

# Ospedali & Salute

VENTESIMO RAPPORTO ANNUALE 2022

## Sintesi dei risultati

Il Rapporto “Ospedali & Salute” - promosso dall’Associazione Italiana Ospedalità Privata e realizzato dalla società Ermeneia, Studi & Strategie di Sistema - ha rappresentato e continua a rappresentare uno strumento, sempre aggiornato, di monitoraggio e valutazione dell’efficacia e dell’efficienza del sistema ospedaliero italiano.

Un sistema che conserva una forte riconoscibilità per la sua caratteristica natura mista e che, sin dalle origini del Servizio Sanitario Nazionale, si esprime in una componente di diritto pubblico e in una componente di diritto privato.

Il Rapporto ha accompagnato gli ultimi 20 anni di vita dei 44 del Servizio Sanitario Nazionale, offrendo un’analisi aggiornata, ragionata e basata su dati oggettivi, garantendo la “terzietà” della valutazione - grazie all’affidamento a un soggetto esterno, autonomo e indipendente -, e, infine, adottando una doppia prospettiva di analisi, che tiene conto sia del punto di vista della domanda (cioè degli utenti e dei loro bisogni di cura), sia del punto di vista dell’offerta (cioè della “macchina” sanitaria e della sua evoluzione nel tempo).

Auspiciando che l’edizione 2022 sia quella della conclusione del complesso triennio di pandemia, abbiamo voluto descrivere questo inedito periodo di tempo, i cui riflessi, più o meno diretti, sono destinati a prodursi ancora a lungo: la fase dell’emergenza straordinaria, fronteggiata nel 2020; quella proattiva del 2021, caratterizzata dal vasto programma di vaccinazione ma, anche, dal blocco e dal differimento delle prestazioni; infine, quella del 2022, nel quale ci si è trovati ad affrontare un grave fenomeno di prestazioni non erogate o procrastinate.

Qui di seguito i risultati principali e gli elementi di riflessione che emergono dalle analisi contenute nel 20° Rapporto.

## La doppia anima del sistema ospedaliero italiano

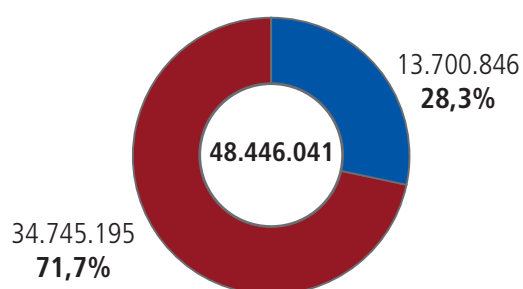
La natura mista della rete ospedaliera si manifesta nella distribuzione dei posti letto accreditati – 70% nella componente di diritto pubblico e 30% nella componente di diritto privato – nonché in una sostanzialmente analoga articolazione delle giornate di degenza erogate<sup>1</sup>.

Si tratta di una situazione che non trova riscontro nella distribuzione della spesa pubblica ospedaliera, che viene destinata per l'88% alle strutture pubbliche e solo per il 12% alle strutture private accreditate<sup>2</sup>.

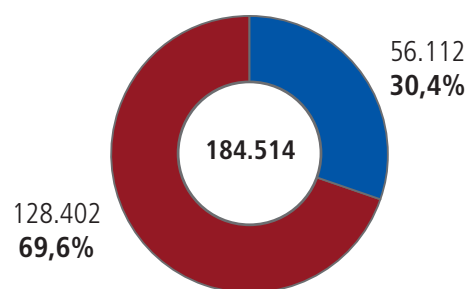
La sproporzione tra apporto fornito in termini di tutela della salute e sostegno pubblico del relativo apporto, è tanto più evidente se si considera che, nel 2020, la complessità media delle prestazioni erogate (espressa dall'indice di *peso medio*) è pari a 1,35 nella componente di diritto pubblico e a 1,42 in quella di diritto privato e che le prestazioni di alta complessità rappresentano, rispettivamente, il 19,6% e il 26,2% del totale tra le strutture dell'intero SSN nella sua duplice natura<sup>3</sup>.

### Il contributo della componente di diritto pubblico e della componente di diritto privato alla rete ospedaliera e il relativo finanziamento

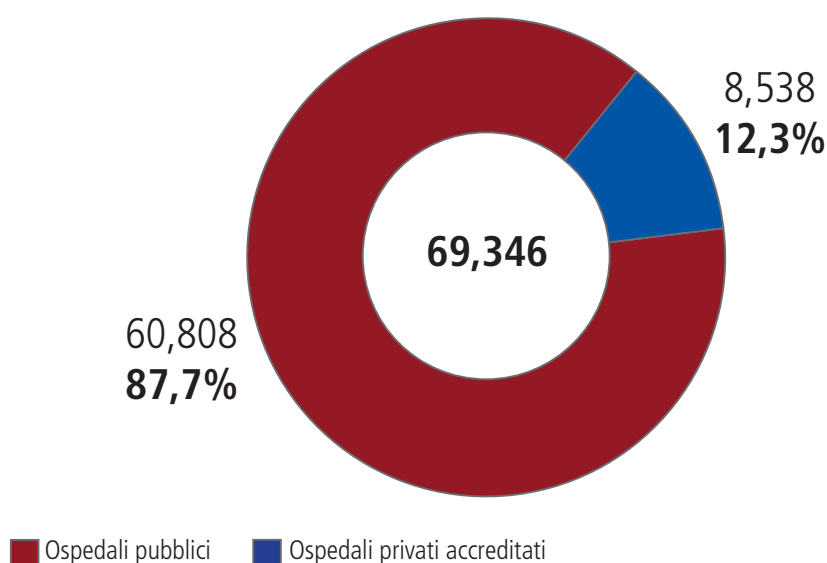
Numero totale delle giornate di degenza delle componenti di diritto pubblico e di diritto privato del SSN (2020).



Numero totale dei posti letto delle componenti di diritto pubblico e di diritto privato del SSN (2020).



Spesa per le componenti ospedaliere di diritto pubblico e di diritto privato del SSN in miliardi di euro (2020)



■ Ospedali pubblici ■ Ospedali privati accreditati

<sup>1</sup> Dati Ministero della Salute – *Open Data e Rapporto SDO 2020*

<sup>2</sup> Dati Corte dei Conti – *Rapporto 2021 su Coordinamento della Finanza Pubblica*

Ragioneria Generale dello Stato del Ministero dell'Economia e delle Finanze – *Il Monitoraggio della Spesa sanitaria, Anno 2022*

<sup>3</sup> Elaborazione su dati Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute

Se si guarda alla qualità delle cure, le strutture di diritto privato del SSN erogano prestazioni mediamente migliori o non diverse da quelle di diritto pubblico in 27 dei 28 indicatori di esito considerati<sup>4</sup>.

Si tratta di un risultato perfettamente in linea con quanto già documentato nel *Rapporto sulla Qualità degli Outcome clinici negli Ospedali Italiani* elaborato da Agenas e Aiop<sup>5</sup> che, sempre attraverso una valutazione comparativa delle due componenti, rileva in quella di diritto privato una maggiore conformità agli standard di qualità, efficacia, appropriatezza e sicurezza.

### La qualità degli ospedali italiani, per natura giuridica – anno 2020

Indicatori	Media esiti		Variazione esiti 2019-2020			
	Ospedali pubblici	Ospedali di diritto privato	Ospedali pubblici		Ospedali di diritto privato	
Valvuloplastica o sostituzione valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	2,7	2,1	-0,03	-	-0,04	-
By-pass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	2,1	1,6	-0,17	↓	-0,56	↓
By-pass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni (nuove variabili)	2,0	1,7	*	*	*	*
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	11,7	10,0	-1,34	↓	-1,63	↓
Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	8,1	8,2	-0,75	↓	-1,41	↓
Infarto STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni dal ricovero	78,9	82,6	0,63	-	-0,56	-
Infarto STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti dall'accesso	52,6	58,5	*	*	*	*
Riparazione aneurisma non-rotto aorta addominale: mortalità a 30 giorni	1,8	1,4	-0,14	↓	-0,66	↓
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	11,2	9,2	-1,77	↓	-2,20	↓
Interv. Chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni	2,9	2,1	-0,18	↓	-0,32	↓
Colecistectomia laparoscopica: degenza post-oper ≤ 3 giorni	74,4	85,2	1,54	-	-0,36	-
Frattura del collo del femore in over 65: intervento chirurgico entro 2 giorni	63,8	70,8	3,17	↓	2,55	↓
Frattura del collo del femore in over 65: intervento chirurgico entro 48 ore	49,4	55,6	*	*	*	*
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	21,0	29,0	0,10	-	-0,47	↓
Parto vaginale: complicanze durante parto e puerperio	0,6	0,6	0,18	↑	0,22	↑
Parto cesareo: complicanze durante parto e puerperio	0,9	0,8	0,31	↑	0,27	↑
Interv. di resezione a 120 giorni da intervento conservativo su TM mammella	6,5	5,2	0,09	-	-0,23	-
Interv. di ricostruz. nel ricovero indice per interv. demolitivo per TM mammella	52,8	59,2	0,22	-	2,20	↓
PBCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	13,4	7,8	-3,32	↓	-2,23	↓
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	1,1	1,1	0,39	-	-0,06	-
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	5,2	4,2	-0,20	-	-0,33	-
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	4,3	3,8	-0,94	↓	0,29	-
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	15,3	12,3	-2,78	↓	-3,44	↓
Protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	1,7	1,7	-0,24	-	-0,54	↓
Protesi di ginocchio: revisione entro 2 anni dall'intervento	2,4	2,7	0,21	-	0,14	-
Protesi d'anca: riammissioni a 30 giorni	4,5	3,2	-0,40	↓	-0,35	↓
Protesi d'anca: revisione entro 2 anni dall'intervento	1,8	1,9	-0,10	-	-0,06	-
Protesi di spalla: riammissioni a 30 giorni	1,9	1,5	0,70	↑	-0,48	↓

<sup>4</sup> Elaborazione su dati PNE - Agenas

<sup>5</sup> Agenas e Aiop – *Rapporto sulla Qualità degli Outcome clinici negli Ospedali Italiani*

## Il long covid del SSN

**Dal punto di vista dell'offerta**, non solo nel 2021 non si riscontra il recupero atteso delle prestazioni mancate nel corso della fase pandemica più acuta, ma – nonostante una ripresa rispetto al 2020 – si rileva, anche, che i volumi di attività non sono tornati ai livelli pre-pandemici né per le prestazioni programmate né per quelle urgenti.

In particolare, il volume di ricoveri urgenti non ha subito sostanziali variazioni tra il 2020 e il 2021, confermando così una differenza percentuale del -13% rispetto al periodo pre-pandemico: circa **900 mila ospedalizzazioni "perse" sia nel 2020 sia nel 2021**.

Il numero di ospedalizzazioni urgenti, inoltre, resta sovrapponibile nel biennio anche nell'ambito delle stese aree territoriali (nord, centro e sud); viene quindi confermata una contrazione soprattutto nel sud e nelle isole, comparativamente meno investiti dall'urto pandemico e dal conseguente sforzo di recupero.

Per quanto riguarda, invece, i ricoveri programmati, si assiste a una ripresa dell'attività elettiva, pur restando un significativo scostamento (-16%) dalla situazione del 2019.

In questo caso, è più che evidente come il sistema fatichi a tornare sui livelli pre-pandemici, con quanto ne consegue anche in termini di non riuscito recupero delle prestazioni mancate nel 2020.

Per quanto attiene le prestazioni di specialistica ambulatoriale, i volumi di attività restano fortemente al di sotto dei valori pre-Covid, con variazioni 2019-2021 che raggiungono scarti anche del -70% (Basilicata) e del -46% (P.A. di Bolzano). Differenze negative si registrano anche nel 2022, a conferma di un perdurante *long covid* del SSN<sup>6</sup>.

Il fenomeno dei tempi di attesa anomali - che già era una criticità rilevata nel nostro SSN – si incrementa ulteriormente: ai ritardi "ordinari" pre-pandemici, si aggiungono quelli "straordinari" del 2020 e quelli provocati da un urto pandemico che stenta a esaurirsi.

Se possiamo definire fisiologici i blocchi e rimandi del 2020 - nella misura in cui il sistema si è concentrato nella gestione dell'emergenza Covid e parallelamente le prestazioni non-Covid sono state limitate per controllare il rischio di contagio - si fa fatica a spiegare il dato del 2021.

**Dal punto di vista della domanda**, l'indagine condotta da Ermeneia su un campione di 4.020 soggetti (rappresentativo della popolazione adulta italiana) rivela come, ancora nel 2022, il 73% degli intervistati senza esperienza di contagio e il 66% di quelli con una o più esperienze Covid abbiano dovuto sostenere blocchi o rimandi di prestazioni diagnostiche per patologie di gravità medio-alta.

Rispetto ai due sottogruppi – mai contagiati e contagiati – ostacoli all'accesso e procrastinazioni per terapie periodiche e controlli obbligatori sono stati sperimentati, rispettivamente, nel 89% e 97% dei casi.

---

<sup>6</sup> Dati Portale Statistico Agenas

## Blocchi/rimandi di prestazioni (interventi/diagnosi di livello serio-grave): esperienza dei pazienti con e senza esperienza di contagio

	2021		2022	
	Senza esperienza Covid	Con esperienza Covid	Senza esperienza Covid	Con esperienza Covid
Analisi di laboratorio	42,6	70,9	51	36,4
Accertamenti diagnostici (come RX, TAC, RM, ecc.)	59	78	72,8	65,8
Visite specialistiche	79,9	91,7	65,7	70,9
Accesso a terapie periodiche/ controlli obbligatori	57,4	95,5	89,4	96,7
Prestazioni in day service (di tipo medico ambulatoriale)	44,5	91,4	61,5	96
Prestazioni in day service (di tipo chirurgico ambulatoriale)	95,1	89,6	97,7	93,2
Ricoveri per cure	80,2	91,8	85,5	81
Ricoveri per interventi chirurgici programmati	17,4	70,4	35,9	83,9
Altro	62,9	100	-	7,4

### Le forze centrifughe al SSN

Lo “straordinario”, quindi, non riesce ad essere assorbito in un “ordinario” che evidenziava criticità strutturali già prima dell’avvento del Covid.

Tempi di attesa incongrui con la gravità e complessità del quesito diagnostico o della diagnosi rappresentano uno degli elementi di maggiore iniquità nell’ambito di un sistema a vocazione universalistica, dal momento che determinano una divaricazione tra coloro che possono rivolgersi al mercato delle prestazioni sanitarie – al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale – e coloro che, per ragioni economico-sociali, non possono ricorrere alla **spesa out-of-pocket**. Per questi ultimi l’alternativa è tra un’attesa suscettibile di compromettere, in tutto o in parte, il proprio stato di salute e la **rinuncia alle cure**.

L’andamento dell’out-of-pocket italiano – che storicamente rappresenta circa ¼ della spesa sanitaria totale - è in progressiva crescita: è aumentato dai 37,3 miliardi di euro del 2017 al 38,4 del 2019 fino al 38,5 del 2021.

Si registra un’evidente ripresa, nel 2021 rispetto al 2020, del valore dei ticket pagati dagli utenti per prestazioni intramoenia negli ospedali pubblici e – più in generale – dei consumi sanitari out-of-pocket delle famiglie italiane, che tornano ad essere più elevati non solo rispetto al 2020 ma anche al 2019, anno immediatamente precedente la pandemia.

Dall’indagine contenuta nel Rapporto emerge che nel 2022 (sempre in riferimento a prestazioni/diagnosi serie-gravi) il 28% degli intervistati con almeno un episodio Covid e il 13% di quelli mai contagiati si sono rivolti al privato puro; mentre alle prestazioni a pagamento all’interno

delle strutture pubbliche (intra-moenia), hanno rispettivamente fatto accesso il 31% e il 9% degli intervistati.

Il fenomeno di rinuncia alle cure, che nel 2021 ha coinvolto circa 1 intervistato su 20, si è lievemente ridotto nel 2022.

### Comportamento degli intervistati rispetto ai blocchi/rimandi di prestazioni (interventi/diagnosi di livello serio-grave): esperienza dei pazienti con e senza esperienza di contagio

	2021		2022	
	Senza esperienza Covid	Con esperienza Covid	Senza esperienza Covid	Con esperienza Covid
Mi sono rivolto al mio medico di famiglia	25,3	12,6	13,6	15,2
Ho provato a prenotare nuovamente le prestazioni rivolgendomi alle strutture sanitarie ma queste non erano pronte a rispondere con le prestazioni	9,9	29,7	49,8	21,3
Sono stato richiamato dalle strutture sanitarie che autonomamente hanno preso contatti con me	5,4	4,9	2,8	9,4
Mi sono rivolto a professionisti/strutture/cliniche di tipo privato a pagamento	7,8	20,5	12,7	28
Mi sono rivolto a professionisti/strutture ospedaliere chiedendo prestazioni a pagamento all'interno delle strutture pubbliche (Intra-moenia a pagamento)	51,3	41	8,6	31
Mi sono rivolto al Pronto Soccorso	49,1	11,8	50,8	7,1
Ho deciso di non rivolgermi al Pronto Soccorso per il timore di possibili contagi	1,7	8,1	0,4	9,7
Ho rimandato le prestazioni	8,8	15,3	6,1	17
Ho rinunciato alle prestazioni	4,8	5,3	4,6	3,9

Nella percezione degli intervistati, la sempre maggiore difficoltà di accesso alle cure per prestazioni o interventi a medio-alta complessità ha determinato un peggioramento dello stato di salute per circa il 50% degli individui mai contagiati e del 40% di quelli con esperienze di contagio.

Stando al parere dei 2/3 del campione, il recupero delle prestazioni mancate o procrastinate rappresenta l'urgenza maggiore del SSN e circa il 70% degli intervistati ritiene che la soluzione sia quella di investire in sanità e fare ricorso alle piene potenzialità di tutte le strutture sanitarie disponibili, pubbliche e private accreditate.

## Le risorse e il finanziamento del SSN: andamento italiano / quadro europeo e conclusioni

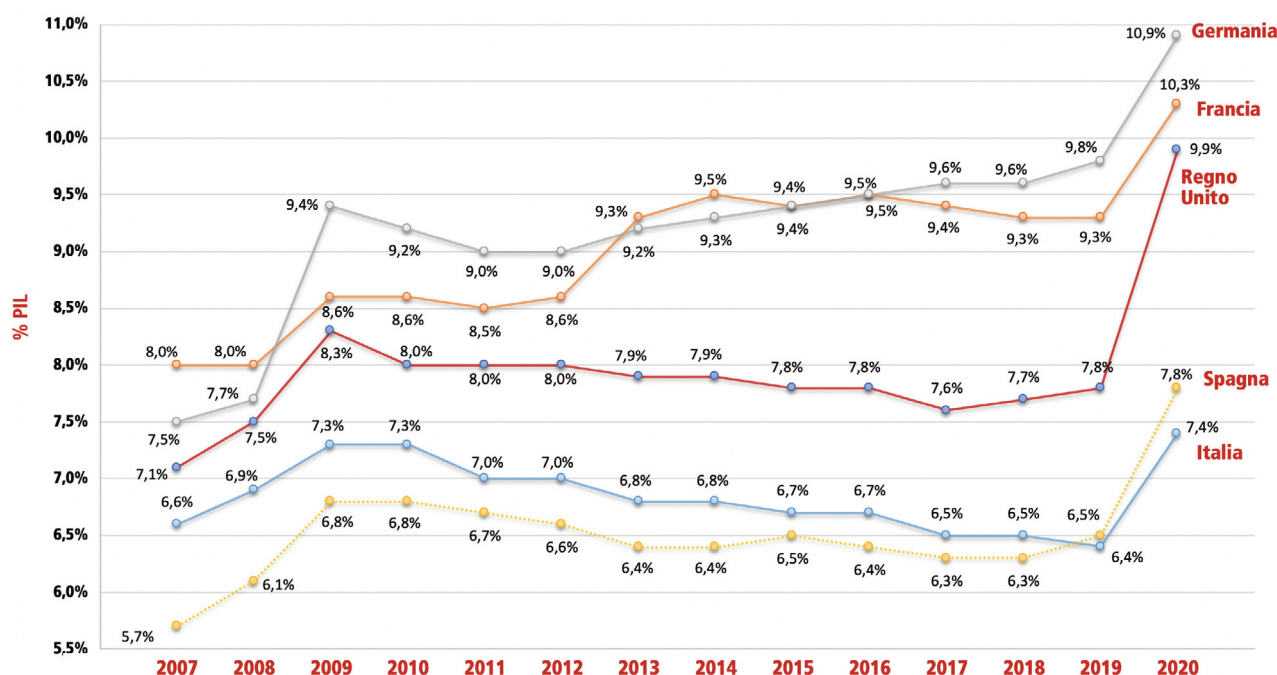
In tema di risorse finanziarie, va rilevato che al contrario, da anni, la Sanità Finanziaria – basata sui tagli e di fatto “antitetica” alla riorganizzazione strutturale e sistemica necessaria a garantire i livelli essenziali di assistenza a tutti gli individui in stato di bisogno - sta impoverendo la Sanità Reale, ovvero quella abitata dai pazienti, dalle loro famiglie e dagli operatori a tutti i livelli.

La spesa sanitaria pubblica italiana in rapporto al PIL, già al di sotto della media dei Paesi OCSE e G7 prima e durante l’urto pandemico, è tutt’oggi considerevolmente distante da questi riferimenti.

Tale rapporto, infatti, nel 2019, era del 6,4%, a fronte del 7,6% e del 9,1% rispetto ai gruppi citati; nel 2020, primo anno di pandemia, è aumentato al 7,4%, contro, però, l’8,4% e il 10,5% dei Paesi OCSE e G7.

### Andamento temporale della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL, confronto tra Paesi

(Fonte: M.E.F., Doc. di Economia e Finanza (Analisi e tendenze della Finanza Pubblica, anni 2017 - 2022; novembre 2022); OCSE, Health Data nov. 2022)



Le previsioni per il quinquennio successivo sono peggiorative rispetto alla già difficile situazione attuale: nel 2023 la spesa in rapporto al PIL previsto si attesterà su un valore di 6,4%, per diminuire al 6,3% del 2024 e, ulteriormente, al 6,1% nel 2025<sup>7</sup>.

È con queste risorse finanziarie - sistematicamente riviste al ribasso - che il Servizio Sanitario Nazionale è chiamato ad affrontare una domanda crescente di prestazioni, dovuta al progressivo invecchiamento della popolazione, al dato storico delle liste d’attesa ed al recupero di prestazioni sospese/rimandate a partire dalla pandemia e alle nuove progettualità previste dal PNRR.

<sup>7</sup> Note di Aggiornamento del Documento di Economia e Finanza dei mesi di settembre e novembre 2022 e integrate dai valori dettati dalla Legge di Bilancio 2023-2025