Presentazione del 14° Rapporto Annuale "Ospedali & Salute/2016"

14° Rapporto Annuale "Ospedali & Salute/2016", promosso dall'AIOP – Associazione Italiana Ospedalità Privata e realizzato dalla società Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema di Roma (sotto la direzione di Nadio Delai).

La predisposizione di un Rapporto con cadenza annuale permette di individuare e interpretare i fenomeni che caratterizzano gli ultimi dodici mesi. Ma consente anche di cogliere quei processi di fondo che, alimentati dai problemi non risolti nel corso del tempo, provocano dei fenomeni di vero e proprio "accumulo", i quali influenzano il sistema sanitario e ospedaliero, non solo come si presenta oggi, ma anche come può diventare nel medio periodo.

1. Il processo analizzato quest'anno è riportabile ad *una sostanziale deflazione di sistema*, in quanto risulta n grado di investire più ambiti contemporaneamente.
Esiste innanzitutto *una deflazione da sottofinanziamento* che non data certo da oggi, ma che risulta evidente ormai da tempo come emerge dal confronto con altri Paesi, per ciò che riguarda la spesa pubblica destinata alla salute. Tanto per esemplificare (cfr. tabella 1), nel quadriennio 2011-2014 la spesa sanitaria pubblica prima si contrae e poi resta bloccata, per il nostro Paese, al 6,8% del PIL e quella ospedaliera pubblica e accreditata si attesta al 3,9% del PIL. E questo mentre gli altri Paesi del G7 passano, nello stesso periodo, dal 7,9% all'8,2% nel primo caso e dal 4,1% al 3,5% nel secondo caso. Ma bisogna anche considerare che il segno "-" del PIL italiano è diventato (lievemente) positivo solamente nel 2015, con un +0,4%, e quindi il rapporto spesa/PIL oltre che essere costante nel tempo nel caso italiano, viene ad essere calcolato su una base stabilmente decrescente nel triennio 2012-2014.
A questo si aggiunga che la spesa sanitaria e la spesa ospedaliera pubblica (a prezzi costanti) diminuiscono nel nostro Paese, tra il 2010 e il 2014, rispettivamente del -3,7% e del -4,1%.

2. Esiste poi *una deflazione derivante dall'inefficienza della "macchina" ospedaliera pubblica*, in quanto quest'ultima non riesce a "liberare" risorse come potrebbe, qualora fosse in grado di rivedere in maniera significativa le

proprie attuali modalità organizzative e gestionali. Il che permetterebbe di investire le risorse così recuperate sul miglioramento delle strutture, delle attrezzature e dei servizi per gli utenti.
A tale proposito è stata effettuata anche quest'anno un'articolata stima che ha riguardato quelli che sono stati definiti come "Sovraricavi" (mentre l'anno scorso si erano stimati i "Sovracosti"), con riferimento ad una voce specifica, quella delle attività "a funzione", la cui valorizzazione "reale" è stata calcolata a partire da quanto esposto nei Conti Economici consuntivi 2015 delle Aziende Ospedaliere, mentre successivamente è stato stimato l'analogo valore per gli Ospedali a gestione diretta. Tali Sovraricavi, prudentemente valutati, risultano compresi tra 1,4 e 1,7 miliardi di euro per le Aziende Ospedaliere, a cui si possono aggiungere tra 1,2 e 1,5 miliardi di euro per gli Ospedali a gestione diretta: in totale si sarebbe dunque davanti ad un valore complessivo compreso tra i 2,7 e i 3,2 miliardi di euro, su cui bisognerebbe procedere con un'operazione combinata di efficientamento e di maggiore trasparenza (cfr. tabella 2). Ma queste cifre potrebbero ulteriormente aumentare a seguito dei criteri che saranno adottati per poter applicare un riconoscimento forfetario delle suddette attività "a funzione", in base a quanto disposto da un apposito Decreto Ministeriale sul tema[1].

3. La difficoltà dell'ospedalità pubblica nel fare effettiva ristrutturazione e riorganizzazione secondo una logica di maggiore efficienza alimenta a sua volta *una deflazione dovuta al trasferimento di oneri economici e normativi sui soggetti di offerta dei servizi ospedalieri privati accreditati nel loro complesso*. Si ricordi a tale proposito che la spesa ospedaliera riconosciuta al privato accreditato nel suo complesso si contrae tra il 2010 e il 2014, a prezzi costanti (cfr. tabella 3), nella misura del -9,4%, contro una diminuzione pari a meno della metà per le strutture ospedaliere pubbliche (-4,1%). Senza contare che le strutture private accreditate nel loro complesso assorbono il 13,8% della spesa ospedaliera pubblica totale contro l'86,2% delle strutture pubbliche a cui – come appare ovvio – dovrebbe far capo un impegno proporzionalmente maggiore dal punto di vista dell'efficientamento e quindi con un adeguato risparmio di spesa (tanto più che le strutture private accreditate col suddetto 13,8% di spesa loro riconosciuta forniscono il 28,2% delle giornate di degenza complessive, garantendo il 23,3% dei ricoveri per acuti a livello nazionale), come evidenzia sempre la tabella 3.
Si tenga poi presente che l'obiezione – talvolta avanzata – circa il presunto basso livello di complessità delle prestazioni fornite dalle strutture accreditate nel loro complesso[2] non sembra corrispondere per nulla ai dati oggettivi. È stato infatti calcolato che l'incidenza delle prestazioni di alta

[1] D.M. 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.
[2] Esse comprendono Policlinici privati, Irccs privati e Fondazioni private, Ospedali classificati, Presidi USL, Enti di ricerca, Case di cura private.

complessità che fanno capo agli Ospedali privati accreditati è pari – come media nazionale – al 17,5% contro il 13,9% degli ospedali pubblici, ma tale differenza in favore dei primi si ripete in tutte le circoscrizioni geografiche e per quasi tutte le Regioni, come evidenzia la tabella 4.

4. E infine esiste *una deflazione da razionamento di fatto dei servizi offerti nell'ambito dell'ospedalità pubblica*. L'origine in questo caso del fenomeno ha a che fare con l'impatto dei provvedimenti di *spending review*, intrapresi nel quadro delle politiche di austerità, il quale per le strutture pubbliche ha evidenziato la difficoltà di rispondere sul piano dell'efficientamento profondo del proprio modo di operare, anche per le ben note rigidità che presenta il sistema pubblico. Ma il risultato è stato inevitabilmente quello di una riduzione e di un progressivo peggioramento dei servizi rivolti ai pazienti. Tanto per esemplificare (cfr. tabella 5):

- nel periodo 2009-2014 si riduce il numero dei posti letto (-9,2%), il numero di ricoveri (-18,3%) e 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 (-9,0% tra il 2010 e il 2013);
- aumentano in parallelo per gli oneri per gli utenti, visto che nel periodo 2009-2015 i ticket per le prestazioni crescono del 40,6%, quelle per le visite *intramoenia* a pagamento presso gli Ospedali pubblici del 21,9% e quelli dei ticket per i farmaci del 76,7%; mentre per le addizionali Irpef crescono con costanza (almeno fino al 2015) raggiungendo, salvo un paio di Regioni, incrementi tra il 23,6% e il 124,0%;
- col risultato che la percezione del logoramento del Sistema Sanitario Nazionale raggiunge nel 2016 il 67,2% dei *care-giver* (ma con un incremento rispetto all'anno prima pari al 5,5%), mentre i pazienti cercano soluzioni alternative presso le strutture private (accreditate e non), a cui si aggiunge la spinta ad utilizzare strutture ospedaliere presenti in altre Regioni rispetto a quella di residenza: il tutto portando inevitabilmente anche a fenomeni di rimando e/o di rinuncia alle prestazioni.

Si ricorda anche come i Piani di Rientro abbiano spesso peggiorato la deflazione da razionamento in quanto, applicando una logica essenzialmente di tipo economico-finanziario (con l'obiettivo esplicito di ridurre i costi), hanno finito col ridurre (ma non col tutelare abbastanza) quantità e qualità dei servizi.
In particolare a proposito di rimandi e rinunce alle cure, fenomeni che sono ormai emersi da qualche anno, si è voluto sollevare il tema delle

conseguenze di tali fenomeni sull'*outcome* di salute degli italiani in una prospettiva di medio periodo. Pur sapendo come sia difficile misurare in maniera appropriata la correlazione che può esistere tra tali fenomeni oggi e l'impatto che essi potranno avere domani sullo stato di salute dei cittadini. E tuttavia si è voluto ragionare attorno ad alcune stime, costruite sui dati ottenuti dall'apposita indagine sui *care-giver* di quest'anno, che non solo ha rilevato i fenomeni di rimando e di rinuncia nel 2016, ma ha anche approfondito il relativo processo di accumulo, mettendo in relazione i rimandi e le rinunce sperimentate in precedenza nel 2015 e addirittura nel 2014.

Il risultato (cfr. tabella 6) è che il 16,2% delle famiglie italiane ha rimandato una o più prestazioni nel 2016 (fenomeno che ha coinvolto tra 4 e 8 milioni di persone) e che il 10,9% delle famiglie ha invece rinunciato, sempre nell'anno 2016 (con 2,7-5,4 milioni di persone interessate): il tutto con una differenziazione – come è ovvio – tra disagi gravi e disagi leggeri, come viene esplicito nella tabella richiamata.

Se poi si considerano le famiglie che hanno rimandato e/o rinunciato a una o più prestazioni nel 2015 e nel 2014, si vede come tale processo di accumulo interessi rispettivamente il 41,6% delle famiglie per quanto riguarda il 2015 (pari a 1,1-2,2 milioni di persone) e il 40,2% per il 2014 (pari ancora a 1,1-2,2 milioni di persone).

L'intreccio tra rimandi e rinunce nel singolo anno solare e quello presente negli anni che lo precedono serve a ricordarci inoltre come le esigenze di controllo e di riduzione della spesa – pure necessarie – corrono il rischio tuttavia di avere delle ripercussioni negative non solo sull'*outcome* di salute dei cittadini tra qualche anno (anche a seguito del processo di progressivo invecchiamento della popolazione), ma anche di trasformarsi in costi aggiuntivi da un possibile aggravamento delle condizioni dello stato di salute, che in qualche modo vengono "spostati" in avanti ma non "eliminati".

5. Bisogna dunque prendere atto che il sentiero si sta facendo stretto, in quanto non si può ragionevolmente ritenere di mantenere un modello basato su un processo di tipo deflattivo che negli anni finisce inevitabilmente per ipotecare il principio universalistico e solidale che, almeno formalmente, si ribadisce essere alla base del nostro Sistema Sanitario Nazionale. Diventa perciò necessario procedere ad una "manutenzione straordinaria" di quest'ultimo che deve tener conto della forbice (inevitabile):

- tra la crescita (ben nota) della domanda di servizi e la non parallela disponibilità di risorse;
- tra strutture ospedaliere di punta, caratterizzate da un'elevata qualità delle prestazioni e strutture di tipo intermedio che invece non sempre riescono a garantire una qualità accettabile e mediamente diffusa in tutte le Regioni italiane;

- e tra significative differenze interne alle strutture ospedaliere (siano esse di alto o di medio livello) quanto a capacità di permanente efficientamento sul fronte gestionale e a capacità di tenuta, in parallelo, dei servizi per i pazienti.

La conseguenza è che bisognerà far crescere l'abilità delle strutture di "fare di più e meglio con meno", riuscendo così a liberare risorse oggi bloccate dalla difficoltà di procedere ad una ristrutturazione e riorganizzazione sostanziale delle strutture pubbliche. E in questo una maggiore trasparenza dei bilanci aiuterebbe a misurare, anno per anno, gli impegni di revisione gestionale effettivamente messi in atto, potendo così meglio confrontare il livello di efficienza delle diverse strutture all'interno del pubblico e tra strutture pubbliche e private accreditate.

In realtà la manutenzione straordinaria richiamata evoca l'esigenza di ripensare lo stesso Patto con i Cittadini per quanto riguarda la tutela e la promozione della salute, di cui peraltro i cittadini stessi sono ben consapevoli, visto che già l'anno scorso il 77% dei *care-giver* intervistati riconosceva che ormai "non sarà più possibile dare tutto a tutti" e il 71% ribadiva l'esigenza di "promuovere un nuovo sistema di welfare, in cui possano convergere coperture pubbliche, coperture assicurative private (individuali, collettive, aziendali, di categoria o di territorio) allo scopo di creare una situazione di migliore equilibrio tra esigenze crescenti delle persone e possibilità di dare risposte eque e solidali nel loro insieme".

Bisogna dunque uscire dalla trappola deflattiva richiamata, la quale oggi finisce col punire gli utenti più deboli e col delegittimare il sistema attraverso il suo progressivo logoramento nei fatti e nella relativa percezione da parte di utenti e cittadini.

Tab. 1 – La deflazione da sottofinanziamento[1]

Fenomeni	*Dati*			
– Spesa sanitaria pubblica sul Pil:	*2011*	*2012*	*2013*	*2014*
▪ Italia	7,0	6,8	6,8	6,8
▪ Media Paesi del G7	7,9	8,0	8,2	8,2
– Spesa ospedaliera pubblica, comprensiva di quella accreditata nel complesso:				
▪ Italia	3,9	3,9	3,9	3,9
▪ Media Paesi del G7	4,1	3,5	3,5	3,5
	2011	*2012*	*2013*	*2014*
– Spesa ospedaliera pubblica in Italia a prezzi costanti (N.I.: 2009 = 100,0):	99,6	98,6	95,9	95,9
– Spese per la sola componente ospedaliera accreditata nel complesso a prezzi costanti (N.I.: 2009 = 100,0)	96,2	95,1	89,6	90,6

(1) Cfr. Rapporto "Ospedali & Salute/2016", Parte prima/Tavole 18, 19 e 21.
Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. 2 – La deflazione da inefficienza della "macchina" ospedaliera pubblica: valore dei Sovraricavi relativi alle attività "a funzione" (°)

Circoscrizione geografica	*Totale Ricavi (mil. di €)*	*"Forchetta" Sovraricavo/1*			
		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	-	-

(°) Cfr. Rapporto "Ospedali & Salute/2016", Parte prima/Tavola 14.
Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. 3 – La deflazione da trasferimento di oneri sulle strutture ospedaliere private accreditate nel loro complesso (°)

Fenomeni	*Dati*
– Diminuzione % della spesa per le strutture ospedaliere pubbliche (a prezzi costanti), nel periodo 2009-2014[1]	-4,1%
– Diminuzione % della spesa pubblica per le strutture ospedaliere accreditate nel loro complesso (a prezzi costanti), nel periodo 2009-2014[1]	-9,4%
– Presidio delle strutture ospedaliere private accreditate nel loro complesso sul territorio: incidenza percentuale dei relativi ricoveri per acuti sul totale ricoveri per acuti:[2]	
▪ Nord	19,8%
▪ Centro	26,5%
▪ Sud	26,2%
▪ Italia	23,3%

(1) Cfr. Rapporto "Ospedali & Salute/2016", Parte prima/Tavola 21.
(2) Cfr. Rapporto "Ospedali & Salute/2016", Parte prima/Tavola 24.
Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. 4 – 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 priv. accr. / % Alta complessità pubblici*
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

(°) Cfr. Rapporto "Ospedali & Salute/2016", Parte prima/Tavola 25.
Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. 5 – La deflazione da razionamento di fatto dei servizi dell'ospedalità pubblica

Fenomeni	*Dati*	
MENO STRUTTURE/SERVIZI E PIÙ ONERI[1]		
– Contrazione di posti letto, ricoveri e giornate di degenza:		*2009-2014*
▪ Numero posti letto		-9,2%
▪ Numero ricoveri		-18,3%
▪ Numero giornate di degenza		-14,0%
		2010-2013
▪ Numero di addetti		-9,0%
– Aumento degli oneri per i pazienti:		*2009-2015*
▪ Ticket per visite, prestazioni specialistiche e altro		+40,6%
▪ Andamento dei ticket per farmaci		+76,7%
▪ Andamento per ricorso a prestazioni *intramoenia* a pagamento negli ospedali pubblici		+21,9%
▪ Incremento delle addizionali Irpef:	Min	+7,0%
	Max	+124,8%
PERCEZIONE, ATTEGGIAMENTI E COMPORTAMENTI DEGLI UTENTI[2]		
– 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 } 61,7	32,4 } 67,2
▪ 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* 20,7
– Alcune ragioni del peggioramento dei servizi degli ospedali pubblici ("Problema Molto + Abbastanza serio")[2]:		
▪ L'esigenza di ricorrere quasi obbligatoriamente alle prestazioni *intramoenia* 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

./.

(Segue) *Tab. 5 – La deflazione dal razionamento di fatto dai servizi offerti nell'ambito dell'ospedalità pubblica*

— Ricorso ad ospedali privati accreditati o a cliniche private a pagamento da parte del *care-giver* 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:		*2015*
▪ Sì, ad ospedali privati accreditati		40,6
▪ Sì, a cliniche private		20,3
– Ragioni principali del ricorso ad ospedali privati accreditati:		*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)
— 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[3]:	*2010*	*2014*
▪ Numero di ricoveri extraregione	810.000	735.000
▪ % di ricoveri extraregione sui ricoveri totali	8,2	9,6
▪ Numero totale ricoveri in Italia	9.600.007	8.280.795
▪ % 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]:	*2016*	
	%	*N. di famiglie*
▪ Rimando	16,2	4,0 mil.
▪ Rinuncia	10,9	2,7 mil.
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. Rapporto "Ospedali & Salute/2016", Parte prima/Tavolt 5, 6, 7, 8 e 9.
(2) Cfr. Rapporto "Ospedali & Salute/2016", Parte prima/Tavola 10.
Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016*

Tab. 6 – Stima delle persone che nel 2016 (e nei precedenti anni 2015 e 2014) 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*[7]	
		Disagi gravi	*Disagi leggeri*
– *Care-giver* e/o membri della famiglia ristretta e allargata che hanno rimandato nel 2016 una o più prestazioni,	16,2%	-	-
pari in valore assoluto a 24,6 milioni di famiglie x 16,2% (1 persona)	3.988 migl.	654 migl.	3.334 migl.
ma, con un fattore moltiplicativo pari a 2 (corrispondente a 2 persone)	7.976 migl.	1.308 migl.	6.668 migl.
– *Care-giver* e/o membri della famiglia ristretta e allargata che hanno rinunciato nel 2016 ad una o più prestazioni,	10,9%		
pari in valore assoluto a 24,6 milioni di famiglie x 10,9% (1 persona),	2.683 migl.	440 migl.	2.243 migl.
ma, con un fattore moltiplicativo pari a 2 (corrispondente a 2 persone)	5.366 migl.	880 migl.	4.486 migl.
– *Care-giver* e/o membri della famiglia ristretta e/o allargata che hanno rinunciato nel 2016 ad una o più *prestazioni* e che hanno contemporaneamente rinunciato e rimandato a una e/o più prestazioni nel 2015 e nel 2014:			
▪ nel 2015,	41,6 %		
pari in valore assoluto a 2,683 milioni di famiglie x 41,6% (1 persona)	1.116 migl.	183 migl.	933 migl.
ma, con un fattore moltiplicativo pari a 2 (corrispondente a 2 persone)	2.232 migl.	366 migl.	1.866 migl.
▪ nel 2014,	40,2%		
pari in valore assoluto a 2,683 milioni di famiglie x 40,2% (1 persona)	1.079 mil.	177 migl.	902 migl.
ma, con un fattore moltiplicativo pari a 2 (corrispondente a 2 persone)	2.157 mil.	354 migl.	1.803 migl.

(°) Cfr. Rapporto "Ospedali & Salute/2016", Parte prima/Tavola 12.
Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2016*