	109	81	81	112	147	12	99	172							
Clinica privata																						
- Molto + Abbastanza soddisfatto	42,3	45,7	32,7	49,1	51,6	39,8	30,5	66,1	31,8	36,2	46,3	30,4	66,8	43,0	41,9							
- Poco + Per niente soddisfatto	57,7	54,3	67,3	50,9	48,4	60,2	69,5	33,9	68,2	63,8	53,7	69,6	33,2	57,0	58,1							
- Non saprei esprimere un giudizio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0							
v.a.	152	100	42	10	62	52	37	38	50	63	73	61	18	62	89							

Fonte: Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. A5 – Comportamenti di scelta al momento del ricovero ospedaliero (val. %)

Risposta	Ampiezza del Comune di residenza										Titolo di studio						
	Sesso		Ripartizione geografica					Età			Titolo di studio						
	Maschio	Femmina	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Fino a 20 mila abitanti	20-100 mila abitanti	Oltre 100 mila abitanti	Nessuno + Lic. elementare	Licenza media inferiore	Licenza media sup + Laurea e oltre					
Totale																	
Ospedale pubblico																	
- Ho preso in considerazione le varie possibilità	33,1	29,5	36,0	35,2	46,2	39,4	22,8	38,1	25,8	25,7	39,6	34,2	29,8	34,6	22,4	33,1	38,2
- Ho deciso subito di recarmi presso quella specifica struttura	66,9	70,5	64,0	64,8	53,8	60,6	77,2	61,9	74,2	74,3	60,4	65,8	70,2	65,4	77,6	66,9	61,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	1.028	463	565	65	161	363	440	314	213	237	265	488	279	261	220	343	465
Ospedale privato (casa di cura accreditata)																	
- Ho preso in considerazione le varie possibilità	47,5	55,9	38,7	50,0	51,6	54,8	38,6	43,1	51,8	53,7	48,0	51,3	47,7	43,6	-	58,4	53,0
- Ho deciso subito di recarmi presso quella specifica struttura	52,5	44,1	61,3	50,0	48,4	45,2	61,4	56,9	48,2	46,3	52,0	48,7	52,3	56,4	100,0	41,6	47,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	271	139	132	15	30	114	111	98	62	21	91	91	90	90	37	93	141
Clinica privata																	
- Ho preso in considerazione le varie possibilità	64,2	61,1	66,7	56,8	70,5	59,8	65,5	56,6	63,0	72,4	65,1	52,4	72,9	66,3	100,0	66,3	60,2
- Ho deciso subito di recarmi presso quella specifica struttura	35,8	38,9	33,3	43,2	29,5	40,2	34,5	43,4	37,0	27,6	34,9	47,6	27,1	33,7	-	33,7	39,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	152	68	83	12	45	56	39	40	16	31	65	50	56	46	10	36	106

Fonte: Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. B5 – Comportamenti di scelta al momento del ricovero ospedaliero (val. %)

Risposta	Livello socioeconomico										Struttura ospedaliera utilizzata			Livello di soddisfazione																						
	Condizione professionale		Dipendente		Condizione non professionale		Basso + Medio basso		Medio		Medio alto + Alto		Ragioni ricorso all'ospedale			Nessun ricorso			Ospedale pubblico			Ospedale privato accreditato			Clinica privata			Molto soddisfatto			Abbastanza soddisfatto			Poco + Per niente soddisfatto		
	Autonomo	Dipendente	Condizione non professionale	Basso + Medio basso	Medio	Medio alto + Alto	Malattia o intervento grave	Malattia o intervento leggero	Nessun ricorso	Ospedale pubblico	Ospedale privato accreditato	Clinica privata	Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco + Per niente soddisfatto																					
Totale																																				
Ospedale pubblico																																				
- Ho preso in considerazione le varie possibilità	33,1	39,6	42,2	26,1	33,6	31,9	41,1	45,9	30,3	-	29,8	45,1	59,8	21,3	30,3	39,1																				
- Ho deciso subito di recarmi presso quella specifica struttura	66,9	60,4	57,8	73,9	66,4	68,1	58,9	54,1	69,7	-	70,2	54,9	40,2	78,7	69,7	60,9																				
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0																				
v.a.	1,028	105	358	565	486	496	46	182	846	-	870	92	67	287	112	624																				
Ospedale privato (casa di cura accreditata)																																				
- Ho preso in considerazione le varie possibilità	47,5	61,1	58,9	34,7	41,4	52,0	49,8	45,8	48,0	-	-	44,8	69,8	28,6	69,4	58,0																				
- Ho deciso subito di recarmi presso quella specifica struttura	52,5	38,9	41,1	65,3	58,6	48,0	50,2	54,2	52,0	-	-	55,2	30,2	71,4	30,6	42,0																				
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0																				
v.a.	271	24	117	129	110	140	21	52	218	-	-	241	30	110	31	129																				
Clinica privata																																				
- Ho preso in considerazione le varie possibilità	64,2	60,3	67,2	62,8	71,6	58,7	65,2	70,6	63,5	-	-	-	64,2	53,7	60,8	71,7																				
- Ho deciso subito di recarmi presso quella specifica struttura	35,8	39,7	32,8	37,2	28,4	41,3	34,8	29,4	36,5	-	-	-	35,8	46,3	39,2	28,3																				
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-	-	100,0	100,0	100,0	100,0																				
v.a.	152	17	56	78	55	78	18	15	136	-	-	-	152	48	24	80																				

Fonte: Indagine Ermenieia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. C5 – Comportamenti di scelta al momento del ricovero ospedaliero (val. %)

Risposta	Conoscenza alternativa pubblico/privato accreditato				Conoscenza possibilità di cura in altre Regioni				Conoscenza possibilità all'estero nei Paesi UE			Preferenza in caso di malattia seria				In caso di struttura non presente nel Comune				
	Si, con chiarezza		Si, vaga idea		Non conosce		Conosce		Mi sembra di conoscere		Non conosce		Sì	No	Ospedale pubblico	Ospedale privato accreditato	Clinica privato	Cambierebbe tipo di struttura	Cercherebbe al di fuori del Comune	
	Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale	
Ospedale pubblico																				
– Ho preso in considerazione le varie possibilità																				
– Ho deciso subito di recarmi presso quella specifica struttura																				
Totale	33,1	31,8	34,1	35,1	36,1	29,6	33,3	35,6	28,8	34,6	29,2	45,7	63,5	31,8	34,0					
v.a.	1.028	515	376	137	416	371	241	244	311	473	811	193	25	411	618					
Ospedale privato (casa di cura accreditata)																				
– Ho preso in considerazione le varie possibilità																				
– Ho deciso subito di recarmi presso quella specifica struttura																				
Totale	47,5	43,2	63,1	42,0	46,9	45,2	56,3	37,6	50,8	57,7	61,4	34,7	76,1	44,8	49,1					
v.a.	52,5	56,8	36,9	58,0	53,1	54,8	43,7	62,4	49,2	42,3	38,6	65,3	23,9	55,2	50,9					
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0					
	271	205	59	6	165	74	32	109	81	81	112	147	12	99	172					
Clinica privata																				
– Ho preso in considerazione le varie possibilità																				
– Ho deciso subito di recarmi presso quella specifica struttura																				
Totale	64,2	66,3	63,3	47,2	71,4	60,6	57,1	70,4	72,5	53,9	61,4	65,9	69,6	72,1	58,6					
v.a.	35,8	33,7	36,7	52,8	28,6	39,4	42,9	29,6	27,5	46,1	38,6	34,1	30,4	27,9	41,4					
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0					
	152	100	42	10	62	52	37	38	50	63	73	61	18	62	89					

Fonte: Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. A7 – Conoscenza odierna della disposizione che permette di utilizzare sia ospedali pubblici che ospedali privati (case di cura accreditate) senza oneri aggiuntivi (val. %)

Risposta	Sesso		Età					Ripartizione geografica				Ampiezza del Comune di residenza			Titolo di studio	
	Maschio	Femmina	18-24 anni	25-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Fino a 20 mila abitanti	20-100 mila abitanti	Oltre 100 mila abitanti	Nessuno + Lic. elementare	Licenza media inferiore	Licenza media sup + Laurea e oltre
- Sì, con chiarezza	37,4	38,2	36,6	41,8	39,3	38,4	46,0	35,1	30,6	35,7	34,7	39,2	40,4	27,0	35,5	44,8
- Sì, ne ho un'idea vaga	42,8	45,0	40,8	39,8	45,8	40,9	34,4	49,3	53,1	40,0	44,1	43,1	39,8	42,9	44,2	41,5
- No	19,8	16,8	22,6	39,4	14,9	20,7	19,6	15,6	16,3	24,3	21,2	17,7	19,8	30,1	20,3	13,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	1.918	2.102	346	575	1.483	1.616	777	768	1.401	1.914	1.174	933	933	1.427	1.660

Fonte: Indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. B7 – Conoscenza odierna della disposizione che permette di utilizzare sia ospedali pubblici che ospedali privati (case di cura accreditate) senza oneri aggiuntivi (val. %)

Risposta	Livello socioeconomico		Regioni ricorso all'ospedale		Struttura ospedaliera utilizzata			Livello di soddisfazione								
	Autonomo	Dipendente	Condizione non professionale	Professionale	Basso + Medio basso	Medio	Medio alto + Alto	Malattia o intervento grave	Malattia o intervento leggero	Nessun ricorso	Ospedale pubblico	Ospedale privato accreditato	Clinica privata	Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco + Per niente soddisfatto
- Sì, con chiarezza	37,4	43,7	39,2	34,9	31,6	41,9	48,9	50,2	54,9	29,6	46,4	76,3	66,0	67,6	39,3	50,1
- Sì, ne ho un'idea vaga	42,8	41,1	42,6	43,3	43,5	42,9	34,8	29,8	35,1	46,8	38,4	22,2	27,4	24,6	51,2	36,1
- No	19,8	15,2	18,2	21,8	24,9	15,2	16,3	20,0	10,0	23,6	15,2	1,5	6,6	7,8	9,5	13,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	458	1.379	2.183	1.897	1.940	182	221	1.059	2.740	870	241	152	387	123	747

Fonte: Indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. A8 – Conoscenza della possibilità di trasferirsi per cura in ospedali al di fuori della propria Regione (val. %)

Risposta	Sesso		Età		Ripartizione geografica			Ampiezza del Comune di residenza		Titolo di studio						
	Maschio	Femmina	18-24 anni	25-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Fino a 20 mila abitanti	20-100 mila abitanti	Oltre 100 mila abitanti	Nessuno + Lic. elementare	Licenza media inferiore	Licenza media sup + Laurea e oltre
- Si, sono perfettamente a conoscenza di questa opportunità	32,7	34,8	30,9	13,8	36,2	31,8	35,9	29,3	30,1	33,6	29,0	37,7	34,1	21,0	34,8	37,6
- Sì, mi pare di ricordare che c'è questa possibilità	41,2	43,5	38,9	35,8	34,7	41,3	44,4	40,9	42,1	46,5	37,8	43,2	38,1	40,7	47,0	38,9
- No, non ne ero a conoscenza sino ad oggi	26,1	21,7	30,2	50,4	29,1	21,9	23,8	23,2	28,6	23,4	28,6	27,8	24,2	32,0	25,4	23,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	1.918	2.102	346	575	1.483	1.616	1.074	777	768	1.401	1.914	933	933	1.427	1.660

Fonte: *Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. B8 – Conoscenza della possibilità di trasferirsi per cura in ospedali al di fuori della propria Regione (val. %)

Risposta	Condizione professionale		Livello socioeconomico		Ragioni ricorso all'ospedale		Struttura ospedaliera utilizzata			Livello di soddisfazione						
	Autonomo	Dipendente	Condizione non professionale	Basso + Medio	Medio alto + Alto	Malattia o intervento grave	Malattia o intervento leggero	Nessun ricorso	Ospedale pubblico	Ospedale privato accreditato	Clinica privata	Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco + Per niente soddisfatto		
- Si, sono perfettamente a conoscenza di questa opportunità	32,7	39,7	35,8	29,3	30,9	33,3	46,2	53,8	40,0	28,2	37,1	63,1	41,0	52,1	32,1	39,2
- Sì, mi pare di ricordare che c'è questa possibilità	41,2	38,9	40,1	42,3	40,0	43,4	27,8	21,4	37,6	44,1	37,5	25,3	34,3	32,9	52,7	32,9
- No, non ne ero a conoscenza sino ad oggi	26,1	21,4	24,1	28,4	29,1	23,3	26,0	24,8	22,4	27,7	25,4	11,6	24,7	15,0	15,2	27,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	458	1.379	2.183	1.897	1.940	182	221	1.059	2.740	870	241	152	387	123	747

Fonte: *Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. A9.1 – Disponibilità a ricoverarsi per serie ragioni di salute anche al di fuori del Comune di residenza (val. %)

Risposte	Sesso		Età					Ripartizione geografica				Ampiezza del Comune di residenza			Titolo di studio	
	Maschio	Femmina	18-24 anni	25-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Fino a 20 mila abitanti	20-100 mila abitanti	Oltre 100 mila abitanti	Nessuno + Lic. elementare	Licenza media inferiore	Licenza media sup + Laurea e oltre
Totale	42,2	44,1	46,8	42,2	43,7	48,5	41,1	37,8	65,7	41,1	18,9	52,3	89,9	57,0	41,2	42,5
- Nel mio Comune	37,4	39,5	38,6	37,8	40,9	38,2	46,6	53,2	21,6	35,5	64,2	27,2	3,9	32,5	44,6	38,4
- Fuori del mio Comune ma nella mia Provincia	6,4	10,3	8,8	14,1	10,3	7,8	8,8	7,0	9,4	11,7	11,7	11,9	2,3	5,5	10,2	11,2
- Fuori della mia Provincia ma in Regione	3,2	5,4	5,3	5,1	7,2	4,7	2,5	2,0	2,9	11,3	4,5	8,5	3,3	5,0	3,4	7,2
- Fuori della Regione ma in Italia	0,3	0,7	0,3	-	1,9	0,5	1,0	-	0,4	0,4	0,7	0,1	0,6	-	0,6	0,7
- Non saprei dare una risposta	10,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	2.867	1.670	1.823	271	505	1.283	1.435	960	687	711	1.134	1.651	1.009	833	837	1.441

Fonte: Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. B9.1 – Disponibilità a ricoverarsi per serie ragioni di salute anche al di fuori del Comune di residenza (val. %)

Risposte	Condizione professionale		Livello socioeconomico			Ragioni ricorso all'ospedale			Struttura ospedaliera utilizzata			Livello di soddisfazione			
	Autonomo	Dipendente	Condizione non prof.	Basso + Medio basso	Medio	Medio alto + Alto	Malattia o Interv. grave	Malattia o Interv. leggero	Nessun ricorso	Ospedale pubblico	Ospedale privato accr.	Clinica privata	Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco + Per niente soddisf.
Totale	42,2	52,2	44,1	45,0	44,4	41,1	34,8	42,2	47,6	40,7	39,6	44,0	39,1	27,1	44,6
- Nel mio Comune	37,4	31,5	40,2	40,1	39,5	27,9	37,3	43,3	37,7	43,4	43,1	35,5	47,1	44,6	39,2
- Fuori del mio Comune ma nella mia Prov.	6,4	8,9	10,6	8,9	8,8	9,5	16,9	11,3	8,1	9,9	8,4	9,8	8,1	8,9	15,8
- Fuori della mia Provincia ma in Regione	3,2	5,2	4,7	5,8	3,5	6,3	13,8	15,7	5,5	4,5	6,4	7,5	11,7	4,8	11,7
- Fuori della Regione ma in Italia	0,3	2,2	0,4	0,2	0,7	0,3	0,9	0,9	0,3	1,1	-	0,7	0,1	0,8	1,2
- Non saprei dare una risposta	10,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	2.867	397	1.196	1.900	1.640	1.600	186	943	2.364	772	216	130	356	114	642

Fonte: Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. A.10 – Struttura che l'intervistato utilizzerebbe se non fosse disponibile nel suo Comune la scelta di prima istanza (val. %)

Risposta	Ampiezza del Comune di residenza										Titolo di studio						
	Sesso		Età		Ripartizione geografica						Licenza media sup +						
Totale	Maschio	Femmina	18-24 anni	25-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Fino a 20 mila abitanti	20-100 mila abitanti	Oltre 100 mila abitanti	Nessuno + Lic. elementare	Licenza media inferiore	Licenza media sup + Lauree e oltre	
- Cambierei il tipo di struttura ospedaliera	40,7	38,6	42,5	37,6	43,5	40,8	40,2	40,6	33,0	49,4	40,2	32,0	36,3	64,0	43,3	41,2	38,7
- Cercherei fuori dal mio Comune questa struttura osp.	59,3	61,4	57,5	62,4	56,5	59,2	59,8	59,4	67,0	50,6	59,8	68,0	63,7	36,0	56,7	58,8	61,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	1.918	2.102	346	575	1.483	1.616	1.074	777	768	1.401	1.914	1.174	933	933	1.427	1.660

Fonte: *Indagine Ermenèia – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. B.10 – Struttura che l'intervistato utilizzerebbe se non fosse disponibile nel suo Comune la scelta di prima istanza (val. %)

Risposta	Condizione professionale		Livello socioeconomico		Ragioni ricorso all'ospedale			Struttura ospedaliera utilizzata		Livello di soddisfazione						
	Autonomo	Dipendente	Condizione non professionale	Basso + Medio basso	Medio	Medio alto + Alto	Malattia o intervento grave	Malattia o intervento leggero	Nessun ricorso	Ospedale pubblico	Ospedale privato accreditato	Clinica privata	Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco + Per niente soddisfatto	
- Cambierei il tipo di struttura ospedaliera	40,7	38,1	41,2	40,9	46,1	35,5	39,0	39,7	38,8	41,5	39,1	35,5	41,2	33,1	33,2	42,4
- Cercherei fuori dal mio Comune questa struttura ospedaliera	59,3	61,9	58,8	59,1	53,9	64,5	61,0	60,3	61,2	58,5	60,9	64,5	58,8	66,9	66,8	57,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	458	1.379	2.183	1.897	1.940	182	221	1.059	2.740	870	241	152	387	123	747

Fonte: *Indagine Ermenèia – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. A.11 – Conoscenza della possibilità di recarsi per prestazioni sanitarie e ospedaliere presso le strutture dei diversi Paesi dell'Unione Europea, sempre con la copertura del Servizio Sanitario Nazionale italiano che dovrà rimborsare tali prestazioni agli altri Servizi Sanitari Nazionali (val. %)

Risposta	Ripartizione geografica										Ampiezza del Comune di residenza		Titolo di studio				
	Sesso	Età		Nord-Ovest		Nord-Est		Centro		Sud		Fino a 20 mila abitanti	20-100 mila abitanti	Oltre 100 mila abitanti	Lic. elementare	Licenza media inferiore	Licenza media superiore
Totale																	
	19,1	20,3	18,0	8,6	25,9	19,5	18,6	20,6	13,7	17,2	22,1	14,9	25,6	19,6	14,8	17,8	22,6
- Sì, sono al corrente	33,3	35,0	31,8	25,1	29,1	33,8	36,1	33,5	38,8	35,2	29,1	35,2	29,6	34,0	26,7	34,1	36,4
- Sì, ne ho sentito parlare	47,6	44,7	50,2	66,3	45,0	46,7	45,3	45,9	47,5	47,6	48,8	49,9	44,8	46,4	58,5	48,1	41,0
- No, non sono al corrente di tale opportunità	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale	4.020	1.918	2.102	346	575	1.483	1.616	1.074	777	768	1.401	1.914	1.174	933	933	1.427	1.660
v.a.																	

Fonte: *Indagine Ermenewa - Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. B.11 – Conoscenza della possibilità di recarsi per prestazioni sanitarie e ospedaliere presso le strutture dei diversi Paesi dell'Unione Europea, sempre con la copertura del Servizio Sanitario Nazionale italiano che dovrà rimborsare tali prestazioni agli altri Servizi Sanitari Nazionali (val. %)

Risposta	Condizione professionale		Livello socioeconomico		Ragioni ricorso all'ospedale			Struttura ospedaliera utilizzata			Livello di soddisfazione					
	Autonomo	Dipendente	Condizione non professionale	Basso + Medio	Medio	Medio alto + Alto	Malattia o intervento grave	Malattia o intervento leggero	Nessun ricorso	Ospedale pubblico	Ospedale privato	accreditato	Clinica privata	Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco + Per niente soddisfatto
Totale																
	19,1	23,9	20,2	17,4	16,0	21,5	26,0	32,0	23,5	16,4	20,5	41,5	25,3	34,2	21,2	21,0
- Sì, sono al corrente	33,3	28,2	32,3	35,1	30,5	35,9	35,2	19,8	33,3	34,4	31,1	29,0	32,8	31,0	40,1	29,3
- Sì, ne ho sentito parlare	47,6	47,9	47,5	47,5	53,5	42,6	38,8	48,2	43,2	49,2	48,4	29,5	41,9	34,8	38,7	49,7
- No, non sono al corrente di tale opportunità	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale	4.020	458	1.379	2.183	1.897	1.940	182	221	1.059	2.740	870	241	152	387	123	747
v.a.																

Fonte: *Indagine Ermenewa - Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. A.12 – Conoscenza della necessità di ottenere un'autorizzazione preventiva della Asl e di anticipare le spese che saranno rimborsate successivamente (val. %)

Risposta	Sesso		Età					Ripartizione geografica					Ampiezza del Comune di residenza		Titolo di studio		
	Maschio	Femmina	18-24 anni	25-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Fino a 20 mila abitanti	20-100 mila abitanti	Oltre 100 mila abitanti	Nessuno + Lic. elementare	Licenza media inferiore	Licenza media sup + Laurea e oltre	
Totale	49,0	49,3	51,0	58,1	45,0	49,0	44,4	31,8	50,0	61,8	44,9	58,7	44,3	55,2	44,3	50,1	
- Sì, sono al corrente	51,0	50,7	49,0	41,9	55,0	51,0	55,6	68,2	50,0	38,2	55,1	41,3	55,7	44,8	55,7	49,9	
- No, non sono al corrente	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Totale	2.108	1.047	117	317	791	884	581	408	402	717	960	648	500	387	740	980	
v.a.																	

Fonte: *Indagine Ermeneta - Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. B.12 – Conoscenza della necessità di ottenere un'autorizzazione preventiva della Asl e di anticipare le spese che saranno rimborsate successivamente (val. %)

Risposta	Condizione professionale			Livello socioeconomico			Ragioni ricorso all'ospedale			Struttura ospedaliera utilizzata			Livello di soddisfazione		
	Autonomo	Dipendente	Condizione non professionale	Basso + Medio basso	Medio	Medio alto + Alto	Malattia o intervento grave	Malattia o intervento leggero	Nessun ricorso	Ospedale pubblico	Ospedale privato accreditato	Clinica privata	Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco + Per niente soddisfatto
Totale	49,0	58,4	47,6	47,9	48,3	54,9	71,4	46,8	48,1	45,6	61,6	51,4	49,4	39,8	52,6
- Sì, sono al corrente	51,0	41,6	52,4	52,1	51,7	45,1	28,6	53,2	51,9	54,4	38,4	48,6	50,6	60,2	47,4
- No, non sono al corrente	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale	2.108	239	723	1.146	1.114	111	114	602	1.392	449	170	88	252	75	376
v.a.															

Fonte: *Indagine Ermeneta - Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. A1.3— Giudizio sintetico dei cittadini sugli ospedali italiani, a seconda della tipologia di strutture (val. %)

Risposte	Sesso		Età										Ripartizione geografica					Ampiezza del Comune di residenza					Titolo di studio								
	Totale	Maschio	Femmina	18-24 anni		25-34 anni		35-54 anni		55 anni e oltre		Nord-Ovest		Nord-Est		Centro		Sud		Fino a 20 mila abitanti		20-100 mila abitanti		Oltre 100 mila abitanti		Nessuno + Lic. elementare	Licenza media inferiore	Licenza media superiore + Laurea e oltre			
				4.020	1.761	1.870	273	524	1.396	1.438	988	717	729	1.198	1.684	1.055	892	814	1.276	1.541											
Ospedale pubblico																															
- Molto positivo	9,2	10,0	10,5	14,4	5,9	9,1	12,1	10,8	14,4	4,3	10,9	10,4	8,8	11,7	9,9	12,9	8,2														
- Abbastanza positivo	48,6	55,0	52,5	48,5	40,5	52,7	60,5	54,0	67,0	65,3	38,5	53,4	52,2	56,1	56,2	56,4	50,1														
- Un po' negativo	25,8	27,5	29,6	28,1	43,7	32,2	19,7	25,4	15,5	27,4	39,7	29,2	31,4	24,1	22,7	25,2	34,6														
- Del tutto negativo	6,7	7,5	7,4	9,0	9,9	6,0	7,7	9,8	3,1	3,0	10,9	7,0	7,6	8,1	11,2	5,5	7,1														
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0														
v.a.	4.020	1.761	1.870	273	524	1.396	1.438	988	717	729	1.198	1.684	1.055	892	814	1.276	1.541														
Ospedale privato (casa di cura accreditata)																															
- Molto positivo	8,5	11,0	11,7	16,2	7,1	10,5	13,1	10,7	11,4	5,9	14,8	9,1	11,9	14,5	14,8	12,8	8,6														
- Abbastanza positivo	50,5	68,4	67,5	62,6	63,1	73,0	65,4	71,0	79,0	72,9	57,4	69,3	64,3	69,8	58,7	70,8	70,3														
- Un po' negativo	12,7	17,2	17,0	14,0	25,1	13,6	18,1	13,6	8,4	17,8	23,7	17,2	19,4	14,1	22,2	12,4	18,1														
- Del tutto negativo	2,7	3,4	3,8	7,2	4,7	2,9	3,4	4,7	1,2	3,4	4,1	4,4	4,4	1,6	4,3	4,0	3,0														
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0														
v.a.	4.020	1.447	1.546	205	453	1.205	1.129	831	524	564	1.073	1.315	898	780	648	1.014	1.331														
Clinica privata																															
- Molto positivo	11,0	17,8	18,1	21,9	15,9	15,1	21,4	20,1	18,2	15,0	18,0	15,9	24,7	14,2	22,9	18,2	15,3														
- Abbastanza positivo	32,4	54,0	52,1	51,1	55,0	57,6	47,2	49,6	59,0	59,7	49,2	53,2	43,2	63,0	52,7	49,5	55,6														
- Un po' negativo	13,6	21,6	22,9	19,2	22,6	21,9	23,2	21,0	18,7	19,9	26,0	23,6	24,0	18,5	18,0	23,8	23,4														
- Del tutto negativo	4,1	6,6	6,9	7,8	6,5	5,4	8,2	9,3	4,1	5,4	6,8	7,3	8,1	4,3	6,4	8,5	5,7														
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0														
v.a.	4.020	1.171	1.285	183	421	997	856	631	406	494	925	1.067	708	681	564	767	1.125														

Fonte: indagini Ermeneia - Studi & Strategie di Sisrema, 2016

Tab. B13 – Giudizio sintetico dei cittadini sugli ospedali italiani, a seconda della tipologia di strutture (val. %)

Risposte	Condizione professionale										Ragioni ricorso all'ospedale										Struttura ospedaliera utilizzata					Livello di soddisfazione																																																																									
	Autonomo					Dipendente					Condizione non professionale					Livello socioeconomico					Malattia o intervento grave					Malattia o intervento leggero					Nessun ricorso					Ospedale pubblico					Ospedale privato accreditato					Clinica privata					Molto soddisfatto					Abbastanza soddisfatto					Poco + Per niente soddisfatto																																						
	Totale					Totale					Totale					Totale					Totale					Totale					Totale					Totale					Totale					Totale					Totale					Totale																																											
Ospedale pubblico																																																																																																			
- Molto positivo	9,2	8,9	8,1	10,8	12,6	12,0	11,7	8,9	9,8	21,3	10,1	9,3	13,3	5,8	13,0	27,9	5,4	48,6	56,4	51,1	54,9	48,1	59,4	49,7	36,4	59,6	52,8	59,7	52,9	38,6	50,8	51,0	59,3	25,8	28,2	33,3	33,3	25,5	30,2	26,3	37,1	29,6	26,5	29,4	22,3	34,7	40,2	17,5	38,7	29,7	6,7	6,5	7,5	7,5	7,6	10,0	5,4	3,4	12,7	3,8	8,5	4,7	6,6	8,2	3,8	8,6	5,6	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	4,020	4,18	1,300	1,914	1,681	1,780	1,70	1,025	2,386	843	236	151	370	120	736
v.a.																																																																																																			
Ospedale privato (casa di cura accreditata)																																																																																																			
- Molto positivo	8,5	8,1	10,8	12,6	12,0	12,0	10,3	16,3	24,9	11,2	10,2	8,9	27,8	9,8	25,7	5,4	8,5	50,5	67,4	67,8	68,1	61,6	74,0	64,5	61,8	74,9	65,6	76,0	64,3	73,4	64,2	78,6	12,7	20,1	16,3	16,9	19,7	14,9	15,1	9,9	12,1	19,8	12,8	7,1	15,1	9,9	27,2	10,2	2,7	4,4	5,1	2,4	6,7	0,8	4,1	3,4	1,8	4,4	2,3	0,8	1,7	0,2	2,0	2,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	4,020	3,71	1,091	1,530	1,351	1,490	1,51	1,84	815	1,994	609	236	137	306	90	582		
v.a.																																																																																																			
Clinica privata																																																																																																			
- Molto positivo	11,0	12,9	16,6	20,4	14,8	19,9	25,4	17,8	19,2	17,5	17,2	22,7	19,4	24,8	14,1	16,5	32,4	56,2	51,4	53,4	52,3	54,1	49,4	51,7	57,6	51,5	56,6	48,7	67,1	51,9	46,0	61,2	13,6	23,6	24,6	20,2	22,1	22,9	18,9	22,9	17,2	24,1	20,2	19,1	10,9	20,1	28,6	15,8	4,1	7,3	7,4	6,0	10,8	3,1	6,3	7,6	6,0	6,9	6,0	9,5	2,6	3,2	11,3	6,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	4,020	3,23	926	1,207	1,091	1,221	1,43	1,27	622	1,707	473	129	134	206	78	451		
v.a.																																																																																																			

Fonte: indagine Ermenèia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. C/13 – Giudizio sintetico dei cittadini sugli ospedali italiani, a seconda della tipologia di strutture (val. %)

Risposte	Conoscenza										In caso di				
	Conoscenza alternativa pubblico/privato					Conoscenza possibilità di cura all'estero nei Paesi UE					struttura non presente nel Comune				
	accreditato		Non conosce		Conosce	Mi sembra di conoscere	Non conosce	SI	Ne ho sentito parlare	No	Preferenza in caso di malattia seria				
Totale	SI, con chiarezza	SI, vaga idea	Non conosce	Conosce	Non conosce	Non conosce	SI	Ne ho sentito parlare	No	Ospedale pubblico	Ospedale privato	Clinica privata	Cambierebbe tipo di struttura	Cereherebbe al di fuori del Comune	
Ospedale pubblico															
- Molto positivo	9,2	11,0	6,8	16,7	11,8	6,4	14,7	13,2	7,4	11,0	13,2	2,7	2,8	10,8	9,9
- Abbastanza positivo	48,6	55,6	55,8	44,6	53,1	57,0	48,9	49,9	57,2	52,9	61,8	34,2	25,1	54,8	52,9
- Un po' negativo	25,8	28,4	31,1	23,1	29,9	28,6	26,6	33,2	28,6	26,5	20,8	47,9	52,2	26,9	29,8
- Del tutto negativo	6,7	5,0	6,3	15,6	5,2	8,0	9,8	3,7	6,8	9,6	4,2	15,2	19,9	7,5	7,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	1.452	1.536	643	1.271	1.511	850	739	1.231	1.661	2.608	908	115	1.481	2.150
Ospedale privato (casa di cura accreditata)															
- Molto positivo	8,5	14,2	6,2	16,3	16,0	5,8	13,8	22,2	5,6	10,2	10,3	13,8	12,1	11,3	11,5
- Abbastanza positivo	50,5	67,1	74,9	53,2	65,2	72,7	63,7	56,3	76,3	67,6	67,2	70,3	60,8	68,8	67,2
- Un po' negativo	12,7	17,0	17,1	17,1	16,9	17,6	16,4	18,9	16,6	16,4	19,4	11,1	22,4	15,8	18,1
- Del tutto negativo	2,7	1,7	1,8	13,4	1,9	3,9	6,1	2,6	1,5	5,8	3,1	4,8	4,7	4,1	3,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	1.328	1.179	485	1.119	1.209	665	675	996	1.321	2.014	883	96	1.319	1.673
Clinica privata															
- Molto positivo	11,0	18,5	17,3	18,2	21,7	14,0	19,5	20,6	18,2	16,4	13,8	23,3	44,5	18,1	17,8
- Abbastanza positivo	32,4	55,2	55,4	43,2	51,6	56,0	49,9	51,4	52,8	54,1	49,9	60,4	51,2	55,0	51,3
- Un po' negativo	13,6	20,8	22,6	24,7	21,0	23,0	22,9	21,9	24,0	21,3	29,0	9,9	3,9	21,1	23,3
- Del tutto negativo	4,1	5,5	4,7	13,9	5,7	7,0	7,7	6,1	5,0	8,2	7,3	6,4	0,4	5,8	7,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	996	1.001	458	837	1.025	593	556	767	1.132	1.621	724	111	1.160	1.296

Fonte: indagini Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. A1.4 – Giudizio sulla graduale crescita e sul consolidamento di un sistema ospedaliero misto pubblico/privato accreditato (val. %)

Risposte	Ampiezza del Comune di residenza																
	Sesso		Età			Ripartizione geografica			Titolo di studio								
Totale	Maschio	Femmina	18-24 anni	25-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Fino a 20 mila abitanti	20-100 mila abitanti	Oltre 100 mila abitanti	Nessuno + Lic. elementare	Licenza media inferiore	Licenza media superiore + laurea e oltre	
– Ormai l'ospedale privato accreditato fa parte del sistema ospedaliero complessivo, presente sul territorio: quando ci si deve ricoverare non si guarda se l'ospedale è pubblico o privato accreditato, ma si considerano altri fattori (la presenza della specializzazione che serve, la qualità delle prestazioni, la vicinanza, ecc.)	67,9	71,4	64,6	51,3	65,6	73,5	67,1	75,9	67,4	65,3	63,3	64,5	72,0	69,6	58,9	68,6	72,2
– Lo Stato dovrebbe, attraverso il Servizio Sanitario Nazionale utilizzare al meglio tutte le strutture ospedaliere sul territorio (pubbliche e private), per permettere al cittadino di poter scegliere nella maniera migliore, a seconda delle sue necessità, possibilità ed opinioni	77,8	78,6	77,1	61,3	74,7	81,9	78,8	82,0	81,5	82,4	70,2	74,9	78,7	82,4	72,5	77,0	81,6
– In fondo si conosce poco delle diverse opportunità di ricovero che offre il sistema privato accreditato: la Regione o la ASL dovrebbero investire in opportune campagne di informazione del cittadino per favorire una sua effettiva libera scelta	67,2	66,6	67,8	53,5	67,0	71,7	66,1	69,5	66,5	73,9	62,3	63,6	69,8	71,4	62,3	65,8	71,2
– Sul territorio del mio comune di residenza esiste un'ampia scelta di ospedali (pubblici e privati accreditati) e quindi si può scegliere quello che meglio serve, volta per volta	46,9	47,1	46,7	35,1	39,7	46,5	52,4	51,1	48,6	57,4	37,0	34,6	48,0	71,0	58,9	42,0	44,5
– Sul territorio della mia provincia di residenza esiste un'ampia scelta di ospedali (pubblici e privati accreditati) e quindi si può scegliere quello che meglio serve, volta per volta	59,6	61,4	57,9	40,4	50,5	62,6	64,0	69,3	65,7	64,9	45,7	53,3	59,9	72,2	63,0	58,7	58,2
– Sul territorio della mia regione di residenza esiste un'ampia scelta di ospedali (pubblici e privati accreditati) e quindi si può scegliere quello che meglio serve, volta per volta	63,5	66,0	61,2	44,4	52,6	66,9	68,4	72,7	72,3	69,1	48,4	58,1	64,0	73,8	66,7	61,2	63,7

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. C14 – Giudizio sulla graduale crescita e sul consolidamento di un sistema ospedaliero misto pubblico/privato accreditato (val. %)

Risposte	Conoscenza alternativa pubblico/privato accreditato		Conoscenza possibilità di cura in altre Regioni		Conoscenza possibilità di cura all'estero nei Paesi UE		Preferenza in caso di malattia seria		In caso di struttura non presente nel Comune					
	Si, con chiarezza	Si, vaga idea	Non conosce	Conosce	Mi sembra di conoscere	Non conosce	Si	Ne ho sentito parlare	No	Ospedale pubblico	Ospedale privato	Clinica privata	Cambierebbe tipo	Cereherebbe al di fuori del Comune
Totale	79,1	64,5	54,4	76,5	67,9	57,0	77,6	68,0	64,0	67,0	71,7	56,8	67,7	68,0
– Ormai l'ospedale privato convenzionato fa parte del sistema ospedaliero complessivo, presente sul territorio: quando ci si deve ricoverare non si guarda se l'ospedale è pubblico o privato accreditato, ma si considerano altri fattori (la presenza della specializzazione che serve, la qualità delle prestazioni, la vicinanza, ecc.)	67,9	79,1	64,5	54,4	76,5	67,9	57,0	77,6	68,0	64,0	67,0	71,7	56,8	67,7
– Lo Stato dovrebbe, attraverso il Servizio Sanitario Nazionale utilizzare al meglio tutte le strutture ospedaliere sul territorio (pubbliche e private), per permettere al cittadino di poter scegliere nella maniera migliore, a seconda delle sue necessità, possibilità ed opinioni	77,8	86,2	78,6	60,4	83,1	81,8	81,4	84,2	72,0	79,0	74,8	75,4	76,2	79,0
– In fondo si conosce poco delle diverse opportunità di ricovero che offre il sistema privato convenzionato: la Regione o la ASL dovrebbero investire in opportune campagne di informazione del cittadino per favorire una sua effettiva libera scelta	67,2	69,6	69,2	58,7	67,0	70,6	62,3	67,9	65,6	67,3	66,7	69,5	64,3	69,2
– Sul territorio del mio comune di residenza esiste un'ampia scelta di ospedali (pubblici e privati convenzionati) e quindi si può scegliere quello che meglio serve, volta per volta	46,9	54,6	42,9	41,0	51,5	47,6	40,2	54,7	50,1	41,6	46,9	33,1	56,7	40,3
– Sul territorio della mia provincia di residenza esiste un'ampia scelta di ospedali (pubblici e privati convenzionati) e quindi si può scegliere quello che meglio serve, volta per volta	59,6	71,7	56,0	44,1	67,0	60,7	48,6	69,4	64,0	52,5	60,8	57,9	45,2	63,5
– Sul territorio della mia regione di residenza esiste un'ampia scelta di ospedali (pubblici e privati convenzionati) e quindi si può scegliere quello che meglio serve, volta per volta	63,5	75,1	61,7	45,4	71,4	66,7	48,5	72,0	67,7	57,1	65,3	59,7	51,8	62,1

Fonte: *Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. A1.5 – Suggestimenti dell'intervistato in ordine alla scelta possibile del cittadino tra ospedali pubblici e ospedali privati accreditati (val. %)

Risposte	Ampiezza del Comune di residenza																
	Sesso		Età			Ripartizione geografica			Titolo di studio								
	Maschio	Femmina	18-24 anni	25-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Fino a 20 mila abitanti	20-100 mila abitanti	Oltre 100 mila abitanti	Nessuno + Lic. elementare	Licenza media inferiore	Licenza media superiore +	
- Sarebbe importante che il cittadino avesse a disposizione sul suo territorio l'opportunità di scegliere tra ospedale pubblico e ospedale privato (casa di cura accreditata), con una parità sostanziale di presenza di specialità sia nell'uno che nell'altro, anche a costo di dover pagare più tasse per avere questa possibilità di scelta	25,5	26,4	24,6	22,8	28,4	24,9	25,5	21,7	17,6	30,6	30,0	22,2	27,6	29,5	34,9	20,9	24,2
- Sarebbe importante che il cittadino avesse a disposizione sul suo territorio l'opportunità di scegliere tra ospedale pubblico e ospedale privato (casa di cura accreditata), con una parità sostanziale di presenza di specialità sia nell'uno che nell'altro, in cambio di una più elevata spesa diretta del cittadino sia nel pubblico che nel privato	17,8	16,0	19,5	17,8	21,7	16,7	17,5	17,7	16,6	15,6	19,8	18,8	18,0	15,7	17,6	16,9	18,7
- Non è tanto importante avere un'opportunità di scelta esaustiva tra pubblico e privato accreditato su ogni territorio, quanto piuttosto è importante avere a disposizione dei servizi ospedalieri di qualità siano essi pubblici o privati accreditati e che facciano parte di un sistema ospedaliero integrato al servizio dei cittadini	56,7	57,6	55,9	59,4	49,9	58,4	57,0	60,6	65,8	53,8	50,2	59,0	54,4	54,8	47,5	62,2	57,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	1.918	2.102	346	575	1.483	1.616	1.074	777	768	1.401	1.914	1.174	933	933	1.427	1.660

Fonte: *Indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. C15 – Suggestimenti dell'intervistato in ordine alla scelta possibile del cittadino tra ospedali pubblici e ospedali privati accreditati (val. %)

Risposte	Conoscenza alternativa pubblico/privato accreditato				Conoscenza possibilità di cura in altre Regioni				Conoscenza possibilità di cura all'estero nei Paesi UE			Preferenza in caso di malattia seria			In caso di struttura non presente nel Comune					
	Si, con chiarezza		Si, vaga idea		Non conosce		Conosce		Mi sembra di conoscere		Non conosce		SI	No	Ospedale pubblico	Ospedale privato accreditato	Clinica privato	Cambierebbe tipo di struttura	Cercerebbe al di fuori del Comune	
	Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale	
- Sarebbe importante che il cittadino avesse a disposizione sul suo territorio l'opportunità di scegliere tra ospedale pubblico e ospedale privato (casa di cura accreditata), con una parità sostanziale di presenza di specialità sia nell'uno che nell'altro, anche a costo di dover pagare più tasse per avere questa possibilità di scelta	25,5	27,4	22,3	28,6	26,1	23,4	28,0	36,3	21,1	24,2	24,9	26,4	31,0	33,8	19,8					
- Sarebbe importante che il cittadino avesse a disposizione sul suo territorio l'opportunità di scegliere tra ospedale pubblico e ospedale privato (casa di cura accreditata), con una parità sostanziale di presenza di specialità sia nell'uno che nell'altro, in cambio di una più elevata spesa diretta del cittadino sia nel pubblico che nel privato	17,8	13,1	16,9	28,8	13,4	18,1	23,0	14,6	17,4	19,4	15,5	24,1	18,8	19,6	16,6					
- Non è tanto importante avere un'opportunità di scelta esaustiva tra pubblico e privato accreditato su ogni territorio, quanto piuttosto è importante avere a disposizione dei servizi ospedalieri di qualità siano essi pubblici o privati accreditati e che facciano parte di un sistema ospedaliero integrato al servizio dei cittadini	56,7	59,5	60,8	42,6	60,5	58,5	49,0	49,1	61,5	56,4	59,6	49,5	50,2	46,6	63,6					
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0					
v.a.	4.020	1.503	1.720	797	1.316	1.653	1.051	768	1.340	1.912	2.867	1.023	1.31	1.635	2.385					

Fonte: Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016

4. Le tabelle di dettaglio dell'indagine sui care-giver

Analogamente al caso precedente, vengono riportate le tabelle con i risultati ottenuti attraverso gli incroci tra alcune variabili socioanagrafiche e di opinione con le diverse domande del questionario destinato ai *care-giver*.

Naturalmente le tabelle di incrocio non sono state utilizzate nella loro totalità nell'ambito del commento effettuato nella Parte terza del presente Rapporto. Al contrario si è tenuto conto dei contenuti delle tabelle stesse in relazione al commento effettuato nella Parte terza. E questo allo scopo di limitare anche in questo caso le dimensioni quantitative del Rapporto.

Di conseguenza le tabelle di incrocio vengono richiamate all'interno del commento suddetto, ma sono collocate nel presente Allegato. Il numero progressivo che definisce le tabelle di incrocio corrisponde al numero utilizzato per le tabelle di distribuzione semplice, incluse nella Parte terza.

Gli incroci relativi al campione dei 2.000 *care-giver* sono stati predisposti utilizzando i seguenti gruppi di variabili che hanno consentito di pervenire a tre tipologie di tabelle e cioè:

- le tabelle di tipo “A...”, che comprendono le variabili del sesso, dell'età, della ripartizione geografica e dell'ampiezza del Comune di residenza del *care-giver* e il relativo titolo di studio;
- le tabelle di tipo “B...”, che utilizzano le variabili della professione, del livello socioeconomico di appartenenza così come è stato dichiarato dallo stesso intervistato, del ricorso ai servizi per malattia/intervento grave o leggero, del livello di soddisfazione per i servizi sanitari e socioassistenziali presenti nella Regione dell'intervistato e il giudizio circa l'eventuale logoramento percepito del Sistema Sanitario Nazionale;
- le tabelle di tipo “C...”, che considerano la conoscenza della possibilità di trasferirsi, per ragioni di cura, al di fuori della propria Regione, ricorrendo a strutture di altre Regioni, la conoscenza di poter utilizzare ospedali privati accreditati anziché ospedali pubblici, senza alcun onere

aggiuntivo, nonché la conoscenza della possibilità di ricorrere a cure sanitarie ospedaliere all'estero nell'ambito dell'Unione Europea.

Anche nel caso dell'indagine sui *care-giver* viene riportato un indice sintetico delle tabelle, allo scopo di facilitarne la consultazione.

		pag.
– Servizi ospedalieri utilizzati negli ultimi dodici mesi dal <i>care-giver</i> e dai membri della famiglia ristretta e/o allargata (val. %)	Tab. A2.1	357
	Tab. B2.1	358
– Conoscenza nel 2016 della disposizione che permette di utilizzare sia ospedali pubblici che ospedali privati (case di cura accreditate) senza oneri aggiuntivi per il paziente (val. %)	Tab. A4	359
	Tab. B4	359
– Conoscenza nel 2016 della possibilità di trasferirsi per cura in ospedali al di fuori della propria Regione di residenza (val. %)	Tab. A5	360
	Tab. B5	360
– Conoscenza nel 2016 della possibilità di recarsi per prestazioni sanitarie e ospedaliere presso le strutture dei diversi Paesi dell'Unione Europea con la copertura del Servizio Sanitario Nazionale italiano che dovrà rimborsare le prestazioni agli altri Servizi Sanitari Nazionali (val. %)	Tab. A6	361
	Tab. B6	361
– Ricorso negli ultimi dodici mesi per cure e/o interventi chirurgici in strutture ospedaliere presenti in altre Regioni italiane rispetto a quella di residenza da parte del <i>care-giver</i> e/o da altri componenti della famiglia ristretta e/o della famiglia allargata (val. %)	Tab. A8	362
	Tab. B8	363-364
	Tab. C8	365
– Strutture ospedaliere a cui il <i>care-giver</i> si è rivolto o avrebbe pensato di rivolgersi (per sé o per altri membri della famiglia ristretta o allargata), tenendo conto delle opportunità offerte dalle varie Regioni (val. %)	Tab. A9.1	366
– Le principali ragioni in base alle quali il <i>care-giver</i> ha fatto ricorso o avrebbe pensato/voluto fare ricorso a strutture ospedaliere fuori dalla propria regione, tenendo conto delle esigenze di cura proprie e/o della propria famiglia ristretta e/o allargata (val. %)	Tab. A10	367
– Livello di soddisfazione da parte del <i>care-giver</i> qualora siano state effettivamente utilizzate delle strutture ospedaliere appartenenti ad altre Regioni italiane rispetto alla propria (Giudizi “Molto + Abbastanza soddisfatto”) (val. %)	Tab. A11	368
	Tab. B11	368
	Tab. C11	369
– Livello di soddisfazione espresso dal <i>care-giver</i> sui servizi sanitari e socioassistenziali presenti nella propria Regione nonché degli ospedali che vi operano (Giudizi “Molto + Abbastanza soddisfatto”) (val. %)	Tab. A12	370
	Tab. B12	370
	Tab. C12	371
– Struttura ospedaliera che verrebbe utilizzata in prima istanza per serie ragioni di salute da parte del <i>care-giver</i> o dai membri della famiglia ristretta e/o allargata (val. %)	Tab. A13	372
	Tab. B13	373
	Tab. C13	374
– Valutazione del <i>care-giver</i> su come il Sistema Sanitario della propria Regione gestisce la mobilità sanitaria interregionale dei pazienti (val. %)	Tab. A14	375

– Criteri adottati dalla Regione di appartenenza del <i>care-giver</i> per limitare la mobilità dei pazienti in uscita verso altre Regioni (val. %)	Tab. A15	376
– Strumenti eventualmente utilizzati dal Sistema Sanitario della Regione di appartenenza del <i>care-giver</i> per limitare l'accesso alla mobilità dei pazienti verso altre Regioni (val. %)	Tab. A16	377
	Tab. A19	378
– Ragioni del rimando e/o della rinuncia alle cure (val. %)	Tab. B19	379
	Tab. C19	380
– Percezione di un eventuale logoramento del Sistema Sanitario Nazionale di tipo universalistico e solidale, stante il livello dei servizi, l'aumento dei costi di accesso, la necessità di ricorrere ai servizi intramoenia o a quelli privati, ecc. (val. %)	Tab. A20.2	381
	Tab. B20.2	382
	Tab. C20.2	383

Tab. A2.1 – Servizi ospedalieri utilizzati negli ultimi dodici mesi dai care-giver e dai membri della famiglia ristretta e/o allargata (val. %)

Dal care-giver	Sesso		Età			Ripartizione geografica					Ampiezza del Comune di residenza			Titolo di studio		
	Totale		Femmina	Fino a 34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Fino a licenza media inf.	Media superiore	Laurea e oltre
	Maschio	Femmina														
- Analisi di vario tipo	61,0	57,4	63,6	65,6	50,5	70,8	54,0	64,6	76,9	54,9	63,6	57,3	60,2	61,4	59,4	63,7
- Visite specialistiche	56,4	51,5	60,0	57,9	57,3	55,1	61,8	61,1	59,9	46,5	56,1	46,8	68,2	46,0	58,8	62,3
- Accertamenti diagnostici (es.: RX, TAC, Risonanza Magnetica, ecc.)	40,1	42,0	38,7	23,0	36,2	48,2	39,8	45,1	49,2	31,5	42,0	33,8	43,8	41,8	40,5	37,6
- Interventi chirurgici di tipo leggero	12,7	10,4	14,3	3,4	15,1	12,3	22,0	6,7	12,7	8,0	8,0	8,9	25,8	12,1	13,4	11,9
- Accesso al Pronto Soccorso	12,5	10,9	13,6	12,1	14,8	10,1	12,7	18,0	9,2	10,9	13,2	12,2	11,3	11,3	11,5	15,5
- Maternità	3,3	0,7	5,2	16,0	3,5	-	2,1	4,0	3,1	4,1	3,4	4,7	1,4	2,9	1,7	6,8
- Cure periodiche in day hospital per malattie croniche e/o oncologiche	2,3	2,3	2,3	-	1,7	3,5	3,0	1,2	4,2	1,3	1,5	3,9	2,0	2,5	2,8	1,2
- Interventi chirurgici di tipo grave	2,2	3,7	1,2	0,4	1,3	3,7	3,6	1,8	2,6	1,0	2,3	2,3	2,1	3,1	2,3	1,3
- Cure effettuate durante il ricovero per malattie di tipo leggero	2,2	2,3	2,1	3,1	1,9	2,3	2,8	2,5	1,1	2,1	2,0	1,7	3,2	2,0	1,4	4,0
- Ricorso al 118	1,9	2,0	1,8	0,6	2,1	1,9	1,4	2,3	0,4	3,0	0,9	4,3	1,0	1,2	2,9	0,6
- Cure effettuate durante il ricovero per malattie di tipo grave	1,5	2,0	1,2	1,0	1,0	2,2	1,7	0,7	2,9	1,1	1,1	2,2	1,7	2,1	1,3	1,4
- Altro	0,8	1,1	0,5	2,2	0,6	0,6	0,2	0,2	0,9	1,5	0,8	0,7	0,7	0,2	0,8	1,4
- Non è stato utilizzato alcun servizio	21,4	26,5	17,7	16,8	24,6	19,2	17,8	17,9	14,6	31,1	23,7	22,4	16,1	28,2	20,9	15,6
v.a.	2.000	844	1.156	210	914	876	563	396	404	637	940	570	490	505	989	505

Il totale non è uguale a 100,0 perché erano possibili più risposte.

Fonte: *Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. B2.1 – Servizi ospedalieri utilizzati negli ultimi dodici mesi dai care-giver e dai membri della famiglia ristretta e/o allargata (val. %)

Dal care-giver	Condizione professionale						Livello socioeconomico			Ricorso ai servizi ospedalieri				Livello di soddisfazione dei servizi sanitari e socioassistenziali della Regione				Eventuale logoramento del SSN	
	Totale	Autonomo	Dipendente	Pensionato	Casalinga + Altro	Basso + Medio basso	Medio	Medio alto + Alto	Per malattia/Intervento grave	Per malattia/Intervento leggero	Nessun ricorso	Molto + Abbastanza	Poco + Per niente	Resiste ancora	Un po' + Molto logorato	Non sa rispondere			
- Analisi di vario tipo	61,0	53,8	52,2	79,1	60,8	55,0	55,9	70,5	68,6	81,6	47,3	67,7	51,4	67,8	62,2	48,3			
- Visite specialistiche	56,4	64,9	58,5	62,4	43,0	42,8	47,8	74,4	81,5	74,8	41,7	59,4	61,1	69,9	57,1	36,3			
- Accertamenti diagnostici (es.: RX, TAC, Risonanza Magnetica, ecc.)	40,1	20,8	38,3	57,0	29,2	35,8	34,8	49,0	82,0	57,7	23,6	45,6	34,7	52,0	40,0	24,1			
- Interventi chirurgici di tipo leggero	12,7	9,6	15,0	14,0	6,7	7,7	9,8	18,9	15,5	22,3	6,4	12,0	17,8	13,8	14,8	5,1			
- Accesso al Pronto Soccorso	12,5	9,3	15,4	9,5	10,1	9,2	11,6	15,1	17,5	24,7	4,3	13,1	14,5	10,1	15,7	6,7			
- Maternità	3,3	23,2	3,3	-	2,3	0,2	1,8	6,7	-	8,1	0,8	3,2	4,7	5,9	3,0	0,6			
- Cure periodiche in day hospital per malattie croniche e/o oncologiche	2,3	1,3	1,6	3,6	2,6	2,7	2,0	2,5	15,0	2,2	0,6	2,5	1,7	2,9	2,0	2,5			
- Interventi chirurgici di tipo grave	2,2	0,7	1,3	3,8	2,6	2,3	2,7	1,5	23,7	0,9	0,1	2,8	1,2	3,9	1,1	3,2			
- Cure effettuate durante il ricovero per malattie di tipo leggero	2,2	3,9	1,6	2,5	2,7	1,2	2,8	1,9	2,3	5,4	0,2	2,4	2,2	2,8	2,2	1,5			
- Cure effettuate durante il ricovero per malattie di tipo grave	1,5	0,2	0,8	2,3	2,6	0,9	1,9	1,3	17,5	0,4	-	1,8	1,2	3,1	0,6	2,1			
- Ricorso al 118	1,9	1,3	2,5	0,8	1,8	2,4	1,1	2,6	5,1	3,8	0,3	1,3	3,4	1,9	2,0	1,6			
- Altro	0,8	0,7	0,9	0,5	0,8	0,9	1,0	0,4	0,4	0,5	1,0	0,5	1,5	1,0	0,9	0,1			
- Non è stato utilizzato alcun servizio	21,4	18,2	22,4	12,4	30,4	29,8	27,7	9,2	2,3	0,8	36,7	16,9	21,5	15,0	18,2	39,2			
v.a.	2,000	104	950	505	441	359	924	716	158	698	1.143	1.387	454	529	1.083	389			

Il totale non è uguale a 100,0 perché erano possibili più risposte.

Fonte: Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. A4 – Consocenza nel 2016 della disposizione che permette di utilizzare sia ospedali pubblici che ospedali privati (case di cura accreditate) senza oneri aggiuntivi per il paziente (val. %)

Risposta	Sesso		Età		Ripartizione geografica				Ampiezza del Comune di residenza			Titolo di studio				
	Totale	Maschio	Femmina	Fino a 34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Fino a licenza media inf.	Media superiore	Laurea e oltre
- Sì, con chiarezza	57,7	56,7	58,4	41,2	54,0	65,4	67,9	62,0	53,4	48,7	55,1	49,0	72,5	39,9	61,3	68,2
- Sì, ne ho un'idea vaga	33,5	36,7	31,2	43,6	37,9	26,6	21,7	35,7	43,1	36,5	35,4	40,2	22,3	43,2	32,7	25,5
- No	8,8	6,6	10,4	15,2	8,1	8,0	10,4	2,3	3,5	14,8	9,5	10,8	5,2	16,9	6,0	6,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	2.000	844	1.156	210	914	876	563	396	404	637	940	570	490	505	989	505

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. B4 – Consocenza nel 2016 della disposizione che permette di utilizzare sia ospedali pubblici che ospedali privati (case di cura accreditate) senza oneri aggiuntivi per il paziente (val. %)

Risposta	Condizione professionale			Livello socioeconomico			Ricorso ai servizi ospedalieri			Livello di soddisfazione dei servizi sanitari e socioassistenziali della Regione			Eventuale logoramento del SSN			
	Totale	Autonomo	Dipendente	Pensionato	Casalanga + Altro	Basso + Medio basso	Medio	Medio alto + Alto	Per malattia/intervento grave	Per malattia/intervento leggero	Nessun ricorso	Molto + Abbastanza	Poco + Per niente	Resiste ancora	Un po' + Molto logorato	Non sa rispondere
- Sì, con chiarezza	57,7	55,5	58,0	67,8	45,8	44,0	52,0	71,8	60,8	65,9	52,1	62,2	54,6	75,0	58,2	32,6
- Sì, ne ho un'idea vaga	33,5	39,3	35,7	25,4	36,9	39,2	38,3	24,5	34,1	31,9	34,5	32,8	35,1	22,2	35,6	43,1
- No	8,8	5,2	6,3	6,8	17,3	16,8	9,7	3,7	5,1	2,2	13,4	5,0	10,3	2,8	6,2	24,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	2.000	104	950	505	441	359	924	716	158	698	1.143	1.387	454	529	1.083	389

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. A5 – Conoscenza nel 2016 della possibilità di trasferirsi per cura in ospedali al di fuori della propria Regione di residenza (val. %)

Risposta	Sesso		Età		Ripartizione geografica				Ampiezza del Comune di residenza			Titolo di studio			
	Maschio	Femmina	Fino a 34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Fino a licenza inf.	Media superiore	Laurea e oltre
Totale	49,0	40,3	34,4	38,2	52,3	54,0	46,7	38,8	36,9	41,9	42,9	49,2	29,1	45,7	55,5
- Sì, sono perfettamente a conoscenza di questa opportunità	40,7	41,5	40,2	39,7	46,7	34,7	41,4	49,3	39,8	42,1	39,2	39,8	46,2	44,8	27,3
- Sì, mi pare di ricordare che c'è questa possibilità	15,3	9,5	19,5	25,9	15,1	13,0	11,9	11,9	23,3	16,0	17,9	11,0	24,7	9,5	17,2
- No, non ne ero a conoscenza sino ad oggi	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale	2.000	844	1.156	210	914	876	563	404	637	940	570	490	505	989	505
v.a.															

Fonte: *indagine Ermenèia – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. B5 – Conoscenza nel 2016 della possibilità di trasferirsi per cura in ospedali al di fuori della propria Regione di residenza (val. %)

Risposta	Condizione professionale			Livello socioeconomico		Ricorso ai servizi ospedalieri			Livello di soddisfazione dei servizi sanitari e socioassistenziali della Regione			Eventuale logoramento del SSN								
	Autonomo	Dipendente	Pensionato	Casalanga +	Altro	Basso +	Medio basso	Medio	Medio alto +	Alto	Per malattia/intervento grave	Per malattia/intervento leggero	Nessun ricorso	Molto +	Abbastanza	Poco +	Per niente	Resiste ancora	Un po' +	Molto logorato	Non sa rispondere
Totale	38,2	46,5	51,2	31,8	32,8	39,5	55,5	53,8	52,5	37,4	48,8	34,5	64,2	43,6	17,8					
- Sì, sono perfettamente a conoscenza di questa opportunità	40,7	17,9	43,4	37,2	44,2	40,0	45,7	34,6	35,2	36,0	44,4	38,1	51,8	22,5	45,7	51,5				
- Sì, mi pare di ricordare che c'è questa possibilità	15,3	43,9	10,1	11,6	24,0	27,2	14,8	9,9	11,0	11,5	18,2	13,1	13,7	13,3	10,7	30,7				
- No, non ne ero a conoscenza sino ad oggi	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0				
Totale	2.000	104	950	505	441	359	924	716	158	698	1.143	1.387	454	529	1.083	389				
v.a.																				

Fonte: *indagine Ermenèia – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. A6 – Conoscenza nel 2016 della possibilità di recarsi per prestazioni sanitarie e ospedaliere presso le strutture dei diversi Paesi dell'Unione Europea con la copertura del Servizio Sanitario Nazionale italiano che dovrà rimborsare le prestazioni agli altri Servizi Sanitari Nazionali (val. %)

Risposta	Sesso		Età		Ripartizione geografica				Ampiezza del Comune di residenza			Titolo di studio				
	Maschio	Femmina	Fino a 34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Fino a licenza media inf.	Media superiore	Laurea e oltre	
Totale	29,0	29,7	28,5	18,6	28,0	32,6	36,4	19,7	31,8	26,6	25,5	30,0	34,7	14,9	30,4	40,5
- Sì, sono al corrente	33,6	39,6	29,1	29,4	31,7	36,5	32,3	40,5	39,4	26,6	34,7	27,0	39,1	29,5	39,5	26,0
- No, non sono al corrente di tale opportunità	37,4	30,7	42,4	52,0	40,3	30,9	31,3	39,8	28,8	46,8	39,8	43,0	26,2	55,6	30,1	33,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	2.000	844	1.156	210	914	876	563	396	404	637	940	570	490	505	989	505

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. B6 – Conoscenza nel 2016 della possibilità di recarsi per prestazioni sanitarie e ospedaliere presso le strutture dei diversi Paesi dell'Unione Europea con la copertura del Servizio Sanitario Nazionale italiano che dovrà rimborsare le prestazioni agli altri Servizi Sanitari Nazionali (val. %)

Risposta	Condizione professionale			Livello socioeconomico			Ricorso ai servizi ospedalieri			Livello di soddisfazione dei servizi sanitari e socioassistenziali della Regione			Eventuale logoramento del SSN			
	Autonomo	Dipendente	Pensionato	Casalunga + Altro	Basso + Medio basso	Medio + Medio alto + Alto	Per malattia/intervento grave	Per malattia/intervento leggero	Nessun ricorso	Molto + Abbastanza	Poco + Per niente	Resiste ancora	Un po' + Molto logorato	Non sa rispondere		
Totale	29,0	24,4	32,7	32,1	18,7	32,1	18,7	32,1	55,6	27,3	26,4	32,1	22,7	38,6	31,1	10,2
- Sì, sono al corrente	33,6	23,3	35,3	39,0	26,1	31,1	36,3	33,2	24,1	36,3	33,2	33,9	37,5	29,2	38,3	26,2
- No, non sono al corrente di tale opportunità	37,4	52,3	32,0	28,9	55,2	39,6	27,1	20,3	36,4	40,4	34,0	39,8	32,2	30,6	63,6	
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	2.000	104	950	505	441	359	924	716	158	698	1.143	1.387	454	529	1.083	389

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. A8 – Ricorso negli ultimi dodici mesi per cure e/o interventi chirurgici in strutture ospedaliere presenti in altre Regioni italiane rispetto a quella di residenza da parte del caregiver e/o da altri componenti della famiglia ristretta e/o della famiglia allargata (val. %)

Tipologia di ricorso	Sesso		Età				Ripartizione geografica				Ampiezza del Comune di residenza				Titolo di studio		
	Maschio	Femmina	Fino a 34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Fino a 10 mila ab.	11-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Fino a lic. media inf.	Media superiore	Laurea e oltre
Totale	9,6	9,6	10,5	10,2	8,8	8,5	8,3	10,4	11,0	8,1	11,8	9,9	4,3	11,3	11,7		
<i>Care-giver orientati a fare concretamente l'esperienza</i>																	
- Sì, abbiamo fatto ricorso per una o più persone appartenenti alla famiglia ristretta e/o alla famiglia allargata	0,3	0,6	0,1	0,5	0,1	0,7	-	0,3	0,1	-	0,8	0,2	-	0,4	0,2		
- Sì, volevamo fare ricorso, ma poi abbiamo rinunciato perché la lista di attesa era troppo lunga	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
- Sì, volevamo fare ricorso, ma la Asl non ci ha dato l'autorizzazione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
- No, non abbiamo fatto ricorso perché c'era un problema relativo alle spese che avremmo dovuto sostenere come accompagnatori per assistere il paziente	0,2	-	0,3	0,6	0,2	0,1	-	0,1	0,6	0,2	0,2	0,1	-	0,3	0,1		
<i>Care-giver orientati potenzialmente a fare l'esperienza</i>																	
- No, non abbiamo fatto ricorso ma abbiamo comunque valutato la possibilità di rivolgerci ad ospedali di un'altra Regione	5,3	3,7	6,4	0,8	10,0	1,5	11,6	1,1	4,1	3,1	1,8	3,7	13,7	0,6	8,3	4,1	
- No, non abbiamo fatto ricorso, ma se dovessimo affrontare un problema serio di salute valteremo certamente anche l'opportunità di rivolgerci a strutture ospedaliere fuori Regione	12,8	16,9	9,8	17,3	9,7	15,0	10,1	19,1	11,4	12,3	15,0	12,2	9,4	7,2	13,8	16,6	
<i>Care-giver che non si sono posti il problema</i>																	
- No, non abbiamo fatto ricorso perché gli ospedali presenti nel Comune, nella Provincia e nella Regione di residenza erano sufficientemente adeguati alle nostre necessità	54,1	54,2	54,1	42,7	52,2	58,8	57,4	53,5	61,8	46,5	55,0	48,7	64,0	47,3	57,5		
- No, non abbiamo fatto ricorso, perché non sapevamo che si poteva ricorrere ad ospedali fuori Regione senza alcun onere aggiuntivo da sostenere per il ricovero	17,7	15,0	19,7	28,1	17,2	15,7	11,7	18,0	11,9	26,4	18,4	16,3	18,0	23,9	18,6	9,8	
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	2.000	844	1.156	210	914	876	563	396	404	637	940	570	490	505	989	505	

Fonte: indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. B8 – Ricorso negli ultimi dodici mesi per cure e/o interventi chirurgici in strutture ospedaliere presenti in altre Regioni italiane rispetto a quella di residenza da parte dei care-giver e/o da altri componenti della famiglia ristretta e/o della famiglia allargata (val. %)

Tipologia di ricorso	Condizione professionale				Livello socioeconomico			Livello di soddisfazione dei servizi sanitari e socioassistenziali della Regione				Eventuale logoramento del SSN			
	Autonomo	Dipendente	Pensionato	Casalinga + Altro	Basso + Medio basso	Medio	Medio alto + Alto	Per malattia/intervento grave	Per malattia/intervento leggero	Nessun ricorso	Molto + Abbastanza	Poco + Per niente	Resiste ancora	Un po' + Molto logorato	Non sa rispondere
<i>Totale</i>	9,6	10,9	8,3	8,4	7,2	8,5	12,3	21,0	12,4	6,3	9,3	10,9	9,2	11,2	5,9
<i>Care-giver orientati a fare concretamente l'esperienza</i>	0,3	0,5	0,2	-	-	0,2	0,6	0,2	0,6	0,1	0,3	0,2	0,8	0,1	-
- Sì, abbiamo fatto ricorso per una o più persone appartenenti alla famiglia ristretta e/o alla famiglia allargata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Sì, volevamo fare ricorso, ma poi abbiamo rinunciato perché la lista di attesa era troppo lunga	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Sì, volevamo fare ricorso, ma la Asl non ci ha dato l'autorizzazione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- No, non abbiamo fatto ricorso perché c'era un problema relativo alle spese che avremmo dovuto sostenere come accompagnatori per assistere il paziente	0,2	0,3	-	0,2	0,3	0,3	-	-	0,1	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2	-
<i>Care-giver orientati potenzialmente a fare l'esperienza</i>	5,3	4,0	9,1	0,9	2,5	3,0	10,1	0,5	2,9	7,4	1,8	17,1	1,8	8,3	1,6
- No, non abbiamo fatto ricorso ma abbiamo comunque valutato la possibilità di rivolgerci ad ospedali di un'altra Regione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- No, non abbiamo fatto ricorso, ma se dovessimo affrontare un problema serio di salute valuteremo certamente anche l'opportunità di rivolgerci a strutture ospedaliere fuori Regione	12,8	6,9	11,6	19,0	9,8	10,8	16,6	3,3	17,9	11,1	11,4	14,2	18,8	11,8	7,6

./.

Tab. B8 – Ricorso negli ultimi dodici mesi per cure e/o interventi chirurgici in strutture ospedaliere presenti in altre Regioni italiane rispetto a quella di residenza da parte dei caregiver e/o da altri componenti della famiglia ristretta e/o della famiglia allargata (val. %)

Tipologia di ricorso	Condizione professionale			Livello socioeconomico			Livello di soddisfazione dei servizi sanitari e socioassistenziali della Regione					Eventuale logoramento del SSN				
	Autonomo	Dipendente	Pensionato	Casalinga + Altro	Basso + Medio basso	Medio	Medio alto + Alto	Per malattia/ intervento grave	Per malattia/ intervento leggero	Nessun ricorso	Molto + Abbastanza		Poco + Per niente	Resiste ancora	Un po' + Molto logorato	Non sa
Totale	54,1	71,6	53,5	55,7	49,2	49,8	58,7	50,2	63,6	56,0	51,6	64,6	33,8	57,9	54,6	47,4
	17,7	7,9	14,1	15,9	29,9	30,8	18,5	10,2	11,4	10,1	23,2	12,4	23,6	11,2	13,8	37,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	2.000	104	950	505	441	359	924	716	158	698	1.143	1.387	454	529	1.083	389

Fonte: Indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sisrema, 2016

Care-giver che non si sono posti il problema

- No, non abbiamo fatto ricorso perché gli ospedali presenti nel Comune, nella Provincia e nella Regione di residenza erano sufficientemente adeguati alle nostre necessità
- No, non abbiamo fatto ricorso, perché non sapevamo che si poteva ricorrere ad ospedali fuori Regione senza alcun onere aggiuntivo da sostenere per il ricovero

Tab. C8 – Ricorso negli ultimi dodici mesi per cure e/o interventi chirurgici in strutture ospedaliere presenti in altre Regioni italiane rispetto a quella di residenza da parte dei care-giver e/o da altri componenti della famiglia ristretta e/o della famiglia allargata (val. %)

Tipologia di ricorso	Conoscenza possibilità di ricorso a cura fuori Regione			Conoscenza possibilità di ricorso agli ospedali privati accreditati (senza oneri)			Conoscenza possibilità di corsi all'estero nella UE			
	Perfettamente a conoscenza	Mi pare di ricordare	Non conosce	Si, conosce con chiarezza	Si, conosce vagamente	Non conosce	Si, è al corrente	Si, ne ha sentito parlare	No, non è al corrente	
Totale	9,6	15,7	5,2	3,7	11,5	7,6	5,0	13,0	10,0	6,6
<i>Care-giver orientati a fare concretamente l'esperienza</i>	0,3	0,5	0,1	-	0,4	0,1	-	-	0,2	0,6
- Sì, abbiamo fatto ricorso per una o più persone appartenenti alla famiglia ristretta e/o alla famiglia allargata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Sì, volevamo fare ricorso, ma poi abbiamo rinunciato perché la lista di attesa era troppo lunga	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Sì, volevamo fare ricorso, ma la Asl non ci ha dato l'autorizzazione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- No, non abbiamo fatto ricorso perché c'era un problema relativo alle spese che avremmo dovuto sostenere come accompagnatori per assistere il paziente	0,2	0,1	0,4	-	0,1	0,4	-	0,0	0,4	0,1
<i>Care-giver orientati potenzialmente a fare l'esperienza</i>	5,3	3,1	9,3	0,6	7,3	3,1	0,4	3,1	11,2	1,7
- No, non abbiamo fatto ricorso ma abbiamo comunque valutato la possibilità di rivolgerci ad ospedali di un'altra Regione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- No, non abbiamo fatto ricorso, ma se dovessimo affrontare un problema serio di salute valuteremo certamente anche l'opportunità di rivolgerci a strutture ospedaliere fuori Regione	12,8	19,5	8,6	4,7	14,4	10,1	12,7	15,0	14,2	10,0
<i>Care-giver che non si sono posti il problema</i>	54,1	55,4	56,0	45,7	55,4	57,6	32,7	61,1	51,7	50,8
- No, non abbiamo fatto ricorso perché gli ospedali presenti nel Comune, nella Provincia e nella Regione di residenza erano sufficientemente adeguati alle nostre necessità	17,7	5,7	20,4	45,3	10,9	21,1	49,2	7,8	12,3	30,2
- No, non abbiamo fatto ricorso, perché non sapevamo che si poteva ricorrere ad ospedali fuori Regione senza alcun onere aggiuntivo da sostenere per il ricovero	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale	2.000	880	814	306	1.153	671	176	580	671	748
v.a.										

Fonte: Indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. A9.1 – Strutture ospedaliere a cui il care-giver si è rivolto o avrebbe pensato di rivolgersi (per sé o per altri membri della famiglia ristretta o allargata), tenendo conto delle opportunità offerte dalle varie Regioni (val. %)

Ospedali pubblici	Totale		Sesso		Età			Ripartizione geografica				Ampiezza del Comune di residenza			Titolo di studio		
	Totale	Maschio	Femmina	Fino a 34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Fino a licenza media inf.	Media superiore	Laurea e oltre	
- Lombardia	43,1	54,0	33,9	69,7	24,9	59,0	36,3	77,4	23,8	37,6	51,3	57,2	18,0	52,7	44,6	36,8	
- Calabria	12,6	0,1	23,2	-	25,0	-	34,7	-	-	0,1	0,1	0,1	42,9	-	21,4	0,2	
- Emilia Romagna	11,7	14,1	9,7	3,5	11,7	14,3	3,0	6,5	34,6	14,2	12,5	14,9	7,7	20,5	6,1	19,4	
- Lazio	11,1	11,1	11,1	10,5	10,4	12,1	2,4	0,3	0,2	36,1	8,6	10,7	15,2	3,9	4,6	25,9	
- Toscana	10,5	11,4	9,7	4,2	15,4	5,9	7,9	0,7	26,4	12,1	10,6	11,8	9,2	7,2	10,2	12,2	
- Veneto	8,9	10,5	7,6	20,7	5,5	9,8	7,7	11,8	13,5	5,9	6,7	14,7	7,0	7,9	7,4	12,1	
- Liguria	8,2	2,3	13,3	51,2	3,4	1,4	16,1	-	2,9	7,0	1,6	26,5	2,0	-	5,9	15,5	
- Piemonte	6,4	0,7	11,3	14,3	5,5	5,2	10,3	0,5	11,3	3,0	9,8	6,1	1,6	18,3	4,2	6,5	
- Campania	2,8	4,6	1,2	0,6	4,4	1,2	5,1	-	2,0	2,2	1,4	6,8	1,2	3,2	3,6	1,0	
- Trentino Alto Adige	2,4	3,9	1,1	-	2,2	3,4	0,9	3,1	9,2	0,2	4,3	1,3	0,5	1,2	0,9	5,8	
- Basilicata	2,0	0,6	3,1	0,1	3,8	0,1	0,1	-	-	6,9	4,3	0,2	-	-	0,9	4,8	
- Umbria	1,6	0,4	2,6	12,1	0,1	0,3	-	-	10,2	-	3,2	0,6	-	-	2,4	0,5	
- Puglia	1,7	1,6	1,7	-	1,3	2,6	0,4	3,6	-	2,9	2,0	-	2,6	2,5	1,2	2,3	
- Abruzzo	1,1	1,3	1,0	-	1,1	1,5	-	-	0,8	3,6	0,3	3,8	-	5,4	0,2	1,4	
- Valle D'Aosta	0,7	-	1,3	6,1	-	-	2,0	-	-	1,6	-	-	-	-	-	2,3	
- Friuli Venezia Giulia	0,7	0,7	0,6	-	0,8	0,8	0,4	1,5	0,8	0,5	0,6	1,0	0,5	1,8	0,4	0,8	
- Marche	0,7	1,2	0,2	-	0,1	1,6	-	1,8	0,5	0,8	0,6	0,5	0,9	-	1,1	-	
- Sardegna	0,5	-	0,9	2,9	0,3	-	0,0	1,6	0,9	-	-	1,3	0,5	-	0,2	1,1	
- Sicilia	0,4	0,6	0,2	0,1	-	1,0	-	-	1,4	-	-	1,5	0,0	-	0,5	0,3	
- Molise	0,1	-	0,3	-	0,3	-	-	-	0,5	0,3	-	-	-	-	0,3	-	
v.a.	423	195	228	49	212	161	153	86	65	118	188	111	123	46	247	129	

Il totale non è uguale a 100,0 perché erano possibili più risposte.

Fonte: *Indagine Ermenieia – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. A10 – Le principali ragioni in base alle quali il care-giver ha fatto ricorso o avrebbe pensato/voluto fare ricorso a strutture ospedaliere fuori dalla propria regione, tenendo conto delle esigenze di cura proprie e/o della propria famiglia ristretta e/o allargata (val. %)

Ragioni	Totale		Età					Ripartizione geografica					Ampiezza del Comune di residenza					Titolo di studio				
	Uomini	Donne	Fino a 34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Fino a licenza media inf.	Media superiore	Laurea e oltre							
- La qualità dei servizi sanitari ospedalieri rispetto a quelli della mia Regione di appartenenza	44,2	39,7	72,8	32,3	51,3	37,7	51,6	33,7	52,5	49,1	55,2	26,2	22,7	41,3	58,1							
- La presenza di personale medico di fiducia negli ospedali extraregionali a cui ci si voleva rivolgere	31,0	46,8	8,8	22,6	47,7	12,1	65,9	28,7	28,7	41,1	22,8	24,6	36,6	35,1	20,7							
- La presenza di specializzazioni che non esistono in strutture ospedaliere appartenenti al Servizio Sanitario della mia Regione	30,4	25,5	53,3	28,0	27,2	29,6	11,7	42,1	36,4	31,2	37,5	22,1	31,5	22,9	45,4							
- Le serie ragioni di salute	20,7	21,8	40,3	20,5	15,6	23,8	7,5	22,9	24,9	25,3	28,7	5,9	17,7	17,3	28,7							
- La presenza di liste di attesa troppo lunghe negli ospedali della mia Regione	16,9	13,7	19,6	27,7	15,1	17,6	11,0	11,9	23,1	13,1	29,1	10,2	17,7	18,2	13,8							
- La qualità di servizi di ospitalità (camere, cibo, personale di servizio, ecc.) rispetto alle strutture presenti nella mia Regione	16,5	10,1	21,9	6,8	8,0	36,3	8,6	2,8	10,0	1,9	11,6	42,4	1,4	23,0	8,7							
- La vicinanza a parenti, conoscenti o amici in cui è o sarebbe possibile appoggiarsi	7,3	6,5	8,0	14,2	3,1	4,3	3,7	10,9	10,6	9,4	5,2	6,4	14,5	6,5	6,3							
- La maggiore facilità di raggiungere la struttura ospedaliera della Regione confinante rispetto ad altre strutture della Regione di appartenenza meno facilmente raggiungibili	6,2	3,2	8,7	0,5	5,8	8,2	7,5	2,9	5,8	3,7	13,7	2,1	-	8,5	3,7							
- La presenza di personale infermieristico (o di altro personale) di fiducia negli ospedali extraregionali a cui ci si voleva rivolgere	1,5	1,9	0,8	2,2	0,8	1,4	-	1,0	2,9	2,1	0,1	2,1	2,9	0,6	2,9							
- Altro	2,7	2,6	1,4	3,1	2,5	2,1	2,3	2,2	3,9	1,7	5,1	1,7	5,0	2,6	2,0							
v.a.	564	260	304	61	279	224	174	113	105	171	237	164	164	61	338	165						

Il totale non è uguale a 100,0 perché erano possibili più risposte.

Fonte: *Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. A11 – Livello di soddisfazione da parte del care-giver qualora siano state effettivamente utilizzate delle strutture ospedaliere appartenenti ad altre Regioni italiane rispetto alla propria (Giudizi “Molto + Abbastanza soddisfatto”) (val. %)

Livello di soddisfazione	Sesso		Età		Ripartizione geografica			Ampiezza del Comune di residenza		Titolo di studio						
	Maschio	Femmina	Fino a 34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Fino a licenza media inf.	Media superiore	Laurea e oltre	
Totale	76,4	74,6	78,1	77,6	73,4	80,3	85,7	83,4	54,2	71,9	75,4	71,3	82,8	56,0	85,5	66,6
- Ospedali pubblici	79,2	71,6	86,0	72,9	82,1	76,7	69,5	84,0	82,1	80,2	79,9	87,6	69,7	92,4	85,4	67,9
- Ospedali privati (case di cura accreditate)	77,7	50,8	94,4	100,0	77,1	48,4	87,9	86,1	52,9	73,8	57,9	97,0	62,6	100,0	81,3	75,3
- Cliniche private																

Fonte: indagini Ermenèia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. B11 – Livello di soddisfazione da parte del care-giver qualora siano state effettivamente utilizzate delle strutture ospedaliere appartenenti ad altre Regioni italiane rispetto alla propria (Giudizi “Molto + Abbastanza soddisfatto”) (val. %)

Livello di soddisfazione	Condizione professionale		Livello socioeconomico		Ricorso ai servizi ospedalieri		Livello di soddisfazione dei servizi sanitari e socioassistenziali della Regione		Eventuale logoramento del SSN								
	Autonomo	Dipendente	Basso +	Medio basso	Medio	Medio alto +	Alto	Per malattia/ intervento grave	Per malattia/ intervento leggero	Nessun ricorso	Abbastanza	Poco +	Per niente	Resiste ancora	Un po' +	Molto logorato	Non sa rispondere
Totale	76,4	57,0	80,2	82,6	69,0	84,7	75,1	79,9	79,6	94,8	85,2	73,7	84,4	75,4	82,0	79,3	74,7
- Ospedali pubblici	77,7	66,4	86,6	16,8	100,0	100,0	73,1	78,8	84,4	77,1	77,6	64,8	92,1	57,3	88,3	12,2	
- Ospedali privati (case di cura accreditate)																	
- Cliniche private																	

Fonte: indagini Ermenèia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. C11 – Livello di soddisfazione da parte del care-giver qualora siano state effettivamente utilizzate delle strutture ospedaliere appartenenti ad altre Regioni italiane rispetto alla propria (Giudizi: "Molto + Abbastanza soddisfatto") (val. %)

Livello di soddisfazione	Conoscenza possibilità di ricorso									
	a cura fuori Regione			agli ospedali privati accreditati (senza oneri)			all'estero nella U/E			
Totale	Perfettamente a conoscenza	Mi pare di ricordare	Non conosce	Si, conosce con chiarezza	Si, conosce vagamente	Non conosce	Si, è al corrente	Si, ne ha sentito parlare	No, non è al corrente	
- Ospedali pubblici	76,4	81,3	62,2	81,6	58,2	85,4	75,1	85,8	58,6	
- Ospedali privati (case di cura accreditate)	79,2	87,1	67,0	79,3	78,5	100,0	85,5	84,1	67,2	
- Cliniche private	77,7	92,6	58,8	61,9	94,6	96,4	76,8	82,5	76,7	

Fonte: Indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. A12 – Livello di soddisfazione espresso dal care-giver sui servizi sanitari e socioassistenziali presenti nella propria Regione nonché degli ospedali che vi operano (Giudizi “Molto + Abbastanza soddisfatto”) (val. %)

Livello di soddisfazione	Sesso		Età		Ripartizione geografica				Ampiezza del Comune di residenza			Titolo di studio				
	Totale	Maschio	Femmina	Fino a 34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Fino a licenza media inf.	Media superiore	Laurea e oltre
- Servizi sanitari e socioassistenziali	64,0	65,0	63,4	55,2	60,8	69,6	77,7	74,3	63,2	46,3	63,4	59,6	70,8	61,0	63,2	68,9
- Ospedali della Sua Regione	69,4	72,2	67,3	56,6	64,7	77,1	74,0	81,1	79,8	51,4	73,9	63,9	67,0	75,3	64,1	73,6

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. B12 – Livello di soddisfazione espresso dal care-giver sui servizi sanitari e socioassistenziali presenti nella propria Regione nonché degli ospedali che vi operano (Giudizi “Molto + Abbastanza soddisfatto”) (val. %)

Livello di soddisfazione	Condizione professionale		Livello socioeconomico		Ricorso ai servizi ospedalieri			Livello di soddisfazione dei servizi sanitari e socioassistenziali della Regione			Eventuale logoramento del SSN				
	Totale	Autonomo	Dipendente	Basso + Casalinga + Altro	Medio basso + Medio	Medio alto + Alto	Per malattia/intervento grave	Per malattia/intervento leggero	Nessun ricorso	Molto + Abbastanza	Poco + Per niente	Resiste ancora	Un po' + Molto logorato	Non sa rispondere	
- Servizi sanitari e socioassistenziali	64,0	78,3	61,3	75,3	54,0	63,9	69,4	62,4	72,6	59,1	83,1	23,5	91,3	56,8	47,5
- Ospedali della Sua Regione	69,4	77,3	66,2	83,3	58,1	71,9	69,8	85,8	80,3	60,3	100,0	-	94,6	60,9	58,5

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. C12 – Livello di soddisfazione espresso dal care-giver sui servizi sanitari e socioassistenziali presenti nella propria Regione nonché degli ospedali che vi operano (Giudizi "Molto + Abbastanza soddisfatto") (val. %)

Livello di soddisfazione	Conoscenza possibilità di ricorso agli ospedali privati accreditati (senza oneri)						Conoscenza possibilità di curarsi all'estero nella U.E.				
	Conoscenza possibilità di ricorso a cura fuori Regione			Conoscenza possibilità di ricorso agli ospedali privati accreditati (senza oneri)			Non conosce		Sì, è al corrente		Sì, ne ha sentito parlare
Totale	Perfettamente a conoscenza	Mi pare di ricordare	Non conosce	Sì, conosce con chiarezza	Sì, conosce vagamente	Non conosce	Sì, è al corrente	Sì, ne ha sentito parlare	No, non è al corrente	Sì, ne ha sentito parlare	No, non è al corrente
- Servizi sanitari e socioassistenziali	73,5	56,7	56,4	73,2	55,2	37,5	70,9	65,8	57,2	70,1	63,1
- Ospedali della Sua Regione	69,4	65,0	59,4	74,8	67,9	39,7	76,7	70,1	63,1	70,1	63,1

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. A1.3 – Struttura ospedaliera che verrebbe utilizzata in prima istanza per serie ragioni di salute da parte dei care-giver o dai membri della famiglia ristretta e/o allargata (val. %)

Tipologia e localizzazione degli ospedali scelti	Totale		Sesso		Età		Ripartizione geografica					Ampiezza del Comune di residenza			Titolo di studio				
		Totale	Maschio		Femmina		Fino a 34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Fino a licenza media inf.	Media superiore	Laurea e oltre
Un ospedale pubblico																			
- Nel mio Comune	33,1	33,0	33,2	29,8	28,8	38,4	38,4	36,5	35,6	39,3	24,7	9,0	43,7	67,2	33,1	29,5	40,3		
- Fuori del mio Comune ma nella mia Provincia	38,2	40,7	36,3	38,0	37,6	38,8	32,0	32,0	50,4	38,9	35,4	64,4	24,0	4,1	41,2	41,5	28,7		
- Fuori della mia Provincia ma in Regione	10,4	9,8	10,8	12,0	12,9	7,3	18,8	5,9	10,1	5,8	8,5	10,0	14,4	7,7	11,2	11,3			
- Fuori della Regione ma in Italia	6,4	6,9	6,1	3,9	6,4	7,0	4,0	1,2	1,2	1,2	15,2	5,9	8,1	5,4	1,9	6,2	11,4		
- Fuori Italia	0,5	0,7	0,3	0,5	0,7	0,3	1,2	-	0,6	0,1	0,1	0,1	1,1	0,6	-	0,9	0,1		
- Non saprei dare una risposta	11,4	8,9	13,3	15,8	13,6	8,2	7,5	6,9	9,9	18,8	12,1	13,1	8,3	16,1	10,7	8,2			
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
v.a.	2.000	844	1.156	210	914	876	563	396	404	637	940	570	490	505	989	505			
Un ospedale privato accreditato																			
- Nel mio Comune	22,5	22,4	22,6	21,5	22,8	22,5	28,0	21,3	24,7	17,0	5,0	24,4	54,1	20,8	19,1	31,0			
- Fuori del mio Comune ma nella mia Provincia	30,8	34,8	27,8	28,4	29,1	32,9	32,6	31,4	32,6	27,7	46,9	25,6	5,6	44,7	27,4	23,5			
- Fuori della mia Provincia ma in Regione	15,1	13,9	16,0	27,1	15,0	12,3	17,8	21,3	9,8	12,2	18,9	10,5	13,1	4,3	21,8	12,7			
- Fuori della Regione ma in Italia	8,5	9,4	7,9	3,8	8,8	9,5	6,2	2,5	5,4	16,3	7,5	12,0	6,6	2,7	8,4	14,5			
- Fuori Italia	0,5	0,8	0,3	0,5	0,7	0,4	1,3	0,0	0,6	0,1	1,2	0,1	1,2	0,6	-	1,0	0,1		
- Non saprei dare una risposta	22,6	18,7	25,4	18,7	23,6	22,4	14,1	23,5	26,9	26,7	21,6	26,3	20,0	27,5	22,3	18,2			
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
v.a.	2.000	844	1.156	210	914	876	563	396	404	637	940	570	490	505	989	505			
Una clinica privata																			
- Nel mio Comune	16,4	15,6	17,0	21,6	16,8	14,8	21,5	15,7	18,6	11,1	3,9	16,7	40,2	11,6	14,2	25,6			
- Fuori del mio Comune ma nella mia Provincia	19,5	20,6	18,7	22,5	20,5	17,8	17,7	26,2	19,6	17,0	29,9	15,3	4,6	25,2	18,6	15,6			
- Fuori della mia Provincia ma in Regione	7,9	7,3	8,2	18,4	8,6	4,6	6,0	5,2	6,8	11,8	9,1	9,5	3,6	3,6	9,3	9,3			
- Fuori della Regione ma in Italia	8,5	6,6	9,9	3,5	12,3	5,7	15,5	1,1	2,4	10,7	5,4	6,6	16,7	2,0	10,3	11,5			
- Fuori Italia	2,0	1,1	2,7	0,7	1,1	3,3	4,4	2,5	0,7	0,4	1,3	4,2	0,7	4,6	1,4	0,7			
- Non saprei dare una risposta	45,7	48,8	43,5	33,3	40,7	53,8	34,9	49,3	51,9	49,0	50,4	47,7	34,2	53,0	46,2	37,3			
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
v.a.	2.000	844	1.156	210	914	876	563	396	404	637	940	570	490	505	989	505			

Fonte: Indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. B13 – Struttura ospedaliera che verrebbe utilizzata in prima istanza per serie ragioni di salute da parte del care-giver o dai membri della famiglia ristretta e/o allargata (val. %)

Tipologia e localizzazione degli ospedali scelti	Livello di soddisfazione dei servizi sanitari e socioassistenziali della Regione												Eventuale logoramento del SSN			
	Condizione professionale				Livello socioeconomico				Ricorso ai servizi ospedalieri					logoramento del SSN		
	Autonomo	Dipendente	Pensionato	Casalinga + Altro	Basso + Medio basso	Medio	Medio alto + Alto	Per malattia/Intervento grave	Per malattia/Intervento leggero	Nessun ricorso	Molto + Abbastanza	Poco + Per niente			Resiste ancora	Un po' + Molto logorato	Non sa/rispondere
<i>Totale</i>																
Un ospedale pubblico																
- Nel mio Comune	33,1	56,3	30,3	42,6	23,1	32,6	29,9	37,5	41,0	33,9	31,6	38,9	18,7	42,3	27,7	35,8
- Fuori del mio Comune ma nella mia Provincia	38,2	20,1	37,2	40,6	41,4	36,0	42,0	34,3	36,4	44,1	34,8	44,3	29,4	45,2	38,6	27,2
- Fuori della mia Provincia ma in Regione	10,4	11,0	14,6	6,4	5,5	5,4	9,1	14,4	5,8	6,6	13,3	7,1	23,2	4,3	15,5	4,3
- Fuori della Regione ma in Italia	6,4	6,3	7,5	4,6	6,3	7,0	7,1	5,3	12,7	6,2	5,7	4,3	15,0	4,8	7,8	4,9
- Fuori Italia	0,5	0,2	0,7	0,5	0,1	0,1	0,1	1,2	-	0,0	0,8	-	2,2	-	0,9	0,0
- Non saprei dare una risposta	11,4	6,1	9,7	5,3	23,6	18,9	11,8	7,3	4,1	9,2	13,8	5,4	11,5	3,4	9,5	27,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	2.000	104	950	505	441	359	924	716	158	698	1.143	1.387	454	529	1.083	389
Un ospedale privato accreditato																
- Nel mio Comune	22,5	40,5	21,3	28,4	14,3	20,5	18,7	28,4	35,3	25,7	18,8	27,1	13,1	33,8	17,2	22,0
- Fuori del mio Comune ma nella mia Provincia	30,8	19,0	30,2	32,8	32,2	35,7	38,8	17,9	14,3	31,6	32,6	36,0	22,6	31,5	33,4	22,0
- Fuori della mia Provincia ma in Regione	15,1	10,2	15,7	16,9	12,9	6,2	10,6	25,3	5,3	15,1	16,4	12,5	27,6	15,2	17,0	9,7
- Fuori della Regione ma in Italia	8,5	7,4	9,8	6,5	8,4	6,9	8,9	8,9	15,6	10,0	6,6	5,6	17,9	6,9	10,2	6,2
- Fuori Italia	0,5	0,2	0,7	0,6	0,2	0,2	0,2	1,2	-	0,0	0,9	0,0	2,2	-	1,0	0,1
- Non saprei dare una risposta	22,6	22,7	22,3	14,8	32,0	30,5	22,8	18,3	29,5	17,6	24,7	18,8	16,6	12,6	21,2	40,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	2.000	104	950	505	441	359	924	716	158	698	1.143	1.387	454	529	1.083	389
Una clinica privata																
- Nel mio Comune	16,4	40,4	16,0	19,0	8,8	12,4	12,2	23,8	30,5	18,9	13,0	19,7	9,3	23,8	11,7	19,5
- Fuori del mio Comune ma nella mia Provincia	19,5	13,5	21,2	14,4	23,3	24,1	22,0	14,1	9,6	21,0	20,0	21,6	17,9	19,5	22,1	12,3
- Fuori della mia Provincia ma in Regione	7,9	6,8	9,8	3,3	9,2	3,9	7,8	10,0	6,4	5,8	9,0	6,5	14,6	5,7	9,0	7,7
- Fuori della Regione ma in Italia	8,5	6,6	12,5	2,9	6,7	5,2	6,5	12,8	11,5	5,9	9,7	4,5	21,6	7,3	10,3	5,1
- Fuori Italia	2,0	0,6	1,2	3,4	2,5	0,5	2,3	2,5	-	0,3	3,4	1,4	2,3	0,0	3,6	0,3
- Non saprei dare una risposta	45,7	32,1	39,3	57,0	49,5	53,9	49,2	36,8	42,0	48,1	44,6	46,3	34,3	43,7	43,3	55,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	2.000	104	950	505	441	359	924	716	158	698	1.143	1.387	454	529	1.083	389

Fonte: Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. C13 – *Struttura ospedaliera che verrebbe utilizzata in prima istanza per serie ragioni di salute da parte del care-giver o dai membri della famiglia ristretta e/o allargata (val. %)*

Tipologia e localizzazione degli ospedali scelti	Conoscenza possibilità di ricorso a cura fuori Regione						Conoscenza possibilità di ricorso agli ospedali privati accreditati (senza oneri)			Conoscenza possibilità di ricorsi all'estero nella UE			
	Performance a conoscenza	Mi pare di ricordare	Non conosce	Si, conosce con chiarezza	Si, conosce vagamente	Non conosce	Si, è al corrente	Non conosce	Si, ne ha sentito parlare	No, non è al corrente	Totale		
Un ospedale pubblico													
- Nel mio Comune	33,1	35,4	31,1	31,9	35,6	33,0	17,7	37,0	28,0	34,6			
- Fuori del mio Comune ma nella mia Provincia	38,2	38,1	40,3	32,7	40,5	36,9	27,1	36,6	38,8	39,0			
- Fuori della mia Provincia ma in Regione	10,4	9,5	13,7	3,8	11,6	7,2	14,1	10,7	16,0	5,0			
- Fuori della Regione ma in Italia	6,4	9,7	3,8	4,1	7,3	5,7	3,8	9,5	5,2	5,1			
- Fuori Italia	0,5	1,0	-	0,4	0,8	0,0	0,3	1,1	0,3	0,2			
- Non saprei dare una risposta	11,4	6,3	11,1	27,1	4,2	17,2	37,0	5,1	11,7	16,1			
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
v.a.	2.000	880	814	306	1.153	671	176	580	671	748			
Un ospedale privato accreditato													
- Nel mio Comune	22,5	24,2	19,8	25,2	24,8	21,0	13,6	26,8	18,5	22,9			
- Fuori del mio Comune ma nella mia Provincia	30,8	28,0	34,7	28,3	31,3	32,6	20,3	28,7	27,7	35,0			
- Fuori della mia Provincia ma in Regione	15,1	17,7	16,6	3,3	19,5	7,9	13,6	12,5	25,6	7,7			
- Fuori della Regione ma in Italia	8,5	13,2	5,0	4,3	9,8	7,6	3,7	12,3	6,0	7,9			
- Fuori Italia	0,5	1,0	0,1	0,4	0,8	0,1	0,3	1,1	0,4	0,2			
- Non saprei dare una risposta	22,6	15,9	23,8	38,5	13,8	30,8	48,5	18,6	21,8	26,3			
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
v.a.	2.000	880	814	306	1.153	671	176	580	671	748			
Una clinica privata													
- Nel mio Comune	16,4	18,1	13,8	18,8	18,2	14,5	12,0	20,0	13,7	16,1			
- Fuori del mio Comune ma nella mia Provincia	19,5	16,6	22,3	20,6	20,1	19,8	14,6	18,8	19,3	20,3			
- Fuori della mia Provincia ma in Regione	7,9	9,8	6,8	5,1	8,6	5,0	14,2	11,2	5,6	7,3			
- Fuori della Regione ma in Italia	8,5	8,9	9,8	3,9	11,7	4,3	3,8	7,9	12,9	5,0			
- Fuori Italia	2,0	2,1	2,4	0,6	1,1	4,0	0,2	1,3	1,9	2,6			
- Non saprei dare una risposta	45,7	44,5	44,9	51,0	40,3	52,4	55,2	40,8	46,6	48,7			
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
v.a.	2.000	880	814	306	1.153	671	176	580	671	748			

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. A1.4 – Valutazione del care-giver su come il Sistema Sanitario della propria Regione gestisce la mobilità sanitaria interregionale dei pazienti (val. %)

Risposta	Sesso		Età			Ripartizione geografica					Ampiezza del Comune di residenza				Titolo di studio		
	Maschio	Femmina	Fino a 34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Fino a licenza media inf.	Media superiore	Laurea e oltre		
Totale	38,9	46,9	33,1	25,0	31,3	50,5	32,3	40,1	32,3	46,4	38,6	23,3	37,9	39,8	37,3		
- Non mi pare ci siano particolari problemi per i pazienti nel ricorrere ad ospedali fuori Regione	32,1	34,6	30,3	47,6	31,6	28,3	18,0	39,5	40,1	36,4	30,2	25,1	36,0	30,7	32,8		
- Non mi pare che il Sistema Sanitario Regionale abbia regolamentato la mobilità sanitaria verso altre Regioni	8,9	10,3	7,9	17,6	11,2	4,2	9,6	5,7	10,7	9,6	10,1	6,1	17,1	6,1	10,4		
- Il Sistema Sanitario Regionale ha cercato di favorire la mobilità in entrata verso le proprie strutture ospedaliere	17,4	7,8	24,4	9,8	24,5	12,3	26,4	11,4	9,5	6,3	13,9	45,0	7,8	22,5	11,1		
- Il Sistema Sanitario Regionale ha cercato di limitare la mobilità dei pazienti in uscita verso altre Regioni	2,7	0,4	4,3	-	1,4	4,7	0,9	8,3	1,6	0,4	7,2	0,5	1,2	0,9	8,4		
- Altro	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
Totale	716	302	414	85	318	313	229	180	99	207	356	192	168	115	431		
v.a.																	

Fonte: indagini Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. A1.5 — Criteri adottati dalla Regione di appartenenza del care-giver per limitare la mobilità dei pazienti in uscita verso altre Regioni (val. %)

Risposta	Sesso		Età			Ripartizione geografica				Ampiezza del Comune di residenza			Titolo di studio		
	Maschio	Femmina	Fino a 34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Fino a licenza media inf.	Media superiore	Laurea e oltre
Totale	49,0	59,0	40,7	27,7	41,9	60,3	38,0	55,4	64,1	48,1	57,3	37,1	36,7	47,0	64,6
- Sottolineando la presenza di strutture ospedaliere regionali ritenute sufficientemente adeguate rispetto alle cure e/o agli interventi richiesti da parte dei pazienti	20,2	7,4	30,9	20,3	28,6	11,2	35,8	13,4	18,2	9,7	8,4	14,8	14,9	24,1	12,7
- Ricordando che le liste di attesa non sono particolarmente lunghe presso le strutture ospedaliere regionali	15,8	12,7	18,4	10,1	15,8	16,9	10,4	12,2	9,0	28,3	12,1	28,3	9,7	17,3	15,6
- Rilevando la non sufficiente gravità della malattia e/o la non sufficiente complessità dell'intervento chirurgico richiesto	15,4	16,0	14,8	7,0	13,6	18,7	13,0	15,5	6,1	22,4	13,7	25,2	8,6	20,8	11,2
- Ricordando che esistono accordi con altri Sistemi Sanitari Regionali, diretti a limitare la mobilità	14,5	11,5	17,0	38,5	10,8	14,2	10,4	11,0	19,1	19,9	17,5	17,5	7,3	9,1	16,1
- Ricordando che esistono delle limitazioni derivanti dal budget (e cioè delle risorse disponibili per poter sostenere i costi derivanti dal ricovero dei pazienti in altre Regioni)	5,7	5,4	6,0	5,3	3,2	8,5	2,7	0,7	8,4	12,2	2,4	10,9	5,8	4,6	5,8
- Ricordando le limitazioni nei confronti della mobilità interregionale derivanti dagli orientamenti del Ministero della Salute	1,5	3,0	0,3	0,9	2,8	0,2	3,7	0,2	0,5	0,6	0,1	4,6	0,7	-	2,2
- Altro	542	246	296	43	258	241	173	135	77	156	236	148	158	90	338
v.a.															

Il totale non è uguale a 100,0 perché erano possibili più risposte.

Fonte: *Indagine Ermeneta - Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. A.16 – Strumenti eventualmente utilizzati dal Sistema Sanitario della Regione di appartenenza del care-giver per limitare l'accesso alla mobilità dei pazienti verso altre Regioni (val. %)

Risposta	Totale		Età					Ripartizione geografica					Ampiezza del Comune di residenza				Titolo di studio		
	Maschio	Femmina	Fino a 34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Fino a licenza media inf.	Media superiore	Laurea e oltre				
- Valutando il parere fornito dal medico di famiglia e/o dallo specialista da parte della ASL di appartenenza	39,4	28,7	46,6	11,1	48,8	32,4	21,3	50,2	29,9	27,9	36,4	54,9	12,4	50,2	27,3				
- Chiedendo il parere motivato del medico di base e/o dello specialista	36,7	42,0	33,1	46,8	31,2	42,5	31,3	41,7	40,9	32,3	59,2	20,3	41,4	38,0	30,7				
- Richiedendo un'autorizzazione preventiva (scritta) da parte della ASL	19,4	22,2	17,6	21,5	19,8	18,3	16,4	15,1	17,9	24,7	26,5	15,3	10,5	11,2	45,8				
- Generando un'attesa troppo lunga per avere la risposta da parte della ASL	12,9	16,7	10,3	13,5	10,2	16,8	8,4	14,9	14,0	15,8	16,6	11,8	9,7	10,2	8,6				
- Richiedendo un'autorizzazione preventiva (orale) da parte della ASL	10,0	16,2	5,9	22,0	7,0	11,5	10,6	29,0	4,0	3,7	17,9	6,3	5,0	11,1	4,7				
- Altro	1,5	3,8	-	-	2,8	-	4,0	-	0,4	-	-	4,5	0,4	-	2,5				
v.a.	448	180	267	43	245	159	155	60	163	161	139	147	63	277	107				

Il totale non è uguale a 100,0 perché erano possibili più risposte.

Fonte: *indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. A1.9 – Ragioni del rimando e/o della rinuncia alle cure (val. %)

Risposta	Sesso		Età			Ripartizione geografica					Ampiezza del Comune di residenza			Titolo di studio		
	Maschio	Femmina	Fino a 34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Fino a licenza media inf.	Media superiore	Laurea e oltre	
																Totale
- Le difficoltà economiche familiari (per pagare ticket, accessi, prestazioni, ecc.)	65,4	47,6	40,1	57,2	56,1	36,2	74,0	71,2	56,2	54,5	74,5	33,9	63,7	48,0	70,1	
- Le liste di attesa troppo lunghe per le prestazioni	43,7	57,5	62,9	55,4	41,9	70,2	35,2	44,0	47,5	47,3	42,6	68,2	40,0	59,3	36,5	
- Le difficoltà burocratiche per poter accedere alle prestazioni	26,2	9,1	10,3	15,5	18,6	11,2	6,8	11,6	22,5	17,6	21,5	7,4	14,9	17,1	11,8	
- La diminuzione delle prestazioni (e dei servizi) offerti ai pazienti	13,9	7,9	7,5	10,4	11,1	10,4	5,4	8,2	12,1	10,9	13,8	5,7	11,4	10,1	9,8	
- Il peggioramento delle prestazioni (e dei servizi) offerti ai pazienti	13,4	5,9	5,1	8,8	10,6	10,6	1,9	15,5	8,0	3,9	13,3	10,6	8,0	7,7	13,3	
- Altre difficoltà	1,9	2,0	4,7	1,7	1,2	1,3	3,8	2,6	1,6	1,3	2,4	2,3	2,3	1,8	2,2	
v.a.	164	256	56	229	134	123	56	51	188	162	131	126	62	277	80	
Il totale non è uguale a 100,0 perché erano possibili più risposte.																

Fonte: *Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. B19 – Ragioni del rimando e/o della rinuncia alle cure (val. %)

Risposta	Livello di soddisfazione dei servizi sanitari e socioassistenziali della Regione										Eventuale logoramento del SSN					
	Condizione professionale			Livello socioeconomico			Ricorso ai servizi ospedalieri			Livello di						
Totale	Autonomo	Dipendente	Pensionato	Casalinga + Altro	Basso + Medio basso	Medio	Medio alto + Alto	Intervento grave/Per malattia	Intervento leggero/Per malattia	Nessun ricorso	Abbastanza + Poco +	Resiste ancora	Un po' + Molto logorato	Non sa rispondere		
- Le difficoltà economiche familiari (per pagare ticket, accessi, prestazioni, ecc.)	54,6	86,4	49,3	47,6	61,0	76,7	53,8	35,3	74,2	75,4	43,7	69,0	39,7	70,4	55,8	41,8
- Le liste di attesa troppo lunghe per le prestazioni	52,1	25,8	61,5	49,2	41,1	38,0	43,7	76,1	48,0	32,1	61,0	39,0	69,4	54,7	55,9	35,0
- Le difficoltà burocratiche per poter accedere alle prestazioni	15,8	0,6	18,2	20,6	12,1	14,2	17,3	15,1	11,6	16,7	15,8	12,1	17,8	7,1	15,6	20,4
- La diminuzione delle prestazioni (e dei servizi offerti ai pazienti)	10,2	5,1	10,3	20,4	6,7	10,3	14,2	4,9	2,5	14,5	9,2	7,5	13,8	6,2	11,5	6,8
- Il peggioramento delle prestazioni (e dei servizi) offerti ai pazienti	8,9	3,5	8,0	22,8	5,3	6,4	12,0	6,9	13,9	9,1	8,2	6,2	12,7	3,3	10,2	5,9
- Altre difficoltà	2,0	0,8	2,2	0,4	2,4	1,4	3,8	-	0,6	0,8	2,6	1,8	2,3	5,0	1,2	3,5
v.a.	419	24	222	53	120	118	171	129	28	117	275	210	189	36	309	75

Il totale non è uguale a 100,0 perché erano possibili più risposte.

Fonte: Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. C19 – Ragioni del rimando e/o della rinuncia alle cure (val. %)

Risposta	Conoscenza possibilità di ricorso agli ospedali privati accreditati (senza oneri)						Conoscenza possibilità di curarsi all'estero nella UE		
	Conoscenza possibilità di ricorso a cura fuori Regione			Conoscenza possibilità di ricorso agli ospedali privati accreditati (senza oneri)			Si, è al corrente	Si, ne ha sentito parlare	No, non è al corrente
Totale	Perfettamente a conoscenza	Mi pare di ricordare	Non conosce	Si, conosce con chiarezza	Si, conosce vagamente	Non conosce	Si, è al corrente	Si, ne ha sentito parlare	No, non è al corrente
- Le difficoltà economiche familiari (per pagare ticket, accessi, prestazioni, ecc.)	54,6	47,4	67,4	49,7	66,5	50,0	54,4	41,1	67,4
- Le liste di attesa troppo lunghe per le prestazioni	52,1	57,8	38,7	56,5	43,7	48,2	70,4	53,9	42,7
- Le difficoltà burocratiche per poter accedere alle prestazioni	15,8	11,9	16,1	10,9	24,1	22,7	29,1	10,1	15,6
- La diminuzione delle prestazioni (e dei servizi) offerti ai pazienti	10,2	7,6	6,5	9,9	12,1	6,7	18,7	8,8	8,0
- Il peggioramento delle prestazioni (e dei servizi) offerti ai pazienti	8,9	8,4	6,9	6,2	15,0	7,5	14,4	9,0	6,4
- Altre difficoltà	2,0	1,5	3,2	1,1	2,1	6,9	0,9	1,6	2,8
v.a.	419	213	83	260	120	39	74	168	177

Il totale non è uguale a 100,0 perché erano possibili più risposte.
Fonte: indagine Ermenieia – Studi & Strategie di Sistema, 2016

Tab. A20.2 – Percezione di un eventuale logoramento del Sistema Sanitario Nazionale di tipo universalistico e solidale, stante il livello dei servizi, l'aumento dei costi di accesso, la necessità di ricorrere ai servizi intramoenia o a quelli privati, ecc. (val. %)

Risposta	Totale		Età					Ripartizione geografica					Ampiezza del Comune di residenza					Titolo di studio		
	Maschio	Femmina	Fino a 34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	North-Ovest	North-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Fino a licenza	media inf.	Media superiore	Laurea e oltre				
- Mi sembra di poter affermare che il Sistema Sanitario Nazionale universalistico e solidale esista ancora, malgrado tutto	32,8	27,5	28,1	27,4	39,6	34,8	41,6	30,4	26,4	32,1	32,1	34,8	34,7	29,1	38,3					
- Mi sembra che si sia un po' logorato	32,4	34,8	28,6	40,4	24,9	33,6	28,6	30,7	35,2	30,3	30,0	38,8	33,4	32,6	31,4					
- Mi sembra che si sia significativamente logorato nel corso degli ultimi anni	34,8	31,1	43,3	32,2	35,5	31,6	29,8	38,9	38,4	37,6	37,9	26,4	31,9	38,3	30,3					
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0					
v.a.	1.612	699	912	743	703	481	318	358	455	764	429	418	317	844	450					

Fonte: *Indagine Ermenenia – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. B20.2 – Percezione di un eventuale logoramento del Sistema Sanitario Nazionale di tipo universalistico e solidale, stante il livello dei servizi, l'aumento dei costi di accesso, la necessità di ricorrere ai servizi intramoenia o a quelli privati, ecc. (val. %)

Risposta	Condizione professionale				Livello socioeconomico				Ricorso ai servizi ospedalieri				Livello di soddisfazione dei servizi sanitari e socioassistenziali della Regione	
	Totale	Autonomo	Dipendente	Pensionato	Casalinga + altro	Basso + Medio basso	Medio	Medio alto + Alto	Per malattia/ intervento grave	Per malattia/ intervento leggero	Nessun ricorso	Molto +	Poco +	
- Mi sembra di poter affermare che il Sistema Sanitario Nazionale universalistico e solidale esista ancora, malgrado tutto	32,8	47,5	27,7	44,2	27,2	28,2	29,1	38,8	43,6	35,3	29,4	43,1	4,3	
- Mi sembra che si sia un po' logorato	32,4	26,6	37,0	25,8	30,1	34,3	39,1	24,1	14,5	27,7	38,5	31,4	38,7	
- Mi sembra che si sia significativamente logorato nel corso degli ultimi anni	34,8	25,9	35,3	30,0	42,7	37,5	31,8	37,1	41,9	37,0	32,1	25,5	57,0	
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
v.a.	1.612	77	830	415	289	258	713	640	138	600	873	1.160	382	

Fonte: *Indagine Ermenieia – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. C20.2 – Percezione di un eventuale logoramento del Sistema Sanitario Nazionale di tipo universalistico e solidale, stante il livello dei servizi, l'aumento dei costi di accesso, la necessità di ricorrere ai servizi intramoenia o a quelli privati, ecc. (val. %)

Risposta	Conoscenza possibilità di ricorso									
	a cura fuori Regione					agli ospedali privati accreditati (senza oneri)				
	Conoscenza possibilità di ricorso		Conoscenza possibilità di ricorso			Conoscenza possibilità di ricorso		Conoscenza possibilità di curarsi all'estero nella U.E.		
Totale	Perfettamente a conoscenza	Mi pare di ricordare	Non conosce	Si, conosce con chiarezza	Si, conosce vagamente	Non conosce	Si, è al corrente	Si, ne ha sentito parlare	No, non è al corrente	
- Mi sembra di poter affermare che il Sistema Sanitario Nazionale universalistico e solidale esista ancora, malgrado tutto	32,8	41,8	19,4	37,8	38,6	23,4	18,4	37,7	27,1	33,9
- Mi sembra che si sia un po' logorato	32,4	26,4	42,6	24,6	31,6	36,1	18,9	23,0	45,1	28,1
- Mi sembra che si sia significativamente logorato nel corso degli ultimi anni	34,8	31,8	38,0	37,6	29,8	40,5	62,7	39,3	27,8	38,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	1.612	811	614	186	1.026	503	82	541	569	501

Fonte: *Indagine Ermenenia – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

I Rapporto Ospedali & Salute 2016 fa il punto, come ogni anno, sull'andamento del sistema ospedaliero italiano: una realtà costituita da 1.100 istituti di cura con 200.000 posti letto, più di 9 milioni di ricoveri l'anno e 630.000 addetti. Il tutto con una spesa ospedaliera complessiva pari a 61,2 miliardi di euro che corrisponde al 54,3% dei 113 miliardi di euro di spesa sanitaria pubblica.

Si tratta di un complesso sistema di offerta di servizi che va incontro ai bisogni e alla domanda di cura e di assistenza delle persone e per questo il Rapporto presenta sempre due "anime": quella sociale degli utenti e dei cittadini e quella della "macchina", nei suoi aspetti economico-finanziari e gestionali che fanno capo ad un sistema misto pubblico/privato accreditato, definito da una consolidata normativa che risale ormai a 25 anni fa e percepito, oltre che vissuto, come tale dagli italiani.

Quest'anno si è scelto di rilevare gli effetti di un "processo di accumulo" di provvedimenti finanziari e gestionali, formali e di fatto, che hanno finito in questi ultimi anni con lo scaricare sulla domanda le difficoltà di ristrutturazione e di riorganizzazione dell'ospedalità pubblica: attraverso maggiori oneri e limitazioni di accesso per gli utenti che hanno reagito con la ricerca di soluzioni alternative nel privato come pure nelle strutture ospedaliere al di fuori della Regione di residenza oppure con la scelta di rimandare o rinunciare alle cure. Il risultato è che è cresciuta la sensazione di una minore tenuta del principio universalistico e solidale su cui si basa (o si dovrebbe basare) il nostro Sistema Sanitario Nazionale e con il pericolo di un peggioramento futuro degli *outcome* di salute dei cittadini a fronte delle difficoltà di accesso di oggi che si aggiungono al processo di invecchiamento progressivo della popolazione.

E questo mentre permangono aree di "Sovraccarichi" derivanti da finanziamenti non sempre sufficientemente trasparenti alle Aziende ospedaliere pubbliche e agli Ospedali a gestione diretta, che possono configurare possibili ripianamenti impliciti di bilancio. Mentre, al contrario, servirebbe liberare risorse da destinare al miglioramento delle attrezzature, dell'organizzazione e soprattutto dei servizi per gli utenti.

Il sentiero si sta facendo stretto e rende sempre più evidente l'esigenza di una profonda revisione dell'ospedalità pubblica (e dell'intera sanità) che non può trasferire sugli utenti come pure sui soggetti di offerta privati accreditati le sue difficoltà nel ripensarsi profondamente. Il Sistema Sanitario Nazionale costituisce un bene pubblico fondamentale, ma ha un evidente bisogno di manutenzione straordinaria che comprenda la ridefinizione delle sue priorità, l'utilizzo con maggiore efficienza delle risorse di cui dispone e di tener conto delle conseguenze dei provvedimenti di oggi sulla salute dei cittadini a medio termine.

Ermenea – Studi & Strategie di Sistema è una società specializzata che si occupa di analisi e di consulenza per le associazioni di rappresentanza degli interessi e per i soggetti pubblici e privati, ivi compresi quelli del settore dei servizi destinati alla salute, che sono impegnati a ridisegnare la loro presenza e il loro modo di operare nell'ambito dello sviluppo del Paese.

AIOP – Associazione Italiana Ospedalità Privata è un'associazione di categoria che rappresenta gli ospedali e le case di cura private, accreditate e non, presenti in tutte le Regioni italiane, le quali occupano 65 mila addetti e con il 10% degli operatori dell'intero sistema si prendono cura del 15% dei pazienti.

