

Presentazione del 13° Rapporto Annuale “Ospedali & Salute/2015”

Sintesi per la stampa

Embargo: ore 11 di giovedì 10 dicembre

Il giorno 10 dicembre 2015, alle ore 10.00, presso il Senato della Repubblica – Palazzo Giustiniani, Sala Zuccari – Via della Dogana Vecchia 29, Roma, viene presentato il 13° Rapporto Annuale “Ospedali & Salute/2015”, promosso dall’AIOP – Associazione Italiana Ospedalità Privata e realizzato dalla società Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema di Roma.

1. Quest’anno è stato posto l’accento su due aspetti di fondo che caratterizzano il sistema ospedaliero italiano e più specificamente quello pubblico.

Il primo aspetto riguarda l’effetto cumulato sugli utenti del graduale logoramento dell’offerta di servizi ospedalieri delle strutture pubbliche che finisce col creare una situazione di “paziente scoraggiato”. Quest’ultimo infatti deve affrontare i disagi derivanti da un processo di efficientamento lento e tendenzialmente proiettato all’esterno (cioè sulle condizioni di accesso alle prestazioni da parte degli utenti) piuttosto che sul funzionamento e sull’organizzazione delle strutture: con il risultato di pervenire ad una “politica di razionamento” di fatto, vista la ancora troppo debole “politica di efficientamento”, proiettata all’interno.

L’effetto cumulato suddetto si può cogliere attraverso i dati soggettivi, derivanti da un’apposita indagine sui *care-giver*, come pure attraverso alcuni dati oggettivi, basati sugli indicatori disponibili.

I dati soggettivi assumono la forma (cfr. tabella 1):

- di un logoramento percepito da parte del 61,7% degli intervistati rispetto all’attuale Sistema Sanitario Nazionale, a seguito del prolungamento delle liste di attesa, della diminuzione dei servizi, della difficoltà di accesso a questi ultimi, dell’aumento dei ticket e così via;
- di un peggioramento in particolare dei servizi forniti dagli ospedali pubblici, con riferimento ai quali sono stati individuati alcuni problemi valutati come “seri” da più dell’80% dei *care-giver*: la necessità di dover ricorrere alle prestazioni *intramoenia* a pagamento oppure a prestazioni

private, l'esigenza di affrontare difficoltà burocratiche interne alle strutture per poter effettuare analisi, visite mediche specialistiche, accertamenti, ricoveri, ecc., la non sempre adeguata qualità del rapporto umano intrattenuto col paziente, sino ad affermare (nell'89,5% dei casi) che si è davanti ad una situazione di paziente "scoraggiato";

- di un ricorso ad ospedali privati accreditati o a cliniche private a pagamento da parte dei *care-giver* e/o dei membri della relativa famiglia ristretta e/o allargata;
- di una valutazione positiva delle funzioni svolte dagli ospedali privati accreditati presenti sul territorio, in quanto essi "contribuiscono a formare un sistema ospedaliero misto pubblico/privato che risulta essere più completo e che garantisce un presidio migliore per i cittadini (anche perché i servizi dell'ospitalità pubblica da soli non bastano rispetto alle esigenze)"; senza contare che svolgono una funzione importante poiché permettono agli utenti di scegliere tra le alternative possibili: anzi si ammette esplicitamente che "se dovessero venir chiuse (in tutto o in parte) le strutture private accreditate, peggiorerebbe significativamente l'offerta a disposizione per i cittadini, anche perché l'accesso agli ospedali pubblici sta diventando sempre più difficoltoso" (82,3% di accordo).

Vicino ai dati soggettivi vanno anche considerati quelli oggettivi che contribuiscono ad illustrare ulteriormente il graduale appesantimento della condizione dei pazienti e delle famiglie, come mette in evidenza la tabella 2, la quale sottolinea:

- l'aumento progressivo dell'ammontare dei ticket incassato dalle aziende sanitarie (+37,9% tra il 2009 e il 2014), nonché di quello relativo ai farmaci (+74,2% nello stesso periodo), per un valore complessivo di 3,1 miliardi di euro nell'ultimo anno considerato;
- l'incremento del valore delle prestazioni *intramoenia*, fatturate dagli ospedali pubblici, che a sua volta cresce del 17,4% tra il 2009 e il 2014;
- ed infine l'aumento delle aliquote Irpef regionali tra il 2009 e il 2015, che vede una situazione favorevole per la Regione Veneto (+7,0%, con un'aliquota media dell'1,23% nel 2015) ed una situazione di incremento massimo per la Regione Piemonte (+24,8%, con un'aliquota media del 2,63% nello stesso anno); ma con la presenza di aliquote medie lievitate negli anni in maniera significativa per le Regioni commissariate e per quelle sottoposte a Piano di rientro.

E tuttavia va anche sottolineato come la situazione di appesantimento concorra sì a scoraggiare i pazienti, ma contribuisca anche a sollecitare una loro aumentata reattività. L'insieme dei dati della tabella 3 mette in evidenza alcune dinamiche a tale proposito, le quali subiscono un'accelerazione negli ultimi anni e specialmente nel 2015 per far fronte al

logoramento che si è accumulato nel tempo rispetto all'offerta dei servizi ospedalieri pubblici. Tali dati danno conto di tale fenomeno:

- sia sul piano della conoscenza: quella delle disposizioni che permettono di utilizzare ospedali privati accreditati senza oneri aggiuntivi per il paziente (dal 39,3% del 2013 al 41,1% del 2015), quella della possibilità di potersi trasferire, per ragioni di cura, in ospedali collocati fuori Regione (dal 35,2% del 2013 al 36,9% del 2015) e quella dell'opportunità di recarsi presso strutture di altri Paesi dell'Unione Europea con la copertura del Servizio Sanitario Nazionale (dal 14,1% del 2013 al 21,8% del 2015);
- sia sul piano dei comportamenti: gli utilizzatori dei servizi ospedalieri che hanno preso in considerazione le varie possibilità prima di ricoverarsi aumentano costantemente tra il 2013 e il 2015 (e specialmente nell'ultimo anno); e così aumenta il ricorso agli ospedali privati accreditati come pure alle cliniche private, mentre si contrae il ricorso agli ospedali pubblici; ma si allarga anche la propensione a cambiare il tipo di struttura ospedaliera che non risulti presente nel proprio Comune (dal 36,8% del 2013 al 38,4% nel 2015); come pure si fa più consistente l'incidenza dei ricoveri fuori Regione rispetto al totale dei ricoveri (dal 7,6% del 2010 all'8,0% del 2013), malgrado la diminuzione in valore assoluto di questi ultimi.

2. Il secondo aspetto su cui è stato posto l'accento nel Rapporto 2015 riguarda il tema della (necessaria) proiezione dello sforzo di efficientamento sulla “macchina” ospedaliera pubblica e sulla (altrettanto necessaria) trasparenza dei relativi bilanci: esigenze queste che vengono recepite – tra l'altro – all'interno della Legge di Stabilità 2016, nella quale si disciplinano “le procedure per conseguire miglioramenti nella produttività e nell'efficienza degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario e nel rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza”.

In tal senso il presente Rapporto ha intrapreso un percorso di analisi ulteriore rispetto a quella contenuta nei Rapporti precedenti.

Più precisamente si è effettuata la valutazione di tre ambiti, a partire dalle voci di Conto Economico 2014 di tutte le Aziende Ospedaliere pubbliche italiane:

- l'ambito degli eventuali “sovracosti” teorici rispetto ai costi medi, in cui possono celarsi aree di inefficienza: il tutto rispetto a 11 tipologie diverse di spesa (prodotti farmaceutici, altri beni sanitari, servizi di mensa e prodotti alimentari, servizi di lavanderia e materiali di guardaroba, servizi di

- pulizia, smaltimento rifiuti, premi di assicurazione, utenze telefoniche, utenze elettriche, costi di gestione e altri costi);
- l’ambito dei costi espliciti ed impliciti di ammortamento che presentano aree di non sufficiente trasparenza e che possono, a loro volta, nascondere ripianamenti impliciti di bilancio;
 - e l’ambito dei costi aggiuntivi di personale sia di tipo esplicito che di tipo implicito, i quali pongono problemi di non sufficiente trasparenza e configurano altre possibili aree di inefficienza, derivanti da eventuali duplicazioni di personale impiegato.

Lo scopo è innanzitutto quello di mettere a confronto degli *standard di costi* che rispondano a criteri di *spending review* “buona”, in grado cioè di tener conto delle differenze “reali” che esistono tra un’Azienda Ospedaliera e l’altra e non a criteri di *spending review* “cattiva”, quella cioè che tratta tutte le strutture ospedaliere nello stesso modo siano esse efficienti o non efficienti, con la conseguenza di punire le prime e di premiare le seconde. Ma lo scopo è anche quello parallelo di aumentare il livello di trasparenza dei bilanci e quindi di avvicinarsi ad una maggiore confrontabilità dei medesimi, all’interno delle strutture pubbliche come pure all’esterno, tra ospedali pubblici e ospedali privati accreditati.

Il risultato ottenuto porta ad una stima dei sovracosti teorici totali che raggiunge l’ammontare di 2,3 miliardi di euro per le Aziende Ospedaliere e ad una stima di 2,0 miliardi per gli Ospedali a gestione diretta (cfr. tabella 4, Colonna B).

Gli ammortamenti impliciti, sempre per le Aziende Ospedaliere e per gli Ospedali a gestione diretta, ammonterebbero rispettivamente a 966 e a 847 milioni di euro (cfr. tabella 4, Colonna C).

Se poi si prendono in considerazione quelli che sono stati definiti come costi aggiuntivi impliciti di personale, le stime corrispondenti sarebbero pari a 907 milioni di euro per le Aziende Ospedaliere e a 796 milioni di euro per gli Ospedali a gestione diretta (cfr. tabella 4, Colonna D): si tenga presente che se tali stime sono realistiche bisognerebbe ipotizzare l’esistenza di un numero di addetti aggiuntivi impliciti non lontano dalle 50 mila unità, riportabile essenzialmente alle figure infermieristiche, come conseguenza delle rigidità di gestione del personale pubblico, del blocco delle assunzioni, ma anche delle tante e spesso consistenti forme di esonero dalle mansioni usuranti da parte di personale infermieristico che però può successivamente risultare non adeguatamente utilizzato.

Nell’insieme dunque si arriverebbe, tra sovracosti e costi impliciti (di ammortamento e di personale) alla somma complessiva di 7,9 miliardi di euro (cfr. tabella 4) che rappresenterebbero il 17,2% della spesa ospedaliera relativa alle Aziende pubbliche e agli Ospedali a gestione diretta.

Si è anche voluto mettere a confronto i risultati ottenuti con la stima del disavanzo “reale” calcolato nello scorso Rapporto, allo scopo di verificare la coerenza di fondo tra le valutazioni effettuate rispettivamente nel 2014 e nel 2015 (cfr. i dati della prima e dell’ultima colonna della tabella 4).

Naturalmente le cifre richiamate sottolineano l’esigenza di affrontare un processo di efficientamento “reale” e “trasparente” che deve far capo all’ospedalità pubblica cui – è bene ricordarlo – afferisce l’86,4% della spesa ospedaliera complessiva contro il 13,6% di quella privata accreditata nel suo insieme: è evidente dunque che non basta proiettare all’esterno, rispettivamente sui pazienti (con la riduzione o con il peggioramento dei servizi) e sugli operatori privati (attraverso la riduzione dei riconoscimenti economici) l’onere di una riqualificazione che riguarda specificamente l’organizzazione e il modo di operare delle strutture pubbliche.

3. Un’ultima osservazione meritano le opinioni dei *care-giver* a conclusione delle interviste effettuate nel 2015, circa l’esigenza di intraprendere un percorso di revisione effettiva del Sistema Sanitario Nazionale e del sistema ospedaliero pubblico in particolare.

Quello che si può rilevare (cfr. tabella 5) è la presenza di un elevato livello di consapevolezza da parte dei suddetti *care-giver* a proposito della necessità di “cambiare per preservare”, con tutte le conseguenze che ne derivano: sul piano dei servizi (visto che non si può dare tutto a tutti), sul piano dell’efficienza e gestionale e dell’efficacia delle prestazioni, ma anche della trasparenza dei bilanci e di un coerente trattamento tra strutture pubbliche e strutture private accreditate come pure sul piano dell’assunzione di una maggiore responsabilità da parte dei cittadini.

La revisione strutturale e organizzativa è un’esigenza che coinvolge dunque tutti i protagonisti in gioco se vogliamo che il Sistema Sanitario Nazionale nel suo insieme possa “rinascere da adulto”, a partire da quello che ha già raggiunto, mettendo cioè a frutto il molto che ha accumulato al fine di portare a compimento la necessaria mutazione che ad esso compete.

Tab. 1 – Il logoramento del Servizio Sanitario Nazionale e degli ospedali pubblici in particolare, nonché l'utilizzo delle strutture private accreditate, secondo l'opinione dei care-giver (indagine 2015) (°)

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. ¹ :		
▪ Mi sembra che si sia un po' logorato nel corso degli ultimi anni	61,7 {	44,4
▪ Mi sembra che si sia significativamente logorato nel corso degli ultimi anni		17,3
– Alcune ragioni del peggioramento dei servizi degli ospedali pubblici (“Problema Molto + Abbastanza serio”) ² :		
▪ 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 ³ :		
▪ Sì, ad ospedali privati accreditati		40,6
▪ Sì, a cliniche private		20,3
– Valutazione delle funzioni svolte dagli ospedali privati accreditati nel territorio comunale e/o provinciale del <i>care-giver</i> (Giudizi “Molto + Abbastanza d'accordo”) ⁴ :		
▪ “Contribuiscono a formare un sistema ospedaliero pubblico/privato più completo che garantisce un presidio migliore per i cittadini”		82,6
▪ “Svolgono una funzione importante perché permettono ai cittadini di poter scegliere tra strutture pubbliche e strutture private accreditate		81,1
▪ “I servizi dell'ospedalità pubblica da soli non bastano rispetto alle esigenze del territorio”		77,4
▪ “Se dovessero venir chiuse (in tutto o in parte) le strutture private accreditate peggiorerebbe significativamente l'offerta a disposizione per i cittadini, anche perché l'accesso agli ospedali pubblici sta diventando sempre più difficoltoso”		82,3

(°) Cfr. tavola 5/Capitolo 1, Parte prima, pagg. 44-45.

(1) Cfr. tabella 15/Parte terza, pag. 172 (percentuali al netto del 14,4% degli intervistati che non sanno dare una risposta in proposito).

(2) Cfr. tabella 9/Parte terza, pag. 163 (sono stati scelti i problemi “molto + abbastanza seri” che trovano un consenso superiore all'80% da parte degli intervistati).

(3) Cfr. tabella 11/Parte terza, pag. 166.

(4) Cfr. tabella 14/Parte terza, pag. 172.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2015*

Tab. 2 – Alcuni dati oggettivi che testimoniano l'appesantimento nell'accesso ai servizi da parte dei pazienti e il carico fiscale dei cittadini

<i>Fenomeni</i>	<i>Dati</i>		
<i>Incremento del valore dei ticket incassati dalle Aziende Sanitarie nel periodo 2009-2013¹:</i>	<u>2009</u>	<u>2013</u>	<u>2014</u>
– V.a. in milioni di euro	1.176	1.587	1.622
– N.I.	100,0	134,9	137,9
<i>Incremento del valore dei ticket sui farmaci (+ spread generici/branded)²:</i>			
– V.a. in milioni di euro	861	1.436	1.500
– N.I.	100,0	166,8	174,2
<i>Incremento del valore delle prestazioni intramoenia, fatturate dagli ospedali pubblici³:</i>			
– V.a. in milioni di euro	1.132	1.266	1.325
– N.I.	100,0	111,8	117,4
<i>Incremento delle aliquote Irpef regionali tra il 2009 e il 2015 (N.I.: 2009 = 100,0)⁴:</i>		<u>2009</u>	<u>2015</u>
– Incremento minimo: Veneto		100,0	107,0
– Incremento massimo: Piemonte		100,0	224,8
– Regioni commissariate:			
• Lazio		100,0	215,0
• Abruzzo		100,0	123,6
• Molise		100,0	169,3
• Campania		100,0	145,0
• Calabria		100,0	123,6
– Regioni sottoposte a Piano di Rientro			
• Piemonte		100,0	224,8
• Puglia		100,0	137,4
• Sicilia		100,0	123,6

(1) Cfr. tavola 7/Capitolo 1, Parte prima, pag. 49.

(2) Cfr. tavola 8/Capitolo 1, Parte prima, pag. 50.

(3) Cfr. tavola 9/Capitolo 1, Parte prima, pag. 51.

(4) Cfr. tavola 11/Capitolo 1, Parte prima, pag. 54.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2015*

Tab. 3 – La reattività (accentuata) di utilizzatori e cittadini (°)

Fenomeni	Dati								
CONOSCENZA DELLE ALTERNATIVE									
– Conoscenza odierna da parte dei cittadini delle disposizioni che permettono di utilizzare sia ospedali pubblici che ospedali privati accreditati senza oneri aggiuntivi: ¹	<u>2005</u>	<u>2008</u>	<u>2009</u>	<u>2010</u>	<u>2011</u>	<u>2012</u>	<u>2013</u>	<u>2014</u>	<u>2015</u>
▪ Sì, con chiarezza	28,0	31,6	35,5	39,2	42,0	36,8	39,3	40,2	41,1
▪ Sì, ma con una certa vaghezza	41,6	43,1	43,1	37,9	36,5	42,2	40,6	36,8	39,9
– Conoscenza da parte dei cittadini della possibilità di trasferirsi per cura in ospedali al di fuori della propria Regione ²	<u>2005</u>	<u>2008</u>	<u>2009</u>	<u>2010</u>	<u>2011</u>	<u>2012</u>	<u>2013</u>	<u>2014</u>	<u>2015</u>
▪ Ne sono perfettamente a conoscenza	21,8	28,3	31,9	35,4	39,0	32,5	35,2	36,7	36,9
▪ Sembrano ricordare tale possibilità	43,2	43,6	41,5	38,9	38,8	44,3	41,0	39,1	38,5
– 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 ³							<u>2013</u>	<u>2014</u>	<u>2015</u>
▪ Sì, sono al corrente							14,1	20,6	21,8
▪ Sì, ne ho sentito parlare							29,1	32,5	32,4
COMPORAMENTI DI SCELTA									
– Proporzioni degli utilizzatori dei servizi ospedalieri negli ultimi dodici mesi, che hanno preso in considerazione le varie possibilità prima di ricoverarsi: ⁴	<u>2005</u>	<u>2008</u>	<u>2009</u>	<u>2010</u>	<u>2011</u>	<u>2012</u>	<u>2013</u>	<u>2014</u>	<u>2015</u>
▪ Scegliendo poi un ospedale pubblico	21,7	20,2	21,2	19,7	19,8	19,4	28,0	24,7	38,4
▪ Scegliendo poi un ospedale privato accreditato	26,1	31,0	36,0	30,4	40,4	36,5	45,8	38,5	58,1
▪ Scegliendo poi una clinica privata	41,8	37,4	46,5	46,1	53,8	24,5	47,7	47,5	72,8
– Struttura presso la quale gli utilizzatori di servizi ospedalieri si sono recati l'ultima volta negli ultimi dodici mesi ⁵	<u>2005</u>	<u>2008</u>	<u>2009</u>	<u>2010</u>	<u>2011</u>	<u>2012</u>	<u>2013</u>	<u>2014</u>	<u>2015</u>
▪ Ospedale pubblico	78,1	81,0	78,6	79,3	82,3	79,5	80,7	82,0	81,2
▪ Ospedale privato accreditato	21,7	19,1	18,0	19,6	17,8	18,9	19,5	17,7	21,7
▪ Clinica privata	6,7	4,0	8,8	5,1	4,6	4,3	5,7	4,5	9,6
– Struttura che i cittadini utilizzerebbero qualora non fosse disponibile nel proprio comune l'ospedale pubblico, privato accreditato oppure clinica privata, scelto in prima istanza ⁶	<u>2005</u>	<u>2008</u>	<u>2009</u>	<u>2010</u>	<u>2011</u>	<u>2012</u>	<u>2013</u>	<u>2014</u>	<u>2015</u>
▪ Cambierei il tipo di struttura ospedaliera	43,5	47,8	50,5	51,2	51,1	50,8	36,8	35,6	38,4
▪ 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
– Pazienti che si trasferiscono per ragioni di cura in Regioni diverse dalla propria (in migliaia di unità) ⁷						<u>2010</u>	<u>2011</u>	<u>2012</u>	<u>2013</u>
						810	796	758	742
– Incidenza % dei ricoveri fuori Regione per ricoveri in Regioni diverse dalla propria sul totale dei ricoveri a livello nazionale ⁷							7,6	7,8	7,8
									8,0

(°) Cfr. tavola 14//Capitolo 1, Parte prima, pag. 58.

(1) Cfr. tabella 7/Parte seconda, pag. 124.

(2) Cfr. tabella 8/Parte seconda, pag. 124.

(3) Cfr. tabella 11/Parte seconda, pag. 127.

(4) Cfr. tabella 5/Parte seconda, pag. 120.

(5) Cfr. tabella 3/Parte seconda, pag. 114.

(6) Cfr. tabella 10/Parte seconda, pag. 127.

(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).

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2015*

Tab. 4 – Sintesi della stima dei sovracosti, dei costi di ammortamento e dei costi impliciti di personale, sulla base dei dati di Conto Economico delle Aziende Ospedaliere (in mil. di euro). Anno 2014 (°)

Tipologia di strutture pubbliche	A	B	C	D	E
	Disavanzo “reale” stimato nel Rapporto 2014 (1)	Stima sovracosti 2015	Stima ammortamenti impliciti	Stima costi aggiuntivi impliciti di personale	Totale (B + C + D)
– Aziende Ospedaliere	5.066-3.335	2.340 (2)	966 (3)	907 (4)	4.213
– Ospedali a gestione diretta	3.031-2.725	2.042	847	796	3.685
Totale	8.097-6.060	4.382	1.813	1.703	7.898

(°) Corrispondente alla tavola 5/Capitolo 2, Parte prima, pag. 96.

(1) Sulla base della simulazione del disavanzo reale effettuato nel Rapporto *Ospedali & Salute 2014* (Parte prima, pag. 64).

(2) Cfr. paragrafo 2.1/Parte prima e in particolare tavola 2 (Colonna N).

(3) Cfr. paragrafo 2.2/Parte prima e in particolare tavola 3 (Colonna E).

(4) Cfr. paragrafo 2.3/Parte prima e in particolare tavola 4 (Colonna P).

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2015*

Tab. 5 – La necessità di “cambiare per preservare” un Sistema Sanitario Nazionale universalistico e solidale (Giudizi “Molto + Abbastanza d’accordo”) (°)

Fenomeni	Dati ²
UNA REVISIONE IMPEGNATIVA	
– Sarebbe importante preservare al meglio il Sistema Sanitario di cui disponiamo, pur sapendo che non sarà possibile “dare tutto a tutti” (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)	83,1
– È importante che ciascuno “faccia la sua parte”: le strutture ospedaliere da un lato e i cittadini dall’altro	86,0
– Ed è altrettanto importante promuovere esplicitamente un nuovo Sistema di Welfare nel quale possano convergere le coperture pubbliche, le coperture assicurative private individuali, le coperture assicurative collettive aziendali, di categoria o di territorio, al fine di poter creare una situazione di migliore equilibrio tra le esigenze crescenti delle persone e la possibilità di dare risposte eque e solidali nel loro complesso	79,4
L’ESIGENZA DI RISTRUTTURARE I SERVIZI OSPEDALIERI	
– Recuperare risorse da una profonda ristrutturazione organizzativa e gestionale delle strutture ospedaliere pubbliche, da utilizzare per il miglioramento dei servizi rivolti ai pazienti e alle loro famiglie	89,7
– Prevedere dei costi standard delle prestazioni in modo da chiudere quelle inefficienti, dismettendo se del caso anche il personale in sovrappiù (anche perché gli ospedali privati accreditati vengono retribuiti sulla base delle prestazioni effettivamente fornite)	84,5
– Applicare delle tariffe per ogni prestazione fornita che risulti analoga sia per le strutture ospedaliere pubbliche che per le strutture ospedaliere private accreditate, riconoscendo le eventuali funzioni aggiuntive svolte in più sia dagli ospedali pubblici che dagli ospedali privati accreditati	71,3
– Premiare le strutture migliori e punire le strutture peggiori (pubbliche o accreditate che siano), in modo da incentivare la qualità complessiva dell’offerta ospedaliera disponibile	85,9
– Utilizzare meglio la rete delle strutture ospedaliere pubbliche, da un lato e di quelle private accreditate, dall’altro, istituendo un Ente Terzo autonomo in grado di valutare i livelli di efficienza e di efficacia terapeutica di entrambe le strutture menzionate	81,7
– Chiudere gli ospedali tenendo conto non tanto del numero di posti letto quanto piuttosto di un numero minimo di prestazioni effettuate su base annua (es.: numero di parti per i punti nascita, numero di interventi chirurgici per le varie specialità, ecc.), per evitare situazioni di oggettivo rischio per i pazienti	61,7
UN’INEVITABILE RESPONSABILIZZAZIONE MAGGIORE DEI CITTADINI	
– Garantire la copertura pubblica dei bisogni più seri, sul piano delle analisi, degli accertamenti, degli interventi, delle cure, della riabilitazione, sostenendo e incentivando le coperture assicurative sanitarie e assistenziali sul piano individuale e su quello collettivo (di categoria, di territorio, ecc.)	76,7
– Garantire la copertura pubblica dei bisogni più seri, sul piano delle analisi, degli accertamenti, degli interventi, delle cure, della riabilitazione, reintroducendo il sistema delle Mutue di un tempo che prevedeva l’anticipo delle spese da parte delle famiglie e il successivo rimborso a presentazione della documentazione relativa secondo standard prestabiliti	67,6
– Garantire la copertura pubblica dei bisogni più seri, sul piano delle analisi, degli accertamenti, degli interventi, delle cure, della riabilitazione, lasciando alle famiglie l’onere di sostenere gli altri costi	64,4
– Al fine di evitare un eccesso di prestazioni diagnostiche (di cui oggi si sta discutendo) garantire un certo numero di analisi e di accertamenti, lasciando al paziente l’onere di pagarsi eventuali esami che il medico non ritenga necessari, salvo ottenere il rimborso dei costi nel caso si accerti la presenza di seri problemi di salute	73,4

(°) Corrispondente alla tavola 15/Capitolo 1, Parte prima, pagg. 63-64.

(1) Cfr. tabella 17/Parte terza, pagg. 180-181.

(2) Al netto delle mancate risposte che possono andare da un minimo del 5,9% ad un massimo del 13,6%.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2015*