

Ospedali & Salute

DICIASSETTESIMO RAPPORTO ANNUALE 2019



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 Ermenea – 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, Niccolò de Arcayne, Stefano Turchi, Fabiana Rinaldi, oltre che Peppino Biamonte, integrato da Nadio Delai (Ermenea).

E inoltre ci si è avvalsi di un Comitato di Indirizzo, formato da Barbara Cittadini, Gabriele Pelissero 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:
Barbara Cittadini

Vice Presidente:
Bruno Biagi

Tesoriere:
Fabio Marchi

Comitato Esecutivo: Barbara Cittadini, Massimo De Salvo, Fabio Marchi, Carla Nanni, Michele Nicchio, Gabriele Pelissero, Andrea Pirastu, Giuseppe Puntin, Ettore Sansavini

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

DICIASSETTESIMO RAPPORTO ANNUALE 2019

COLLANA

Aiop

Associazione Italiana Ospedalità Privata

FrancoAngeli
OPEN  ACCESS

Grafica della copertina: Andrea Albanese.

Copyright © 2020 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 Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale* (CC-BY-NC-ND 4.0)

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
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Indice

Presentazione di <i>Barbara Cittadini, Presidente Nazionale AIOP</i>	pag.	I
Introduzione: il dedalo dei 21 Sistemi Sanitari	»	XIII
Parte prima IL DIFFICILE PERSEGUIMENTO DELLA MEDIETÀ DEI SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI		
1. Un sistema “a due facce”	»	13
1.1. L’articolato profilo dell’offerta ospedaliera mista tra strutture pubbliche e strutture accreditate, accompagnato da una solida consapevolezza del suo valore da parte dei cittadini	»	13
1.2. La crescita della complessità e dell’efficacia delle prestazioni ospedaliere, ma con una “medietà” (oggettiva) insoddisfacente	»	24
1.3. La conferma di una “medietà” inadeguata, e soggettivamente percepita, delle prestazioni ospedaliere con i conseguenti comportamenti di reazione degli utenti	»	37
2. L’analisi di alcuni specifici disagi vissuti dai pazienti e dalle famiglie	»	44
2.1. L’incremento significativo nell’ultimo anno delle esperienze di attesa per prestazioni Asl, ricoveri e accessi al Pronto Soccorso	»	44

2.2. Le esperienze di liste di attesa derivanti dal processo di progressiva de-ospedalizzazione dei servizi	pag.	52
2.3. Le difficoltà in aumento sul piano della scelta della struttura e della permanenza durante il ricovero	»	56
2.4. L'accentuarsi delle difficoltà nel passaggio dall'ospedalità alla post-ospedalità e il ricorso alle strutture di riabilitazione	»	61
2.5. La conferma di una "medietà" differenziata attraverso i livelli di soddisfazione/insoddisfazione di servizi e prestazioni	»	68
3. Il permanere di problemi legati alle risorse economico-finanziarie	»	72
3.1. Un fenomeno evidente di definanziamento di sistema	»	72
3.2. Un sistema tariffario per le strutture accreditate a deflazione progressiva nel tempo	»	77
3.3. Il monitoraggio dei Conti Economici delle Aziende Ospedaliere pubbliche e le aree di potenziale inefficienza	»	86

Parte seconda
LE OPINIONI E LE VALUTAZIONI
DI UTENTI E CITTADINI
NELL'ANALISI CONGIUNTURALE 2019

1. Un incremento della domanda di prestazioni ospedaliere da parte degli utenti	»	105
1.1. L'ulteriore accentuazione degli accessi nell'ultimo anno	»	105
1.2. Una contrazione degli accessi agli ospedali pubblici e dei relativi giudizi di soddisfazione dichiarata	»	110
1.3. Il lento consolidamento dei comportamenti di scelta con una prevalente "fedeltà" al già sperimentato	»	115
2. Visione e comportamenti propri di un sistema ospedaliero misto interiorizzato da parte dei cittadini	»	120
2.1. Una consapevolezza in crescita delle alternative tra pubblico e accreditato, regionale ed extraregionale, nazionale ed europeo	»	120

2.2. Una propensione in aumento ad utilizzare le strutture accreditate rispetto a quelle pubbliche	pag.	124
2.3. Una valutazione stabilmente migliore degli ospedali accreditati rispetto agli ospedali pubblici	»	129
2.4. Una percezione positiva sempre più pronunciata dell'intreccio tra componente pubblica e componente accreditata	»	133
3. Il set annuale degli indici sul sistema ospedaliero misto	»	141
3.1. L'indice di crescita strutturale	»	141
3.2. L'indice del livello di soddisfazione dei servizi	»	144
3.3. L'indice della propensione a scegliere da parte dei cittadini	»	147
4. Un andamento in crescita pronunciata delle liste di attesa tra il 2018 e il 2019	»	150
4.1. L'incremento delle esperienze di liste di attesa per l'accesso ai servizi Asl	»	150
4.2. L'incremento delle esperienze di liste di attesa per l'accesso ai ricoveri ospedalieri	»	158
4.3. L'incremento degli accessi e del tempo di attesa al Pronto Soccorso	»	167
4.4. Le esperienze di liste di attesa per l'accesso alle prestazioni in <i>day hospital</i> e in <i>day service</i>	»	175
4.5. Il crescente uso improprio del Pronto Soccorso	»	184
4.6. La possibile esperienza di più liste di attesa per accedere a prestazioni diverse	»	189

Parte terza

I CAREGIVER DI FRONTE AL PROCESSO DI DEOSPEDALIZZAZIONE E DI GIUNZIONI ANCORA INADEGUATE TRA I DIVERSI SISTEMI DI CURA E DI RIABILITAZIONE

1. Il prolungamento delle attese per accedere ai ricoveri	»	195
1.1. Un accesso articolato della famiglia alle prestazioni ospedaliere	»	195
1.2. Più liste di attesa per i ricoveri, ma anche più ricerca di alternative	»	198

2. Il ricorso alle prestazioni in <i>day hospital</i> e in <i>day service</i>	pag. 206
2.1. Attese significative, ma con una minore reattività da parte degli utenti	» 206
2.2. La tipologia di strutture utilizzate e la partecipazione alla spesa dei pazienti	» 212
2.3. La valutazione delle prestazioni ottenute	» 216
3. L'accentuarsi della debolezza dei sistemi di "giunzione" al momento dell'ingresso in ospedale e durante la permanenza	» 221
3.1. L'aumento delle difficoltà relative alla scelta iniziale	» 221
3.2. Una permanenza con disagi crescenti, attenuata dal ricorso ad aiuti di tipo informale	» 224
3.3. Una valutazione non esente da critiche e con una "medietà" percepita delle prestazioni più problematica per le strutture pubbliche	» 232
3.4. La reattività dei <i>caregiver</i> rispetto alle inadeguatezze dei servizi	» 240
4. Un peggioramento ulteriore dei sistemi di "giunzione" tra ospedalità e post-ospedalità	» 252
4.1. Le difficoltà molteplici incontrate al momento dell'uscita dall'ospedale	» 252
4.2. L'accesso e la presenza di servizi di riabilitazione in funzione della continuità assistenziale per il paziente	» 258
4.3. La valutazione delle prestazioni e delle strutture dei servizi post-ospedalieri e la ricerca di alternative	» 266
4.4. Una domanda evidente di miglioramento delle giunzioni esistenti	» 281

Parte quarta

GLI INDICATORI STATISTICI

1. I dati di struttura	» 289
1.1. La presenza di istituti pubblici e di istituti accreditati	» 289
1.2. La distribuzione dei posti letto	» 290
1.3. La dotazione di apparecchiature	» 291
2. I dati di attività	» 305
2.1. Le giornate di degenza e il tasso di utilizzo	» 305

2.2. Le tipologie dei ricoveri e dei dimessi	pag.	306
2.3. I DRG più diffusi	»	307
2.4. Le attività classificate a seconda delle maggiori categorie diagnostiche	»	308
2.5. Le attività classificate per disciplina	»	308
2.6. La mobilità sanitaria	»	309
3. Le informazioni sul personale	»	357
3.1. L'andamento degli addetti nel tempo	»	357
3.2. La situazione degli addetti per territorio	»	358
4. I dati di spesa	»	364
4.1. L'andamento dei flussi nel tempo	»	364
4.2. La spesa sanitaria a confronto	»	365
 Allegati		
1. La metodologia utilizzata	»	373
2. L'indice delle tabelle strutturali	»	397
3. Le tabelle di dettaglio dell'indagine sulla popolazione	»	401
4. Le tabelle di dettaglio dell'indagine sui <i>caregiver</i>	»	432

Presentazione

di *Barbara Cittadini, Presidente Nazionale AIOP*

Perché il Rapporto *Ospedali & Salute*

“Conoscere per deliberare”.

È questa l'indicazione di Luigi Einaudi che, decenni or sono, sintetizzava così uno degli insegnamenti più lungimiranti per coloro i quali si ritrovano a dover decidere su temi complessi e, soprattutto, importanti per la comunità.

Mi piace iniziare questa presentazione dell'edizione 2019 del Rapporto *Ospedali & Salute* di AIOP, proprio con questa riflessione: occorre conoscere bene quello sul quale è necessario assumere determinazioni e, quindi, scegliere non solo per mantenere e preservare ma, anche e soprattutto, per modificare e migliorare.

E, sempre, con la finalità di accrescere il benessere della comunità.

È il caso del nostro Servizio Sanitario Nazionale, che continua, nonostante tutto, ad essere un riferimento imprescindibile, fondamentale e insostituibile dell'assetto sociale di questo Paese e che, pur tuttavia, continua a registrare criticità che, assolutamente, devono essere affrontate e risolte.

Proprio per consentire a tutti gli attori del SSN di conoscere, e quindi, di potere effettuare scelte consapevoli, l'AIOP, dal 2003, ha deciso di far predispore, da un soggetto terzo, questo Rapporto.

Si è trattato e si tratta di una determinazione di responsabilità che, anche quest'anno, AIOP rinnova, pensando a tutti gli Italiani che sono interessati a comprendere meglio il loro SSN.

Il Rapporto *Ospedali & Salute*, consente così, ormai da 17 anni, di analizzare la situazione e l'evoluzione del SSN, individuarne le difficoltà e le problematicità, delinearne possibili forme di intervento, per consentire a chi opera la programmazione di maturare riorganizzazioni, che siano coerenti con la realtà.

Il Rapporto, quindi, conserva tutta la sua importanza e validità come strumento di conoscenza e, quindi, di analisi e indirizzo della politica sanitaria

che AIOP, in quanto componente di diritto privato del SSN, mette a disposizione del Paese.

Ma non solo.

Perché, come ho già accennato, il Rapporto ha, anche, una utilità per chi, semplicemente interessato al SSN del proprio Paese, desidera conoscere il dettaglio dello stato dell'assistenza sanitaria in Italia.

La situazione del nostro SSN

Prima di sintetizzare la fotografia del SSN, che, per alcuni versi, ci restituisce l'immagine che si ricava dall'edizione del 2019 del nostro Rapporto, è importante ricordare i tratti caratteristici dello stesso.

Se il nostro SSN ha nell'universalità e nella solidarietà i due presupposti sulla base dei quali è stato progettato e costruito, e i due aspetti peculiari che lo caratterizzano, rispetto ai quali deve svilupparsi ogni intervento, oggi è evidente che entrambi sono in difficoltà e non consentono al Sistema di adempiere alla sua funzione fisiologica: quella di garantire una risposta puntuale, efficiente, efficace, affidabile e scientificamente ineccepibile alla domanda di assistenza sanitaria degli italiani.

La motivazione è nota a tutti ed è sintetizzabile in una sola condizione: il definanziamento del SSN.

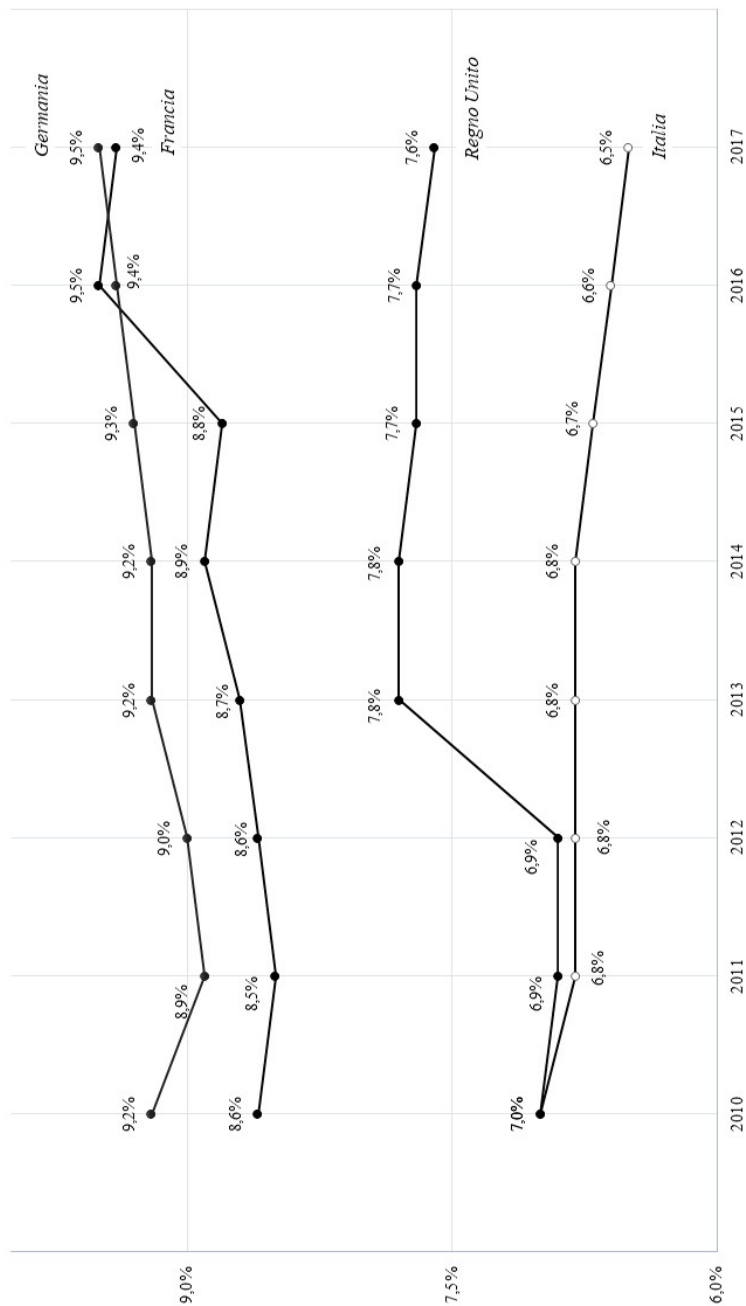
Se si guarda all'Italia, confrontandola con gli altri Paesi OCSE, è possibile evincere, con un'evidenza incontrovertibile, la situazione nella quale è oggi il nostro SSN.

Nel 2010 la spesa sanitaria italiana era pari al 7,0% del PIL, nel 2015 al 6,7%, nel 2017 al 6,5%; mentre le risorse destinate alla sanità in Italia subivano questo calo, la media dei Paesi OCSE del G7 è rimasta ferma al 9,1% nell'ultimo triennio, ma è, addirittura, cresciuta per la Francia (passando dall'8,8% al 9,4%) e, anche, per la Germania (dal 9,3% al 9,5%) (cfr. fig. 1).

Se, infine, si tiene in considerazione che, negli ultimi dieci anni, il nostro Paese disinveste ogni anno lo 0,1% del PIL dalla spesa sanitaria, si comprende in quali condizioni generali si possa ritrovare il nostro SSN.

In questi ultimi mesi, fosse anche solo per dovere di cronaca, dobbiamo registrare segnali di cambiamento nelle scelte delle politiche sanitarie pubbliche; ma è incontrovertibile anche una constatazione: dopo anni di definanziamento, la situazione del SSN è tale per cui ci vorrà molto tempo prima di tornare a poter dire che il nostro Sistema sanitario risponde, positivamente, alle caratteristiche di universalità e solidarietà sulla base delle quali è stato pensato e realizzato.

Fig. 1 – Andamento della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL in Germania, Francia, Regno Unito e Italia. Anni 2010-2017



Fonte: OCSE, Health Data - November 2019

Dal punto di vista pratico, questo quadro di contesto si manifesta in una serie di “problemi” che ricadono, pesantemente, prima di tutto sulle persone che ogni giorno si rivolgono al SSN, ma, anche, sulle strutture che devono erogare servizi sanitari, sul personale che vi lavora, sulle condizioni generali del Sistema.

Si tratta di situazioni a tutti ben note e che determinano effetti distorsivi quali l’aumento delle liste d’attesa, la crescita della mobilità sanitaria obbligatoria, la difficoltà di aggiornamento scientifico, l’anomalo accesso ai Pronto Soccorso, il rinvio o la rinuncia alle prestazioni sanitarie.

Si tratta di una condizione che impatta su un’altra situazione: il mutamento della composizione sociale del Paese, con un progressivo invecchiamento della popolazione e il manifestarsi degli esiti di una crisi economica le cui conseguenze, al di là delle dichiarazioni, non sembrano diminuire di intensità.

In questo contesto di costante, progressivo e ingravescente definanziamento del Sistema è importante rilevare il ruolo della componente privata del SSN, che AIOP per la gran parte rappresenta.

Le nostre strutture riescono, comunque, ad erogare il 18,4% del totale delle giornate di degenza, utilizzando solo il 6,8% della spesa ospedaliera pubblica complessiva, valori questi che diventano, rispettivamente il 28,4% e il 13,2%, qualora si considerino le strutture accreditate nel loro complesso (cfr. fig. 2).

È evidente, tuttavia, che le sorti del SSN non possono essere affidate, solamente, alla capacità di integrazione della componente di diritto privato dello stesso.

Nell’ambito di questo quadro, il Rapporto *Ospedali & Salute/2019* offre ulteriori elementi di approfondimento, che sviluppano proprio la riflessione sintetizzata all’inizio: conoscere per essere in condizione di intervenire meglio.

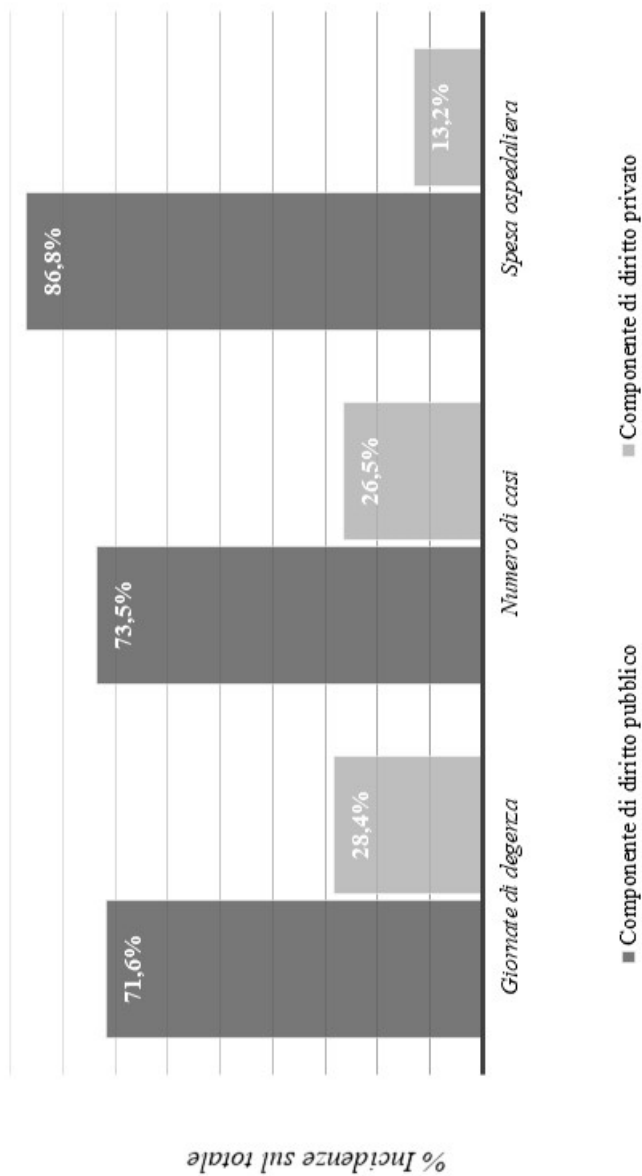
Desidero, prima di accennare ad alcuni aspetti essenziali, che emergono dall’edizione 2019 del Rapporto, insistere sulla situazione nella quale si trova il SSN e sull’importanza di tornare ad investire su di esso.

L’Italia e gli italiani meritano un SSN adeguato alle loro esigenze ed aspettative.

Un SSN che sia arricchito dalla presenza di una componente di diritto privato e di una di diritto pubblico, che possa rispondere, davvero e concretamente, a quella universalità e solidarietà sulla base delle quali è stato pensato e creato.

Un traguardo, questo, che se, da un lato, risponde al contenuto stesso della nostra Carta Costituzionale, dall’altro, trova difficoltà d’implementazione

Fig. 2 – Rapporti pubblico-privato accreditato in termini di produzione e spesa ospedaliera. Anno 2017 (Val. %)



Fonte: elaborazioni AIOIP su dati SDO Ministero della Salute e Agenas

compiuta per il Titolo V della Costituzione e per l'ordinamento delle Regioni, che hanno portato, di fatto, alla creazione di 21 sistemi differenti che, fra l'altro, non sono in grado di assicurare un'offerta sanitaria omogenea e, quindi, uniforme in tutti i territori del Paese.

È, pertanto, necessario e improcrastinabile addivenire ad una rivisitazione del SSN: una responsabilità che compete a tutte le componenti dello stesso, ognuno nel rispetto delle proprie caratteristiche, della propria storia, del proprio ruolo.

Cosa ci dice l'edizione 2019 del Rapporto

La 17^a edizione del Rapporto approfondisce la connessione che intercorre tra volumi di prestazioni, qualità della loro erogazione e risultati sul piano dell'efficacia delle cure, oltre che sul livello di efficienza dei servizi.

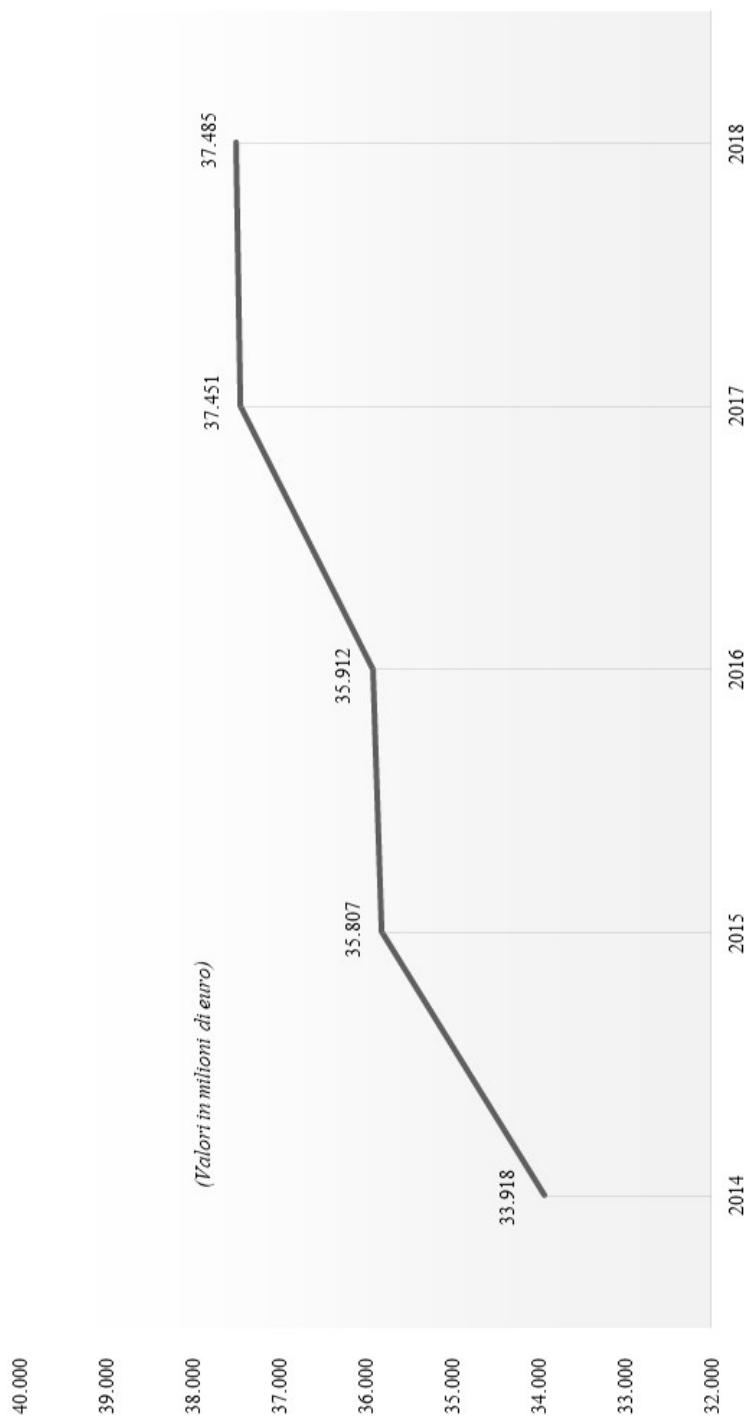
Il Rapporto *Ospedali & Salute/2019* ha, quindi, come tema fondamentale l'analisi della capacità dei servizi e delle prestazioni sanitarie di raggiungere un livello medio accettabile, per quantità e qualità, ma, anche, per distribuzione effettiva nei diversi territori del Paese, come pure all'interno di questi ultimi (cioè nelle singole strutture e nei singoli servizi).

È quella che gli estensori del Rapporto hanno definito come “medietà” dell'offerta sanitaria.

Le indicazioni, che derivano da questa analisi, possono essere sintetizzate come segue:

- sono significativamente aumentate negli ultimi dodici mesi le esperienze di liste di attesa per i cittadini e i relativi tempi per ottenere le prestazioni;
- si è accentuato, nel corso degli anni, il ricorso al *day service* (sia esso di tipo medico-ambulatoriale oppure chirurgico-ambulatoriale), e si sono contratte le prestazioni in *day hospital* che, a loro volta, avevano in precedenza permesso di abbattere i ricoveri ordinari per acuti, certamente per la necessità di raggiungere una maggiore appropriatezza delle prestazioni ma, anche, “scaricando” sugli utenti l'esigenza di ridurre i costi;
- sono aumentati i problemi al momento dell'accesso ma, anche, nel corso della permanenza e, quindi, nella fase di uscita dalle strutture ospedaliere, a causa delle difficoltà di individuazione e di accesso alle strutture ospedaliere prima, ai servizi nel corso del ricovero e alle strutture di lungodegenza, di RSA e di assistenza a domicilio, poi;
- si è registrato un, ulteriore, aumento della spesa *out-of-pocket* per i servizi sanitari da parte delle famiglie italiane, che è cresciuta del 10,5% in 4 anni (cfr. fig. 3).

Fig. 3 – *Andamento temporale della spesa sanitaria out-of-pocket. Anni 2014-2018*



Fonte: elaborazioni AIOF su dati Istat, *Consumi delle famiglie*

Cosa significa tutto questo in termini di “medietà”?

Negli ultimi dodici mesi, questo parametro di sintesi è risultato insoddisfacente in più di 1/3 dei casi, con riferimento in particolare all’utilizzo delle strutture pubbliche; una percentuale che diventa pari al 48% nel Mezzogiorno.

Il Rapporto *Ospedali & Salute/2019*, conferma e accentua quanto già evidenziato lo scorso anno.

È stata, quindi, rilevata una tendenza alla mobilità sanitaria extraregionale, in crescita costante, che tende a penalizzare, senza possibilità di smentita, le famiglie meno abbienti e meno istruite, e che si affianca, anche, ad una tendenza a rimandare e/o a rinunciare alle prestazioni, che interessa, rispettivamente il 12%-17% degli intervistati nel primo caso e il 10%-14% nel secondo caso, con riferimento al totale degli utenti potenziali che ritenevano di aver bisogno delle prestazioni.

Cosa occorre fare per migliorare il SSN

Se il Rapporto *Ospedali & Salute/2019* indica quanto appena sintetizzato, è necessario interrogarsi sulle misure da intraprendere per avviare, davvero, un percorso virtuoso di riorganizzazione del nostro SSN.

Desidero a questo proposito rilevare un metodo di approccio al tema degli interventi per migliorare il Sistema sanitario, che, a mio parere, è fondamentale: non si tratta di contrapporre le strutture di diritto privato a quelle di diritto pubblico, né, tantomeno, assumere posizioni di parte nell’ambito del dibattito sul futuro della sanità in Italia.

È importante e doveroso, invece, porsi in un’ottica di collaborazione sinergica fra gli attori che agiscono nell’ambito del SSN, visto sempre come un insieme imprescindibile fondamentale per il Paese.

A mio avviso, occorre, intraprendere una fase nuova della vita e delle dinamiche di un Sistema sanitario che deve essere strutturalmente “misto”, ovvero costituito, effettivamente, da strutture di diritto pubblico e strutture di diritto privato e che deve trarre vantaggio dalla compresenza di queste due componenti.

Ritengo si possano, quindi, individuare tre grandi ambiti d’azione.

Prima di tutto, è necessario procedere **ad investimenti aggiuntivi di risorse** per riportare, almeno in parte, in equilibrio l’assetto finanziario del SSN del nostro Paese rispetto a quelli degli altri Paesi OCSE appartenenti al G/7.

È evidente, infatti, che lo sviluppo equilibrato e armonico del SSN sia frenato dalla mancanza di risorse che, comunque, devono essere immesse nel sistema e, in ogni caso, ben gestite.

In secondo luogo, è necessario avviare una parallela e concretamente dimostrata **razionalizzazione profonda delle strutture di diritto pubblico**, con la conseguente “liberazione” di risorse economiche, che derivano dalla riduzione delle aree di inefficienza, attualmente ancora presenti.

In terzo luogo, occorre promuovere una modalità estesa ed articolata, di **verifica “terza” dei risultati ottenuti**, sia sul piano della gestione dei servizi, che sul piano dei risultati delle cure, connettendo il tutto con un sistema di tipo premiale.

Se queste possono essere le grandi linee d’azione per rinnovare il nostro SSN, è evidente che il tema delle risorse finanziarie è quello fondamentale da affrontare.

A questo proposito, desidero qui rilevare due circostanze.

Nella Legge di Bilancio 2019 (30 dicembre 2018, n. 145, art. 1, commi 514-516) è prevista la possibilità di incrementare il finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale a fronte della stipula di una specifica intesa in sede di Conferenza delle Regioni per il Patto della Salute 2019-2021.

Tale aumento, tuttavia, può essere concesso a condizione di attivare misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati, oltre che di efficientamento dei costi, pervenendo ad un sistema di indicatori oggettivi e misurabili.

In secondo luogo, la modifica al Dl 95/2012, recentemente approvata, che prevede dal 2020 l’eliminazione dell’abbattimento del 2% annuo della spesa sanitaria accreditata rispetto a quella del 2011, mette a disposizione risorse utili per il rinnovo contrattuale delle nostre risorse umane.

Un risultato al quale si è molto lavorato, che potrà contribuire a gratificare quegli operatori che, ogni giorno, consentono a milioni di italiani di trovare una risposta alla loro domanda di salute, contribuendo così al miglioramento del Sistema nel suo complesso.

Negli ultimi anni le nostre strutture hanno sofferto di un tetto di spesa, imposto appunto dal Dl 95/2012, *sine die* (a nostro avviso con un approccio incostituzionale), che, nato come misura emergenziale, si è, di fatto, trasformato in una misura strutturale, con ricadute negative in termini di sostenibilità economico-finanziaria delle strutture stesse.

Una condizione, questa, fortemente incoerente e in contrasto con il mutamento e l’aumento della domanda di salute della popolazione, peraltro, rispetto a tetti di spesa invariati negli anni, che ha fatto diventare l’assistenza più complessa ed, anche, più onerosa.

Detto tutto questo, desidero rilevare, ancora, che l’interesse ad avere un SSN che abbia la possibilità e la potenzialità di elevare l’offerta sanitario-ospedaliera ad una “medietà” accettabile e diffusa nei diversi territori, sia

comune a tutti: ai cittadini prima di tutto ma, anche, alle strutture che operano (sia quelle di diritto privato che di diritto pubblico), sia, naturalmente, anche allo Stato che potrebbe così disporre di una “macchina” sanitaria efficiente e a costi accettabili.

Una proposta

Se una sintesi concettuale ci deve essere, per delineare “l’ecosistema” entro il quale deve agire il SSN del 2020, questa deve corrispondere al vocabolo “collaborazione”.

Ritengo che tutte le componenti del Sistema debbano sentire l’onere di contribuire a ripensare il SSN.

Un onere che deve maturare dalla consapevolezza dell’attuale articolata situazione, quella rilevata dal Rapporto *Ospedali & Salute/2019*, con l’individuazione di azioni serie di riforme e con una concretizzazione dell’impegno ad essere misurati e valutati in maniera indipendente e, quindi, ad essere remunerati con tariffe conseguenti.

Su tutto, come già detto sopra, vale, tuttavia, la necessità di un ripristino di condizioni finanziarie degne di un SSN di un Paese civile com’è l’Italia.

Al di là dei segnali d’apertura da parte di questo Governo, non è possibile sottacere gli effetti del protratto definanziamento del SSN, effetti che anche questa edizione del Rapporto rileva ampiamente.

Investire, quindi, di più nel SSN, ma farlo con maggiore attenzione al metodo.

Attenzione, quindi, alla distribuzione della spesa ma, anche, ai risultati ed alle efficienze che si possono creare.

In tutto questo, il ruolo della componente di diritto privato del SSN rimane importante e insostituibile.

Noi possiamo, con la nostra capacità adattiva e la nostra flessibilità, dare un contributo rilevante affinché il SSN torni ad essere, davvero, universalistico.

Convinzione che risulta, oggi, rafforzata dagli elementi contenuti nel Patto della Salute, da quanto emerso dal Rapporto *Ospedali & Salute/2019* ma, soprattutto, dal senso di responsabilità che deve accomunare le componenti del SSN.

AIOP non solo mette a disposizione tutta l’esperienza delle strutture che rappresenta, ma propone l’apertura di un “Tavolo d’azione” per la riorganizzazione del SSN, da attivare fra componenti diritto di pubblico e componenti di diritto privato del SSN, che possa costituire la concreta implementazione della necessità di una collaborazione costante e virtuosa.

Un Tavolo che abbia come compiti principali:

- l'identificazione dei comuni problemi da affrontare sul territorio;
- l'individuazione dei percorsi comuni per affrontarli;
- la reale applicazione di quanto contenuto nel Patto della Salute 2019-2021;
- l'indicazione comune al Governo delle politiche sanitarie più opportune, con le quali non solo aumentare i fondi a disposizione ma, anche, il metodo di erogazione degli stessi e il suo controllo;
- l'identificazione delle differenze inaccettabili e di una loro improcrastinabile, ancorché graduale, riduzione tra un territorio e l'altro del Paese, nell'erogazione dei LEA e dei servizi e delle prestazioni di bassa e media complessità. Differenze che sono il presupposto delle liste d'attesa quantitative, da depauperamento del Sistema, della drammatica rinuncia alle cure dei cittadini e, per i più fortunati, della mobilità non fisiologica, oltre che di un uso improprio del Pronto Soccorso.

AIOP è pronta a collaborare con chiunque abbia a cuore il futuro di un grande SSN, che non deve essere smantellato, ma custodito, preservato e rafforzato per il bene del Paese, ed è pronta a lavorare concretamente con tutti coloro, e non sono pochi, che ogni giorno perseguono lo stesso traguardo.

Introduzione: il dedalo dei 21 Sistemi Sanitari

Il Rapporto *Ospedali & Salute* ha scelto sin dall'inizio di “fare presidio” dell'andamento del Servizio Sanitario Nazionale, ponendo l'attenzione in particolare sul Sistema Ospedaliero italiano attraverso la predisposizione di una duplice analisi annuale, di cui:

- la prima è quella che assume il punto di vista dei bisogni e della domanda dei cittadini e degli utenti, per i quali il Servizio Sanitario Nazionale è stato istituito;
- la seconda è quella che affronta il tema dell'offerta della “macchina” sanitaria e dei relativi livelli di efficacia e di efficienza dei servizi e delle prestazioni.

L'attenzione del Rapporto 2019 è stata rivolta ad illustrare il fenomeno delle tante differenze che caratterizzano i 21 Servizi Sanitari Regionali, ponendo a confronto – sulla base dei dati disponibili – sia la diversità dell'offerta sia le opinioni, le valutazioni e gli orientamenti da parte di un campione di popolazione, da un lato e di un campione di *caregiver*, dall'altro: il tutto effettuando i relativi confronti tra l'andamento dei dati oggettivi di funzionamento e quello dei dati soggettivi espressi dai due campioni suddetti.

Quello che emerge è un sistema ospedaliero “a due facce”:

- la prima mostra risultati statistici medi nazionali in crescita per quanto riguarda la complessità e l'efficacia delle prestazioni;
- ma la seconda evidenzia una “medietà”¹ non sempre soddisfacente delle medesime e della copertura effettiva dei territori e delle singole strutture ospedaliere e post-ospedaliere.

Naturalmente lo svantaggio, sotto il profilo territoriale, penalizza soprattutto la situazione del Mezzogiorno come confermano i dati sull'offerta e contemporaneamente i dati sul fronte della domanda. Anche se – ed è bene

¹ Per “medietà” si intende la capacità dei servizi di raggiungere un livello mediamente accettabile delle prestazioni, non solo per i tempi di attesa, per le condizioni di accesso e per la qualità delle prestazioni, ma anche per una diffusione adeguata dell'offerta nei diversi territori del Paese e all'interno di questi ultimi.

ricordarlo – può esistere una “medietà” insoddisfacente non solo delle prestazioni e dei servizi ma anche dei livelli di efficienza gestionale all’interno dei singoli Servizi Sanitari Regionali e/o dei diversi territori che compongono ogni singola Regione o ancora all’interno di specifiche strutture di cura.

Quindi vicino ad esperienze ospedaliere di assoluta qualità (o addirittura di eccellenza) possono esistere altre caratterizzate da una “medietà” modesta o addirittura inadeguata. Dunque non basta accontentarsi di dati statistici medi nazionali né basta eccellere in qualche struttura se poi non si è in grado di garantire un livello medio accettabile ed adeguatamente diffuso delle prestazioni e un livello gestionale appropriato delle strutture: altrimenti si generano e si consolidano 21 Servizi Sanitari Regionali diversi anziché un Servizio Sanitario Nazionale che non solo dichiara bensì declina in concreto i principi universalistici e solidali che hanno ispirato la riforma del 1978.

Nelle pagine che seguono si riportano, in sintesi, alcuni fenomeni-chiave che illustrano quanto appena ricordato.

Innanzitutto è il caso di ribadire come l’andamento medio statistico della complessità delle prestazioni e quello degli indicatori di Esito migliorino nel corso del tempo e siano accompagnati da un apprezzamento consolidato del sistema misto tra ospedali pubblici e ospedali accreditati da parte dei cittadini.

Infatti le prestazioni di alta complessità, erogate ai pazienti acuti durante il ricovero, crescono come valore medio nazionale, passando dal 14,4% del 2015 al 14,9% del 2017 per la componente ospedaliera di diritto pubblico e in maniera ancora più consistente, e con valori più elevati, per la componente ospedaliera di diritto privato: quest’ultima infatti sale nello stesso periodo dal 18,7% al 21,2%². E così avviene anche per gli indicatori di Esito (calcolati su 28 prestazioni appositamente analizzate nell’anno 2018), sia all’interno degli ospedali pubblici (per 4 prestazioni su 28) e per ben 18 sulle stesse 28, nel caso degli ospedali accreditati³.

Inoltre non si può non rilevare un apprezzamento consolidato del sistema misto tra ospedali pubblici e ospedali accreditati nell’opinione dei cittadini: essi infatti affermano che “ormai l’ospedale accreditato è parte del sistema ospedaliero complessivo e quando ci si deve ricoverare non si considera se la struttura è pubblica o accreditata, bensì si tiene conto di altri fattori come la presenza della specializzazione che serve, la qualità delle prestazioni, la vicinanza a casa, ecc.” (88,3% di accordo del campione popolazione nel 2009 e 87,5% nel 2019, a dieci anni di distanza)⁴.

² Cfr. Parte prima/Tavola 6, pag. 33.

³ Cfr. Parte prima/Tavola 7, pag. 36.

⁴ Cfr. Parte prima/Tavola 1, pag. 22.

Vicino a quanto si è appena ricordato – che rappresenta la prima faccia del sistema ospedaliero italiano – esiste una seconda faccia che mostra come all’incidenza e al miglioramento nel tempo della complessità media nazionale delle prestazioni faccia riscontro una “medietà” non sempre soddisfacente e talvolta anche significativamente insoddisfacente delle medesime. Basti considerare che:

- nel 2017 (ultimi dati disponibili) l’incidenza di quelle di alta complessità penalizza in maniera evidente le Regioni del Mezzogiorno con un 13,6% rispetto al 15,1% del Nord e al 16,7% del Centro (nelle strutture pubbliche) e così avviene, in termini relativi, per gli ospedali accreditati, con un 17,5% del Mezzogiorno contro il 24,8% del Nord e il 19,7% del Centro (ma con un’incidenza più elevata e con un andamento in crescita più pronunciato)⁵;
- nel 2019, il campione dei *caregiver* intervistati dichiara esplicitamente che la “medietà” delle prestazioni ospedaliere della propria Regione, sulla base dell’esperienza avuta negli ultimi due anni, presenta un livello “poco e/o per nulla soddisfacente” pari al 35,9% a livello nazionale per gli ospedali pubblici e al 26,2% per gli ospedali accreditati: ma tali percentuali salgono rispettivamente al 47,8% e al 27,3% per gli intervistati del Mezzogiorno⁶.

Del resto, approfondendo le motivazioni dell’insoddisfazione su singoli aspetti, si è visto che:

- l’incidenza percentuale sulla popolazione adulta che ha avuto una o più esperienze di liste di attesa è aumentata significativamente tra il 2018 e il 2019 sia per le prestazioni quelle erogate dalle Asl (dal 30,7% al 39,2%) sia per i ricoveri ospedalieri (dall’8,0% al 16,9%)⁷;
- e parallelamente l’incidenza percentuale sulla popolazione adulta che ha avuto effettivamente accesso una o più volte al Pronto Soccorso è a sua volta cresciuta in maniera consistente, passando dal 28,7% del 2018 al 39,2% del 2019, mentre sono aumentati anche i tempi di attesa oltre le 5 e fino a 10 ore e oltre sia prima di essere visitati (dal 20,7% al 32,1%) sia per completare gli eventuali esami necessari (dal 39,5% al 50,5%)⁸.

Un altro ambito particolarmente delicato è quello delle modalità di “giunzione” che hanno a che fare con l’accesso, la permanenza e l’uscita dalle strutture ospedaliere, modalità che mostrano un netto peggioramento tra il

⁵ Cfr. Parte prima/Tavola 6, pag. 33.

⁶ Cfr. Parte prima/Tavola 8, pagg. 40-41.

⁷ Cfr. Parte prima/Tavola 9, pagg. 47-48.

⁸ Cfr. Parte prima/Tavola 10, pag. 51.

2014 e il 2019, secondo le dichiarazioni dei *caregiver*, come illustrano gli esempi che seguono:

- “non trovare informazioni affidabili sull’ospedale, sui medici, sui servizi ospedalieri per poter scegliere la struttura maggiormente appropriata” ha interessato il 29,7% degli intervistati del campione nazionale nel 2014 e il 45,1% nel 2019 ma il 56,3% nel Mezzogiorno⁹;
- “essere stati collocati provvisoriamente sui lettini in corridoio, e non per poco tempo, in attesa che si liberasse un posto nel reparto” è stata un’esperienza vissuta dal 12,9% degli intervistati nel 2014, ma dal 34,3% nel 2019 che diventa il 39,6% nel Mezzogiorno¹⁰;
- “rilevare che non esiste una buona procedura per le dimissioni e per gli impegni che nascono dal ricorso al dopo ricovero, essendo lasciati un po’ a se stessi” ha investito il 31,0% degli intervistati nel 2014, ma il 44,5% nel 2019 che diventa il 54,2% nel Mezzogiorno¹¹;
- in particolare aver avuto esperienze di strutture di riabilitazione evidenzia disagi significativamente elevati da parte dei *caregiver*, i quali, ad esempio, constatano come “la degenza si sia rivelata troppo breve rispetto ai bisogni del paziente” (58,2% a livello nazionale, ma 73,4% nel Mezzogiorno); o ancora si afferma che “non si sono ricevuti aiuti per il disbrigo delle pratiche burocratiche, per il riconoscimento dell’invalidità e per l’accesso alle provvidenze della Legge 104 da parte dell’ospedale oppure della struttura riabilitativa che ha dimesso il paziente” nella misura del 58,6% degli intervistati a livello nazionale ma dell’80,5% di quelli residenti nel Mezzogiorno¹².

L’insoddisfazione dichiarata specificamente per le prestazioni di cui si è fatta esperienza rispecchia l’inadeguata “medietà” delle stesse. Così ad esempio¹³:

- l’insoddisfazione per quelle ospedaliere ricevute l’ultima volta, nel corso degli ultimi dodici mesi da parte degli utenti effettivi, riguarda il 23,3% degli ospedali pubblici (ma il 31,6% di quelli del Mezzogiorno) e il 9,1% degli ospedali accreditati (ma il 22,3% nel Mezzogiorno);
- oppure ancora l’insoddisfazione della popolazione rispetto al Pronto Soccorso, tenendo sempre conto dell’ultima volta che si è fatta tale esperienza, nel corso degli ultimi dodici mesi, era il 29,0% degli intervistati nel

⁹ Cfr. Parte prima/Tavola 12, pagg. 59-60.

¹⁰ Ibidem.

¹¹ Ibidem.

¹² Cfr. Parte prima/Tavola 13, pagg. 62-63.

¹³ Cfr. Parte prima/Tavola 14, pag. 71.

2018, che però sale al 37,5% nel 2019 (ma i valori corrispondenti per il Mezzogiorno sono, rispettivamente del 37,9% e del 45,9%).

Come è abbastanza logico, l'insoddisfazione e quindi la ricerca delle soluzioni ritenute migliori per il paziente o ancora le attese prolungate per le prestazioni spingono i *caregiver* a trovare delle soluzioni alternative sia all'interno che all'esterno della propria Regione di residenza, ricercando strutture e servizi alternativi (nell'ambito pubblico, accreditato o privato a pagamento).

Tanto per esemplificare ecco alcuni comportamenti in proposito:

- il 36,8% di coloro che sono stati inseriti nelle liste di attesa nell'anno 2019 per prestazioni Asl (contro il 30,6% nel 2018) non hanno aspettato il proprio turno e hanno invece cercato soluzioni alternative nel pubblico, nell'*intramoenia*, nelle strutture accreditate o in quelle del tutto private¹⁴;
- analogamente nel 2019 il 57,3% e il 42,9%, rispettivamente per disagi seri/gravi e per disagi leggeri, non hanno aspettato il proprio turno nelle liste di attesa per il ricovero ospedaliero contro una media complessiva del 31,1% nel 2018, scegliendo a loro volta altri ospedali, siano essi pubblici, accreditati, privati sia all'interno che all'esterno della propria Regione di residenza¹⁵;
- il 21,4% della popolazione intervistata, sempre nel 2019, preferirebbe in linea generale, avendo un problema di salute valutato come serio e/o urgente, rivolgersi direttamente al Pronto Soccorso piuttosto che ai servizi Asl¹⁶;
- infine aumenta il ricorso alla spesa sanitaria *out-of-pocket* da parte delle famiglie nella misura del 10,5% tra il 2014 e il 2018, raggiungendo i 37,5 miliardi di euro¹⁷.

Un comportamento particolarmente significativo è quello della mobilità sanitaria extraregionale, fenomeno questo che si presenta in controtendenza rispetto all'andamento complessivo dei ricoveri a livello nazionale. Questi ultimi infatti hanno registrato negli ultimi dieci anni una flessione del 25,9%, mentre i ricoveri in altre Regioni rispetto a quelle di residenza sono saliti dal 7,4% del 2009 all'8,8% del 2018.

Ma quest'ultima incidenza media nazionale (corrispondente a 726 mila unità) diventa il 12,2% per le Regioni del Mezzogiorno, pari al 42,8% dei ricoveri totali extraregione a livello nazionale¹⁸.

¹⁴ Cfr. Parte seconda/Tabella 23, pag. 157.

¹⁵ Cfr. Parte seconda/Tabella 26, pag. 163.

¹⁶ Cfr. Parte seconda/Tabella 39, pag. 186.

¹⁷ Cfr. Parte prima/Tavola 8, pag. 41.

¹⁸ Cfr. Parte prima/Tavola 8, pag. 40.

Il fenomeno della mobilità passiva investe in misura maggiore quelle che attualmente o in passato sono state assoggettate ai Piani di Rientro. I flussi di mobilità passiva, riferiti a tali Regioni, ammontano, sempre nel 2018, a quasi 440 mila unità, pari a più del 60% dei 726 mila ricoveri extraregionali su base nazionale.

Peraltro esiste una forte (anche se non esclusiva) sovrapposizione tra Regioni in Piano di Rientro e Regioni del Mezzogiorno, come evidenzia la figura 1, la quale mette in luce i saldi dei flussi di mobilità sanitaria in entrata e in uscita in migliaia di unità. Alla base di tali flussi certamente c'è la propensione dei pazienti a trasferirsi in altre Regioni per ricevere prestazioni di alta complessità, ma si tratta di un atteggiamento reattivo legato anche al livello di fiducia attribuito alle *performance* dei sistemi sanitari della propria Regione ed alle difficoltà di accesso, in tempi ragionevoli, anche alle prestazioni di media e di bassa complessità.

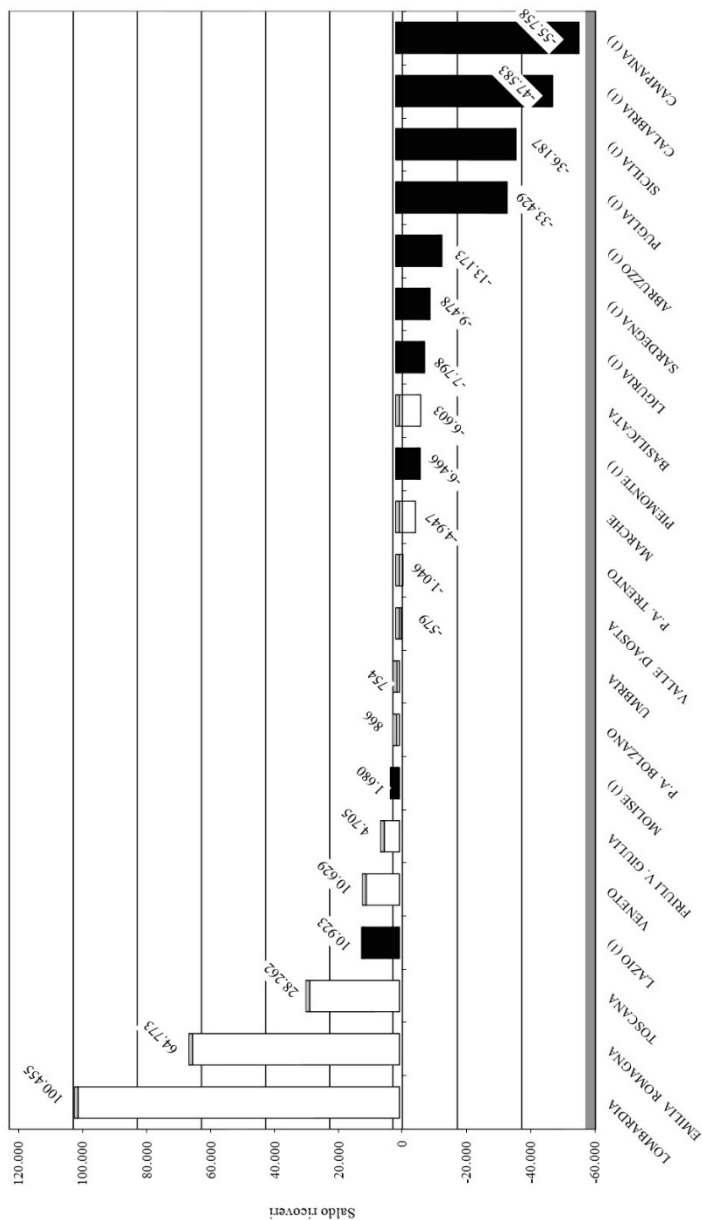
Con riferimento alle elaborazioni effettuate sulle matrici di mobilità interregionale (desunte dal Rapporto SDO 2018 del Ministero della Salute) ai 726 mila ricoveri extraregionali corrisponde un ammontare di spesa quantificato in 4,6 miliardi di euro: alimentato dall'insieme dei fenomeni sin qui richiamati che vanno dalla lunghezza delle liste di attesa alla non sufficiente fiducia nelle strutture presenti nella Regione di residenza, dalla mancanza di specializzazioni che si ritengono fondamentali per il paziente all'ansia di trovare risposte che siano in ogni caso migliori o ritenute tali (e non solo, per l'appunto, per disagi seri o gravi ma anche per disagi di media o bassa complessità).

Del resto la propensione a cercare soluzioni di ricovero su base extraregionale, raccolta tramite le dichiarazioni dei *caregiver*¹⁹, mostra una tendenza alla crescita evidente nel corso del tempo come illustrano i dati che seguono, che sottolineano ancora una volta una maggiore propensione da parte degli intervistati del Sud e delle Isole:

	2016	2019	
		Totale	Sud e Isole
– La propensione a ricorrere, nel corso degli ultimi dodici mesi, a strutture ospedaliere di altre Regioni rispetto a quella di residenza da parte del <i>caregiver</i> e/o degli altri membri della famiglia			
▪ Hanno fatto e/o erano orientati a fare concretamente l'esperienza presso strutture ospedaliere extraregionali	10,1	12,4	17,5
▪ Orientamento potenziale a fare l'esperienza presso strutture ospedaliere extraregionali, in quanto hanno valutato e/o valuterebbero tale possibilità	18,1	39,6	42,4
▪ Non si sono posti il problema	71,8	50,1	48,0

¹⁹ Cfr. Parte terza/Tabella 21, pag. 245.

Fig. 1 – Saldi di mobilità interregionale – Totalità delle tipologie e dei regimi di ricovero. Anno 2018



(1) Regioni che sono state o sono attualmente in Piano di Rientro

Nota: comprende acuti ordinari e DH, riabilitazione ordinaria e DH, lungodegenza

Fonte: elaborazioni Atop su dati Ministero della Salute – Matrici di mobilità interregionale. Anno 2018

Sempre attraverso l'indagine 2019 sui *caregiver*, si sono poi raccolte le dichiarazioni circa l'orientamento verso la mobilità extraregionale, ma questa volta in funzione delle strutture di riabilitazione e/o di lungodegenza, per le quali valgono le osservazioni avanzate per la mobilità sanitaria in senso stretto, ivi compreso il forte orientamento del Mezzogiorno rispetto alla media nazionale, come mostrano i dati che seguono²⁰:

– Comportamenti e orientamenti dei <i>caregiver</i> circa il ricorso a strutture di riabilitazione e/o di lungodegenza in altre Regioni italiane rispetto a quella di residenza:	<i>Strutture di riabilitazione</i>		<i>Strutture di lungodegenza</i>	
	<i>Totale</i>	<i>Sud e Isole</i>	<i>Totale</i>	<i>Sud e Isole</i>
▪ Ricorso effettivo a strutture extraregionali o comunque orientamento positivo in tal senso	40,4	58,1	47,3	66,2
▪ Non si è fatto ricorso anche se si era orientati a farlo a causa delle spese da sostenere per la trasferta dei familiari + Non è stato fatto ricorso ma se ci fosse la necessità si valuterebbe l'opportunità	22,1	35,8	20,8	29,0
▪ Non si è fatto ricorso in quanto non informati di tale opportunità + In quanto le strutture presenti nell'ambito regionale erano sufficientemente adeguate	50,2	36,5	37,5	26,7

Infine tra i possibili comportamenti alternativi vanno ricordati quelli del rimando e/o della rinuncia alle analisi e/o alle cure, i quali mostrano una tendenza chiara e inequivocabile alla crescita nel corso del tempo, dovuta soprattutto – come prima motivazione – alla lunghezza delle attese per poter ottenere le prestazioni desiderate²¹.

La situazione complessiva del Sistema Sanitario e Ospedaliero italiano delinea dunque un confronto fra un andamento statistico medio nazionale in evoluzione positiva, ma a fronte di una “medietà” di servizi e di prestazioni sovente inadeguata o in peggioramento: con differenziazioni di tipo territoriale, a partire soprattutto dalle Regioni del Mezzogiorno rispetto al resto del Paese, ma anche di tipo puntuale all'interno di singole realtà locali. Naturalmente in tutto questo hanno giocato (e giocano) più processi di cui almeno tre sono particolarmente importanti.

Il primo è costituito dal processo di de-finanziamento che è andato consolidandosi nel tempo, collocando l'Italia in una posizione di coda rispetto all'insieme dei Paesi OCSE: ormai la spesa sanitaria pubblica italiana è pari al 6,5% del PIL, in calo costante negli anni e ben al di sotto della media dei suddetti Paesi (7,5%) ma ancora più bassa qualora si consideri la situazione

²⁰ Cfr. Parte prima/Tavola 13, pag. 63.

²¹ Cfr. Parte prima/Tavola 8, pag. 41.

della Germania (9,5%) o della Francia (9,4%). E a questo si aggiunge che tali percentuali sono state calcolate nel corso degli anni su un PIL italiano in diminuzione e poi in lievissima ripresa, a differenza delle altre realtà nazionali. Il risultato è stato, specie per le Regioni sotto commissariamento (ma non solo), che si è pervenuti ad un maggiore controllo/riduzione della spesa che però si è tradotto di fatto in una sorta di razionamento dell'offerta, non essendo riuscite le strutture pubbliche ad effettuare una parallela ristrutturazione e riorganizzazione dei servizi.

Il secondo processo concerne il progressivo sottofinanziamento delle strutture accreditate, che ha assunto la forma di una *riduzione esplicita delle tariffe* a DRG, a partire dal DM Balduzzi dell'ottobre 2012, alla quale si sommano i meccanismi dei "tetti" alle prestazioni, le regressioni tariffarie e il ritocco (per lo più in basso) delle tariffe a DRG da parte dei singoli Servizi Sanitari Regionali. Inoltre esiste una *riduzione implicita delle tariffe* se si tiene presente che il riconoscimento delle suddette prestazioni a DRG per le strutture accreditate comprende i costi in Conto Capitale e i relativi ammortamenti (stimabili complessivamente attorno ad un 10%-13% delle suddette tariffe), mentre modalità ben diverse vengono riservate alle strutture pubbliche tramite il riconoscimento di finanziamenti ad hoc. Inoltre bisogna tener conto dell'andamento dell'inflazione che, nel periodo 2011-2018 può essere valutata attorno al 7,0%, alla quale va sommata la riduzione del 2% degli stanziamenti complessivi 2011 per le strutture accreditate, percentuale che è rimasta in vigore a tutto il 2019. Il risultato è che l'insieme delle riduzioni esplicite e di quelle implicite può essere stimato attorno al 19%-22% del valore dei DRG, alle quali vanno a sommarsi i trattamenti (per lo più in riduzione) delle tariffe praticate dai singoli Servizi Sanitari Regionali²².

Il terzo processo ha a che fare con la difficoltà di incidere sull'organizzazione e sulla gestione da parte degli ospedali pubblici, che porta al permanere di significative aree di inefficienza come viene illustrato dal monitoraggio dei Conti Economici delle Aziende Ospedaliere italiane negli ultimi 5 anni²³, con la conseguenza di non riuscire a "liberare" risorse pubbliche da reinvestire in termini di miglioramento dei servizi e delle prestazioni destinate ai pazienti.

Infine va detto che l'insieme dei fenomeni richiamati non origina certo solo dall'ultimo anno analizzato (il 2019), bensì rappresenta una tendenza che si è via via accumulata nel tempo, che ha contribuito a generare (spesso ad accentuare) le differenze tra un Servizio Sanitario Regionale e l'altro: cer-

²² Cfr. Parte prima/Tavola 19, pagg. 79-81.

²³ Cfr. Parte prima/Paragrafo 3.3, pagg. 86 e segg. (e in particolare cfr. le relative Tavole 22-25).

tamente con una situazione particolarmente difficile per il Mezzogiorno rispetto al Centro-Nord, ma anche con differenze interne ad ogni singolo Servizio Regionale.

Per questo si è sottolineato il rischio (e spesso la realtà) del formarsi di 21 Sistemi Sanitari Regionali che offrono risposte di protezione sanitaria e assistenziale assai differenziata l'uno dall'altro rispetto ai propri cittadini.

Se ai processi appena richiamati si aggiunge il continuo aumento dei bisogni e delle attese dei pazienti, si deve prendere atto che oggi servirebbe una riscrittura realistica del Patto tra Stato e Cittadini sul tema. Le Mappe cognitive del passato risultano ormai del tutto inadeguate, non solo per interpretare il presente ma ancora di più per progettare il futuro di un sistema che intenda preservare nella sostanza gli obiettivi universalistici e solidali su cui esso si basa.

Parte prima

*Il difficile perseguimento della medietà
dei servizi e delle prestazioni*

1. Un sistema “a due facce”

1.1. L’articolato profilo dell’offerta ospedaliera mista tra strutture pubbliche e strutture accreditate, accompagnato da una solida consapevolezza del suo valore da parte dei cittadini

Il Servizio Sanitario Nazionale del nostro Paese presenta *performance* che evidenziano delle medie statistiche di buon livello qualora venga posto a confronto con i Servizi Sanitari di altri Paesi. Anche se va ricordato che esistono contemporaneamente delle debolezze sotto il profilo organizzativo dei servizi come pur della qualità delle prestazioni, a seconda dei territori, della dimensione delle città in cui le persone vivono e ovviamente delle caratteristiche culturali e sociali delle persone, che possono favorire od ostacolare la capacità di accesso e di utilizzo al meglio dei servizi. Ciò non toglie che siano presenti, nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale, anche degli istituti di eccellenza assoluta (e non sono pochi) che vengono nazionalmente e internazionalmente riconosciuti come tali.

Il quadro complesso e articolato appena citato vive all’interno di un processo che ormai da tempo tende ad una restrizione delle risorse economiche pubbliche, a cui si aggiungono i problemi di personale derivanti dal pensionamento degli operatori e dal parallelo blocco delle assunzioni che dura ormai da più di dieci anni: il tutto accentuato dai recenti provvedimenti di entrata anticipata in quiescenza che finiscono (e finiranno) con lo sguarnire ulteriormente i servizi e a logorare il livello qualitativo delle prestazioni. Il che contribuirà a dar luogo a condizioni differenziate sul piano territoriale (e persino all’interno di uno stesso territorio) in termini di quantità e di qualità delle prestazioni stesse.

L’insieme del sistema ospedaliero italiano – ed è opportuno tenerlo ben presente – si configura dunque come un sistema misto in cui opera la componente ospedaliera di diritto pubblico (con diverse tipologie di istituti) e

contemporaneamente una componente di diritto privato (a sua volta con diverse tipologie di ospedali accreditati): il tutto costituisce appunto l'offerta ospedaliera complessiva di cui possono fruire i cittadini italiani senza oneri a carico dei pazienti. E la componente ospedaliera accreditata non può certo essere definita come un ambito marginale se si tiene presente che essa fornisce il 28,4% delle giornate di degenza a fronte di un investimento proporzionalmente più contenuto che è pari al 13,2% della spesa ospedaliera pubblica complessiva.

Tuttavia è bene essere più precisi ricordando che quando si parla di strutture ospedaliere accreditate, ci si riferisce ad una complessità tipologica assai complessa.

Esistono infatti 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 gran parte della spesa ospedaliera pubblica corrente (il 76,8%) interessa questo tipo di strutture. A queste se ne aggiungono altre e cioè i Policlinici universitari pubblici non Aziende Ospedaliere, gli Irccs pubblici e Fondazioni pubbliche, i quali rappresentano complessivamente un altro 10,0% della spesa ospedaliera corrente di origine pubblica.

Alle strutture precedenti si affiancano gli ospedali accreditati, i Policlinici universitari privati, gli Irccs privati e gli ospedali ecclesiastici classificati: a tale insieme fa capo il restante 13,2% della spesa ospedaliera corrente del Servizio Sanitario Nazionale.

Nell'anno 2017 (ultimi dati disponibili) tale universo raggiunge i 188.748 posti letto (con una diminuzione del 2,2% rispetto all'anno precedente), distribuiti per il 69,5%, corrispondente a 131.235 unità, nell'ospedalità pubblica e per il 30,5%, corrispondente a 57.513 unità, nell'ospedalità accreditata nel suo complesso (cfr. figura 1). Il confronto tra i due insiemi di posti letto mette in luce come il sistema ospedaliero assuma a tutti gli effetti le caratteristiche di una realtà mista (come del resto aveva riconosciuto e regolato il D.Lgs 502/1992), certo con una prevalenza pubblica ma con una presenza accreditata più che significativa (cfr. fig. 1).

Le strutture ospedaliere pubbliche e le strutture accreditate ammontano complessivamente a 997 unità nell'anno 2017 (-3,6% rispetto all'anno precedente), con una prevalenza delle seconde (56,5%) rispetto alle prime (43,5%). La concentrazione delle due tipologie, rispetto alle circoscrizioni geografiche è tuttavia diversa. Infatti, come illustrano i dati che seguono, ricavati dalla successiva figura 1:

<i>Distribuzione % degli ospedali pubblici</i>	<i>Distribuzione % degli ospedali accreditati</i>
1° posto: Sud e Isole (48,6%)	1° posto: Nord (42,3%)
2° posto: Nord (29,3%)	2° posto: Sud e Isole (37,3%)
3° posto: Centro (22,1%)	3° posto: Centro (20,4%)

Se si pone a confronto il numero di ospedali e il numero di posti letto (sempre nel 2017) si ottiene un'informazione più articolata come mostra il quadro che segue: con un numero medio di posti letto negli ospedali pubblici sempre più alto rispetto agli ospedali accreditati e decrescente, passando da 535 nel Nord a 251 nel Centro e quindi a 185 nel Sud e nelle Isole. La diminuzione del numero medio di posti letto vale anche per gli ospedali accreditati via via che si scende dal Nord al Sud e Isole ma con un medio di posti letto significativamente più ridotto rispetto alle strutture pubbliche.

<i>Ripartizioni geografiche</i>	<i>Ospedali pubblici 2017</i>			<i>Ospedali accreditati nel loro complesso 2017</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	127	67.999	535	238	26.983	113
Centro	96	24.111	251	115	12.157	106
Sud e Isole	211	39.125	185	210	18.373	87
Totale	434	131.235	302	563	57.513	102

Nella figura 2 sono invece riportati i flussi delle degenze e i flussi di spesa, con riferimento all'anno 2017 (ultimi dati disponibili).

Per quanto riguarda le giornate di degenza, si ricorda che esse risultano via via in calo nel corso del tempo, essendo pari a 58,7 milioni nel 2017 contro:

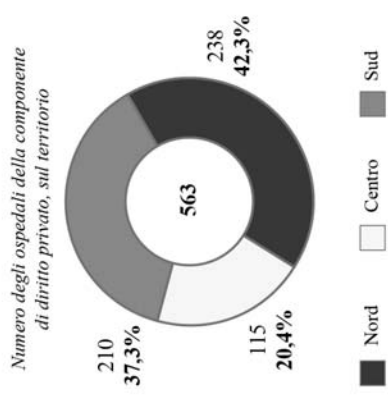
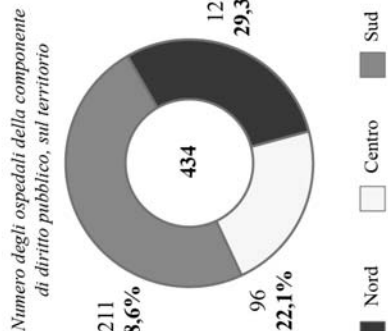
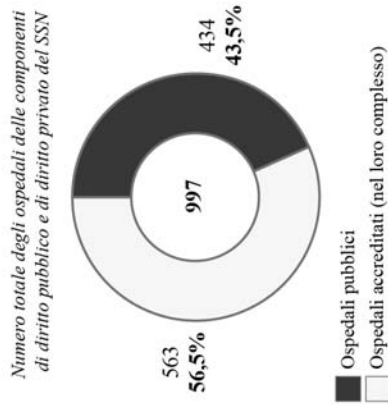
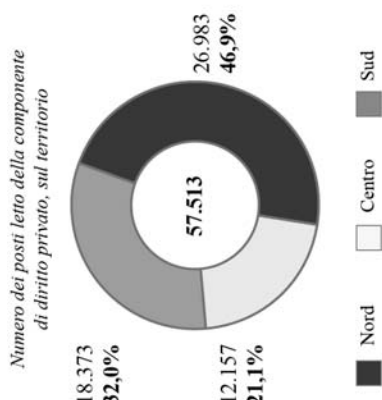
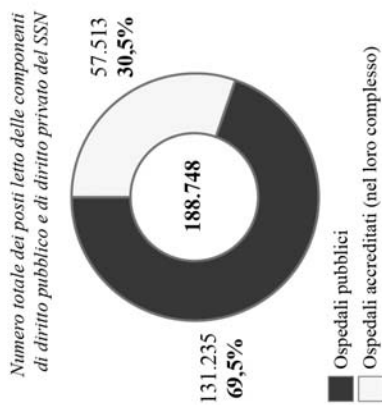
- 59,9 milioni nel 2016;
- 61,2 milioni nel 2015;
- 61,8 milioni nel 2014;
- 62,9 milioni nel 2013;
- 65,2 milioni nel 2012;
- 67,9 milioni nel 2011.

Come si può facilmente calcolare la diminuzione in sei anni è stata pari al 13,5%, coerentemente con la spinta verso una minore ospedalizzazione dei pazienti che ha promosso il Servizio Sanitario Nazionale negli ultimi anni.

Sempre con riferimento all'anno 2017 le giornate di degenza si ripartiscono per il 71,6% negli ospedali pubblici e per il restante 28,4% negli ospedali accreditati nel loro complesso.

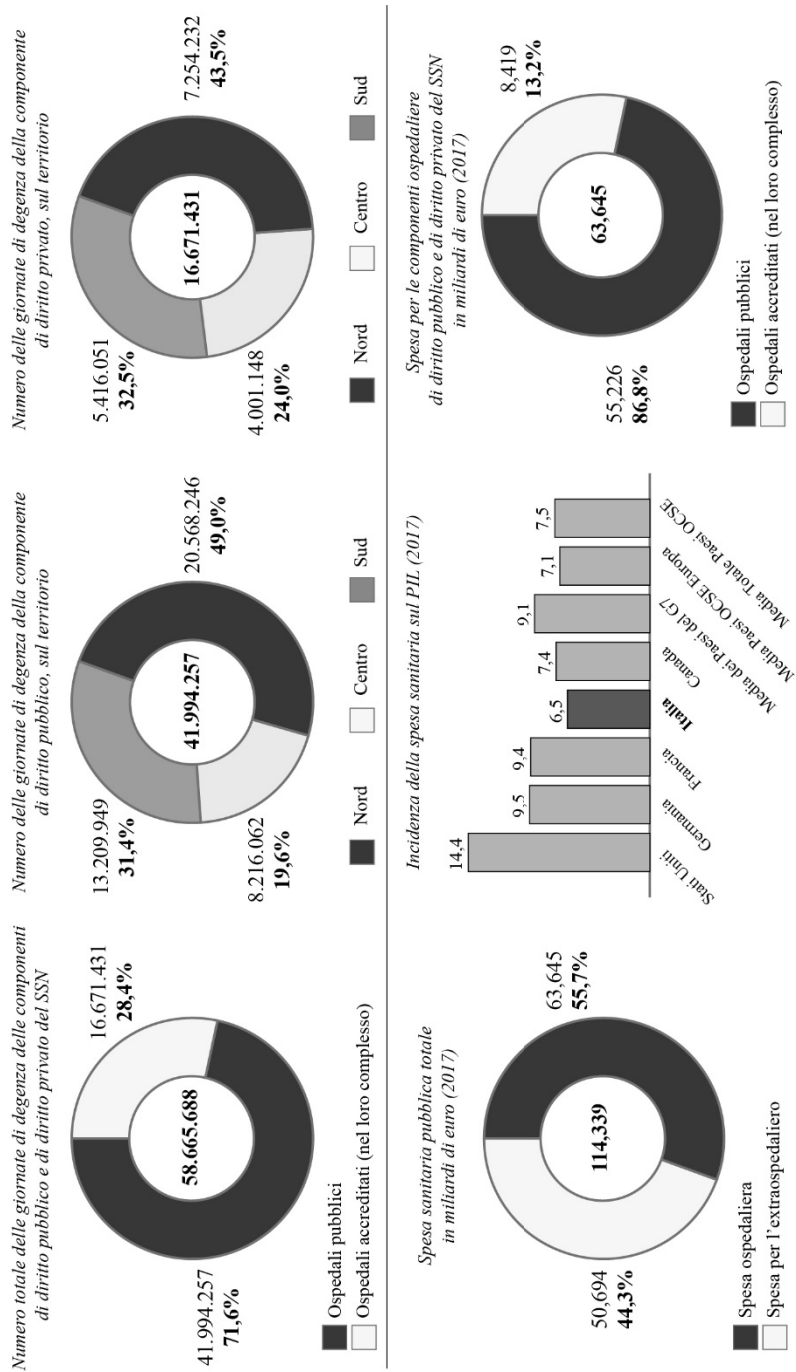
La distribuzione delle giornate di degenza mostra, per entrambe le tipologie di strutture menzionate, un ordine di grandezza decrescente che vede al 1° posto quelle concentrate nel Nord, seguite da quelle del Sud e delle

Fig. 1 – Quadro sintetico degli aggregati del sistema ospedaliero del Paese: posti letto e istituti (Anno 2017)



Fonte: elaborazioni Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Fig. 2 – Quadro sintetico degli aggregati del sistema ospedaliero del Paese: giornate di degenza e spesa (Anno 2017)



Fonte: elaborazioni Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Isole e quindi da quelle del Centro. Il confronto in dettaglio è esposto nello schema seguente:

<i>Circoscrizioni geografiche</i>	<i>Distribuzione % delle giornate di degenza negli ospedali pubblici</i>				<i>Distribuzione % delle giornate di degenza negli ospedali accreditati nel loro complesso</i>			
	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
	Nord	52,3	51,4	48,8	49,0	46,6	47,7	42,7
Centro	18,0	18,7	19,3	19,6	22,9	23,0	23,5	24,0
Sud e Isole	29,7	29,9	31,9	31,4	30,5	29,3	33,8	32,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

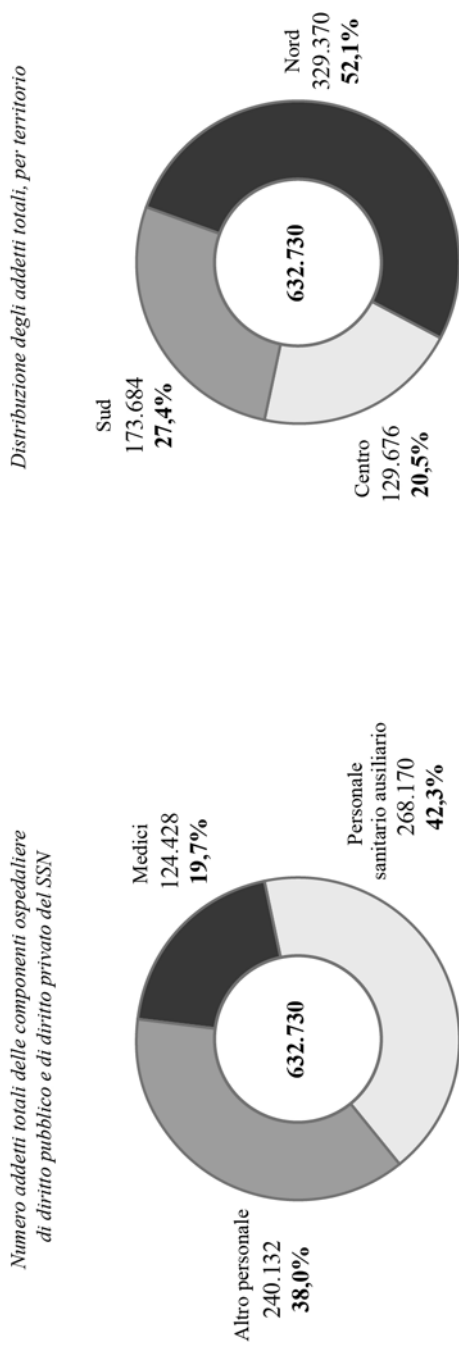
Come si può rilevare nel corso degli ultimi quattro anni la concentrazione delle giornate di degenza tende a diminuire al Nord ma a crescere leggermente al Centro e al Sud; e questo vale sia per le strutture pubbliche che per le strutture accreditate.

Se si considera adesso il flusso delle risorse (cfr. seconda parte della figura 2) è possibile verificare come:

- la spesa sanitaria pubblica totale, pari nel 2017 a 114,3 miliardi di euro, alimenti – come di consueto – più la componente ospedaliera (55,7%) rispetto a quella extraospedaliera (44,3%). Si ricorda che l'incidenza della spesa ospedaliera pubblica sul totale della spesa sanitaria pubblica oscilla attorno al valore appena richiamato e tende a crescere lievemente passando dal 54,5% del 2011 al 55,7% del 2017;
- l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL collochi l'Italia su un livello decisamente più contenuto (6,5%) nel 2017 rispetto alla media dei Paesi OCSE del G7 (9,1%) e comunque inferiore anche alla media del totale dei Paesi OCSE (7,5%) e a quella media dei Paesi OCSE Europa (7,1%). È anche il caso di aggiungere che l'Italia non solo presenta l'incidenza più bassa della spesa sanitaria pubblica sul PIL appena ricordata, ma ha anche dovuto affrontare la diminuzione del PIL durante gli anni più duri della crisi economica (ottenendo così un risultato doppiamente negativo nel rapporto spesa/PIL, essendo diminuiti i valori assoluti di entrambi).

Infine la figura 3 fornisce un quadro complessivo delle risorse umane che svolgono la loro attività all'interno del sistema ospedaliero misto tra ospedali pubblici e ospedali accreditati. Purtroppo gli ultimi dati disponibili risalgono all'anno 2013. Il numero totale di addetti era all'epoca di 632.730 unità, con una contrazione pari al -2,1% all'anno 2010. Il 19,7% del totale del personale era costituito da medici (124.428 unità), il 42,3% era formato da personale sanitario ausiliario (268.170 unità) ed infine il 38,0% comprendeva il rimanente personale (240.132 unità).

Fig. 3 – Quadro sintetico degli aggregati del sistema ospedaliero del Paese: addetti totali (Anno 2013)



Fonte: elaborazioni Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

La distribuzione del personale rispetto al territorio rispecchia – grosso modo – il peso prevalente dell’attività ospedaliera che è collocata al Nord (52,1% degli addetti), seguita dal Mezzogiorno (27,4% degli addetti) ed infine dal Centro Italia (20,5% degli addetti).

Le osservazioni sin qui avanzate derivano dall’analisi dei dati oggettivi (numero degli ospedali pubblici e di quelli accreditati, numero dei relativi posti letto e delle rispettive giornate di degenza, spesa pubblica destinata alle due tipologie di strutture e dimensioni degli addetti) la quale fornisce un’idea della complessità dell’offerta ospedaliera “reale”.

A questo punto diventa logico chiedersi quale sia la percezione soggettiva, da parte di cittadini e utenti nonché i relativi comportamenti nei confronti del suddetto sistema misto che è diventato parte della cultura collettiva.

Nella tavola 1 sono state riportate le risposte delle persone appositamente intervistate anno per anno e raggruppate su base biennale, con riferimento al periodo 2009-2019. Esse riguardano le opinioni e le valutazioni fornite da cittadini e utenti sul tema in oggetto.

I giudizi forniti dai cittadini sul sistema ospedaliero misto pubblico-accreditato danno un’idea abbastanza precisa del “radicamento” sociale di tale sistema. Infatti i giudizi “molto + abbastanza d’accordo” superano ampiamente l’80%:

- sia per quanto riguarda la consapevolezza di poter utilizzare l’ospedale accreditato come parte del sistema ospedaliero complessivo, visto che ci si deve ricoverare non si considera la tipologia di struttura quanto piuttosto la presenza della specializzazione che serve per il paziente, la qualità delle prestazioni, la vicinanza rispetto a casa: il livello di accordo a tale proposito va dall’88,3% del 2009 e più o meno tale rimane – salvo qualche oscillazione intermedia – per arrivare all’87,5% nel 2019 (tali oscillazioni vanno valutate come un processo fisiologico, riportabile all’entrata e all’uscita delle generazioni più giovani che, rispetto a quelle più anziane, devono “apprendere” sul campo la possibilità di esercitare le proprie opzioni);
 - sia per quanto riguarda il suggerimento, rivolto al Servizio Sanitario Nazionale, di utilizzare al meglio tutte le strutture ospedaliere presenti nel territorio (pubbliche e accreditate) allo scopo di permettere al cittadino di scegliere nella maniera migliore a seconda delle proprie necessità, possibilità ed opinioni (si va dall’84,0% del 2009 all’87,9% del 2019);
- sia per quanto riguarda la richiesta rivolte alle Regioni e alle Asl di promuovere opportune campagne di informazione in favore del cittadino allo scopo di favorire un’effettiva libera scelta delle strutture ospedaliere, visto che si conosce ancora poco circa l’opportunità di ricovero che offre l’ospede-

dalità accreditata senza costi aggiuntivi per il paziente (si va dall'84,3% del 2009 all'80,8% del 2019).

Peraltro, qualora si pongano a confronto i giudizi “molto d'accordo” con quelli “abbastanza d'accordo”, si vede come nel corso del decennio i primi siano cresciuti in maniera più pronunciata, mentre i secondi tendono a ridursi: insomma esiste una consapevolezza via via più marcata in favore del sistema misto e di una conseguente (necessaria) politica di comunicazione e di integrazione attiva delle diverse strutture da parte dello Stato.

I valori medi della percezione positiva del sistema ospedaliero misto, contenuti nella tavola 1, ovviamente diventano più pronunciati, rispetto alla media complessiva del campione nel caso degli intervistati residenti nel Nord rispetto al resto del Paese, per coloro che vivono nelle città di media e soprattutto di grande dimensione, per la componente femminile del campione di popolazione rispetto a quella maschile (anche perché le donne esercitano più spesso il ruolo di *caregiver* per l'intera famiglia), nonché per gli intervistati che presentano un livello di istruzione medio o medio-alto e, più in generale, per quelli che si autocollocano all'interno di un ceto sociale medio-alto e alto¹.

Tuttavia è importante dare attenzione non solo alla percezione positiva nei confronti del sistema misto, bensì serve scendere nel merito delle conoscenze specifiche e addirittura nei comportamenti effettivamente praticati dagli utenti nel corso degli ultimi dodici mesi. I dati raccolti a tale proposito sono quelli esposti all'interno della tavola 2, da cui si vede come:

- a) la conoscenza “con chiarezza” della disposizione che permette di utilizzare sia ospedali pubblici che ospedali accreditati senza oneri per il paziente sia aumentata dal 35,5% del 2009 al 40,2% del 2014 e infine al 41,0% del 2019: di conseguenza la quota di cittadini che hanno solo “un'idea vaga” di tale opportunità si contrae dal 43,1% del 2009 al 36,1% del 2019;
- b) la piena conoscenza, da parte dei cittadini, della possibilità di trasferirsi per ragioni di cura in ospedali al di fuori della propria Regione di appartenenza lieviti a sua volta dal 31,9% del 2009 al 36,7% del 2014 per arrivare al 34,5% del 2019: anche in questo caso diminuisce – in corrispondenza – la quota degli intervistati che “sembrano ricordare” tale opportunità (si scende infatti dal 41,5% del 2009 al 36,4% del 2019);
- c) analogamente la conoscenza dell'opportunità di potersi recare, per prestazioni sanitario-ospedaliere, nelle strutture dei diversi Paesi dell'Unione

¹ Cfr. *Tabella A2/Campione popolazione, capitolo 3 degli allegati.*

Tav. 1 – La percezione positiva di un sistema ospedaliero misto di strutture pubbliche e di strutture accreditate da parte dei cittadini (Giudizi espressi dei cittadini, al netto dei “Non so”) (val. %)¹

Fenomeni	2009	2011	2013	2015	2017	2019 ²
<i>“Ormai l’ospedale accreditato fa parte del sistema ospedaliero complessivo e quando ci si deve ricoverare non si considera se la struttura è pubblica o accreditata, bensì si tiene conto di altri fattori: la presenza della specializzazione, la qualità delle prestazioni, la vicinanza a casa, ecc.”</i>						
– Molto d’accordo	26,9	31,8	25,1	25,4	25,2	31,2
– Abbastanza d’accordo	61,4	56,8	57,3	57,0	60,7	56,3
– Molto + Abbastanza d’accordo	88,3	88,6	82,4	82,4	85,9	87,5
<i>“Lo Stato dovrebbe utilizzare al meglio tutte le strutture ospedaliere presenti sul territorio (pubbliche e accreditate), per permettere al cittadino di poter scegliere nella maniera migliore a seconda delle sue necessità, possibilità ed opinioni”</i>						
Molto d’accordo	30,2	42,3	42,5	42,5	39,2	45,0
Abbastanza d’accordo	53,8	47,8	45,3	45,7	47,5	42,9
Molto + Abbastanza d’accordo	84,0	90,1	87,8	88,2	86,7	87,9
<i>“Le Regioni o le Asl dovrebbero investire in opportune campagne di informazione del cittadino per favorire una sua effettiva libera scelta, visto che si conosce poco delle diverse opportunità di ricovero che offre l’ospedalità accreditata”</i>						
Molto d’accordo	24,0	24,2	20,3	26,7	20,6	29,5
Abbastanza d’accordo	60,3	56,1	56,8	53,0	57,1	51,3
Molto + Abbastanza d’accordo	84,3	80,3	77,1	79,7	77,7	80,8

(1) Cfr. per i dati fino all’anno 2018 la tabella 9/Parte prima, pag. 38 del Rapporto Ospedali&Salute/2018 (i dati sono al netto delle mancate risposte).

(2) Cfr. Parte seconda/Tabella 14, pagg. 134-135.

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Tav. 2 – La crescente consapevolezza sulle diverse opportunità di scelta delle strutture ospedaliere come esercizio concreto di libertà di opzione nell'ambito dell'attuale sistema misto di ospedali pubblici e di ospedali accreditati (val. %)

Fenomeni	Dati					
	2009	2014	2019	2009	2014	2019
- Conoscenza della disposizione che permette di utilizzare sia ospedali pubblici che ospedali accreditati da parte dei cittadini italiani ¹ :	35,5	40,2	41,0	2009	2014	2019
▪ Si, con chiarezza	43,1	38,8	36,1	35,5	40,2	41,0
▪ Si, se ne ha un'idea vaga				43,1	38,8	36,1
- Conoscenza da parte dei cittadini della possibilità di trasferirsi per ragioni di cura in ospedali al di fuori della propria Regione ² :	31,9	36,7	34,5	2009	2014	2019
▪ Sono perfettamente a conoscenza di questa opportunità	41,5	39,1	36,4	31,9	36,7	34,5
▪ Sembrano ricordare che c'è questa possibilità				41,5	39,1	36,4
- Conoscenza da parte dei cittadini della possibilità di recarsi per prestazioni sanitarie ospedaliere nelle strutture dei diversi Paesi dell'Unione Europea ³ :	14,1	19,1	20,5	2013	2016	2019
▪ Si, sono al corrente	29,1	33,3	32,2	14,1	19,1	20,5
▪ Ne hanno sentito parlare				29,1	33,3	32,2
- Incidenza percentuale di utenti che hanno preso in considerazione le varie possibilità di scelta (tra strutture ospedaliere pubbliche, accreditate oppure cliniche private a pagamento) nel corso ultimi dodici mesi ⁴ :	2009	2014	2019	2009	2014	2019
	21,2	24,7	38,1	21,2	24,7	38,1
- Andamento dell'AIOIP Index 3, concernente il valore percepito da cittadini e utenti della libera scelta della struttura ospedaliera ritenuta più opportuna, nell'ambito dell'attuale sistema misto di strutture pubbliche e di strutture accreditate ⁵ :	2009	2013	2017	2009	2013	2017
	585,6	599,0	615,6	585,6	599,0	615,6
	650,7			650,7		

(1) Cfr. Parte seconda/Tabella 7, pag. 121.

(2) Cfr. Parte seconda/Tabella 8, pag. 121.

(3) Cfr. Parte seconda/Tabella 9, pag. 123.

(4) Cfr. Parte seconda/Tabella 5, pag. 116.

(5) Cfr. Parte seconda/Tabella 18, pag. 149, l'Indice è destinato ad illustrare comportamenti e orientamenti dei cittadini nei confronti del sistema misto di ospedali pubblici e di ospedali accreditati oggi vigente; tale Indice è il risultato di una combinazione di 7 diverse componenti che vanno dai livelli di conoscenza delle opportunità di scelta al loro concreto utilizzo sino alle relative politiche di consolidamento e di sviluppo di tale sistema.

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Europea cresca dal 14,1% del 2013 (quando è diventata operativa la Direttiva della UE) al 19,1% del 2016 e al 20,5% del 2019: ma, in questo caso, è cresciuta anche la conoscenza vaga, stante il periodo relativamente più contenuto dell'entrata in vigore di tale normativa (si è infatti saliti dal 29,1% del 2013 al 32,2% del 2019);

- d) a loro volta si siano estesi i comportamenti – questa volta degli utenti effettivi che hanno preso in considerazione le varie possibilità di scelta nel corso degli ultimi dodici mesi – che presentano una dinamica evolutiva particolarmente pronunciata (anche grazie al fatto che se si devono prendere decisioni per un disagio concreto, ci si informa di più e meglio) e così si è saliti dal 21,2% del 2009 al 24,7% del 2014 per finire al 38,1% del 2019;
- e) infine anche un indicatore sintetico, predisposto appositamente per il Rapporto *Ospedali & Salute* ormai da lungo tempo (AIOP Index/3) illustri in maniera abbastanza evidente la crescita del valore percepito, da parte di cittadini e utenti, circa l'importanza di poter scegliere liberamente la struttura ospedaliera ritenuta più opportuna nell'ambito di quelle pubbliche come pure di quelle accreditate: tale indicatore² passa infatti da 585,6 nel 2009 a 650,7 nel 2019, con una crescita costante nel corso degli ultimi dieci anni.

È abbastanza comprensibile che il livello di consapevolezza circa la possibilità di scegliere nonché i comportamenti di scelta effettivamente messi in atto tra strutture pubbliche e strutture accreditate è più pronunciato per gli intervistati che risiedono nei centri di maggiori dimensioni, per la componente femminile rispetto a quella maschile del campione e soprattutto per coloro che posseggono un livello di istruzione e che fanno parte di un posizionamento sociale di tipo alto e/o medio-alto.

1.2. La crescita della complessità e dell'efficacia delle prestazioni ospedaliere, ma con una “medietà” (oggettiva) insoddisfacente

Si è ricordato nel precedente paragrafo 1.1. come il Servizio Sanitario Nazionale sia caratterizzato da *performance* che presentano medie statistiche di buon livello qualora venga posto a confronto con i Servizi Sanitari di altri Paesi: e questo viene confermato dal miglioramento costante della complessità e dell'efficacia delle prestazioni fornite.

² Cfr. Parte seconda/Tabella 18, pag. 149.

Al fine di misurare i livelli medi di tali prestazioni vengono presentati – come da tradizione – due indicatori fondamentali: quello del *Peso medio* e quello del *Case mix*.

Il *Peso medio*³ permette di paragonare gli ospedali pubblici con gli ospedali accreditati AIOP, da cui emerge che (cfr. tavola 3):

- a) l'indicatore medio nazionale degli istituti pubblici e quello degli ospedali accreditati continua ad essere in crescita negli anni indicati: anche se per la prima tipologia di strutture si passa da 1,20 nel 2014 a 1,21 nel 2015 e poi si sale ancora a 1,23 nel 2016, rimanendo sullo stesso valore per il 2017; mentre per la seconda tipologia di strutture la crescita è più marcata in quanto va da 1,28 nel 2014 a 1,32 nel 2015 a 1,35 nel 2016 e a 1,36 nel 2017 che però diventa 1,37 per il 2018 (in quanto sono disponibili i dati anche per quest'ultimo anno);
- b) se poi si prendono in esame gli indicatori Regione per Regione, nell'anno 2017, è possibile constatare come le strutture pubbliche che riescono a collocarsi al di sopra della media nazionale (*Peso medio*: 1,23) siano, in ordine decrescente:
- la Toscana (1,36);
 - il Piemonte (1,33);
 - le Marche (1,29);
 - il Friuli Venezia Giulia e la Liguria (1,27 per entrambe);
 - l'Emilia Romagna e l'Umbria (1,25 per entrambe);
 - il Veneto e l'Abruzzo (1,24 per entrambe).

Analogamente l'Indice di *Peso medio* che supera la media nazionale, pari a 1,36 nel 2017, per quanto riguarda gli ospedali accreditati AIOP riguarda le Regioni che seguono (sempre in ordine decrescente):

- la Liguria (2,87);
- la Toscana (1,71);

³ 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:

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

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.

Tav. 3 – La qualità delle prestazioni, misurata attraverso il peso medio. Anni 2014-2018

Regioni	Ospedali pubblici					Ospedali accreditati AIOP				
	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018
- Piemonte	1,29	1,30	1,30	1,33	1,33	1,61	1,65	1,64	1,70	1,72
- Lombardia	1,19	1,21	1,21	1,22	1,22	1,49	1,55	1,55	1,59	1,61
- P.A. di Bolzano	1,09	1,10	1,12	1,08		0,80	0,78	0,78	0,82	0,84
- P.A. di Trento	1,18	1,19	1,19	1,23		0,97	0,97	1,02	1,09	1,14
- Veneto ^(a)	1,23	1,26	1,28	1,24		1,37	1,42	1,44	1,45	1,52
- Friuli Venezia Giulia	1,25	1,26	1,26	1,27		1,26	1,30	1,27	1,28	1,27
- Liguria	1,26	1,27	1,27	1,27		2,64	2,80	2,82	2,87	3,08
- Emilia Romagna	1,22	1,22	1,23	1,25		1,33	1,34	1,36	1,36	1,33
- Toscana	1,31	1,34	1,35	1,36		1,59	1,69	1,71	1,71	1,81
- Umbria	1,20	1,21	1,24	1,25		1,30	1,43	1,61	1,63	1,40
- Marche	1,24	1,24	1,26	1,29		1,26	1,30	1,28	1,23	1,30
- Lazio	1,22	1,23	1,26	1,13		1,11	1,19	1,32	1,30	1,21
- Abruzzo	1,15	1,18	1,21	1,24		1,28	1,29	1,31	1,32	1,32
- Molise	1,04	1,05	1,10	1,12		1,32	1,19	1,47	1,46	1,51
- Campania	1,17	1,18	1,19	1,21		1,02	1,05	1,07	1,13	1,20
- Puglia	1,08	1,09	1,11	1,13		1,44	1,50	1,50	1,45	1,33
- Basilicata	1,20	1,22	1,23	1,22		-	-	-	-	-
- Calabria	1,07	1,09	1,12	1,14		1,26	1,42	1,44	1,51	1,24
- Sicilia	1,15	1,16	1,18	1,19		1,16	1,12	1,19	1,05	1,34
- Sardegna	1,11	1,13	1,14	1,16		0,86	0,88	1,19	1,24	1,31
- Italia	1,20	1,21	1,23	1,23		1,28	1,32	1,35	1,36	1,37

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 accreditati associati AIOP classificati presidio UsI.

(b) Il peso medio elevato è legato alla presenza di due ospedali accreditati, in larga parte dedicati all'alta specialità.

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

- il Piemonte (1,70);
- l’Umbria (1,63);
- la Calabria (1,51);
- il Veneto e la Puglia (1,45 per entrambe).

Dunque in 9 Regioni viene superata la media nazionale (più contenuta) dell’indicatore di *Peso medio* nel mondo delle strutture pubbliche e in 7 Regioni la media (più elevata) nella realtà delle strutture accreditate. Inoltre in 5 Regioni si supera il *Peso medio* negli ospedali pubblici come negli ospedali accreditati e cioè: nel Piemonte, nel Veneto, nella Liguria, nella Toscana e nell’Umbria: questo conferma che un buon contesto territoriale riesce ad erogare prestazioni complessivamente di maggiore qualità sia nell’una che nell’altra tipologia ospedaliera.

- c) inoltre in 15 Regioni (e/o Province Autonome) l’Indice di *Peso medio*, per l’anno 2017, risulta essere superiore per gli ospedali accreditati rispetto a quelli pubblici;
- d) ed infine, per quanto concerne le strutture accreditate AIOP, si può aggiungere che nel 2018 il valore del *Peso medio* è cresciuto ulteriormente rispetto al 2017 (1,37 contro 1,36): e questo vale per 7 Regioni e/o Province Autonome del Nord (Piemonte, Lombardia, Provincia di Bolzano e Provincia di Trento, Veneto e Liguria), per 2 Regioni del Centro (Toscana e Marche), nonché per 4 Regioni del Sud e Isole (Molise, Campania, Sicilia e Sardegna).

Ma anche nel caso dell’indicatore di *Peso medio* si può cogliere la presenza di una “medietà” delle prestazioni non omogenea e in particolare al ribasso (sia pure con intensità di tipo diverso) in alcune Regioni soprattutto (ma non solo) del Mezzogiorno per le strutture pubbliche e nel Centro-Sud più in qualche caso nel Nord per le strutture accreditate: a tale proposito sono stati messi in evidenza gli indicatori tenendo conto di quelli che stanno al di sotto (anche di poco) del *Peso medio* nazionale nell’anno di riferimento.

Ma il livello di complessità delle prestazioni può essere anche misurato – come si ricordava all’inizio – attraverso un secondo tipo di indicatore, quello del cosiddetto *Case mix*⁴. I valori contenuti nella successiva tavola 4 consentono di avanzare le seguenti considerazioni:

⁴ 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:

- a) si è in presenza di una tendenziale stabilizzazione del valore di tale indicatore per entrambe le tipologie di strutture: esso resta ancorato a 0,98 nei quattro anni indicati, con riferimento agli ospedali pubblici; mentre per gli ospedali accreditati AIOP, dopo un ritocco verso l'alto nel 2015 rispetto al 2014 (1,09 contro 1,05) ci si stabilizza con un Indice pari a 1,08;
- b) in ogni caso anche l'indicatore di *Case mix* medio nazionale degli ospedali accreditati AIOP risulta, per tutti gli anni indicati, superiore a quello che caratterizza gli ospedali pubblici, come si può verificare confrontando i dati dell'ultima riga della tavola 4;
- c) le realtà regionali che riescono a superare la media nazionale degli istituti pubblici (0,98 nel 2017) sono 8 e precisamente:
- la Toscana (1,08);
 - il Piemonte (1,05);
 - le Marche (1,02);
 - il Friuli Venezia Giulia e la Liguria (1,01 per entrambe);
 - il Veneto, l'Emilia Romagna e l'Umbria (0,99 per tutte e tre).

Lo stesso esercizio, applicato agli ospedali accreditati AIOP (sempre per l'anno 2017) vede l'Indice di *Case mix* superare la media nazionale (pari a 1,08) da 10 Regioni e cioè:

- Liguria (2,28);
- Toscana (1,36);
- Piemonte (1,35);
- Umbria (1,30);
- Lombardia (1,27);
- Calabria (1,20);
- Molise (1,16);

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

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.

Tav. 4 – Il confronto tra ospedali pubblici e ospedali accreditati AIOP, sulla base del Case-mix delle prestazioni effettuate. Anni 2014-2017

Regioni	Ospedali pubblici					Ospedali accreditati AIOP				
	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018
– Piemonte	1,05	1,05	1,04	1,05	1,32	1,35	1,31	1,35	1,35	1,35
– Lombardia	0,98	0,97	0,96	0,97	1,24	1,27	1,24	1,27	1,27	1,27
– P.A. di Bolzano	0,89	0,89	0,89	0,86	0,65	0,64	0,63	0,65	0,65	0,65
– P.A. di Trento	0,97	0,96	0,95	0,98	0,80	0,79	0,81	0,87	0,87	0,87
– Veneto (a)	1,00	1,02	1,02	0,99	1,12	1,16	1,15	1,15	1,15	1,15
– Friuli Venezia Giulia	1,02	1,02	1,01	1,01	1,04	1,06	1,01	1,02	1,02	1,02
– Liguria (b)	1,03	1,02	1,02	1,01	2,16	2,30	2,25	2,28	2,28	2,28
– Emilia Romagna	1,00	0,99	0,98	0,99	1,09	1,10	1,09	1,09	1,09	1,09
– Toscana	1,08	1,08	1,08	1,08	1,30	1,38	1,36	1,36	1,36	1,36
– Umbria	0,98	0,98	0,99	0,99	1,06	1,17	1,29	1,30	1,30	1,30
– Marche	1,02	1,00	1,00	1,02	1,03	1,07	1,02	1,00	1,00	1,00
– Lazio	1,00	1,00	1,00	0,90	0,91	0,98	1,05	1,03	1,03	1,03
– Abruzzo	0,95	0,96	0,97	0,98	1,05	1,06	1,04	1,09	1,09	1,09
– Molise	0,85	0,85	0,87	0,89	1,08	0,98	1,18	1,16	1,16	1,16
– Campania	0,96	0,95	0,95	0,96	0,84	0,86	0,85	0,92	0,92	0,92
– Puglia	0,89	0,88	0,89	0,90	1,18	1,23	1,19	1,15	1,15	1,15
– Basilicata	0,99	0,99	0,98	0,97	-	-	-	-	-	-
– Calabria	0,88	0,88	0,89	0,90	1,03	1,17	1,15	1,20	1,20	1,20
– Sicilia	0,94	0,94	0,94	0,95	0,95	0,98	0,96	0,90	0,90	0,90
– Sardegna	0,91	0,91	0,91	0,92	0,70	0,72	0,95	0,99	0,99	0,99
– Totale	0,98	0,98	0,98	0,98	1,05	1,09	1,08	1,08	1,08	1,08

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 traumi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche.

(a) Tra gli istituti pubblici del Veneto sono compresi 4 ospedali accreditati associati AIOP classificati presidio Usl.

(b) L'indicatore elevato è legato alla presenza di due ospedali accreditati, in larga parte dedicati all'alta specialità.

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

- Veneto e Puglia (1,15 per entrambe);
 - Emilia Romagna e Abruzzo (1,09 per entrambe);
- d) infine il confronto tra l'Indice di *Case mix* degli ospedali pubblici e quello degli ospedali accreditati AIOP, per l'anno 2017, vede quasi sempre in testa questi ultimi, salvo il caso delle Province Autonome di Bolzano e di Trento, le Marche, la Campania e la Sicilia.

Va da sé che anche in questo caso il tema della “medietà” insoddisfacente, espressa dagli indicatori di *Case mix* più bassi, penalizza tendenzialmente il Mezzogiorno ma non solo: gli indicatori che risultano essere sotto la media nazionale – anche di poco – sono stati evidenziati come è stato fatto per il *Peso medio*.

Al di là dei due indicatori considerati, se ne possono individuare altri che misurano in maniera più puntuale ed esemplificativa il livello di complessità delle prestazioni fornite dalle diverse tipologie di ospedali, ma con riferimento ad alcune specifiche prestazioni. Nella tavola 5 sono stati considerati 16 DRG di alta specialità, per i quali viene riportata la corrispondenza incidenza su 1.000 pazienti dimessi, sempre con riferimento alle due tipologie di strutture ospedaliere e cioè quelle pubbliche e quelle accreditate ed associate ad AIOP. Da tale confronto si può rilevare quanto segue:

- a) un'incidenza media che si conferma in crescita nel triennio 2015-2017 per gli ospedali pubblici (si passa dal 25,8‰ al 26,8‰) ed una sostanziale stabilizzazione o quasi per gli ospedali accreditati AIOP che, nello stesso triennio, passano dal 30,9‰ al 29,6‰;
- b) ma, se si pone a confronto l'incidenza su 1.000 dimessi per i singoli DRG esposti nella successiva tavola 5 con riferimento all'anno 2017, viene ad essere confermata (e spesso di gran lunga) la maggior complessità delle prestazioni della seconda tipologia di strutture rispetto alla prima, salvo il caso dei DRG 110 (Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC), 547 (Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore), 551 (Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillazione automatica – AICD – o di generatore di impulsi), 552 (Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore) e infine 553 (Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore): il che conferma largamente la complessità più elevata delle prestazioni AIOP per un gruppo di DRG emblematici sul piano dell'alta specialità.

Un ulteriore modo per comprendere l'apporto delle strutture accreditate (questa volta prese nel loro complesso), sul fronte della qualità delle prestazioni fornite ai pazienti rispetto alle strutture pubbliche è quello di mettere a

confronto l'incidenza dei casi di alta, media e bassa complessità delle prestazioni stesse durante il ricovero: il tutto con riferimento alle singole Regioni oltre che alla media nazionale e a quella delle singole circoscrizioni geografiche (tav. 6). Si sottolinea che si sta parlando in questo caso delle strutture ospedaliere accreditate che comprendono Policlinici privati, IRCCS e Fondazioni private, Ospedali classificati, Presidi Usl, Enti di ricerca ed infine Ospedali accreditati.

Inoltre si precisa che il livello di complessità è stato calcolato sulle classi di peso relativo ai DRG, tenendo conto che tale indicatore fa riferimento alle risorse assorbite per la produzione di ciascun DRG⁵.

Il risultato di tale comparazione (che comprende gli ultimi tre anni) mette in evidenza che:

- a) le strutture accreditate, nel loro insieme, contribuiscono alle prestazioni di alta complessità, nell'anno 2017, per il 21,2% contro il 14,9% degli ospedali pubblici e tale differenza in favore della componente accreditata risulta particolarmente rilevante per le Regioni del Nord (24,8% contro 15,1%);
- b) l'andamento delle prestazioni di alta complessità nel triennio 2015-2017 evidenzia inoltre una sostanziale stabilità dell'incidenza sul totale delle prestazioni per quanto riguarda gli ospedali pubblici (si passa infatti dal 14,4% del 2015 al 14,7% del 2016 e al 14,9% del 2017). Al contrario si è davanti ad una dinamica migliorativa decisamente più pronunciata per le prestazioni di alta complessità che afferiscono alle strutture accreditate (si sale infatti dal 18,7% del 2015 al 19,9% nel 2016 per finire al 21,2% nel 2017);
- c) l'esame dei dati, sotto il profilo della "medietà", sottolinea una debolezza evidente per quanto riguarda il Mezzogiorno, visto che l'incidenza dell'alta complessità è del 13,6% per le strutture pubbliche nell'anno 2017 contro il 15,1% del Nord e il 16,7% del Centro. E un'analoga differenziazione – seppure su livelli migliori – si verifica per le prestazioni di alta complessità fornite dalle strutture accreditate, visto che nello stesso anno erano del 17,5% nel Mezzogiorno contro il 24,8% del Nord e il 19,7% del Centro (quindi con una distanza tra Nord e Sud molto più pronunciata rispetto al caso delle strutture pubbliche);
- d) sempre in tema di "medietà" è il caso di sottolineare che anche la dinamica triennale di crescita delle prestazioni di alta complessità colloca in posizione più debole le strutture pubbliche che riescono a migliorare tale incidenza, nel corso del triennio, di circa 1 punto percentuale sia al Nord

⁵ Cfr. in proposito la nota della tavola 6.

Tav. 5 – La qualità delle prestazioni ospedaliere degli ospedali pubblici e degli ospedali accreditati AIOIP misurata dall'incidenza dei DRG^(a) di alta specialità^(b)

DRG	Ospedali pubblici associati ad AIOIP (Incidenza su 1.000 dimessi)						Ospedali accreditati associati ad AIOIP (Incidenza su 1.000 dimessi)				
	2015		2016		2017		2015		2016		2017
104	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco										
	1,293	1,420	1,624	5,849	5,072	6,750					
105	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco										
	1,626	1,599	1,548	2,737	2,511	2,468					
106	Bypass coronarico con PTCA										
	0,031	0,034	0,041	0,179	0,137	0,169					
108	Altri interventi cardiotoracici										
	0,501	0,528	0,476	0,822	0,685	0,846					
110	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC										
	1,558	1,598	1,579	1,193	1,079	1,056					
111	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC										
	1,531	1,519	1,589	2,199	2,058	2,257					
515	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco										
	1,596	1,630	1,593	1,736	1,886	1,897					
535	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insuff. cardiaca o shock										
	0,298	0,318	0,340	0,668	0,604	0,764					
536	Impianto di defibrillatore cardiaco con catet. cardiaco senza infarto miocardico acuto, insuff. cardiaca o shock										
	0,387	0,394	0,384	0,684	0,605	0,574					
547	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore										
	0,165	0,173	0,199	0,238	0,182	0,163					
548	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore										
	0,395	0,403	0,394	1,323	1,060	1,211					
549	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore										
	0,157	0,179	0,194	0,468	0,438	0,243					
550	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore										
	0,762	0,752	0,720	2,163	1,866	1,813					
551	Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovasc. magg. o di defibrill. autom. (AICD) o di generat. di impulsi										
	1,607	1,682	1,600	1,926	1,770	1,527					
552	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore										
	4,865	4,995	5,097	5,042	4,432	4,769					
553	Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore										
	0,277	0,296	0,281	0,120	0,121	0,121					
	25,776	26,541	26,793	30,941	27,760	29,588					
	<i>Incidenza media</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 Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema su dati Ministero della Salute e AIOIP

Tav. 6 – Confronto tra le percentuali dei casi di Alta, Media e Bassa complessità delle prestazioni erogate ai pazienti acuti durante il ricovero, mettendo a confronto le componenti ospedaliere di diritto pubblico e di diritto privato del SSN, per Regioni – Anno 2017

Regioni	Componente ospedaliera di diritto pubblico						Componente ospedaliera di diritto privato (Strutture accreditate)											
	Alta complessità			Media complessità			Alta complessità			Media complessità			Bassa complessità					
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017			
Piemonte	15,9	16,0	16,6	35,0	34,7	35,2	49,2	49,3	48,2	17,9	19,7	25,0	23,4	23,7	26,6	58,7	56,6	48,4
V. d'Aosta	15,5	16,3	15,8	34,2	34,9	35,2	50,2	48,8	49,0	28,8	31,9	37,1	7,9	9,3	17,6	63,2	58,8	45,3
Lombardia	14,0	14,2	14,5	31,1	31,2	31,2	54,9	54,6	54,0	22,6	24,1	25,3	31,0	31,7	31,6	46,4	44,2	43,5
Bolzano	12,8	13,5	13,3	28,1	28,9	28,6	59,1	57,6	58,1	-	-	-	23,4	24,0	27,0	76,6	76,0	73,0
Trento	14,5	14,4	15,4	36,0	35,8	36,2	49,5	49,8	48,4	15,5	19,8	22,0	28,3	27,0	31,0	56,2	53,2	47,0
Veneto	15,9	15,9	14,5	35,2	34,8	34,8	48,9	49,3	50,7	28,3	29,7	28,1	31,6	31,3	31,0	40,1	39,0	40,9
Friuli V.G.	15,5	15,4	15,6	34,7	35,3	35,1	49,7	49,3	49,3	22,6	21,3	22,5	24,1	23,2	22,0	53,3	55,5	55,5
Liguria	16,2	16,6	15,4	39,8	40,6	40,1	44,0	42,8	44,5	20,7	20,6	19,7	37,2	36,5	34,9	42,0	42,9	45,4
Emilia R.	14,2	14,3	15,2	35,8	35,9	36,6	50,1	49,8	48,2	18,1	18,0	22,1	28,1	27,6	26,1	53,8	54,4	51,8
Toscana	17,1	17,5	17,7	39,4	39,8	39,8	43,4	42,7	42,5	33,5	36,2	38,1	24,9	24,8	24,4	41,6	39,0	37,5
Umbria	14,2	15,1	15,3	31,9	33,1	34,1	53,9	51,8	50,6	25,3	30,0	31,4	18,9	19,3	18,2	55,8	50,7	50,4
Marche	15,1	15,6	16,6	35,8	36,3	37,4	49,1	48,1	46,0	17,7	19,1	23,6	24,2	23,3	26,3	58,1	57,6	50,1
Lazio	16,1	17,0	15,9	33,4	34,0	30,4	50,5	49,0	53,7	15,7	16,7	16,5	33,5	33,8	32,7	50,9	49,5	50,8
Abruzzo	14,6	15,4	15,6	35,4	36,3	37,4	50,0	48,3	47,0	22,2	21,4	23,1	30,1	28,9	30,0	47,7	49,7	46,9
Molise	10,3	11,2	12,3	30,9	33,5	34,1	58,8	55,3	53,6	27,3	28,6	31,6	37,5	37,5	35,8	35,2	33,9	32,6
Campania	12,3	12,6	13,5	30,4	30,9	32,0	57,3	56,5	54,5	11,1	11,9	13,2	28,2	28,3	28,6	60,7	59,8	58,2
Puglia	10,7	11,3	11,9	31,9	32,9	34,2	57,4	55,8	53,9	16,0	17,1	18,0	34,6	35,7	36,1	49,4	47,2	45,9
Basilicata	14,0	13,8	13,7	37,2	37,6	38,1	48,8	48,6	48,2	31,4	35,1	-	32,0	23,3	-	36,6	41,6	-
Calabria	11,1	11,9	12,3	31,9	32,1	34,4	57,1	56,0	53,3	24,4	29,2	30,5	34,3	33,2	32,2	41,3	37,6	37,3
Sicilia	14,4	15,0	15,6	34,6	34,9	34,9	51,0	50,1	49,5	16,9	18,9	19,8	33,5	34,2	33,9	49,6	46,9	46,3
Sardegna	11,6	12,3	12,3	32,3	32,9	33,9	56,1	54,8	53,8	13,1	14,3	15,6	16,8	18,0	17,7	70,0	67,7	66,7
Nord	14,9	15,0	15,1	34,0	34,1	34,4	51,1	50,9	50,5	22,0	23,2	24,8	29,9	30,2	30,0	48,2	46,6	45,2
Centro	16,1	16,8	16,7	36,0	36,5	35,7	47,9	46,7	47,6	18,2	19,4	19,7	31,5	31,9	31,1	50,3	48,7	49,2
Sud	12,5	13,0	13,6	32,6	33,2	34,2	54,9	53,8	52,2	15,3	16,5	17,5	31,2	31,6	31,7	53,5	51,9	50,8
Italia	14,4	14,7	14,9	34,0	34,3	34,6	51,7	51,0	50,5	18,7	19,9	21,2	30,7	31,1	30,8	50,6	49,0	48,0

(*) La classificazione per classi di complessità dei DRG attualmente disponibile è quella contenuta nell'Accordo TUC 2012, richiamato dalla norma della Legge di stabilità 2016 che esclude l'alta complessità dai provvedimenti di controllo della mobilità passiva, e successivamente prorogato. 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 1,7000 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, Ospedali accreditati.

Fonte: elaborazioni Ermeneta – Studi & Strategie di sistema su dati del Ministero della salute - SDO 2017

che al Centro e al Sud, mentre si rafforza di circa 2 punti percentuali per le strutture accreditate sia al Nord che al Centro come pure nel Mezzogiorno.

Quanto al confronto delle prestazioni di media e di bassa complessità si può rilevare:

- una stabilità di quelle di media complessità nel corso del triennio: attorno al 34% o poco più per le strutture pubbliche e ovviamente un po' meno per le strutture accreditate (attorno al 30%-31%);
- e una sostanziale convergenza delle prestazioni di bassa complessità tra strutture pubbliche e strutture accreditate: le prime si posizionano attorno al 51% e le seconde a poco meno del 50% nell'ultimo triennio.

Vicino agli indicatori sin qui utilizzati è possibile prendere in considerazione anche quello che illustra l'efficacia delle cure e cioè la tenuta e l'eventuale miglioramento/peggioramento delle prestazioni statistiche medie che utilizza il Programma Nazionale Valutazione Esiti (PNE), sviluppato da Agenas per conto del Ministero della Salute che fornisce valutazioni comparative di efficacia, di sicurezza, di efficienza e di qualità delle cure prodotte dalle singole strutture ospedaliere nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

I relativi indicatori sono discussi nell'ambito del Comitato PNE, composto dai rappresentanti di Regioni, Province Autonome, Ministero della Salute e istituzioni scientifiche, mentre la progettazione, la gestione, la definizione degli indicatori, l'analisi dei dati e la gestione del sito web sono affidate al Dipartimento di Epidemiologia del SSR della Regione Lazio, in qualità di centro operativo PNE di Agenas.

Gli indicatori PNE costituiscono uno strumento di valutazione a supporto di programmi di *auditing* clinico e organizzativo, finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità all'interno delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale. E tra le funzioni di tali indicatori – ed è bene ricordarlo – non rientra la pubblicazione di classifiche, graduatorie o “pagelle”. Anche se i risultati vengono tuttavia elaborati dai media e dai più importanti portali di *public reporting* in ambito sanitario in occasione di ogni presentazione dei dati, non di rado basati su indicatori non valutati a fondo in termini di significatività statistica e di qualità oltre che di corretta lettura dei dati di base: circostanza questa che può causare delle ripercussioni improprie, in termini di immagine e di affidabilità clinica, sulle strutture coinvolte.

E tuttavia gli indicatori PNE hanno assunto nel tempo una rilevanza strategica anche come strumento di valutazione nell'ambito della programmazione sanitaria e della stessa ridefinizione della rete ospedaliera e dei servizi.

Infatti, con l’emanazione del DM 70/2015 – che pone come tematiche prioritarie l’implementazione del governo clinico, la sicurezza delle cure, la ricerca e l’innovazione – gli indicatori dei volumi di attività e della valutazione degli esiti costituiscono un riferimento centrale ai fini della determinazione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera. Nel punto 4.6 del decreto si afferma che “*sia per volumi che per esiti, le soglie minime identificabili a livello nazionale sulla base di evidenze scientifiche, possono consentire di definire criteri non discrezionali per la riconversione della rete ospedaliera ed eventuali valutazioni per l’accreditamento*”.

L’edizione 2019 del Rapporto PNE è basata sulle stesse metodologie illustrate nel precedente Rapporto *Ospedali & Salute* 2018⁶.

Più precisamente le elaborazioni delle informazioni sono basate su 28 indicatori di esito e in particolare⁷:

- 19 indicatori di esito “TREEMAP” (sono stati esclusi 2 indicatori TREEMAP di volume);
- e 9 indicatori di esito considerati rilevanti per la componente ospedaliera di diritto privato in funzione del volume di attività: in particolare si tratta di 5 indicatori dell’area clinica muscolo-scheletrica, 3 indicatori per l’area gravidanza e parto ed infine 1 indicatore per le procedure chirurgiche (colecistectomia).

Nella tavola 7 vengono presentati gli indicatori di esito, la cui struttura segue l’impostazione utilizzata per gli indicatori di complessità (come il *Peso medio* e il *Case mix*). L’analisi proposta per i valori nazionali fa riferimento ai 28 indicatori TREEMAP⁸, si basa sui dati PNE di dicembre 2018 e

⁶ Cfr. Parte prima/paragrafo 1.3, pagg. 30-31.

⁷ Per ulteriori informazioni cfr. Quaderni AIOP/6, “Rapporto sulla qualità degli *outcomes* clinici nell’ospedalità privata”, predisposto appositamente da Innogea Srl (Palermo) per conto di AIOP – Associazione Italiana Ospedalità Privata.

⁸ Gli indicatori TREEMAP costituiscono un nuovo strumento di valutazione sintetica, grazie al quale ogni struttura può essere valutata sia sulla base dei risultati ottenuti per ciascuno degli indicatori del PNE, sia sulla base di un’analisi sintetica per area clinica, operata tenendo conto della validità e del peso differente di ciascun indicatore. Sono 7 le aree cliniche principali considerate ai fini di questa nuova valutazione per struttura: cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto, osteomuscolare.

Tav. 7 – Indicatori di Esito (con valori risk adjustment) per 28 indicatori TREEMAP, ponendo a confronto i risultati degli ospedali pubblici e gli ospedali di diritto privato¹

Indicatori	Totale casi	Numero casi trattati				Media nazionale Esit ²		Miglioramento Esiti 2017-2018 ²	
		Ospedali pubblici		Ospedali di diritto privato		Ospedali pubblici	Ospedali di diritto privato	Ospedali Pubblici	Ospedali di diritto privato
		N. casi	%	N. casi	%				
Valvuloplastica o sost. Valvole cardiache: mortalità a 30 gg	37.882	20.939	55,3	16.786	44,3	3,03	2,3	0,2	-0,28
By-Pass Aortocoronarico: mortalità a 30 gg	27.397	17.191	62,7	10.094	36,8	2,04	2,04	-0,32	-0,46
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 gg	88.284	80.556	91,2	6.439	7,3	8,29	7,59	-0,43	0,18
Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 gg	88.284	78.628	89,1	6.439	7,3	47,06	57,22	2,39	2,18
Scempenso Cardiaco Congestivo: mortalità a 30 gg	132.862	108.836	81,9	18.572	14	11,69	7,55	0,44	0,64
Riparaz. Aneurisma non rotto aorta addominale: mortalità a 30 gg	16.947	13.468	79,5	3.282	19,4	2,15	1,41	0,12	0,03
Ictus ischemico: mortalità a 30 gg	60.836	51.537	84,7	3.618	5,9	10,74	7,52	-1,45	0,11
Interv. Chirurgico TM Cerebrale: mortalità a 30 gg	29.211	25.409	87	1.177	4	2,68	2,51	0,98	0,59
BPCO Riattivata: mortalità a 30 gg	78.084	65.008	83,3	11.309	14,5	11,15	4,59	0,44	-0,87
Colecistectomia laparoscopica: deg. post-operatoria inferiore a 3 gg	64.843	44.706	68,9	15.447	23,8	74,87	82	3,95	1,54
Colecistectomia laparoscopica: complicanze a 30 gg	133.033	86.172	64,8	31.179	23,4	2,43	1,41	-0,12	-0,07
Proporz. Parti con taglio cesareo primario	339.674	276.843	81,5	31.632	9,3	22,97	35,76	-2,4	-2,84
Proporz. Parti vaginali pregresso parto cesareo	66.605	32.394	48,6	11.646	17,5	0,84	0,52	0,4	0,36
Parti cesarei: complicanze durante parto e puerperio	301.705	241.869	80,2	46.288	15,3	0,92	4,1	-0,13	-0,1
Parti cesarei: ricoveri successivi durante il puerperio	301.705	241.869	80,2	46.288	15,3	0,53	0,5	0,04	-0,01
Parti Naturali: complicanze durante parto e puerperio	544.567	465.271	85,4	48.997	9	0,57	0,54	0,08	0,03
Parti Naturali: ricoveri successivi durante il puerperio	535.129	285.140	53,3	50.285	9,4	3,94	2,6	-0,48	-0,84
Interv. Chirurgico per TM Colon: mortalità a 30 gg	47.770	36.490	76,4	4.951	10,4	0,95	1,62	-0,35	0,37
Interv. Chirurgico per TM Polmone: mortalità a 30 gg	25.364	21.836	86,1	3.051	12	4,36	2,9	-1,74	-0,02
Interv. Chirurgico per TM Stomaco: mortalità a 30 gg	18.203	15.659	86	2.064	11,3	7,24	6,96	-1,16	0,51
Nuovi Interv. di Resezione entro 120 gg da interv. conservativo	37.224	28.665	77	7.827	21	62,7	73,82	11,81	6,66
Frattura collo del Femore: intervento entro 2 gg	71.040	64.849	91,3	4.916	6,9	4,06	2,95	-0,22	0
Protesi d'anca: riammissioni a 30 gg	75.741	41.954	55,4	29.135	38,5	1,85	1,88	-2,43	-1,07
Protesi d'anca: revisioni a 2 anni	76.933	46.368	60,3	25.765	33,5	1,75	1,32	-0,9	-0,1
Protesi di Ginocchio: riammissione a 30 gg	55.501	16.201	29,2	35.027	63,1	2,85	2,65	-0,43	-0,16
Protesi Ginocchio: revisioni a 2 anni	53.609	17.736	33,1	31.544	58,8	0,89	1,14	-0,9	-0,1
Artroscopia di Ginocchio: revisione a 6 mesi	117.891	44.195	37,5	63.985	54,3	4,19	2,72	-0,61	-0,48
Frattura Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento (gg)	11.039	10.052	91,1	795	7,2				

(1) Per gli ospedali di diritto pubblico sono stati considerati: le Aziende Ospedaliere, gli Ospedali a gestione diretta Asl, gli IRCCS pubblici e le Fondazioni pubbliche. Mentre per gli ospedali di diritto privato sono stati considerati: gli Ospedali accreditati, i Case di cura non accreditate, i Policlinici universitari privati, gli IRCCS privati e le Fondazioni private.

(2) I valori evidenziati in grigio chiaro rappresentano le performance migliori validate dal test di significatività statistica. Laddove il confronto non riporti alcun dato evidenziato, la differenza a vantaggio di uno dei due gruppi esaminati potrebbe essere frutto del caso.

Fonte: *Quaderno AIOP n. 6, "Rapporto sulla qualità degli outcomes clinici nell'ospedalità privata", predisposto da Immoega su dati Agenas - Programma Nazionale Valutazione Esiti (PNE) 2018*

riporta i valori ADJ di rischio aggiustato (*Risk adjustment*)⁹ ottenuti rispettivamente per gli ospedali pubblici e per gli ospedali di diritto privato¹⁰, mettendo a confronto i risultati del 2017 con quelli del 2018.

I dati contenuti nella tavola 7 contribuiscono ad illustrare:

- innanzitutto le prestazioni migliori ottenute dall'una o dall'altra tipologia di ospedali, con la messa in evidenza dei punteggi ottenuti da quelli migliori (cfr. 6^a e 7^a colonna della tavola richiamata): dal confronto emerge un posizionamento più solido per gli ospedali di diritto privato (con 18 indicatori di esito migliori sui 28 utilizzati) rispetto a quelli pubblici (con 4 indicatori di esito migliori sui 28 utilizzati);
- quindi il miglioramento degli indicatori di esito tra il 2017 e il 2018 (cfr. 8^a e 9^a colonna della tavola 7) all'interno di ciascuna tipologia di ospedali: il confronto permette di registrare un recupero lievemente più significativo per gli ospedali pubblici (in 21 prestazioni su 28) rispetto agli ospedali di diritto privato (19 prestazioni su 28);
- tuttavia, al di là del miglioramento appena ricordato, va tenuto presente che il posizionamento della media degli esiti resta, nel 2018, nettamente migliore per gli ospedali di diritto privato rispetto a quelli pubblici, come mostrano per l'appunto le ultime due colonne della tavola 7.

1.3. La conferma di una “medietà” inadeguata, e soggettivamente percepita, delle prestazioni ospedaliere con i conseguenti comportamenti di reazione degli utenti

Nel precedente paragrafo sono state esplicitate le differenze territoriali dei livelli di complessità e di efficacia (Esiti) delle prestazioni all'interno tuttavia di una tendenza media nazionale che cresce nel corso del tempo, sul piano degli indicatori statistici complessivi. E si è anche sottolineato come

⁹ La valutazione comparativa degli esiti deve tener conto delle possibili differenze esistenti nella popolazione studiata, le quali possono riguardare l'età, il sesso, gli step di severità delle patologie e le comorbidità. Le tecniche di *risk adjustment* consentono di analizzare la variabilità osservata tra strutture e/o aree territoriali in termini di rischio relativo (RR), indice questo utilizzato come misura di associazione. Viene isolato in questo modo il possibile 'effetto confondente' dell'associazione tra esito ed esposizione, effetto causato dalla disomogenea distribuzione delle caratteristiche dei pazienti.

¹⁰ Per gli ospedali di diritto pubblico sono stati considerati: le Aziende Ospedaliere, gli Ospedali a gestione diretta Asl, gli IRCCS pubblici e le Fondazioni pubbliche. Mentre per gli ospedali di diritto privato sono stati considerati: gli Ospedali accreditati, le Case di cura non accreditate, i Policlinici universitari privati, gli IRCCS privati e le Fondazioni private.

le differenze suddette facciano capo essenzialmente ai territori del Mezzogiorno rispetto a quelli del resto del Paese: questo significa che i valori statistici medi nazionali nascondono una “medietà” – ovvero un livello medio accettabile e diffuso – che non è assicurato in maniera uniforme ai diversi territori.

Di questo fenomeno si è voluto dar conto non solo sul piano oggettivo, appena richiamato, ma anche sul piano soggettivo, riferito alla percezione di quel soggetto che risulta essere maggiormente “informato sui fatti” cioè del *caregiver* che – nello svolgimento del suo ruolo – ha maturato e matura più esperienze nel campo della tutela della salute: anche perché si tratta di quelle che riguardano lui stesso, da un lato e quelle che hanno a che fare con gli altri membri della famiglia, dall’altro.

Il primo gruppo di dati della tavola 8 illustra (le percentuali sono state calcolate al netto delle mancate risposte)¹¹:

- l’esistenza di un livello medio del “tutto soddisfacente e/o soddisfacente” delle prestazioni avute nel corso degli ultimi due anni che interessa il 64,1% di coloro che hanno sperimentato ospedali pubblici, che sale però al 73,8% per gli ospedali accreditati e al 76,7% per le cliniche private a pagamento;
- e, all’opposto, l’esistenza di un livello medio delle prestazioni, sempre nel corso degli ultimi due anni, che è risultato “poco e/o per nulla soddisfacente” che risulta più alto per gli ospedali pubblici (35,9%) e più basso per gli ospedali accreditati (26,2%) nonché per le cliniche private a pagamento (23,3%);
- e infine l’esistenza di un livello medio “poco e/o per nulla soddisfacente” che appare essere molto più marcato secondo le opinioni dei *caregiver* del Mezzogiorno: per gli ospedali pubblici in particolare (47,8% contro una media complessiva del 35,9%), che subisce solo un lieve ritocco verso l’alto per gli ospedali accreditati (27,3% contro 26,2%) e che risulta lievemente inferiore per le cliniche private a pagamento (22,4% contro 23,3%), venendo così a ribadire la presenza evidente di una medietà non adeguata che coinvolge in maniera più incisiva gli ospedali pubblici rispetto agli altri.

Di fronte ad una “medietà” delle prestazioni ritenuta insoddisfacente (soprattutto nel Mezzogiorno) nasce un insieme di comportamenti “reattivi” da parte dei pazienti e delle loro famiglie che appare del tutto comprensibile. Essi possono riguardare innanzitutto il ricorso a strutture ospedaliere presenti in Regioni diverse rispetto a quelle di residenza, e tale fenomeno è rilevabile

¹¹ Le mancate risposte sono pari al 9,2% per quanto riguarda le esperienze maturate dai *caregiver* negli ospedali pubblici, al 32% nel caso delle esperienze presso gli ospedali accreditati e del 53,7% delle esperienze avute presso le cliniche private a pagamento.

immediatamente dai flussi della mobilità sanitaria extraregionale (cfr. il secondo gruppo di dati della tavola 8). Infatti:

- il valore assoluto dei ricoveri (per la totalità delle tipologie e dei relativi regimi) passa da circa 810.000 unità nel 2010 a 726.000 unità nel 2018: ma quello che sembra essere una riduzione in realtà rappresenta un aumento, poiché l'incidenza dei ricoveri extraregione sul totale dei ricoveri a livello nazionale sale dal 7,6% del 2010 all'8,8% del 2018. E questo succede in quanto si è verificata una significativa contrazione dei ricoveri complessivi come una tendenza ormai consolidatasi negli anni: infatti essi sono scesi da 10,7 milioni di unità nel 2010 a 9,0 milioni di unità nel 2014 (-15,9%) per arrivare a 8,2 milioni di unità nel 2018 (con un ulteriore -9,0%);
- ma se si considerano i corrispondenti dati relativi alle Regioni del Mezzogiorno, diventa più consistente e crescente nel tempo l'incidenza dei ricoveri extraregione per quest'area geografica rispetto al resto del Paese: +9,5% nel 2010, +10,5% nel 2014 e +12,2% nel 2018 (anche nel Centro-Nord tale tendenza cresce, ma resta legata ad incidenze percentuali ben più contenute: 6,5%, 6,9% e 7,4%); mentre l'andamento percentuale dei ricoveri totali dello stesso Mezzogiorno è diminuito del 20,4% nel 2014 rispetto al 2010 e ancora di un 15,9% nel 2018 rispetto al 2014: questo *trend* ha fatto sì che l'incidenza dei ricoveri totali fuori Regione nel Mezzogiorno sul totale dei ricoveri fuori Regione a livello nazionale resti sempre superiore al 40,0%, pur contraendosi nel tempo: dal 44,9% del 2010 al 42,8% del 2018.

Ma anche gli orientamenti e i comportamenti dichiarati dai *caregiver* nel corso del tempo per quanto riguarda la propensione a ricorrere a strutture ospedaliere al di fuori dalla propria Regione di residenza, mostrano un evidente incremento (cfr. terzo gruppo di dati della tavola 8). Infatti:

- i *caregiver* che hanno effettivamente fatto ricorso, per una o più persone appartenenti alla famiglia oppure che intendevano far ricorso ma poi hanno rinunciato per le attese troppo lunghe o perché le Asl non hanno dato l'autorizzazione oppure ancora perché non hanno fatto ricorso ma comunque hanno valutato attivamente la possibilità di rivolgersi ad altri ospedali al di là dei confini regionali passano, nel loro insieme, dal 10,1% del 2016 al 12,4% del 2019;
- i *caregiver* che non hanno fatto ricorso perché c'era un problema di spese che avrebbero dovuto sostenere in quanto accompagnatori del paziente oppure i *caregiver* che sarebbero stati comunque pronti a fare ricorso qualora avessero dovuto affrontare un problema serio di salute balzano in maniera ancora più evidente, nel loro complesso, verso l'alto, salendo dal

Tav. 8 – La percezione di una “medietà” insoddisfacente (soprattutto nel Mezzogiorno) e i comportamenti reattivi dei caregiver (v.a. e val. %)

Fenomeni	Dati				
	Opedali pubblici	Opedali accreditati	Cliniche private a pagamento		
– La valutazione di una “medietà” più o meno accettabile delle prestazioni ospedaliere della propria Regione, sulla base dell’esperienza avuta negli ultimi due anni, da parte dei caregiver e/o degli altri membri della famiglia (le percentuali esposte sono al netto delle mancanti risposte): ¹					
▪ Livello medio del tutto soddisfacente + soddisfacente	64,1	73,8	76,7		
▪ Livello medio poco + per nulla soddisfacente	35,9	26,2	23,3		
▪ Livello medio poco + per nulla soddisfacente nel Mezzogiorno	47,8	27,3	22,4		
– Ricorso, negli ultimi dodici mesi per cure/interventi, in strutture ospedaliere di altre Regioni da parte dei caregiver e/o dei membri della famiglia, posti a confronto con l’andamento del totale dei ricoveri ² :					
▪ Numero di ricoveri totali in strutture extraregionali (dati arrotondati)	2010	2014	2018		
	810.000	735.000	726.000		
▪ % di ricoveri extraregione sui ricoveri totali	7,6	8,2	8,8		
▪ Δ percentuale dei ricoveri totali rispetto agli anni indicati	-	-15,9	-9,0		
– Numero di ricoveri totali extraregione da parte delle Regioni del Mezzogiorno (dati arrotondati)	363.000	320.000	311.000		
▪ % di ricoveri extraregione sui ricoveri totali nelle Regioni del Mezzogiorno	9,5	10,5	12,2		
▪ % di ricoveri extraregione sui ricoveri totali nelle Regioni del Centro-Nord	6,5	6,9	7,4		
▪ Δ percentuale dei ricoveri totali nelle Regioni del Mezzogiorno, con riferimento agli anni considerati	-	-20,4	-15,9		
▪ % di ricoveri totali fuori Regione nel Mezzogiorno sul totale ricoveri fuori Regione a livello nazionale	44,9	43,6	42,8		
				2019	
– La propensione a ricorrere, nel corso degli ultimi dodici mesi, a strutture ospedaliere di altre Regioni rispetto a quella di residenza da parte del caregiver e/o degli altri membri della famiglia ³					
▪ Orientamento a fare concretamente l’esperienza presso strutture ospedaliere extraregionali	10,1	16,4	17,5		
▪ Orientamento potenziale a fare l’esperienza presso strutture ospedaliere extraregionali	18,1	31,3	42,4		
▪ Non si sono posti il problema	71,8	51,7	48,0		
				2017	2018
				16,1	35,2
				4,8	11,4
					13,0
– Il ricorso negli ultimi due anni a strutture ospedaliere accreditate o a cliniche private a pagamento, da parte del caregiver e/o degli altri membri della famiglia, a seguito di eventuali disagi derivanti dall’accesso ai servizi forniti dalle strutture ospedaliere pubbliche e dalla relativa qualità dei servizi ⁴					
▪ Ricorso a strutture ospedaliere accreditate					
▪ Ricorso a cliniche private a pagamento					
– Ragioni più importanti del ricorso da parte del caregiver e/o degli altri membri della famiglia a strutture ospedaliere accreditate nel corso degli ultimi due anni ⁵ :					
▪ Minor attesa per le prestazioni	1°	(44,6)	1°	(38,7)	1°
▪ La maggior fiducia nell’ospedale accreditato e nei medici che vi operano	2°	(29,3)	2°	(28,7)	2°
▪ La vicinanza dell’ospedale a casa	4°	(21,8)	3°	(26,3)	3°
▪ Il frutto di una scelta attenta e ponderata effettuata in famiglia	5°	(19,9)	4°	(15,7)	4°
▪ La necessità di affrontare un’attesa troppo lunga per avere accesso all’ospedale pubblico	3°	(24,0)	5°	(13,9)	5°
▪ Il consiglio di parenti, amici e conoscenti	6°	(12,2)	6°	(11,5)	6°
▪ La tradizione di famiglia	10°	(6,2)	9°	(5,2)	7°
▪ Numero medio di ragioni per intervistato		2,0			1,7

(Segue) Tav. 8 – La percezione di una “medietà” insoddisfacente (soprattutto nel Mezzogiorno) e i comportamenti reattivi dei caregiver (v.a. e val. %)

Fenomeni	Dati		
	2014	2016	2018
– L'aumento della spesa sanitaria <i>out-of-pocket</i> delle famiglie italiane ⁶ :			
▪ In milioni di euro (a prezzi correnti)	33.918	35.912	37.484
▪ N.I.: 2014 = 100,0	100,0	105,9	110,5

– Incidenza dei rimandi e delle rinunce relativi alle prestazioni più significative sottoindicate, che hanno riguardato direttamente i caregiver e/o i membri della relativa famiglia (calcolata sul totale degli intervistati che hanno fatto effettivamente ricorso + il totale di quelli che hanno rimandato + il totale di coloro che hanno rinunciato)⁷:

	Rimandi			Rinunce		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
▪ Visite specialistiche	10,3	13,4	16,1	7,6	7,1	9,6
▪ Cure dentarie	14,7	14,0	17,7	12,4	13,4	14,1
▪ Accertamenti diagnostici	11,5	13,7	14,5	7,5	7,9	11,8
▪ Analisi di laboratorio	8,4	8,4	11,7	3,7	5,4	5,6
▪ Ricoveri ospedalieri	15,2	15,1	17,2	13,6	12,3	12,3
▪ Accesso al Pronto Soccorso	11,4	13,7	14,7	10,8	12,3	8,3
– Ragioni del rimando e/o della rinuncia alle cure ⁸ :						
▪ Le liste di attesa troppo lunghe per le prestazioni	2° (52,1)	2° (47,6)	1° (51,7)			
▪ Le difficoltà economiche familiari (per pagare ticket, accessi, prestazioni, ecc.)	1° (54,6)	1° (48,8)	2° (30,0)			
▪ Le difficoltà burocratiche per poter accedere alle prestazioni	3° (15,8)	3° (16,1)	3° (19,2)			
▪ La diminuzione delle prestazioni (e dei servizi) offerti ai pazienti	4° (10,2)	4° (14,0)	4° (16,1)			
▪ Il peggioramento delle prestazioni (e dei servizi) offerti ai pazienti	5° (8,9)	5° (10,0)	5° (13,1)			
– Numero medio di ragioni per intervistato	1,4	1,4	1,3			

(1) Cfr. Parte terza/Tabella 18, pag. 238.

(2) Elaborazione su dati Ministero della Salute, a partire dai dati SDO (totalità delle tipologie e dei regimi di ricovero).

(3) Cfr. Parte terza/Tabella 21, pag. 245 (è presente qualche risposta multipla).

(4) Cfr. Parte terza/Tabella 19, pag. 241.

(5) Cfr. Parte terza/Tabella 20, pag. 242 (si tratta di risposte multiple come si vede dal numero medio di ragioni per intervistato).

Fonte: *Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

(6) Fonte: Istat/Dataset: Spesa a prezzi correnti per consumi finali sanitari delle famiglie italiane.

(7) Rapporto *Ospedali & Salute 2018/Parte terza/Tabella 42A*, pag. 229.

(8) Rapporto *Ospedali & Salute 2018/Parte terza/Tabella 43*, pag. 231 (le percentuali esposte corrispondono a degli “addensamenti di risposte” che quindi possono essere multiple).

18,1% del 2016 al 39,6% del 2019: e la relativa contrazione del 2018 probabilmente ha a che fare proprio con i sistemi espliciti o impliciti di disincentivazione a recarsi fuori Regione come pure all'onere aggiuntivo che le famiglie dovrebbero sostenere.

Peraltro il vincolo costituito dall'eventuale autorizzazione Asl ai fini della mobilità sanitaria più sopra richiamata attraverso le risposte fornite dai *care-giver*, trova riscontro nell'Accordo Stato-Regioni del 29 settembre 2016 (e successive integrazioni) e tendeva a "regolare" i flussi finanziari connessi con la suddetta mobilità dei pazienti. E infatti la riduzione del relativo budget è stata sottolineata anche dai testimoni privilegiati di 20 Regioni italiane¹², i quali affermano che si sono avverite "conseguenze significative e/o abbastanza significative" in proposito:

- sia sul piano del budget riconosciuto (nel 50,0% dei casi);
- sia sul piano del flusso dei pazienti (nel 44,4% dei casi).

Si ricorda che la propensione ad utilizzare maggiormente le strutture sanitarie extraregionali risulta più elevata nel Mezzogiorno rispetto al resto del Paese, ma questo avviene in termini più generali anche per gli intervistati che appartengono ad un livello socioeconomico di tipo medio-alto o alto e quindi sono più in grado di assumere più agevolmente le decisioni in tal senso disponendo di maggiori risorse familiari per sostenere le spese che ne conseguono¹³.

Vicino al comportamento reattivo costituito dalla propensione a cercare altre strutture ospedaliere al di fuori della propria Regione di residenza esiste il ricorso potenziale a strutture ospedaliere accreditate o a cliniche private a pagamento qualora si siano sperimentati eventuali disagi, derivanti dall'accesso a servizi e prestazioni da parte delle strutture ospedaliere pubbliche. Ciò è avvenuto (con riferimento agli ultimi due anni) da parte del *care-giver* e degli altri membri della famiglia (cfr. quarto gruppo di dati della tavola 8):

- che hanno scelto in via crescente le strutture ospedaliere accreditate: nel 16,1% nel 2017, nel 25,2% nel 2018 e nel 30,2% nel 2019,
- oppure che hanno scelto delle cliniche private a pagamento: nel 4,8% nell'anno 2017 per poi arrivare all'11,4% nel 2018 e al 13,0% nel 2019.

La tendenza dunque sembra essere quella di un aumento consistente nel corso del tempo di una reazione orientata a trovare – e quindi a sperimentare – strutture ospedaliere alternative rispetto a quelle pubbliche. Questo può av-

¹² Si tratta dei Presidenti Regionali AIOP di 20 Regioni italiane e/o Province Autonome, intervistati nel corso del mese di ottobre 2019.

¹³ Cfr. capitolo 4 degli Allegati, *Tabella A21*.

venire per una molteplicità di ragioni che vedono ai primi quattro posti (almeno nel 2018 e nel 2019) la minore attesa per le prestazioni (1° posto), la maggior fiducia nell'ospedale accreditato e nei medici che vi operano (2° posto), la vicinanza dell'ospedale rispetto all'abitazione (3° posto) e il frutto di una scelta attenta e ponderata da parte della famiglia (4° posto). Il tutto con un numero medio di ragioni addotte dai *caregiver* intervistati che va da 2,0 nel 2017 a 1,7 nel 2018 e nel 2019.

Un indicatore ulteriore dei comportamenti “reattivi” da parte delle famiglie è quello della spesa *out-of-pocket* per consumi sanitari che naturalmente possono essere sia di tipo integrativo sia di tipo sostitutivo rispetto ai servizi forniti dal Servizio Sanitario Nazionale: lo scopo è quello di poter ottenere prestazioni migliori e/o in tempi più ristretti e/o presso strutture o professionisti di cui ci si fida di più sia all'interno che all'esterno della propria Regione di residenza. Tra il 2014 e il 2018 la spesa suddetta (a prezzi correnti) è aumentata da 33,9 miliardi di euro nel 2014 a 35,9 nel 2016 per arrivare a 37,5 miliardi di euro nel 2018, con un incremento pari al 10,5% nel quadriennio preso in considerazione (cfr. sesto gruppo di dati della tavola 8).

Vicino ai comportamenti di reazione messi in atto dai *caregiver* sul piano del ricorso agli ospedali extraregionali oppure del ricorso a strutture ospedaliere al di fuori di quelle pubbliche esiste – e non è certo marginale – la spinta a rimandare e/o a rinunciare alle prestazioni di cui si riteneva di aver bisogno. In tal caso (cfr. ultimo gruppo di dati della tavola 8):

- si può rilevare un incremento del fenomeno dei rimandi e di quello delle rinunce: esso appare decisamente in crescita come si può rilevare nel triennio, toccando il 16%-17% per i rimandi e il 12%-14% per le rinunce (rispetto al totale di coloro che ritenevano di avere bisogno delle specifiche prestazioni);
- e parallelamente si deve registrare un insieme di ragioni dei rimandi e/o delle rinunce che vedono stabilmente al 1° posto in assoluto la ragione legata alle liste di attesa troppo lunghe col 51,7% di risposte (era al 1° posto nei due anni precedenti), seguita dalle difficoltà economiche familiari (2° posto nel 2018 rispetto al 1° nei due anni precedenti) e quindi le difficoltà burocratiche per poter accedere alle prestazioni (stabilmente al 3° posto) e quindi il razionamento delle prestazioni offerte ai pazienti (stabilmente al 4° posto) ed infine il peggioramento qualitativo delle prestazioni offerte ai pazienti (5° posto in tutti e tre gli anni considerati).

2. L'analisi di alcuni specifici disagi vissuti dai pazienti e dalle famiglie

2.1. L'incremento significativo nell'ultimo anno delle esperienze di attesa per prestazioni Asl, ricoveri e accessi al Pronto Soccorso

Nel precedente paragrafo 1.3 si è visto come la lunghezza delle liste di attesa sia stata collocata al 1° posto dai *caregiver* come ragione più importante per ricorrere in alternativa a strutture ospedaliere accreditate.

È perciò interessante valutare – come si è fatto lo scorso anno – l'incidenza delle esperienze avute sul campione rappresentativo dell'intera popolazione, allo scopo di verificarne l'andamento tra il 2018 e il 2019. A tale proposito la tavola 9 fornisce un quadro abbastanza esaustivo, da cui emerge:

a) un'incidenza percentuale in crescita della popolazione che ha avuto una o più esperienze di liste di attesa per l'accesso alle prestazioni Asl (come analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, visite specialistiche e/o piccoli interventi ambulatoriali) nel corso degli ultimi dodici mesi: infatti si è passati dal 30,7% del 2018 al 39,2% del 2019 e – in valori assoluti – da 15,6 milioni a 19,9 milioni di persone adulte coinvolte.

I comportamenti adottati da queste ultime mostrano una “reattività” pronunciata nel 2019 rispetto all'anno precedente: coloro che hanno aspettato pazientemente il proprio turno sono scesi dal 69,4% del 2018 al 63,2% del corrente anno, mentre per converso è aumentata l'incidenza di coloro che hanno cercato vie alternative (dal 36,8% al 30,6%) attraverso il ricorso ad altre strutture ospedaliere pubbliche oppure a strutture ospedaliere accreditate o ancora a cliniche private e/o ad altri soggetti a pagamento (cfr. primo gruppo di dati della tavola 9);

b) ma anche l'incidenza percentuale sulla popolazione italiana adulta che ha avuto una o più esperienze di liste di attesa per il ricovero in ospedale ha subito un'accelerazione, passando dall'8,0% del 2018 al 16,9% del 2019 (in termini assoluti, da 4,1 milioni a 7,9 milioni di unità). Si tenga tuttavia presente a questo proposito che l'aumento particolarmente pronunciato di

tali liste è dovuto anche al fatto che nel corrente anno è stato chiesto alla popolazione di distinguere specificamente tra liste di attesa che riguardavano prestazioni chirurgiche/cure di tipo grave-serio, da un lato e prestazioni chirurgiche/cure di tipo leggero, dall'altro: e questo probabilmente ha sollecitato una risposta più precisa circa il tema affrontato (ma avvicinandosi meglio alla realtà). Anche in questo caso la "reattività" delle persone è cresciuta in parallelo, visto che coloro che hanno aspettato con pazienza il proprio turno si è decisamente ridotto, scendendo dal 68,9% del 2018 al 42,7% del 2019. Di conseguenza gli intervistati che invece hanno adottato altri tipi di comportamento, come il ricorso ad altri ospedali pubblici oppure a strutture ospedaliere accreditate o ancora a strutture fuori Regione, ecc., sono salite dal 31,1% del 2018 al 57,3% del 2019 (cfr. secondo gruppo di dati della tavola 9);

- c) l'incidenza percentuale sulla popolazione adulta che ha avuto una o più esperienze di liste di attesa per prestazioni in *day hospital* e/o in *day service* (rilevata per la prima volta quest'anno) è stata:
- del 10,8% per le prestazioni in *day hospital* (pari a 5,5 milioni di unità);
 - del 12,7% per le prestazioni in *day service* di tipo medico-ambulatoriale (pari a 6,4 milioni di unità);
 - ed infine del 9,8% per le prestazioni in *day service* di tipo chirurgico-ambulatoriale (pari a 5,0 milioni di unità).

Naturalmente è possibile che esistano delle sovrapposizioni di esperienze di liste di attesa tra le tre prestazioni menzionate: ad esempio coloro che hanno sperimentato quelle per il *day hospital* sono stati inseriti in liste di attesa anche per il *day service* di tipo medico-ambulatoriale (nel 57,2% dei casi) come pure per il *day service* di tipo chirurgico-ambulatoriale (nel 52,1% dei casi)¹. Anche per le prestazioni qui menzionate gli intervistati del campione possono aver aspettato con pazienza il loro turno oppure possono aver trovato delle soluzioni alternative. Non ci sono differenze significative a seconda del tipo di disagio (sia esso di tipo grave-serio o di tipo leggero): infatti coloro che hanno atteso regolarmente il proprio turno sono circa il 61% degli intervistati, mentre chi ha cercato soluzioni alternative (nell'ambito di strutture ospedaliere pubbliche o di strutture ospedaliere accreditate o ancora nell'ambito di strutture private a pagamento pieno) rappresenta il 32,0% nel caso di disagi di tipo grave-serio, a cui però si aggiunge un 6,5% che ha rimandato o addirittura rinunciato alle prestazioni; ma la ricerca di soluzioni alternative interessa il 35,5%

¹ Cfr. Parte seconda/Tabella 34A, pag. 178.

degli intervistati nel caso di disagi di tipo leggero, a cui va sommato un 3,9% di intervistati che dichiara di aver rimandato o rinunciato del tutto alle prestazioni (cfr. terzo gruppo di dati della tavola 9);

- d) gli intervistati che hanno avuto maggiori esperienze di liste di attesa nel 2019 e che hanno adottato comportamenti più pronunciati di tipo reattivo (sia che si sia trattato di prestazioni Asl, di ricoveri in ospedale o di prestazioni in *day hospital* e/o in *day service*) sono soprattutto donne piuttosto che uomini, soggetti residenti in centri di medie o medio-grandi dimensioni e persone con un livello di istruzione alto o medio-alto oltre che caratterizzate da un'appartenenza socioeconomica a sua volta alta e/o medio-alta (cfr. quarto gruppo di dati della tavola 9);
- e) infine è stato valutato anche il possibile fenomeno di una molteplicità di esperienze di liste di attesa nel senso, ad esempio, che gli intervistati in lista di attesa per prestazioni Asl nel corso degli ultimi dodici mesi hanno anche sperimentato liste per altre prestazioni e cioè:
- per il ricovero in ospedale il 37,3%;
 - per le prestazioni in *day hospital* il 22,8%;
 - per le prestazioni in *day service* di tipo medico-ambulatoriale il 26,3%;
 - per le prestazioni in *day service* di tipo chirurgico-ambulatoriale il 21,6%;
 - e per gli accessi al Pronto Soccorso pubblico il 47,6%.

Ovviamente la “combinazione” delle diverse liste di attesa è molto variabile, nel senso che non tutti coloro che appartengono ad uno dei gruppi appena menzionati fa parte necessariamente di tutti gli altri gruppi, tanto è vero che il numero medio di esperienze di liste di attesa è di 1,6 per singolo intervistato (cfr. ultimo gruppo di dati della tavola 9).

Un'informazione aggiuntiva di riscontro sull'andamento del problema delle liste di attesa per le prestazioni Asl e per il ricovero in ospedale è stata raccolta attraverso un'apposita indagine su testimoni privilegiati². Quello che emerge da quest'ultima è che su 20 Regioni e/o Province Autonome:

- il tema delle liste di attesa per l'accesso ai servizi Asl costituisce un problema “molto +abbastanza serio” per la quasi totalità degli intervistati (95% dei casi, di cui 40% “molto serio” e 55% “abbastanza serio”); lo stesso tema, ma connesso all'accesso agli ospedali pubblici, si rivela essere “molto + abbastanza serio” per l'84,2% degli intervistati (di cui il 15,8% “molto serio” e un ulteriore 68,4% “abbastanza serio”);

² Si tratta dei Presidenti Regionali AIOP di 20 Regioni italiane, intervistati nel corso del mese di ottobre 2019.

Tav. 9 – Una crescita significativa delle esperienze di liste di attesa da parte della popolazione tra il 2018 e il 2019 (val. %)

Fenomeni	Dati	
	2018	2019
LISTE DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI ASL		
- Incidenza % sulla popolazione adulta e numero di persone con una o più esperienze di liste di attesa per l'accesso alle prestazioni Asl (analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, visite specialistiche e/o piccoli interventi ambulatoriali), nel corso degli ultimi dodici mesi ¹ , di cui:	30,7 (15,6 mil.)	39,2 (19,9 mil.)
- Comportamenti adottati da parte delle persone che sono state inserite in liste di attesa per l'accesso alle prestazioni Asl ² :		
▪ Si è aspettato il proprio turno	69,4	63,2
▪ Si sono adottati altri comportamenti (ricorso ad altre strutture ospedaliere pubbliche, accreditate o cliniche private a pagamento aventi liste di attesa più brevi oppure si sono pagate privatamente le prestazioni)	30,6	36,8
LISTE DI ATTESA PER IL RICOVERO IN OSPEDALE		
- Incidenza % sulla popolazione adulta e numero di persone che hanno avuto una o più esperienze di liste di attesa per l'accesso ai ricoveri in ospedale, nel corso degli ultimi dodici mesi ³ , di cui:	8,0 (4,1 mil.)	16,9 (7,9 mil.)
- Comportamenti adottati, nel corso degli ultimi dodici mesi, dalle persone che sono state inserite in liste di attesa per il ricovero in ospedale ⁴ :		
▪ Si è aspettato con pazienza il proprio turno	68,9	42,7
▪ Si sono adottati altri tipi di comportamento (ricorso ad altri ospedali pubblici, accreditati, strutture fuori Regione, ecc.)	31,1	57,3
LISTE DI ATTESA PER PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL E IN DAY SERVICE		
- Incidenza % sulla popolazione adulta e numero di persone che hanno avuto una o più esperienze di liste di attesa, nel corso degli ultimi dodici mesi, di cui ⁵ :		
▪ Per prestazioni in <i>day hospital</i>		10,8 (5,5 mil.)
▪ Per prestazioni in <i>day service</i> di tipo medico-ambulatoriale		12,7 (6,4 mil.)
▪ Per prestazioni in <i>day service</i> di tipo chirurgico-ambulatoriale		9,8 (5,0 mil.)
- Comportamenti adottati dalle persone che sono state inserite in liste di attesa per prestazioni in <i>day hospital</i> e in <i>day service</i> ⁶ :		
▪ Si è aspettato con pazienza il proprio turno	61,5	60,6
▪ Si sono trovate soluzioni alternative	32,0	35,5
▪ Si sono rimandate o si è rinunciato alle prestazioni	6,5	3,9

./.

(Segue) Tav. 9 – Una crescita significativa delle esperienze di liste di attesa da parte della popolazione tra il 2018 e il 2019 (val. %)

Fenomeni	Dati
UNA POSSIBILE MOLTEPLICITÀ DI ESPERIENZE DI LISTE DI ATTESA	
- Incidenza % delle persone che, avendo avuto esperienza di una o più liste di attesa per prestazioni Asl nel corso degli ultimi dodici mesi, hanno avuto esperienze di liste di attesa anche per altre prestazioni, come ⁷ :	2019
▪ Una o più esperienze di liste di attesa per i ricoveri in ospedale	37,3
▪ Una o più esperienze di liste di attesa in <i>day hospital</i>	22,8
▪ Una o più esperienze di liste di attesa in <i>day service</i> medico-ambulatoriale	26,3
▪ Una o più esperienze di liste di attesa in <i>day service</i> chirurgico-ambulatoriale	21,6
▪ Una o più esperienze di accesso al Pronto Soccorso pubblico	47,6
- Numero medio di esperienze di una o più liste di attesa per intervistato oltre quelle relative alle prestazioni Asl	1,6

(1) Cfr. Parte seconda/Tabella 19, pag. 151.

(2) Cfr. Parte seconda/Tabella 23, pag. 157.

(3) Cfr. Parte seconda/Tabella 25, pag. 160.

(4) Cfr. Parte seconda/Tabella 26, pag. 163.

(5) Cfr. Parte seconda/Tabella 34, pag. 177.

(6) Cfr. Parte seconda/Tabella 35, pag. 178.

(7) Cfr. Parte seconda/Tabella 40, pag. 191.

Fonte: *indagine Ermenega – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

- in aggiunta si ritiene anche che la situazione delle liste di attesa sia “molto e/o abbastanza peggiorata” nel corso degli ultimi tre anni nel 20,0% dei casi per quanto concerne le prestazioni Asl e nel 26,3% dei casi per il ricovero negli ospedali;
- a proposito delle liste di attesa sono stati tuttavia stipulati degli accordi o delle convenzioni con le strutture accreditate da parte dei Sistemi Sanitari Regionali allo scopo di ridurre i tempi di tali liste e ciò è avvenuto nel 52,9% dei casi per le prestazioni Asl e nel 30,8% dei casi per l’accesso agli ospedali pubblici: a tali percentuali vanno aggiunte le estensioni di accordi in tal senso già preesistenti nell’11,8% nel primo caso e per il 7,7% nel secondo caso.

Sempre in tema di liste di attesa non si può non prendere in considerazione le esperienze di accesso al Pronto Soccorso (tav. 10). Come si può vedere anche nel caso dell’utilizzo dei servizi di Pronto Soccorso si assiste ad un incremento, tra il 2018 e il 2019, delle esperienze avute (una o più) nel corso degli ultimi dodici mesi. Infatti il primo gruppo di dati della tabella menzionata illustra come:

- si sia passati, con riferimento agli ospedali pubblici, dal 21,4% di popolazione adulta (pari a 10,8 milioni di unità) nel 2018 al 26,6% (pari a 13,5 milioni di unità) nel 2019;
- si sia passati, con riferimento agli ospedali accreditati, dal 4,1% (pari a 2,1 milioni di unità) al 7,9% (pari a 4,0 milioni di unità);
- ed infine si sia passati, per le cliniche private a pagamento, dal 3,2% (pari a 1,6 milioni di unità) al 4,7% (pari a 2,4 milioni di unità).

Dunque si sarebbe teoricamente in presenza, nell’anno 2019, di un flusso di 19,9 milioni di persone da 18 anni in poi che hanno avuto una o più esperienze di accesso al Pronto Soccorso. A tale proposito va tuttavia ricordato che esiste la possibilità di una pluralità di accessi presso ospedali diversi (pubblici, accreditati e cliniche private a pagamento). E questo indipendentemente dal fatto che esista nelle suddette strutture un servizio formalizzato di Pronto Soccorso, in quanto i pazienti si rivolgono, in caso di necessità urgente, alla struttura più vicina almeno per le prime prestazioni. Su questo tema si è anche proceduto a stimare le eventuali sovrapposizioni degli accessi presso diverse tipologie di strutture, da cui emergerebbe che coloro che hanno sperimentato i servizi di Pronto Soccorso presso una struttura pubblica³:

- nel 25,5% dei casi hanno anche utilizzato un servizio di Pronto Soccorso presso ospedali accreditati;
- e il 16,1% ha sperimentato il Pronto Soccorso presso cliniche private a pagamento.

³ Cfr. Parte seconda/Tabella 29A, pag. 170.

Oltre ad aver assistito ad un incremento significativo di accessi al Pronto Soccorso tra il 2018 e il 2019 si deve anche registrare un incremento delle ore di attesa sia per ottenere la prima visita sia per completare gli eventuali esami integrativi necessari. A tale proposito si può vedere come (cfr. secondo gruppo di dati della tavola 10):

- nel primo caso (cioè prima di essere visitati) le attese fino a 3 ore siano scese dal 79,3% del 2018 al 67,9% del 2019 e parallelamente siano invece aumentate dal 20,7% al 32,1% le attese che superano le 3 ore e possono arrivare fino a 10 ore e oltre (e in particolare si è quasi raddoppiata l'incidenza relativa a coloro che hanno dovuto attendere oltre le 5 ore che sono saliti dal 7,4% del 2018 al 13,1% del 2019);
- nel secondo caso (cioè per completare gli esami integrativi necessari) sia diminuita l'incidenza di chi ha atteso “solo” fino a 3 ore (dal 55,8% del 2018 al 46,7% del 2019) ma sia cresciuta quella relativa alle attese più lunghe di 3 ore e sino a 10 ore e oltre, talvolta notte compresa (dal 39,5% del 2018 al 50,5% del 2019).

Va anche ricordato che gli accessi al Pronto Soccorso nell'ultimo anno sono risultati particolarmente pronunciati, rispetto alla media complessiva del campione di popolazione, per coloro che risiedono nei centri di media e/o di grande dimensione, per la componente femminile rispetto a quella maschile e soprattutto per coloro che posseggono un elevato livello di istruzione e che fanno parte di una condizione socioeconomica altrettanto solida. Mentre le attese più lunghe (talvolta notte compresa) riguardano soprattutto il Mezzogiorno rispetto al resto del Paese.

Infine esiste anche una possibile molteplicità di esperienze, a partire questa volta dai servizi di Pronto Soccorso, a cui può aggiungersi l'esperienza di liste di attesa per le prestazioni Asl, per il ricovero in ospedale, per le prestazioni in *day hospital* o in *day service* medico chirurgico (cfr. ultimo gruppo di dati della tavola 10). Nel complesso il numero di esperienze aggiuntive di liste di attesa per coloro che hanno sperimentato uno o più accessi al Pronto Soccorso è di 2,0 unità ed hanno riguardato:

- per il 70% coloro che hanno sperimentato anche attese per le prestazioni Asl;
- per il 39,8% coloro che hanno sperimentato attese per il ricovero in ospedale;
- per il 28,3% coloro che hanno sperimentato attese per il ricovero in ospedale in *day hospital*;
- per il 33,1% coloro che hanno sperimentato attese per *day service* medico-ambulatoriale;
- per il 26,2% coloro che hanno sperimentato attese per *day service* chirurgico-ambulatoriale.

Tav. 10 – L'aumento degli accessi e delle attese al Pronto Soccorso, negli ultimi dodici mesi da parte della popolazione italiana adulta (val. %)

Fenomeni		Dati			
		2018		2019	
– Incidenza % e v.a. delle persone che hanno avuto effettivamente accesso una o più volte al Pronto Soccorso, a seconda della tipologia di ospedale a cui ci si è rivolti ¹ :					
▪ Ospedale pubblico		21,4 (10,8 mil.)	26,6 (13,5 mil.)		
▪ Ospedale accreditato		4,1 (2,1 mil.)	7,9 (4,0 mil.)		
▪ Clinica privata a pagamento		3,2 (1,6 mil.)	4,7 (2,4 mil.)		
– Tempo di attesa al Pronto Soccorso l'ultima volta cui si è avuto accesso negli ultimi dodici mesi ² :					
Prima di essere visitati					
		2018		2019	
▪ Fino ad un massimo di 1 ora		50,9	79,3	39,5	67,9
▪ Più di 1 e fino a 3 ore		28,4		28,4	
▪ Più di 3 e fino a 5 ore		13,3		19,0	
▪ Più di 5 e oltre 10 ore (compresa la notte)		7,4	20,7	13,1	32,1
▪ Non sono stati necessari altri esami integrativi		-		-	
Totale		100,0		100,0	
– La possibile molteplicità di esperienze tra Pronto Soccorso e liste di attesa per le prestazioni sottindicate ³ :					
▪ Una o più esperienze di liste di attesa per prestazioni Asl					2019
▪ Una o più esperienze di liste di attesa per ricovero in ospedale					70,2
▪ Una o più esperienze di liste di attesa in day hospital					39,8
▪ Una o più esperienze di liste di attesa in day service medico-ambulatoriale					28,3
▪ Una o più esperienze di liste di attesa in day service chirurgico-ambulatoriale					33,1
– Numero medio di esperienze di liste di attesa per intervistato oltre quella del P.S.					26,2
					2,0

(1) Cfr. Parte seconda/Tabella 29, pag. 169 e Tabella 29A, pag. 170.

(2) Cfr. Parte seconda/Tabella 31, pag. 173.

(3) Cfr. Parte seconda/Tabella 40, pag. 191.

Fonte: *indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

2.2. Le esperienze di liste di attesa derivanti dal processo di progressiva de-ospedalizzazione dei servizi

Ormai da tempo si è assistito ad una progressiva contrazione del numero di ricoveri per acuti che è stata assunta come obiettivo esplicito del Servizio Sanitario Nazionale allo scopo di riportare a fisiologia il rapporto del numero di ospedalizzati per 1.000 abitanti così da avvicinarsi agli standard internazionali. Era (ed è) ragionevole il perseguimento di una maggiore appropriatezza delle prestazioni che possono/debbono essere erogate da quei servizi che meglio rispondano allo specifico disagio del paziente, dovendo tener anche conto delle caratteristiche di quest'ultimo sul piano dell'età, della morbilità, delle condizioni familiari, dei contesti territoriali e delle condizioni socioculturali.

In ogni caso la diminuzione è praticamente stata continua dal 2001 ad oggi, essendo i ricoveri per acuti scesi da 9,0 milioni nel 2001 a 6,2 milioni nel 2017, con una contrazione del 31,9% (cfr. figura 4).

Contemporaneamente molte prestazioni sono state erogate in modalità *day hospital*: esse erano 3,0 milioni nel 2001 e salgono con continuità fino a 3,9 milioni nel 2005, con un incremento del 28,6% (cfr. sempre figura 4). Si è vissuta dunque una prima fase del processo di de-ospedalizzazione, attraverso lo “sgonfiamento” dei ricoveri ospedalieri veri e propri, aumentando in parallelo le prestazioni in *day hospital* per le quali non è previsto il pernottamento e la relativa prestazione alberghiera (e il paziente è dimesso in giornata, salvo casi particolari e compatibilmente con la disponibilità di letti e di personale).

Tuttavia, a partire dal 2005, anche le prestazioni in *day hospital* cominciano a declinare gradualmente, passando da 3,9 milioni a 1,8 milioni nel 2017, con una contrazione del 53,6%. E quindi inizia un'ulteriore fase del processo di de-ospedalizzazione di tipo diverso tramite l'introduzione e la successiva crescita delle prestazioni in *day service* di tipo medico-ambulatoriale e in *day service* di tipo chirurgico-ambulatoriale (che peraltro vengono svolte, nell'80% dei casi, presso le strutture degli ospedali pubblici o accreditati). In proposito non esistono tuttavia dati aggregati come quelli che fanno capo ai ricoveri ordinari e alle prestazioni in *day hospital*: di conseguenza ci si deve accontentare di stime possibilmente basate su interviste (come è stato fatto specificamente per il presente Rapporto).

A questo proposito la tavola 11 contiene i dati relativi ad un'indagine condotta ad hoc nel mese di ottobre 2019 presso un gruppo di testimoni privilegiati, costituiti dai Presidenti regionali AIOP (in 20 Regioni o Province Autonome). Le loro valutazioni confermano che, a seguito della contrazione delle prestazioni in *day hospital*:

- a) sono “molto + abbastanza aumentate” le prestazioni in *day service* di tipo medico-ambulatoriale, a cui si aggiunge un 37,5% di “stabile continuità”; e così avviene – ma in maniera più pronunciata – per le prestazioni in *day service* di tipo chirurgico-ambulatoriale che sarebbero aumentate “molto + abbastanza” nel 78,9% dei casi (e rimaste stabili solo per il 21,1%);
- b) la partecipazione alla spesa da parte dei pazienti attraverso il pagamento di ticket o superticket per le prestazioni in *day service* (sia di tipo medico-ambulatoriale che chirurgico-ambulatoriale) sarebbe cresciuta molto nel 36,8% dei casi e rimasta stabile in un altro 57,9%; e l’ammontare medio di tale spesa, per ogni singola prestazione in *day service*, viene stimata in 36-51 euro;
- c) la valutazione sintetica dell’andamento del processo di progressiva de-ospedalizzazione (che ha visto diminuire inizialmente i ricoveri in regime ordinario per acuti in favore delle prestazioni in *day hospital* e quindi diminuire queste ultime in favore delle prestazioni in *day service*) viene pienamente confermata dall’80% degli intervistati;
- d) il livello di accettazione da parte dei pazienti e delle loro famiglie del suddetto processo di de-ospedalizzazione (prima verso il *day hospital* e poi verso il *day service*) viene valutato come sostanzialmente accettato, secondo l’opinione degli intervistati, da poco meno della metà degli utenti, mentre un altro 35%-40% lo ha accettato con una certa difficoltà.

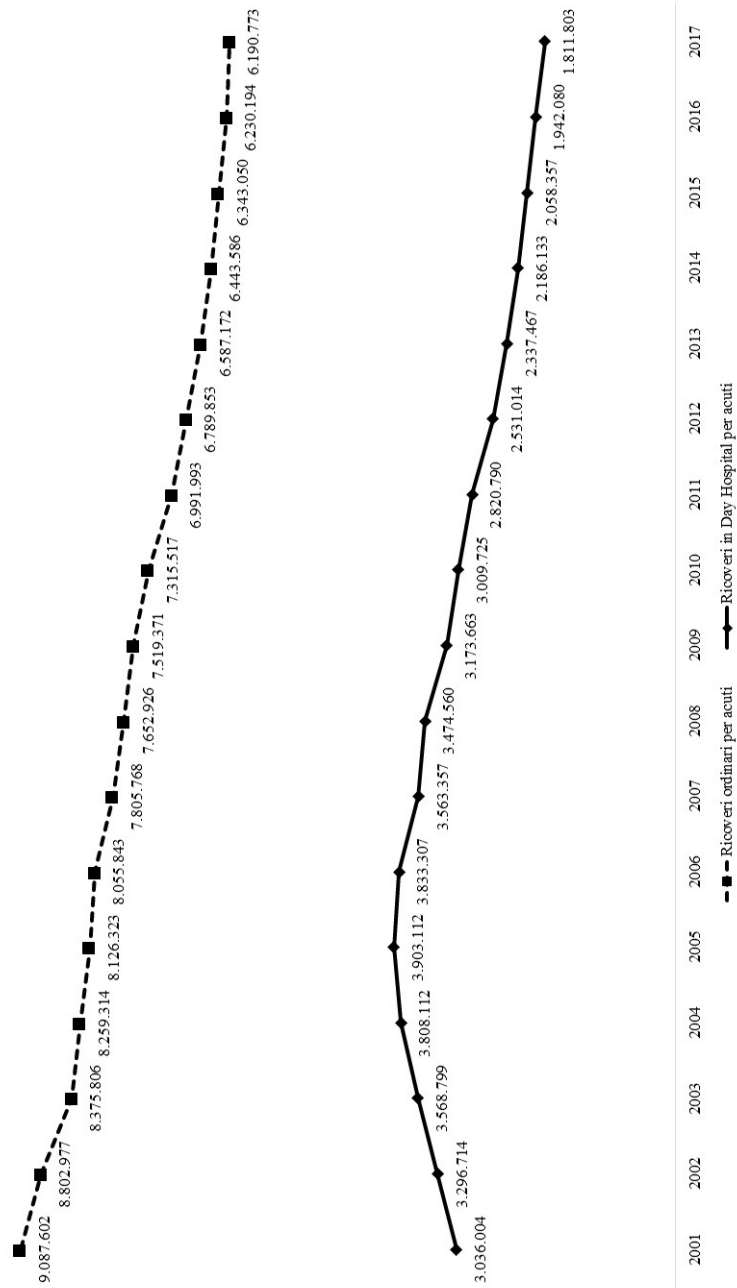
Peraltro – come si è già ricordato – gran parte delle prestazioni in *day service* (sia medico che chirurgico) continuano ad essere offerte all’interno delle strutture ospedaliere (siano esse pubbliche o accreditate) proprio perché si tratta di prestazioni complesse: dunque si è davanti alle stesse prestazioni erogate nello stesso luogo di prima, ma con denominazioni diverse a cui però si aggiunge il pagamento del ticket o del superticket.

Ovviamente richiedere prestazioni in *day hospital* oppure in *day service* medico-ambulatoriale o ancora prestazioni in *day service* chirurgico-ambulatoriale non significa certo evitare le liste di attesa come è stato evidenziato nel precedente paragrafo 2.1, nel quale si è registrato come la popolazione adulta abbia sperimentato, nel corso degli ultimi dodici mesi, una o più esperienze di liste di attesa⁴:

- per le prestazioni in *day hospital* nel 10,8% dei casi (pari a 5,5 milioni di persone);
- per le prestazioni in *day service* di tipo medico-ambulatoriale nel 12,7% dei casi (pari a 6,4 milioni di persone);

⁴ Cfr. precedente tavola 9, pag. 48.

Fig. 4 – Andamento dei ricoveri ordinari e in day hospital per acuti dal 2001 al 2017



Fonte: Dati Ministero della Salute

Tav. 11 – La valutazione del processo di de-ospedalizzazione: dai ricoveri in regime ordinario alle prestazioni in day hospital e quindi alle prestazioni in day service di tipo medico-ambulatoriale e di tipo chirurgico-ambulatoriale¹

Fenomeni	Dati	
	Molto + Abb.za aumentate	Rimaste stabili
- Andamento delle prestazioni in day service di tipo medico-ambulatoriale	56,2	37,5
- Andamento delle prestazioni in day service di tipo chirurgico-ambulatoriale	78,9	21,1
	È cresciuta molto	È rimasta più o meno stabile
- Andamento della partecipazione alla spesa da parte dei pazienti attraverso il pagamento dei ticket, superticket, ecc. per le prestazioni in day service (sia medico-ambulatoriale che chirurgico-ambulatoriale)	36,8	57,9
- Ammontare medio della partecipazione alla spesa per singole prestazioni in day service (sia medico-ambulatoriale oppure in day service chirurgico-ambulatoriale) da parte dei pazienti		36-51 euro
	Sì, certamente	Mi sembra di sì
- Valutazioni circa l'esistenza di un processo di progressiva de-ospedalizzazione che ha visto diminuire via via i ricoveri in regime ordinario per acuti in favore delle prestazioni in day hospital e quindi diminuire queste ultime per aumentare quelle in day service di tipo medico-ambulatoriale e/o di tipo chirurgico-ambulatoriale	55,0	25,0
	Sostanzialmente accettabile	Accettato con difficoltà
- Livello di accettazione da parte dei pazienti e delle loro famiglie del processo di de-ospedalizzazione, dai ricoveri in regime ordinario alle prestazioni in day hospital e quindi da queste ultime alle prestazioni in day service di tipo medico-ambulatoriale e di tipo chirurgico-ambulatoriale:		
▪ Il passaggio dai ricoveri in regime ordinario alle prestazioni in day hospital	44,4	38,9
▪ Il passaggio dalle prestazioni in day hospital a quelle in day service di tipo medico-ambulatoriale e/o chirurgico-ambulatoriale	45,0	35,0

(1) Si tratta di informazioni derivanti da un'indagine, condotta ad hoc, nel corso del mese di ottobre 2019, presso un gruppo di testimoni privilegiati, costituiti dai Presidenti regionali AIOP (20 Regioni e/o Province Autonome coinvolte).

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

- e per le prestazioni in *day service* di tipo chirurgico-ambulatoriale nel 9,8% dei casi (pari a 5,0 milioni di persone).

A tale proposito è il caso di ricordare che esiste la possibilità di esser stati inseriti nelle liste di attesa, ma poi si sono cercate vie alternative presso altre strutture ospedaliere pubbliche o accreditate o ancora presso cliniche private a pagamento: scelte queste che hanno interessato tra il 30% e il 35% degli intervistati a seconda del tipo di disagio grave o leggero. Oppure si è rimandato o rinunciato del tutto alle prestazioni nel 4%-7% dei casi, sempre a seconda del tipo di disagio.

2.3. Le difficoltà in aumento sul piano della scelta della struttura e della permanenza durante il ricovero

Un ulteriore disagio, vissuto dai pazienti e dalle loro famiglie, ha a che fare con i sistemi di “giunzione” che appaiono essere deboli e inoltre differenziati non solo da territorio e territorio, ma anche da ospedale e ospedale e soprattutto presentano un costante peggioramento nel corso degli anni.

Il passaggio da una condizione all’altra implicherebbe di poter usufruire di un percorso fluido e attivamente gestito dai servizi sanitari di base e da quelli ospedalieri che dovrebbero “parlarsi tra loro” in maniera organica e proceduralmente definite oltre che affiancare il paziente e i familiari al momento della scelta:

- quando ci si trovi a dover individuare l’ospedale più appropriato;
- quando ci si debba confrontare con reparti diversi, operatori medici e infermieri diversi e reparti diversi durante il periodo di permanenza all’interno dell’ospedale;
- e quando si debbano individuare le strutture post-ospedaliere eventualmente necessarie a valle del ricovero come quelle di riabilitazione, di lungodegenza, di RSA o dei servizi di assistenza a domicilio.

Se si considerano per ora i due primi passaggi emblematici (quello che dovrebbe legare i servizi sanitari di base con quelli ospedalieri e quello delle tante giunzioni interne alle strutture di cura) è possibile registrare immediatamente l’entità del disagio sperimentato dai *caregiver*, per sé e/o per gli altri membri della famiglia, nel corso degli ultimi dodici mesi e il relativo acuirsi di tali disagi nel tempo.

Infatti, come si può rilevare dalla tavola 12 (primo gruppo di dati):

- da un lato, ancora nel 2019 ha pesato molto la carenza di informazioni al momento della scelta della struttura ospedaliera, a partire dal mancato indirizzo da parte del medico di base (nel 39,2% dei casi!) al fatto di non

poter trovare informazioni affidabili sull'ospedale, sui medici e sui servizi ospedalieri in generale, al fine di poter scegliere la struttura più appropriata (nel 45,1% dei casi);

- e dall'altro, sempre nel 2019, ha costituito un problema l'aver aspettato troppo a lungo in quanto non c'era posto al momento del bisogno (nel 50,8% dei casi), con la conseguenza di aver dovuto cambiare struttura rispetto a quella ritenuta più adatta per non dover rimandare le esigenze di intervento e/o di cura del paziente (nel 38,2% dei casi); ma, come possibile reazione, si è anche tentato di utilizzare le conoscenze e le relazioni personali allo scopo di abbreviare l'attesa per ottenere il ricovero in uno specifico reparto dove operava un medico di fiducia (nel 31,6% dei casi) o addirittura si è utilizzato il Pronto Soccorso (o il 118) come modalità "alternativa" al fine di poter sfruttare il ricovero d'urgenza rispetto a quello ordinario che risultava troppo spostato in là nel tempo (nel 31,4% dei casi).

A queste prime difficoltà se ne aggiungono due ulteriori e cioè:

- l'incremento rilevante nel tempo dei disagi sopraricordati, qualora si pongano a confronto i risultati delle indagini analoghe effettuate nel 2014 e nel 2017: infatti se si paragonano delle difficoltà dichiarate nel 2019 con quelle evidenziate nel 2014 la situazione diventa ben più difficile in quanto le difficoltà peggiorano da un 30% sino a un massimo del 60% o più;
- inoltre il peggioramento ulteriore, rispetto al valore medio delle risposte del campione, viene dichiarato dai *caregiver* che risultano residenti nel Mezzogiorno, a (ripetuta) conferma di una "medietà" inadeguata dei sistemi di "giunzione" al momento dell'ingresso nelle strutture ospedaliere.

Quanto sin qui illustrato in termini di disagi al momento della scelta dell'ospedale si ripete anche sui disagi che si debbono affrontare durante il periodo di ricovero vero e proprio. A tale proposito le difficoltà sono state raggruppare in tre ambiti (cfr. secondo, terzo e quarto gruppo di dati della tavola 12):

- a) quelle che hanno a che fare con la vita quotidiana del paziente all'interno della struttura: ad esempio come non sapere a chi chiedere informazioni, percepire una non sufficiente "umanizzazione" del trattamento oppure la non sempre presente passione professionale da parte del personale medico e infermieristico, vivere un certo disorientamento rispetto alla complessità dell'ospedale oppure dover vivere altri problemi molto concreti come quello di esser stati collocati provvisoriamente sui lettini in corridoio (e talvolta non per poco tempo) in attesa che si liberasse un posto nel reparto; o ancora il dover portarsi la biancheria da casa poiché quest'ultima non era a disposizione o non era adeguata. Queste difficoltà crescono

in maniera evidente qualora si mettano a confronto le risposte del 2014 con quelle del 2017 ed anzi tendono a stabilizzarsi nel 2019 nella loro intensità (assumendo dunque una caratteristica strutturale). A tutto questo si aggiunga che la situazione peggiora ulteriormente rispetto alla media del campione analizzato quest'anno qualora si considerino le risposte dei *caregiver* residenti nel Mezzogiorno come si può vedere dall'ultima colonna della seconda sezione della tavola 12;

- b) quelle che derivano dal processo di de-ospedalizzazione talvolta troppo accelerata (cfr. terzo gruppo di dati della tavola 12) a seguito del quale il paziente può correre il rischio di dover rientrare in ospedale a causa di una terapia post-ricovero non adeguatamente comunicata oppure può non essere stato adeguato il collegamento con il medico di medicina generale (28,2% e 29,3%, rispettivamente è il livello di accordo degli intervistati). Oppure si afferma come le dimissioni siano state troppo rapide e quindi il paziente non fosse ancora abbastanza in forze (42,4%) o il paziente è dovuto rientrare in ospedale a causa delle conseguenze cliniche che si sono manifestate dopo l'intervento o dopo le cure avute in ospedale (32,4%): sottolineando in questo caso la mancanza di una struttura ospedaliera di medio livello in cui sia possibile completare il percorso di cura, specie nel caso di disagi di tipo grave a cui segue una degenza troppo breve o con dimissioni troppo rapide (42,9%).

Anche in questo caso si assiste ad un incremento delle difficoltà dichiarate nel 2017 rispetto a quelle del 2014, seguite da un ulteriore peggioramento nel 2019 che a sua volta appare più acuto attraverso nei primi due casi indicati nel terzo gruppo di dati della tavola 12;

- c) quello infine di tipo informativo-orientativo (cfr. l'ultimo gruppo di dati della tavola 12) da cui emerge una mancanza di informazioni appropriate sul "dopo ricovero", al fine di poter scegliere il percorso maggiormente adeguato per il paziente (42,8%) e, ancora di più, non esiste una buona procedura dedicata proprio alle dimissioni e agli impegni che nascono dal dopo ricovero, essendo lasciati un po' a se stessi come pazienti e relativa famiglia (44,5%); o, ancora di più, manca un "regista unico" che si faccia carico delle effettive esigenze del paziente: dall'orientamento preventivo rispetto alla scelta dell'ospedale all'accompagnamento di quest'ultimo durante il periodo di ricovero sino alla gestione della fase post-ospedaliera (49,6%).

Anche sul piano informativo-orientativo si assiste ad una valutazione più critica nel 2017 rispetto al 2014 che cresce ulteriormente qualora si consideri il 2019 e in particolare la valutazione delle difficoltà fornita dai *caregiver* che vivono nel Mezzogiorno.

Tav. 12 – La debolezza crescente delle giunzioni in occasione dell'ingresso e della successiva permanenza in ospedale, sulla base dell'esperienza maturata dai caregiver e/o dagli altri membri della famiglia (val. %)

Fenomeni	Dati			
	2014	2017	Totale	2019
LE DIFFICOLTÀ DI ACCESSO NEGLI OSPEDALI (Giudizi "Molto + Abbastanza importante")¹				
▪ Non aver avuto alcuna informazione dal medico di medicina generale, perché non era in grado di indirizzare il paziente verso l'ospedale più opportuno	27,3	32,9	39,2	49,3
▪ Non trovare informazioni affidabili sull'ospedale, sui medici, sui servizi ospedalieri, al fine di poter scegliere la struttura maggiormente appropriata	29,7	38,2	45,1	56,3
▪ Aver aspettato troppo a lungo (liste di attesa), poiché non c'era posto al momento del bisogno	24,2	54,1	50,8	57,5
▪ Aver dovuto cambiare struttura ospedaliera rispetto a quella ritenuta più adatta (perché consigliata dal medico di fiducia e/o da altre persone, o perché più comoda e vicina a casa o per altro motivo) per non dover attendere troppo rispetto alle esigenze di intervento e/o di cura	24,0	37,1	38,2	49,1
▪ Aver utilizzato conoscenze e relazioni personali per abbreviare l'attesa, per ottenere il ricovero in uno specifico reparto con un medico di fiducia, ecc.	37,9	30,2	31,6	46,5
▪ Aver utilizzato il Pronto Soccorso (o il 118) per poter sfruttare il ricovero d'urgenza che altrimenti non si sarebbe potuto ottenere o sarebbe stato spostato troppo in là nel tempo	24,6	26,2	31,4	39,2
LE DIFFICOLTÀ PIÙ SIGNIFICATIVE DURANTE IL RICOVERO NEGLI OSPEDALI (Giudizi "Molto + Abbastanza d'accordo")²				
Esempi:	2014	2017	Totale	2019
▪ Non si sapeva a chi chiedere informazioni sull'andamento del paziente (il Primario era difficilmente rintracciabile o era presente per troppo poco tempo; gli altri medici erano poco informati; non c'era un unico medico di riferimento e si è avuta la sensazione che la situazione del paziente non fosse adeguatamente conosciuta da tutti i medici del reparto; ecc.)	43,4	57,6	52,6	61,1
▪ Non si è rilevata una effettiva/sufficiente "umanizzazione" nel trattamento riservato ai pazienti (sul piano dell'ascolto, dell'informazione sul decorso della malattia o dell'intervento; dell'informazione riguardo alla cura; dell'informazione sulle esigenze del dopo-ricovero; ecc.)	44,6	57,0	56,4	70,5
▪ Non si è avvertita abbastanza la "passione professionale" nel personale medico (contiano di più altre cose: l'attenzione per la malattia più che per il malato; il riconoscimento dei superiori, la carriera, il guadagno, le "chiacchiere" tra colleghi su aspetti personali/sindacali; ecc.)	40,2	54,0	52,2	62,9
▪ Si è rimasti per lo più disorientati rispetto alla complessità dell'ospedale (gerarchie dei medici e degli infermieri da rispettare; conoscenza di ciò che si può o non si può fare; non saper bene a chi chiedere informazioni; ecc.)	39,5	54,7	49,2	58,8
▪ Si è stati collocati provvisoriamente sui lettini in corridoio (e non per poco tempo), in attesa che si liberasse un posto nel reparto	12,9	26,2	34,3	39,6
▪ Si è dovuto provvedere in proprio alla fornitura della biancheria, perché non c'era o era inadeguata	10,3	19,7	26,6	41,0

./.

(Segue) Tav. 12 – La debolezza crescente delle giunzioni in occasione dell'ingresso e della successiva permanenza in ospedale, sulla base dell'esperienza maturata dai caregiver e/o dagli altri membri della famiglia (val. %)

Fenomeni	Dati			
	2014	2017	Totale	Sud e Isole
LE DIFFICOLTÀ DERIVANTI DAL PROCESSO DI DE-OSPEDALIZZAZIONE ACCELERATA (Giudizi "Molto + Abbastanza d'accordo") ³				
- Si è corso il rischio di dover rientrare in ospedale poiché la giusta terapia post-ricovero non era stata comunicata chiaramente al paziente e/o ai suoi familiari	20,0	20,9	28,2	36,0
- Si è corso il rischio di dover rientrare in ospedale poiché non c'è stato un adeguato collegamento con il medico di medicina generale (medico di famiglia)	21,5	23,2	29,3	34,1
- Le dimissioni sono state troppo rapide e il paziente non era ancora sufficientemente in forze	16,4	30,5	42,4	39,9
- Il paziente è dovuto rientrare in ospedale a causa delle conseguenze cliniche che si sono manifestate dopo l'intervento e/o dopo le cure precedentemente avute sempre in ospedale	24,5	23,5	32,4	30,9
- Si è rilevata la mancanza di una struttura ospedaliera di medio livello, dove completare il percorso da parte del paziente, con un po' di assistenza medica post-intervento o post-cura, specie nel caso di disagi di tipo grave: la degenza risulta ormai troppo breve, con dimissioni troppo rapide	15,4	28,9	42,9	38,6
LE DIFFICOLTÀ DI TIPO INFORMATIVO-ORIENTATIVO (Giudizi "Molto + Abbastanza d'accordo") ³				
- Manca un'informazione adeguata sul "dopo-ricovero" per poter scegliere il percorso maggiormente appropriato che permetta al paziente di stare bene o, almeno, il meglio possibile	25,4	34,4	42,8	41,0
- Non esiste una buona procedura circa le dimissioni e gli impegni che nascono dal dopo-ricovero, cosicché si è lasciati un po' a se stessi (per quanto riguarda la terapia da seguire, le eventuali strutture di riabilitazione da trovare, i possibili indirizzi sul piano del volontariato per avere aiuto nell'assistenza, le prenotazioni eventualmente necessarie almeno per il primo periodo, le modalità da seguire per eventuali emergenze, ecc.)	31,0	33,7	44,5	54,2
- Manca un regista unico che si faccia carico delle effettive esigenze del paziente: di orientamento preventivo rispetto alla scelta dell'ospedale, di accompagnamento del paziente durante il periodo di ricovero, di gestione della fase post-ospedaliera, con i relativi collegamenti con le strutture a valle di riabilitazione, di lungodegenza, di assistenza socio-sanitaria, ecc.	30,4	37,4	49,6	54,4

(1) Cfr. Parte terza/Tabella 12, pag. 222.

(2) Cfr. Parte terza/Tabella 14, pagg. 228-229.

(3) Cfr. Parte terza/Tabella 22, pagg. 255-257.

Fonte: *indagine Ermenèia – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Come si può vedere dunque il tema della “medietà” insoddisfacente assume anche la veste delle difficoltà vissute sul piano dei sistemi di “giunzione” inadeguati, fragili, casuali o lasciati alla capacità del paziente e del *caregiver* di farsi largo i problemi, non di rado con un aiuto che passa dalla buona volontà degli operatori.

2.4. L’accentuarsi delle difficoltà nel passaggio dall’ospedalità alla post-ospedalità e il ricorso alle strutture di riabilitazione

La debolezza delle giunzioni tra ospedalità e post-ospedalità rappresenta un ambito particolarmente delicato di possibili difficoltà come hanno ribadito i *caregiver* attraverso i loro giudizi (in termini di “molto + abbastanza importante”), esposti all’interno del primo gruppo di dati della tavola 13), da cui emerge che:

- 1/3 degli intervistati (33,9%) valuta come sia stato innanzitutto difficile trovare una struttura di lungodegenza pubblica o accreditata e un altro terzo (33,3%) ha dovuto ricorrere di conseguenza a strutture private a pagamento a carico della famiglia;
- poco meno di 1/3 (30,3%) ha dichiarato che le strutture di riabilitazione non si sono rivelate adeguate abbastanza rispetto al tipo di intervento chirurgico subito o alle cure precedentemente avute in ospedale oppure si è stati indirizzati verso strutture riabilitative non intensive e non specializzate a sufficienza per le necessità del paziente (30,8%); o ancora si è stati orientati verso strutture riabilitative teoricamente adeguate, ma le cui prestazioni non si sono rivelate, al contrario, soddisfacenti (30,9%);
- ed infine può anche essere accaduto (nel 27,7% dei casi) che il paziente sia dovuto rientrare in ospedale, poiché non c’è stato un adeguato collegamento con i servizi socioassistenziali per la fase del post-ricovero cioè con strutture di riabilitazione, di lungodegenza, di RSA e/o di servizi di assistenza a domicilio.

Si potrebbe affermare che esiste una “medietà” inadeguata che si aggira attorno al 30% o poco più per i vari aspetti critici appena ricordati: e in tal caso il Mezzogiorno esprime più o meno giudizi analoghi, ma con qualche lieve incremento di difficoltà dichiarate: il che significa che i problemi relativi alla riabilitazione risultano abbastanza trasversali rispetto al Paese e in più sono evidenti anche al Nord, nei centri medi e/o grandi e vengono meglio percepiti dai *caregiver* in possesso di un livello di istruzione medio e/o medio-alto e, analogamente, da quelli appartenenti ad un livello socioeconomico a sua volta medio e/o medio-alto.

Tav. 13 – La debolezza specifiche delle giunzioni per quanto riguarda il passaggio alle strutture di riabilitazione, per il caregiver e/o per gli altri membri della famiglia (val. %)

Fenomeni	Dati	
	Totale	2019 Sud e Isole
Le difficoltà relative al passaggio dal ricovero ospedaliero alle fasi del post-ricovero (Giudizi "Molto + abbastanza importante"):	33,9	35,4
■ È stato difficile trovare una struttura di lungodegenza pubblica o accreditata	33,3	32,1
■ Si è dovuto ricorrere, proprio per le difficoltà di trovare una struttura di lungodegenza pubblica o accreditata, a strutture private a pagamento a carico della famiglia	30,3	33,6
■ Le strutture di riabilitazione post-ricovero non si sono rivelate adeguate rispetto all'intervento chirurgico subito e/o alle cure precedentemente avute in ospedale	30,8	30,8
■ Si è stati indirizzati verso strutture riabilitative non intensive e non specializzate a sufficienza per le necessità del paziente	30,9	31,7
■ Si è stati indirizzati verso strutture riabilitative teoricamente adeguate, ma la cui prestazione non si è rivelata soddisfacente	27,7	29,7
■ Il paziente è dovuto rientrare in ospedale poiché non c'era un adeguato collegamento con i servizi socioassistenziali per la fase post-ricovero (strutture di riabilitazione o di lungodegenza, RSA, assistenza a domicilio, ecc.)		
Altri membri della famiglia ristretta e/o allargata	Caregiver	
	6,4	10,2
	(1,6 mil. di famiglie)	(2,6 mil. di famiglie)
Altri membri della famiglia ristretta e/o allargata	Caregiver	
	2° 16,8	1° 55,6
	1° 70,4	2° 38,2
	4° 13,6	3° 15,6
	3° 14,3	4° 14,3
Tipologia di riabilitazione utilizzata ³ :		
■ Cardiologica		
■ Ortopedica		
■ Altro		
■ Neurologica		
Valutazione dell'adeguatezza quantitativa (rispetto alla domanda) delle strutture di riabilitazione, di lungodegenza, di RSA e dei servizi di assistenza a domicilio nell'ambito della Regione di residenza del caregiver ⁴ :	Del tutto e/o abbastanza adeguata	Non sanno valutare
■ Strutture di riabilitazione	29,2	45,4
■ Strutture di lungodegenza	25,9	48,2
■ Strutture di RSA	23,4	52,1
■ Servizi di assistenza a domicilio	22,4	50,8
	Appena sufficiente e/o Del tutto insufficiente	
	24,4	
	25,0	
	23,2	
	25,7	

./.

(Segue) Tav. 13 – La debolezza specifiche delle giunzioni per quanto riguarda il passaggio alle strutture di riabilitazione, per il caregiver e/o per gli altri membri della famiglia (val. %)

Fenomeni	Dati			
	Molto + Abb. sudd.		Poco + Per nulla sudd.	
	Strutture pubbliche	Strutture accreditate	Strutture pubbliche	Strutture accreditate
- Livello di soddisfazione/insoddisfazione rispetto alle prestazioni ottenute dai caregiver e/o dai membri della famiglia ristretta e/o allargata per le seguenti strutture di riabilitazione:				
▪ Cardiologia	82,2	58,0	9,9	14,8
▪ Neurologia	55,0	61,3	34,3	20,0
▪ Ortopedia	68,5	70,2	22,1	13,5
- Alcune specifiche difficoltà incontrate dagli intervistati nelle strutture di riabilitazione (Giudizi "Molto + Abbastanza importanti") ⁶ :	Difficoltà molto + abbastanza importanti			
▪ La degenza in strutture di riabilitazione si è rivelata troppo breve rispetto ai bisogni del paziente	Totale		Stad e Isole	
	58,2		73,4	
▪ Dopo essere stati dimessi da strutture di riabilitazione non è sempre facile trovare subito il terapista della Asl che viene a casa per continuare la terapia o trovare, in alternativa, una struttura accreditata presso la quale portare il paziente per continuare il ciclo riabilitativo	60,6		73,3	
▪ Spesso i pazienti non recuperano al 100% il loro deficit ed hanno bisogno in molti casi di cicli ripetitivi di riabilitazione nel corso del tempo	69,0		83,9	
▪ Non si è ricevuto alcun aiuto da parte della struttura riabilitativa o dell'assistente sociale o dello specialista o del medico di famiglia circa le procedure da seguire ed i soggetti da coinvolgere per proseguire, in altro modo, o per affrontare i successivi cicli di riabilitazione	57,1		81,6	
▪ Non si sono ricevuti aiuti per il disbrigo delle pratiche burocratiche relative al riconoscimento dell'invalidità (totale o parziale) o per l'accesso alla Legge 104 da parte dell'ospedale o della struttura riabilitativa che ha dimesso il paziente, dall'assistente sociale, dallo specialista o dal medico di famiglia	58,6		80,5	
- Comportamenti e orientamenti dei caregiver circa il ricorso a strutture di riabilitazione e/o di lungodegenza in altre Regioni italiane rispetto a quella di residenza ⁷ :	Strutture di riabilitazione			
	Totale		Stad e Isole	
▪ Ricorso effettivo a strutture extraregionali o comunque orientamento positivo in tal senso	40,4		58,1	
▪ Non si è fatto ricorso anche se si era orientati a farlo a causa delle spese da sostenere per la trasferta dei familiari + Non è stato fatto ricorso ma se ci fosse la necessità si valuterebbe l'opportunità	22,1		35,8	
▪ Non si è fatto ricorso in quanto non informati di tale opportunità + In quanto le strutture presenti nell'ambito regionale erano sufficientemente adeguate	50,2		36,5	
	Totale		Stad e Isole	
	47,3		66,2	
	20,8		29,0	
	37,5		26,7	

(6) Cfr. Parte terza/Tabella 30, pag. 271 e Tabella A30/capitolo 4 degli Allegati, pag. 467.

(7) Cfr. Parte terza/Tabella 31, pag. 274 e Tabella A31.1 e Tabella A31.2/capitolo 4 degli Allegati, pagg. 468-471.

Fonte: *indagine Ermenèia – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Proseguendo con l'analisi si tenga presente che l'incidenza di una o più esperienze, maturate nel corso degli ultimi tre anni, dal *caregiver* e/o dagli altri membri della famiglia “ristretta” e/o “allargata”, sul piano dell'utilizzo delle strutture di riabilitazione, di lungodegenza, di RSA e di assistenza domiciliare, è del 6,4% per il primo mentre ha coinvolto il 10,2% dei secondi: si tratterebbe rispettivamente di 1,6 milioni di famiglie per i *caregiver* e di 2,6 milioni di famiglie per gli altri membri (cfr. secondo gruppo di dati della tavola 13). Naturalmente esiste un ambito di potenziale sovrapposizione dal punto di vista del coinvolgimento delle famiglie, ma questa situazione non alleggerisce certo l'onere in capo ai *caregiver* che devono gestire disagi propri e disagi di due altre famiglie, per l'appunto quella ristretta e quella allargata.

Se dalle esperienze complessive avute, nel corso degli ultimi tre anni, da parte dei *caregiver* e/o degli altri membri della famiglia “ristretta” o “allargata”, nell'ambito di strutture di riabilitazione, di lungodegenza, di RSA e di assistenza a domicilio, si passa ai numeri veri dei soli ricoveri su base annua, il relativo andamento viene sintetizzato dalla figura 5, da cui si rileva che:

- i ricoveri ordinari in riabilitazione salgono gradualmente nel tempo da 243.000 nel 2001 a 316.000 nel 2017 (con un incremento del 30,0%); mentre la riabilitazione in *day hospital* dopo una crescita tra il 2001 e il 2006 (da 55.000 a 71.000 unità) comincia a scendere, per arrivare a 30.000 unità nel 2017 (con una contrazione nei sedici anni considerati pari al 44,6%);
- e i ricoveri ordinari in lungodegenza crescono invece con più lentezza, passando da 80.000 nel 2001 a 99.000 nel 2017 (con un incremento del 23,3%).

Riprendendo i dati di indagine, condotta sui *caregiver*, coloro che hanno dichiarato di aver avuto una o più esperienze nell'ambito delle strutture di riabilitazione (per se stessi e/o per altri membri della famiglia ristretta e/o allargata) hanno anche sperimentato strutture di lungodegenza (nel 14,3% dei casi), strutture di RSA (nel 9,5% dei casi) e servizi di assistenza a domicilio (nel 17,4% dei casi)⁵.

Quanto alle diverse tipologie di riabilitazione utilizzate si può vedere (cfr. terzo gruppo di dati della tavola 13) come il *caregiver* in quanto tale abbia utilizzato soprattutto la riabilitazione di tipo ortopedico che viene collocata al 1° posto (col 70,4% delle risposte), seguita, in ordine di importanza, dalla riabilitazione cardiologica (2° posto, col 16,8%) e quindi da quella neurologica (al 3° posto, col 14,3%): viceversa per gli altri membri della famiglia

⁵ Cfr. Parte terza/Tabella 23A, pag. 260.

ristretta e/o allargata (presumibilmente con una maggiore presenza di anziani) il 1° posto è occupato invece dalla riabilitazione cardiologica (55,6%) seguito da quella ortopedica (38,2%) e quindi da quella neurologica (14,3%).

Un'ultima notazione merita l'aspetto valutativo delle prestazioni post-ospedaliere. Il quarto gruppo di dati della tavola 13 prende in considerazione l'adeguatezza della quantità di offerta di strutture di riabilitazione rispetto alla domanda siano esse quelle di lungodegenza, di RSA o di servizi di assistenza a domicilio nell'ambito della Regione di residenza del *caregiver*: in tal caso l'adeguatezza più elevata riguarderebbe la prima tipologia di strutture (cioè quelle di riabilitazione) su cui converge il 29,2% degli intervistati, seguita dalle strutture di lungodegenza (25,9%), da quelle di RSA (23,4%) ed infine dai servizi di assistenza a domicilio (22,4%). Ma va anche richiamata la valutazione di una sufficienza appena raggiunta e/o di una insufficienza netta, giudizio questo che presenta percentuali sostanzialmente analoghe alle precedenti e cioè circa 1/4 dei *caregiver*. Questi giudicano infatti come appena sufficiente e/o del tutto insufficiente l'offerta quantitativa rispetto alla domanda: è di questo parere il 24,4% per quanto riguarda le strutture di riabilitazione, il 25,0% per le strutture di lungodegenza, il 23,2% per le strutture di RSA e il 25,7% per i servizi di assistenza a domicilio. È abbastanza comprensibile infine che circa metà del campione non sia in grado di dare una valutazione di adeguatezza in proposito.

Infine si è voluto raccogliere anche il livello esplicito di soddisfazione/in-soddisfazione, tenendo conto delle prestazioni ottenute nelle strutture di riabilitazione specializzate (cardiologia, neurologia ed ortopedia): in questo caso risulterebbero meglio posizionate le strutture pubbliche per la riabilitazione cardiologica ed ortopedica e invece le strutture accreditate per quella neurologica (cfr. quinto gruppo di dati della tavola 13).

Quanto ad alcune difficoltà specifiche incontrate dagli intervistati in tema di strutture di riabilitazione si può rilevare (dal sesto gruppo di dati della tavola 13) come queste superino il 50% e talvolta anche il 60% da parte della media del campione dei *caregiver*, ma salgano in maniera significativa per quanto riguarda specificamente il Mezzogiorno: ancora una volta dunque le difficoltà specifiche di questo territorio tolgono altro spazio alla "medietà" complessiva delle prestazioni.

Infine il ricorso effettivo e/o la propensione a ricorrere, sempre negli ultimi tre anni, ad altre strutture di riabilitazione e di lungodegenza al di fuori della propria Regione di residenza ha investito il 40,4% degli intervistati nel primo caso e il 47,3% nel secondo caso. Anche se va detto subito che all'interno del 40,4% la percentuale più consistente (16,8%) ha a che fare con coloro che hanno effettivamente fatto ricorso mentre il rimanente 23,6% ha

espresso più una propensione positiva che però non si è trasformata in realtà: o perché si è rinunciato in quanto le liste di attesa erano troppo lunghe o perché la Asl non ha dato l'autorizzazione o ancora perché si è valutata l'opportunità in concreto ma poi non la si è perseguita.

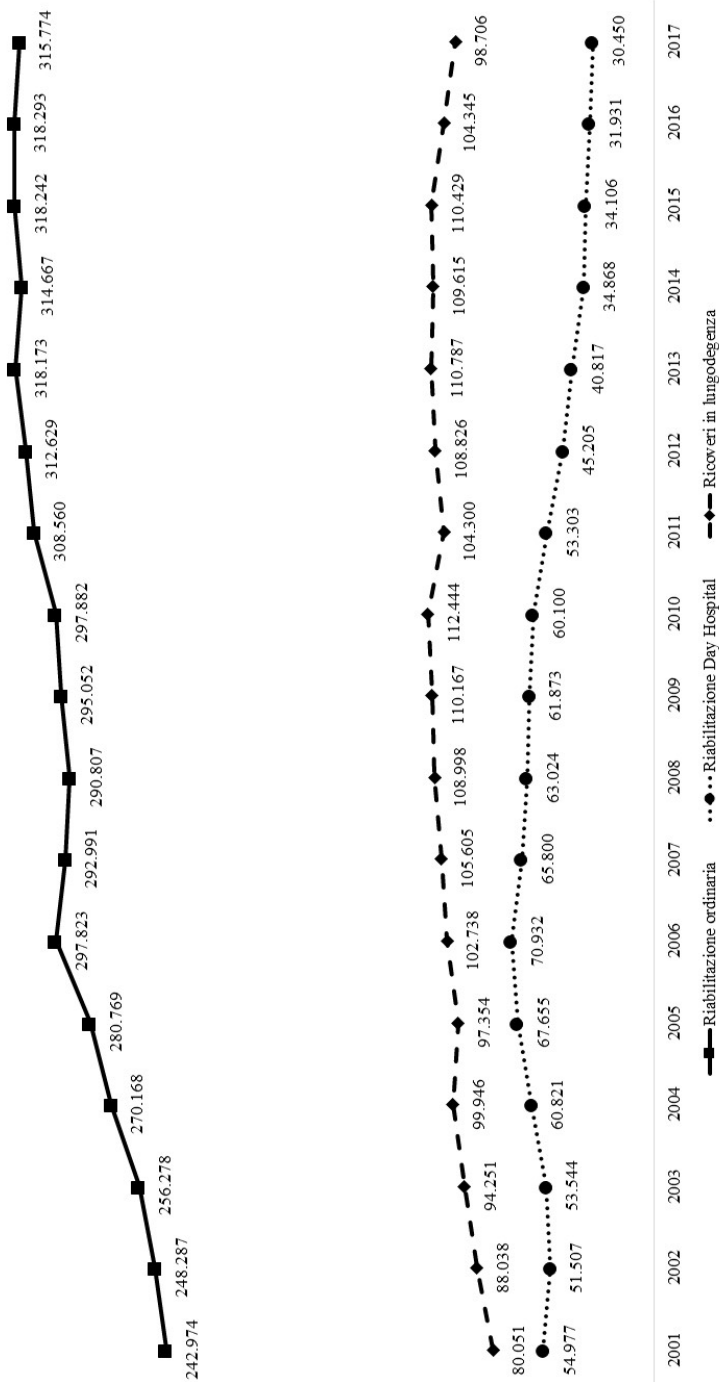
Si tenga poi presente che la seconda opzione nel suo complesso coinvolge il 22,1% dei *caregiver* per quanto riguarda le strutture di riabilitazione e il 20,8% per le strutture di lungodegenza: mentre il 50,2% e il 37,5% degli intervistati non hanno fatto ricorso alle due tipologie considerate, poiché non erano informati del fatto che si poteva ricorrere a strutture al di fuori Regione oppure perché ritenevano che le strutture presenti nel loro territorio fossero sufficientemente adeguate alle necessità del paziente.

Le valutazioni critiche dei *caregiver* residenti nel Mezzogiorno sono – come di consueto – molto più pronunciate rispetto alla media del campione, per quanto riguarda sia i comportamenti alternativi sia le propensioni alternative rispetto all'utilizzo delle strutture presenti nella propria Regione. Naturalmente pesa in maniera significativa sul ricorso effettivo come pure sulla propensione a ricorrere a strutture fuori Regione il livello medio-alto di istruzione e l'appartenenza socioeconomica altrettanto medio-alta da parte dei *caregiver* intervistati.

A conclusione di quanto sin qui ricordato è il caso di tener presente alcuni punti importanti che riguardano le strutture di riabilitazione che possono essere così sintetizzati:

- esiste innanzitutto un problema di domanda crescente a seguito dell'invecchiamento progressivo della popolazione e di una presenza non sempre adeguata (quantitativamente e qualitativamente nei territori di residenza dei pazienti o in quelli più prossimi) delle strutture necessarie, opportunamente articolate per le varie tipologie;
- esistono poi complessità e differenziazioni crescenti dei bisogni dei pazienti a cui non è facile rispondere attraverso la riabilitazione residenziale, semi-residenziale ambulatoriale e domiciliare: anche perché tali bisogni variano nel corso del tempo sia per i pazienti sia per le loro famiglie e sempre più spesso esiste la necessità di fornire prestazioni flessibili e alternate tra il residenziale e il non residenziale);
- esiste poi un problema-chiave connesso ad un collegamento che non risulta essere sufficientemente “fluidico” tra le strutture di riabilitazione, di lungodegenza, di RSA e di assistenza a domicilio con la medicina di base e con gli ospedali, da un lato e tra le diverse strutture post-ospedaliere, dall'altro: e va riconosciuto che non è affatto facile gestire la situazione specifica (ed in evoluzione continua) del paziente innanzitutto anziano che finisce col “rimbalzare” inevitabilmente da una struttura all'altra e

Fig. 5 – Andamento del numero di ricoveri ordinari e in day hospital di riabilitazione nonché ricoveri in lungodegenza (Dati 2001-2017)



Fonte: Dati Ministero della Salute

quindi all'interno della famiglia propria e/o dei figli, la quale non sempre è in grado di rispondere alle impegnative e mutevoli esigenze del paziente stesso; a tutto ciò si aggiunga che sempre più frequentemente emergono problemi anche per le persone non anziane che non hanno alle spalle una famiglia presente e/o disponibile a svolgere un ruolo di punto di riferimento – almeno parziale – per l'assistenza ospedaliera e/o post-ospedaliera;

- la conseguenza è che le eventuali inadeguatezze finiscono col generare – tra l'altro – anche una quota di “rientri” nelle strutture ospedaliere proprio a fronte di risposte non sufficientemente adeguate sul piano della riabilitazione: insomma resta la debolezza dei sistemi di “giunzione” tra assistenza ospedaliera e assistenza post-ospedaliera come è stato ampiamente sottolineato nel precedente paragrafo 2.3;
- e per concludere esiste anche un problema di tariffe (e di “tetti” posti alle medesime) che riguardano le strutture accreditate le quali offrono circa il 75% delle prestazioni di riabilitazione; le suddette tariffe (secondo i meccanismi di attribuzione, inseriti nella bozza di Decreto Ministeriale sui criteri di appropriatezza, che si trovano peraltro in fase di valutazione), porterebbero gran parte dei casi trattati, soprattutto quelli afferenti alla riabilitazione ortopedica, ad essere declassati in fascia C la quale corrisponde alla riabilitazione cosiddetta “estensiva”: con delle inevitabili conseguenze sulle prestazioni rivolte ai pazienti, ma anche sull'equilibrio economico delle strutture accreditate.

2.5. La conferma di una “medietà” differenziata attraverso i livelli di soddisfazione/insoddisfazione di servizi e prestazioni

A conclusione dell'analisi di alcuni specifici disagi si è voluto ricostruire una visione complessiva sui giudizi di soddisfazione/insoddisfazione delle prestazioni forniti dagli utenti come pure dalla popolazione in generale (tav. 14).

Si considerino innanzitutto i primi due gruppi di dati da cui si vede:

- a) innanzitutto quale sia il giudizio di soddisfazione/insoddisfazione per le prestazioni effettivamente avute l'ultima volta, nel corso degli ultimi dodici mesi, da quella parte di popolazione che ha effettivamente utilizzato ospedali pubblici, ospedali accreditati e/o cliniche private a pagamento: in tal caso il livello di soddisfazione (“molto + abbastanza soddisfatto”) è del 76,5% nei confronti degli ospedali pubblici, ma sale al 90,6% per gli

ospedali accreditati e riscende al 73,9% per le cliniche private a pagamento; i giudizi complementari di insoddisfazione (“poco + per nulla soddisfatto”) sono ovviamente più marcati per gli ospedali pubblici, toccando il 23,3% contro il 9,1% degli ospedali accreditati e l’8,5% delle cliniche a pagamento: e il Mezzogiorno è il territorio che esprime l’insoddisfazione maggiore;

- b) se dagli utenti effettivi che, nell’ambito della popolazione, si sono rivolti ad una o all’altra tipologia di ospedale, si passa al giudizio della popolazione presa nel suo complesso (cfr. secondo gruppo di dati della tavola 14) è possibile verificare come i livelli di soddisfazione siano più bassi di quelli dichiarati nel caso precedente: il che viene confermato regolarmente da tutte le indagini condotte nell’ambito dei diversi Rapporti *Ospedale & Salute*, a dimostrazione del fatto che esiste la propensione ad essere più critici quando si parla in generale degli ospedali rispetto a quando questi sono stati effettivamente utilizzati; infatti le percentuali di soddisfazione complessiva scendono rispetto a quelle del caso precedente, ma lasciando in testa comunque gli ospedali accreditati (con l’81,3% di “molto + abbastanza soddisfatti”); mentre crescono – di conseguenza – i giudizi negativi rispetto al caso degli utenti effettivi.

Il Mezzogiorno in questo caso fornisce i giudizi critici (“un po’ e/o del tutto negativi”) più severi per gli ospedali pubblici (36,0%) e più contenuti per gli ospedali accreditati e per le cliniche private a pagamento;

- c) se poi si passa ai giudizi forniti, sempre dalla popolazione nel suo complesso, rispetto ai servizi sanitari e socioassistenziali della Regione di residenza, indipendentemente che gli intervistati abbiano o non abbiano avuto occasione di utilizzare i relativi servizi negli ultimi dodici mesi (cfr. terzo gruppo di dati della tavola 14) si può rilevare che:
- il livello di soddisfazione diminuisce ulteriormente rispetto al caso precedente (diventa inevitabilmente ancora più generico), investendo poco più della metà dei servizi forniti dalla Asl (direttamente o attraverso i centri accreditati), tocca il 49,6% degli ospedali pubblici, il 47,2% degli ospedali accreditati e scende al 36,4% per le cliniche specializzate;
 - di conseguenza i giudizi negativi (“poco + per nulla soddisfatti”) salgono significativamente per gli ospedali pubblici (29,3%) e appaiono essere molto più limitati per gli ospedali accreditati (18,2%) e per le cliniche private a pagamento (12,8%);
 - ovviamente il Mezzogiorno si esprime, in termini di giudizi negativi, in maniera più critica rispetto alla media complessiva del campione nazionale.

Quanto alle prestazioni avute nell'ambito dei *day hospital* e/o dei *day service* (cfr. quarto gruppo di dati della tavola 14) si rileva un giudizio di soddisfazione molto più favorevole qualora si sia fatto ricorso alle strutture accreditate rispetto a quelle pubbliche, con una differenza rilevante di giudizi in favore di queste ultime: perciò è logico che il giudizio opposto (quello di mancata soddisfazione) vada a concentrarsi essenzialmente sulle strutture pubbliche piuttosto che su quelle accreditate, salvo il caso delle prestazioni in *day service* di tipo chirurgico-ambulatoriale.

Infine l'ultimo gruppo di dati della tavola 14 prende in considerazione il giudizio di soddisfazione/insoddisfazione di quella quota di popolazione che ha effettivamente avuto esperienze di Pronto Soccorso (una o più volte) nel corso degli ultimi dodici mesi. In tal caso il peggioramento tra il 2018 e il 2019 è del tutto evidente, con una diminuzione dei giudizi positivi (dal 65,1% al 59,7%) ed un aumento di quello negativi (dal 29,0% al 37,5%): percentuali queste ultime due che sono nettamente superiori nel Mezzogiorno che salgono, rispettivamente dal 37,9% del 2018 a ben il 45,9% del 2019. Con ciò viene ribadita la delicatezza in particolare delle strutture di Pronto Soccorso su cui si “scaricano” le inefficienze della medicina di base oltre che quelle delle liste di attesa per i ricoveri che spingono ad utilizzare il servizio di emergenza come “scorciatoia” per accedere in maniera più rapida alle prestazioni di cui si ritiene di aver bisogno e/o ai professionisti di cui ci si fida (senza necessariamente ricorrere alle prestazioni private a pagamento).

In conclusione dunque i giudizi raccolti forniscono spunti ulteriori per meglio comprendere l'inadeguata “medietà” dei servizi: con punte particolarmente critiche per le strutture pubbliche (che possono investire il 30% o più delle varie tipologie di servizi offerti) e per il Mezzogiorno sotto il profilo dello svantaggio territoriale nei cui confronti il livello di insoddisfazione complessivo può andare ben al di là del 30% medio come si può vedere dall'ultima colonna dei dati della tavola 14.

Tav. 14 – I giudizi di soddisfazione/insoddisfazione di utenti e cittadini come conferma di una “medietà” ancora incompiuta (val. %)

Fenomeni	Dati			
	Abbastanza soddisfatto	Molto + Abbastanza soddisfatto	Poco + Per niente soddisfatto Totale	Sud e Isole
- Livello di soddisfazione/insoddisfazione per le prestazioni ospedaliere avute l'ultima volta, nel corso degli ultimi dodici mesi da parte degli utenti effettivi:				
▪ Ospedali pubblici	76,5	76,5	23,3	31,6
▪ Ospedali accreditati	90,6	90,6	9,1	22,3
▪ Cliniche private a pagamento	73,9	73,9	8,5	40,0
	Molto + Abbastanza soddisfatto	Molto + Abbastanza soddisfatto	Un po' + Del tutto negativo	
- Giudizio sintetico della popolazione sulle diverse tipologie di strutture ospedaliere:				
▪ Ospedali pubblici	66,4	66,4	33,6	36,0
▪ Ospedali accreditati	81,3	81,3	18,7	17,7
▪ Cliniche private a pagamento	75,3	75,3	24,7	15,2
	Molto + Abbastanza soddisfatto	Molto + Abbastanza soddisfatto	Poco + Per niente soddisfatto	
- Livello di soddisfazione/insoddisfazione della popolazione rispetto ai servizi sanitari e socio-assistenziali della Regione di residenza, indipendentemente che si abbia o non si abbia avuto occasione di utilizzare i relativi servizi negli ultimi dodici mesi:				
▪ Servizi delle strutture della Asl (Poliambulatori, ecc.)	54,5	54,5	23,4	30,2
▪ Servizi dei centri accreditati dalle Asl (Poliambulatori, ecc.)	52,3	52,3	19,1	28,0
▪ Servizi degli ospedali pubblici	49,6	49,6	29,3	36,5
▪ Servizi degli ospedali accreditati	47,2	47,2	18,2	24,6
▪ Servizi delle cliniche private a pagamento	36,4	36,4	12,8	47,7
	Molto + Abbastanza soddisfatto	Molto + Abbastanza soddisfatto	Poco + Per niente soddisfatto	
- Livello di soddisfazione/insoddisfazione della popolazione rispetto alle prestazioni avute in <i>day hospital</i> e in <i>day service</i> ambulatoriale (medico e chirurgico), utilizzate negli ultimi dodici mesi:				
▪ Prestazioni effettivamente in <i>day hospital</i>	63,2	63,2	36,2	18,8
▪ Prestazioni effettivamente in <i>day service</i> medico-ambulatoriale	66,3	66,3	31,8	11,9
▪ Prestazioni effettivamente in <i>day service</i> di tipo chirurgico-ambulatoriale	91,0	91,0	1,5	17,0
	Molto + Abbastanza soddisfatto	Molto + Abbastanza soddisfatto	Poco + Per niente soddisfatto	
- Livello di soddisfazione/insoddisfazione della popolazione rispetto alle esperienze effettivamente avute nell'ambito del Pronto Soccorso di uno o più ospedali l'ultima volta che ciò è avvenuto, nel corso degli ultimi dodici mesi:				
▪ Anno 2018	65,1	65,1	29,0	37,9
▪ Anno 2019	59,7	59,7	37,5	45,9
	Molto + Abbastanza soddisfatto	Molto + Abbastanza soddisfatto	Poco + Per niente soddisfatto	

(1) Cfr. Parte seconda/Tabella 4, pag. 114 e Tabella A4/capitolo 3 degli Allegati, pag. 407.
(2) Cfr. Parte seconda/Tabella 13 (Giudizi al netto delle mancate risposte), pag. 131 e Tabella A13/capitolo 3 degli Allegati, pag. 414.
(3) Cfr. Parte seconda/Tabella 28 (Giudizi al netto delle mancate risposte), pag. 166.
(4) Cfr. Parte seconda/Tabella 38 (Giudizi al netto delle mancate risposte), pag. 183.
(5) Cfr. Parte seconda/Tabella 33 (Giudizi al netto delle mancate risposte), pag. 175 e Tabella A33/capitolo 3 degli Allegati, pag. 423.
Fonte: *indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

3. Il permanere di problemi legati alle risorse economico-finanziarie

3.1. Un fenomeno evidente di definanziamento di sistema

Nei capitoli precedenti si sono illustrate le caratteristiche di fondo del Servizio Sanitario Nazionale che configurano una realtà “a due facce”.

La prima è quella che vede crescere – sul piano dei valori medi – la complessità e l’efficacia delle prestazioni ospedaliere.

La seconda è quella di una differenziazione interna di tipo territoriale, ma anche “puntuale” all’interno di ogni singolo territorio, poiché ogni singolo ospedale o addirittura ogni singolo reparto può presentare livelli di complessità e di efficacia di tipo diverso.

Il risultato è che l’andamento statistico medio di complessità e di efficacia nasconde una “medietà” delle prestazioni di tipo diverso, intendendo per “medietà” un livello minimo accettabile di queste ultime e una loro diffusione garantita nelle diverse realtà territoriali e nelle differenti strutture ospedaliere.

A tutto questo si accompagna un fenomeno di de-finanziamento che si è consolidato nel tempo, collocando ormai da più anni l’Italia in una posizione (pericolosa) di coda rispetto ai Paesi OCSE come illustrano i dati contenuti nell’ultimo Rapporto *Health Data* (novembre 2019), da cui emerge (tav. 15)¹:

a) la spesa sanitaria pubblica italiana evidenzia un’incidenza sul PIL pari al 6,5% nel 2017 contro una media dei Paesi OCSE del G7 del 9,1%, del totale dei Paesi OCSE del 7,5% e dei Paesi OCSE Europa del 7,1%.

E inoltre va ribadito che la tendenza alla contrazione si accentua, passando dal 6,7% del 2015 al 6,5% del 2017 mentre “tiene” per i Paesi OCSE o addirittura cresce nei tre anni considerati come in Germania (dal 9,3% al 9,5%) o in Francia (dall’8,8% al 9,4%);

¹ Per un’analisi più puntuale cfr. Parte quarta/Capitolo 4, pag. 364 e segg.

b) e la minore incidenza sul PIL che caratterizza l'Italia risulta peggiore rispetto alla realtà di quanto appare in quanto il nostro Paese ha sofferto di una contrazione del PIL nel corso dei primi sei anni di crisi economica, cui ha fatto seguito una ripresa faticosa dal 2014 in poi.

Un analogo confronto, riferito questa volta alla Spesa Sanitaria Totale, segue per l'Italia la dinamica di de-finanziamento appena ricordata, considerato che (cfr. sempre tavola 15):

- nel 2017 il rapporto rispetto al PIL è dell'8,8% rispetto ad una media del G7 dell'11,4%, del totale Paesi OCSE del 9,7% e dei Paesi OCSE Europa del 9,3%: ma anche con una posizione più debole rispetto in particolare alla Francia (11,3%) e alla Germania (11,2%);
- e che il rapporto rispetto al PIL è sceso in tre anni per il nostro Paese dal 9,0% del 2015 all'8,8% del 2017, mentre tale rapporto rimane sostanzialmente stabilizzato nel triennio se si guarda alla media dei Paesi OCSE del G7 (posizionata sull'11,4%) come pure dei Paesi OCSE Europa (stabilmente al 9,3%) e al Totale dei Paesi OCSE (sostanzialmente al 9,7%).

Ed anche la prospettiva per il 2019 della nostra situazione nazionale sembrerebbe non invertire la tendenza di cui sopra in quanto l'eventuale incremento di risorse sarà, nei fatti, destinato al rinnovo dei contratti degli addetti del Servizio Sanitario Nazionale e non ai servizi rivolti ai pazienti.

Tav. 15 – Spesa sanitaria totale e spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL, confronto tra i vari Paesi (val. %)

Paesi	Spesa sanitaria totale			Spesa sanitaria pubblica		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Stati Uniti	16,7	17,1	17,1	14,2	14,5	14,4
Giappone	10,9	10,8	10,9	9,2	9,1	9,2
Germania	11,1	11,1	11,2	9,3	9,4	9,5
Francia	11,5	11,5	11,3	8,8	9,5	9,4
Italia	9,0	8,9	8,8	6,7	6,6	6,5
Regno Unito	9,7	9,7	9,6	7,7	7,7	7,6
Canada	10,6	10,8	10,7	7,5	7,6	7,4
Media dei Paesi del G7 (*)	11,4	11,4	11,4	9,1	9,2	9,1
Media Paesi OCSE Europa (*)	9,3	9,3	9,3	7,1	7,2	7,1
Media totale Paesi OCSE (*)	9,7	9,8	9,7	7,5	7,6	7,5

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

Fonte: elaborazioni Ermeneia su dati "OECD Health Data 2019", OECD, Paris, November 2019

Nel contempo, ponendo attenzione non più alla spesa pubblica bensì all'impegno economico delle famiglie, vale la pena di sottolineare come cresce il contributo *out-of-pocket* di queste ultime², che passa da 33,9 miliardi

² Stimato dall'Istat sulla base della spesa per consumi sanitari delle famiglie italiane.

di euro del 2014 a 37,5 miliardi di euro nel 2018, con un incremento del 10,5% (a prezzi correnti). Ma a tale cifra dovrebbero essere aggiunti gli oneri sostenuti per l'accesso alle prestazioni sanitarie pubbliche (come ticket, superticket o altri contributi alle spese) per un totale stimato attorno a 7,6 miliardi di euro l'anno³.

Se si passa a considerare invece che la spesa sanitaria la spesa ospedaliera, pubblica e accreditata, in rapporto alla spesa sanitaria pubblica totale, è possibile rilevare come tale rapporto (tav. 16) sia del 57,3%, nell'anno 2017, e quindi più elevato rispetto alla media dei Paesi del G7 (43,1%), alla media del totale dei Paesi OCSE (44,9%) e alla media dei Paesi OCSE Europa (45,6%). Ma tale rapporto tende a stabilizzarsi nel triennio 2015-2017.

Se invece si considera il rapporto tra spesa ospedaliera pubblica e accreditata sul PIL l'Italia si colloca nel 2017 al 3,7% cioè ad un livello lievemente inferiore rispetto alla media dei Paesi del G7 (3,8%) ma superiore alla media del totale dei Paesi OCSE (3,3%) e alla media dei Paesi OCSE Europa (3,2%): ma peraltro su un livello inferiore rispetto, ad esempio, alla Francia (4,1%), a cui si affiancano gli altri Paesi del Nord Europa come ad esempio la Danimarca (4,2%), la Norvegia e la Svezia (4,1%). E anche in tal caso, mentre gli altri Paesi tendono a stabilizzare, nei tre anni considerati, l'incidenza sul PIL, nel caso italiano e in quello del Regno Unito si è in presenza di una lieve contrazione.

Tav. 16 – 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		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Stati Uniti	36,7	37,0	37,1	5,2	5,4	5,3
Giappone	43,4	44,0	-	4,0	4,0	-
Germania	33,2	33,1	32,3	3,1	3,1	3,1
Francia	46,4	43,8	43,7	4,1	4,2	4,1
Italia	57,2	57,7	57,3	3,8	3,8	3,7
Regno Unito	48,9	48,6	49,3	3,8	3,7	3,7
Canada	39,3	38,8	38,8	2,9	2,9	2,9
Media dei Paesi del G7 (*)	43,6	43,3	43,1	3,8	3,9	3,8
Media Paesi OCSE Europa (*)	45,6	45,5	45,6	3,2	3,2	3,2
Media totale Paesi OCSE (*)	45,1	45,0	44,9	3,3	3,3	3,3

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

Fonte: elaborazioni Ermeneia su dati "OECD Health Data 2019", OECD, Paris, November 2019

³ Cfr. il Rapporto *Ospedali & Salute/2017*, Parte prima/Tavola 13, pag. 73.

Spostando l'attenzione dal confronto internazionale alla situazione specifica italiana, l'andamento della spesa sanitaria e ospedaliera viene descritto dai dati contenuti nella tavola 17 e nella tavola 18, da cui si può rilevare come:

- la spesa sanitaria pubblica totale a prezzi correnti cresca, in termini di Numeri Indice, da 100,0 a 102,4 nel periodo 2013-2017 (tav. 17): ma al contrario a prezzi costanti diminuisca da 100,0 nel 2015 a 99,7 nel 2017 (tav. 18)⁴;
- la spesa ospedaliera per gli istituti pubblici a prezzi correnti cresca, visto che i Numeri Indice passano da 100,0 nel 2013 a 105,7 nel 2017 e quindi un po' di più rispetto alla spesa sanitaria pubblica totale (tav. 17): ma anche in questo caso l'incremento a prezzi costanti è minimo, visto che passa, in termini di Numeri Indice, da 100,0 nel 2015 a 100,7 nel 2017 (tav. 18)⁵;
- a sua volta la spesa ospedaliera per le strutture accreditate nel loro complesso a prezzi correnti scenda, in termini di Numeri Indice, da 100,0 nel 2013 a 102,0 nel 2017 (tav. 17): ma se si sceglie l'indicatore a prezzi costanti la riduzione si fa evidente, tra il 2015 e il 2017, passando da 100,0 a 97,6 (tav. 18)⁶;
- ed infine la spesa ospedaliera specificamente destinata alle strutture accreditate (ospedali di diritto privato) salga, in termini di Numeri Indice, da 100,0 nel 2013 a 101,4 nel 2017 (tav. 17): ma se si considera la spesa a prezzi costanti il valore scende tra il 2015 e il 2017 da 100,0 a 97,9 restando più o meno in linea con l'andamento della spesa ospedaliera accreditata nel suo complesso (tav. 18)⁷.

Si ricorda che le strutture ospedaliere accreditate (ospedali di diritto privato) si devono confrontare con i diversi Servizi Sanitari Regionali, i quali davanti alla difficoltà di intervenire sul piano della razionalizzazione della spesa, dell'aumento dell'efficienza delle strutture pubbliche, finiscono con l'agire prevalentemente sulla spesa e sulle prestazioni fornite dalle suddette strutture accreditate (ospedali di diritto privato): utilizzando le modalità più diverse che via via si sono consolidate nel tempo (attraverso i "tetti" alle stesse prestazioni, alle regressioni tariffarie nel caso dello splafonamento dei tetti, riducendo le tariffe, facendo scivolare queste ultime nella fascia più

⁴ Si è considerato il periodo 2015-2017, poiché il Deflatore PIL è stato calcolato sulla base della nuova serie Istat a valori concatenati che ha come riferimento per l'appunto l'anno 2015 (come specificato nelle note della tavola 4).

⁵ Ibidem.

⁶ Ibidem.

⁷ Ibidem.

Tav. 17 – Spesa sanitaria corrente. Anni 2013-2017 (in miliardi di euro e N.I.: 2013 = 100,0)

Tipologie di spesa	2013		2014		2015		2016		2017	
	V.a.	N.I.	V.a.	N.I.	V.a.	N.I.	V.a.	N.I.	V.a.	N.I.
Strutture ospedaliere pubbliche	52,244	100,0	52,744	101,0	53,847	103,1	54,566	104,4	55,226	105,7
Ospedaliere accreditata (nel suo complesso)	8,255	100,0	8,425	102,1	8,466	102,6	8,484	102,8	8,419	102,0
di cui: ospedali accreditati ¹	4,263	100,0	4,289	100,6	4,335	101,7	4,351	102,1	4,321	101,4
Spesa ospedaliere pubblica totale	60,499	100,0	61,169	101,1	62,313	103,0	63,050	104,2	63,645	105,2
Altre funzioni di spesa	51,185	100,0	51,504	100,6	50,354	98,4	50,681	99,0	50,694	99,0
Spesa sanitaria pubblica totale	111,684	100,0	112,673	100,9	112,667	100,9	113,731	101,8	114,339	102,4

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.

Fonte: elaborazioni Armenia su dati contenuti nel “Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica” 2015, 2016, 2017, 2018 e 2019 della Corte dei conti, nel Rapporto Agenas sul monitoraggio della spesa sanitaria delle Regioni 2018 e nel Rapporto MEF sul monitoraggio della spesa sanitaria 2019.

Tav. 18 – Spesa sanitaria a prezzi costanti (*), Anni 2013-2017 (in miliardi di euro e N.I.: 2015 = 100,0)

Tipologie di spesa	2013		2014		2015		2016		2017	
	V.a.	N.I.	V.a.	N.I.	V.a.	N.I.	V.a.	N.I.	V.a.	N.I.
Strutture ospedaliere pubbliche	53,212	100,0	53,236	100,0	53,847	100,0	53,953	100,2	54,231	100,7
Ospedaliere accreditata (nel suo complesso)	8,408	100,0	8,504	100,0	8,466	100,0	8,389	99,1	8,267	97,6
di cui: ospedali accreditati ¹	4,342	100,0	4,329	100,0	4,335	100,0	4,302	99,2	4,243	97,9
Spesa ospedaliere pubblica totale	61,620	100,0	61,739	100,0	62,313	100,0	62,342	100,0	62,498	100,3
Altre funzioni di spesa	52,134	100,0	51,984	100,0	50,354	100,0	50,112	99,5	49,781	98,9
Spesa sanitaria pubblica totale	113,754	100,0	113,723	100,0	112,667	100,0	112,453	99,8	112,279	99,7

(*) Il Deflatore PIL è stato calcolato sulla base della nuova serie Istat a valori concatenati, con l'anno di riferimento 2015 (e quindi i Numeri Indice partono dall'anno 2015 (2015 = 100,0)).

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.

Fonte: elaborazioni Armenia su dati contenuti nel “Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica” 2015, 2016, 2017, 2018 e 2019 della Corte dei conti, nel Rapporto Agenas sul monitoraggio della spesa sanitaria delle Regioni 2018 e nel Rapporto MEF sul monitoraggio della spesa sanitaria 2019.

bassa al fine di risparmiare risorse e così via), come viene illustrato nel successivo paragrafo 3.2, dedicato al tema delle Tariffe.

3.2. Un sistema tariffario per le strutture accreditate a deflazione progressiva nel tempo

Si ricorda che i DRG (*Diagnosis Related Groups*) costituiscono un sistema che classifica i pazienti in gruppi ritenuti significativi dal punto di vista clinico ed omogenei in termini di quantità e tipo di risorse assistenziali consumate. Nel sistema di origine peraltro i costi associati all'utilizzo di tali risorse non tengono conto della componente medica.

Nell'aprile del 1994 si cominciò a parlare in Italia, per la prima volta concretamente, dell'introduzione di un nuovo sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere, attraverso la pubblicazione di un provvedimento dell'allora Ministero della Sanità, il DM 15/4/94 che dettava le regole per la determinazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa e ospedaliera.

Alle Regioni era demandato il non facile compito di fissarle, utilizzando quale criterio informatore la definizione di un "costo standard" di produzione al quale dovevano fare riferimento anche i costi generali. Nel contempo si definiva il modello a cui ispirarsi, vale a dire il sistema statunitense dei DRG (*Diagnosis Related Groups*) o gruppi omogenei di diagnosi nella versione HCFA (*Health Care Financing Administration*) 10.0, strumento predisposto dalle Autorità Sanitarie Usa e annualmente aggiornato, di cui si allegava anche l'elenco con i corrispondenti pesi relativi, espressione questi ultimi delle relazioni intercorrenti tra le valorizzazioni economiche dei singoli raggruppamenti.

Con un successivo decreto del dicembre dello stesso anno (DM 14 dicembre 1994) il Ministero diffondeva le prime tariffe a prestazione, utilizzabili in via transitoria da parte di quelle Regioni che non avevano ancora provveduto in via autonoma, specificando tuttavia che si trattava comunque di valori massimi di riferimento.

Successivamente nel 1997, con un Decreto Ministeriale del 30 giugno dello stesso anno, veniva pubblicato un aggiornamento delle tariffe ministeriali, determinate questa volta prendendo in esame un campione di strutture pubbliche e private ed associando ai valori di spesa per centro di costo di queste, gli indicatori statistici mutuati dal sistema Usa *Medicare*. Si trattava di un primo tentativo di calcolo del costo medio per DRG svincolato dal sistema dei pesi relativi, anche se ancora basato su statistiche allocative provenienti dall'esterno del nostro Paese.

Anche dopo quell'aggiornamento, tuttavia, la situazione restò molto variegata, con Regioni che hanno adottato le tariffe ministeriali massime, decurtandole di una quota percentuale, ed altre Regioni che, facendo riferimento ai pesi relativi del 1994 o a quelli aggiornati del 1997, definirono la valorizzazione economica del peso =1 (corrispondente ad un valore medio-tipo), determinando così gli importi conseguenti di ciascun DRG.

Alla revisione tariffaria del 1997, seguì quella del DM 12 settembre 2006, sempre basata sulla versione DRG 10.0.

Successivamente, tuttavia, alcune Regioni si sono spinte oltre adottando versioni dei DRG più aggiornate rispetto a quella 10.0, fino all'allineamento imposto dalla pubblicazione a fine marzo 2009 del DM del 18 dicembre 2008. Tale decreto, basandosi sul nuovo sistema ICD-9-CM 2007, ridisegnava tutto il sistema di classificazione di diagnosi, interventi e procedure diagnostiche e terapeutiche (quasi mille codici in più rispetto alla versione precedente) e delle procedure di *grouping* DRG: di conseguenza i DRG passarono da 492 della versione HCFA 10.0, utilizzata per l'ultimo aggiornamento tariffario del 2007, a 538 nella nuova versione CMS 24.0, con 22 codici non più validi, 54 introdotti ex novo e 12 modificati). Tra l'altro la CMS 24.0 è l'ultima versione mutuabile da *Medicare*⁸, la quale è ormai decisamente orientata verso criteri di severità clinica più che sull'assorbimento delle risorse e ha invitato espressamente i Paesi che continuano ad avvalersi dei suoi aggiornamenti a creare un sistema di tipo proprietario. Da tutto ciò discende che le future revisioni tariffarie, previste teoricamente ogni due anni, dovranno necessariamente fare riferimento ad un IT-DRG o ad un sistema di DRG europei entrambi ancora in fase di progettazione.

Dopo il citato DM del 18 dicembre 2008, che sanciva il passaggio alla versione DRG 24.0, la prima revisione delle tariffe massime di riferimento nazionali è avvenuta nell'ottobre del 2012 con il DM Balduzzi tuttora in vigore.

La situazione completa dell'articolazione tariffaria regionale per il settore ospedaliero della componente di diritto privato cioè delle strutture accreditate del Servizio Sanitario Nazionale viene sintetizzata dalla tavola 19.

Come si può verificare, la situazione tariffaria per quanto riguarda le prestazioni per acuti si articola in tre tipologie e cioè:

⁸ *Medicare* è il nome attribuito al Programma di assicurazione medica, amministrato dal Governo degli Stati Uniti, concernente – ed è il caso di ricordarlo – le persone dai 65 anni in su oppure coloro che presentano altre esigenze particolari.

Tav. 19 – Quadro sintetico dei sistemi tariffari applicati alle strutture ospedaliere della componente di diritto privato (strutture accreditate) del Servizio Sanitario Nazionale

Regione	Riferimenti normativi	Tariffario adottato	Variazione % rispetto al tariffario nazionale 18/10/2012			Note
			Fascia A	Fascia B	Fascia C	
Piemonte	D.G.R. 14-6039 del 2/7/2013	Nazionale senza variazioni	Nessuna variazione	Nessuna variazione	Nessuna variazione	
Valle d'Aosta	D.G.R. 427 del 15/3/2013	Nazionale con variazioni	- 7% per gli erogatori privati (classificati in fascia B)	-3,0%	-3,0%	Sono previsti rimborsi per protesi
Lombardia	D.G.R. 2989 del 23/12/2014	Regionale	+ 3,5% medio nominale per gli erogatori privati	+3,5%	+3,5%	Sui ricoveri per acuti le variazioni reali devono essere riferite alla casistica delle singole strutture
Provincia Autonoma di Bolzano	Del. GP 228/2012 e 3173/2009	Provinciale	In media simile al tariffario nazionale	+2%	+52,9%	Sui ricoveri per acuti le variazioni reali devono essere riferite alla casistica delle singole strutture
Provincia Autonoma di Trento	D.G.P. 936/2012 e 2961/2012	Provinciale	+ 10% medio nominale per gli erogatori privati	Nessuna variazione	Nessuna variazione	Sui ricoveri per acuti le variazioni reali devono essere riferite alla casistica delle singole strutture
Veneto	D.G.R. 1805 8/11/2011 e successive	Regionale	+ 7,6% medio nominale per gli erogatori privati (casistica comprensiva fuori regione)	+1%	+2,2%	Sui ricoveri per acuti le variazioni reali devono essere riferite alla casistica delle singole strutture
Friuli Venezia G.	D.G.R. 1355/2009	Regionale	+ 10% medio nominale per gli erogatori privati	+2,5%	-10,0%	Sono previsti rimborsi solo per protesi mammarie
Liguria	D.G.R. 1353/2014	Nazionale con variazioni	Tariffario nazionale con abbattimenti sulla marginalità economica	Nessuna variazione	Nessuna variazione	Il tariffario nazionale è applicato al 100% fino a circa il 92% del budget e successivamente successivamente abbattuto del 50%

(Segue) Tav. 19 – Quadro sintetico dei sistemi tariffari applicati alle strutture ospedaliere della componente di diritto privato (strutture accreditate) del Servizio Sanitario Nazionale

Regione	Riferimenti normativi	Tariffario adottato	Variazione % rispetto al tariffario nazionale 18/10/2012			Note
			Fascia A	Fascia B	Fascia C	
Emilia Romagna ¹	D.G.R. 1673/2014	Nazionale con variazioni	- 8% medio per gli erogatori privati classificati in fascia C (vedi nota a margine)			Le tariffe per la riabilitazione Codici 75 e 28, limitatamente alla MDC1, sono incrementate del 49,20%
Toscana	D.G.R. 947 del 27/9/2016	Nazionale con variazioni	- 12% per gli erogatori privati (tutti classificati in fascia B)			Per i DRG 544 e 545 1 valori sono uguali alle strutture pubbliche
Umbria	DGR 1599 del 30/12/2013	Nazionale senza variazioni	Nessuna variazione			Sono previsti rimborsi per alcuni dispositivi ad alto costo
Marche	D.G.R. 709 del 9/6/2014	Nazionale con variazioni	- 5% per gli erogatori privati (tutti classificati in fascia C)			E' fatta eccezione per alcuni DRG che mantengono la tariffa nazionale o vengono valorizzati a tariffa TUC.
Lazio ²	D.C.A. 310/2013 D.C.A. 332/2015 D.C.A. 151/2019	Nazionale con variazioni	Vedi nota a margine			
Abruzzo	D.C.A. 13 del 20/2/2013	Nazionale senza variazioni	Nessuna variazione			
Molise	D.C.A. 19 del 27/6/2013	Nazionale con variazioni	- 12% per gli erogatori privati			
Campania ³	D.C.A. 32 del 27/3/2013	Nazionale con variazioni	- 10% medio per gli erogatori privati (vedi nota a margine)			La tariffa per la Riabilitazione Codice 75 è rimasta invariata a 261,84€ (D.C.A. 66/2012)

/.

(Segue) Tav. 19 – Quadro sintetico dei sistemi tariffari applicati alle strutture ospedaliere della componente di diritto privato (strutture accreditate) del Servizio Sanitario Nazionale

Regione	Riferimenti normativi	Tariffario adottato	Variazione % rispetto al tariffario nazionale 18/10/2012			Note
			Fascia A	Fascia B	Fascia C	
Puglia ⁴	D.G.R. 951/2013	Nazionale con variazioni	-2,0%	-8,0%	Nessuna variazione	Nessuna variazione
	D.G.R. 881/2019		(vedi nota a margine)	-15,0%		
Basilicata	D.G.R. 463 del 30/4/2013	Nazionale senza variazioni		Nessuna variazione		Nessuna variazione
Calabria	Decreto n. 19 del 11/2/2013	Nazionale senza variazioni		Nessuna variazione		Nessuna variazione
Stiglia	D.A. 1060 del 4/6/2012	Nazionale con variazioni	Pubblici e alta complessità	-1,5%	Nessuna variazione	Nessuna variazione
Sardegna	D.G.R. n. 9/3 del 9/3/2005 e successive	Regionale	- 10% per gli erogatori privati		-0,5%	Nessuna variazione

(1) In Emilia Romagna per le strutture di Fascia C, tutte con esclusione di 4, le variazioni rispetto al DM 2012 sono in media del -8%, con variazioni dal -5% al -30% a seconda dei DRG. I seguenti 10 DRG hanno una remunerazione superiore alla tariffa nazionale e sono stati considerati nel calcolo: DRG 87, 88, 119, 270, 360, 364, 503, 541, 542 e 544. Le tariffe regionali a giornata per la Riabilitazione Cod. 56 e per la lungodegenza Cod. 60 (D.G.R. n. 1905 del 2014), sono superiori alla tariffa nazionale rispettivamente del +20% e del +12% quando l'evento acuto non si è verificato presso la stessa struttura. La tariffa nazionale massima (100%) si applica alla generalità degli ospedali pubblici (A2) ed alle 4 strutture accreditate di alta specialità. La tariffa regionale (A1), per gli ospedali pubblici particolari (vedi IOR) e universitari, è incrementata del +7% rispetto a quella nazionale per tutti i DRG. Nel Lazio il D.C.A. n. 332 del 2015 ha introdotto una suddivisione tariffaria rimodulata successivamente dal D.C.A. 151 del 30/4/2019. Le decurtazioni tariffarie previste per l'annualità 2019 (a partire dal 1° giugno) variano dal 4% all'8% per le strutture con pronto soccorso, dal 6% all'8% per quelle senza pronto soccorso. Le decurtazioni vengono effettuate anche in funzione delle classi di complessità dei DRG e della provenienza o meno dei pazienti da pronto soccorso. Tali decurtazioni raggiungeranno per l'annualità 2021 un massimo del 15% per le strutture senza pronto soccorso e per i DRG di bassa complessità non provenienti da pronto soccorso.

(3) In Campania per le strutture accreditate distribuite nelle fasce tariffarie 2,3 e 4, le variazioni rispetto al DM 2012 sono in media del -10%, con variazioni dal -5% al -22% a seconda della fascia di appartenenza. Per le strutture accreditate come di Alta specialità (fasce tariffarie 6 e 7) si applica: il 100% della tariffa nazionale per le prestazioni di alta specialità con DRG cardiocirurgici e nefro-uro-oncologici; il 90% della tariffa nazionale per i restanti DRG. Le strutture accreditate inserite nella fascia tariffaria 2 fanno parte del Sistema Integrato Regionale per l'Emergenza Sanitaria (S.I.R.E.S.).

(4) Nella Puglia oltre agli abbattimenti per fascia, con la D.G.R. 881/2019 la Regione, nel regolamento gli standard contrattuali con le strutture ospedaliere accreditate, ha espressamente confermato l'istituto della regressione tariffaria, già introdotto con la D.G.R. 1494/2009. Esso dispone una regressione del 15% applicabile tra l'80% ed il 100% del volume di produzione stabilito. Si determina così, in sostanza, uno sconto di circa il 3,5% sul totale della produzione realizzata, valore che si somma alla percentuale di riduzione prevista dalla citata D.G.R. 951/2013 per le singole fasce di remunerazione. Tale istituto regressivo, a partire dal 2017, è stato esteso anche alle prestazioni rese nei confronti di pazienti cd extraregionali in mobilità attiva.

Fonte: elaborazioni Emnemia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

- a) ci sono alcune Regioni come Piemonte, Umbria, Abruzzo, Basilicata e Calabria che hanno recepito integralmente il DM Balduzzi, senza nessuna variazione;
- b) esistono invece delle Regioni e/o Province Autonome che hanno definito dei tariffari propri, sganciati da quello nazionale e con una variabilità tra di essi a volte molto pronunciata, per i 538 DRG della versione *Medicare* tutt'ora in vigore: tale situazione differenziata ha richiesto un'analisi approfondita per i singoli DRG, basata sulla frequenza della casistica ospedaliera accreditata. Peraltro i valori medi regionali esposti nella tavola 19 possono, a loro volta, presentare variazioni interne in funzione della casistica (per numero e per tipologia di prestazioni) di ciascuna struttura di ricovero, che può avere effetti di ritocco verso l'alto o verso il basso (e, in quest'ultimo caso, in maniera significativa). Tali tariffe che potrebbero essere definite come "proprietarie" sono state adottate da 6 Regioni e/o Province Autonome: Lombardia, Provincia Autonoma di Bolzano, Provincia Autonoma di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Sardegna;
- c) altre Regioni infine, hanno scelto di partire dal Tariffario Nazionale, di cui al DM Balduzzi, intervenendo con delle variazioni che risultano però di tipo negativo: si tratta della Valle d'Aosta, della Liguria, dell'Emilia Romagna, della Toscana, delle Marche, del Lazio, del Molise, della Campania, della Puglia e della Sicilia.

Per quanto concerne invece le prestazioni di riabilitazione e di lungodegenza si deve registrare:

- una prevalente applicazione del Tariffario Nazionale senza alcuna variazione per la Provincia Autonoma di Trento e quindi per le Regioni della Liguria, della Toscana, dell'Umbria, delle Marche, del Lazio, dell'Abruzzo, della Puglia, della Basilicata, della Calabria e della Sicilia; quanto alle variazioni eventuali, quelle negative riguardano la Valle d'Aosta, il Molise, la Campania e la Sardegna, mentre quelle positive concernono la Lombardia, la Provincia Autonoma di Bolzano, il Veneto e l'Emilia Romagna. Mentre il Friuli Venezia Giulia ha incrementato le tariffe per la riabilitazione e ha diminuito quelle per la lungodegenza.

Il risultato complessivo può essere definito come un primo tipo di manovra di riduzione/controllo delle tariffe a DRG. Infatti:

- la grande variabilità regionale sulle tariffe tende a far prevalere aspetti di riduzione rispetto a quelli di incremento;
- e inoltre va tenuto presente che il DM Balduzzi dell'ottobre 2012 è stato predisposto più con una logica basata sull'obiettivo di ridurre i costi complessivi delle prestazioni effettuate dalle strutture accreditate (attraverso meccanismi di ri-tariffazione in alto per le prestazioni meno diffuse, come

quello di alta complessità, e di ri-tariffazione in basso per le prestazioni più diffuse): il tutto senza avere alle spalle una vera e propria istruttoria sui costi di produzione reali delle prestazioni.

Al di là di quanto appena ricordato in chiave di tariffe regionali e del loro andamento, va poi sottolineato che, vicino alle eventuali riduzioni “esplicite” di cui alla tavola 19, esistono altre forme di riduzione “implicita” delle tariffe nazionali che configurano un secondo tipo di contenimento nei fatti di queste ultime. Basti ricordare che (cfr. tavola 20):

- a) il riconoscimento delle prestazioni a DRG per le strutture accreditate comprende – per l'appunto implicitamente – una molteplicità di costi che le strutture pubbliche invece non hanno in quanto vengono in un modo o nell'altro finanziate (o comunque sostenute a debito) come ad esempio:
 - l'ammortamento dei beni immobili in seguito al loro acquisto (3% l'anno);
 - l'ammortamento delle strutture hardware e software (20% l'anno del costo di quelle “normali” e 33% di quelle valutabili come altamente tecnologiche);
 - i costi di manutenzione ordinaria (che gravano sul Conto Economico dell'Esercizio) e i costi di manutenzione straordinaria che vengono assimilati al Patrimonio e quindi vengono ammortati al 3% l'anno).Si può stimare che nel complesso le voci qui richiamate possano incidere sui Ricavi della misura del 10%-13%;
- b) esiste inoltre la riduzione derivante dall'impatto dell'inflazione che, nel periodo 2011-2018, è stimabile nella misura del 7,0% (sulla base dell'Indice Istat NIC – Intera Collettività Nazionale);
- c) infine bisogna tener conto anche dell'introduzione del 2% di riduzione degli stanziamenti complessivi per le strutture accreditate da parte del Governo Monti, nella misura dello 0,5% nel 2012, dell'1% nel 2013 e del 2% dal 2014 in poi.

Dunque la stima complessiva della riduzione “implicita” delle tariffe a DRG, a prescindere dagli eventuali ritocchi delle tariffe regionali, è riportabile ad un valore compreso tra il 19% e il 22% come emerge dalla tavola 20. Anche se le poste di costo non sono complete, poiché esistono procedure obbligatorie per legge che presentano ulteriori oneri certi per le strutture accreditate (come la messa a norma degli edifici, l'applicazione della 626, ecc.), obblighi che non vengono applicati né fatti osservare con la stessa decisione per le strutture pubbliche.

La successiva tavola 21 fornisce – come di consueto – l'andamento medio consolidato degli strumenti adottati dai Servizi Sanitari Regionali al fine di “contenere” le prestazioni fornite dalle strutture ospedaliere accreditate, col

Tav. 20 – Schema di valutazione della riduzione “implicita” delle tariffe a DRG

Tipologie di riduzioni “implicite”	Stima della percentuale di riduzione implicita delle tariffe a DRG
<p><i>Primo tipo di riduzione “implicita” delle tariffe a DRG, derivante da fattori interni</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Oneri di gestione relativi al Conto Capitale delle strutture ospedaliere accreditate, che sono “compresi” nelle tariffe a DRG, che invece vengono finanziati per le strutture pubbliche (o non finanziati oppure ancora finanziati compatibilmente con la disponibilità di risorse): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ammortamento dei beni immobili (3% l’anno) ▪ Ammortamento delle attrezzature hardware e software (20% l’anno) ▪ Ammortamento delle attrezzature hardware e software di alta tecnologia (3% l’anno) ▪ Costi di manutenzione ordinaria (che gravano per intero sul Conto Economico dell’Esercizio) ▪ Costi di manutenzione straordinaria (assimilati al Patrimonio e quindi ammortati al 3% l’anno) 	10%-13%
<p><i>Secondo tipo di riduzione “implicita” delle tariffe a DRG, derivanti da fattori esterni</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Andamento dell’inflazione nel periodo 2011-2018 (sulla base dell’Indice Istat NIC – <i>Intera Collettività Nazionale</i>) - Introduzione, sulla base del DL n. 95/2012, della riduzione del 2%, a partire dall’anno 2014, del totale delle prestazioni fatturate dai Servizi Sanitari Regionali alle strutture ospedaliere accreditate¹ <p>Totale stimato delle riduzioni “implicite” delle tariffe nazionali</p>	7,0% 2,0% 19,0%/-22,0%

(1) In realtà il DL richiamato prevedeva una riduzione, 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.

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Tav. 21 – L'evoluzione delle modalità dei riconoscimenti economici e della liquidazione dei corrispettivi nei confronti degli ospedali accreditati ^(a)

Meccanismi	% sul totale dei casi esaminati												
	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007
– È stato utilizzato negli ultimi dodici mesi il sistema dei "tetti" alle prestazioni	95% ^(b)	95%	90%	89%	83%	95%	100%	95%	94%	94%	84%	100%	100%
– È stata applicata, in caso di spiafonamento dei "tetti", una regressione tariffaria	37%	38%	32%	24%	32%	35%	50%	41%	50%	50%	56%	72%	70%
– Regressione media utilizzata rispetto alla tariffa piena	41%	25%	42%	27%	44%	39%	43%	51%	35%	40%	45%	44%	52%
– I pagamenti delle fatture vengono erogati con ritardo	35%	39%	39%	39%	50%	52%	61%	68%	72%	75%	79%	77%	90%
– Ritardo medio in mesi	5,1 mesi	4,0 mesi	4,6 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
– Viene erogato un acconto mensile sul fatturato degli ospedali privati (case di cura accreditate)	58% ^(c)	71%	78%	72%	70%	86%	75%	63%	78%	83%	83%	72%	70%
– Entità media dell'acconto rispetto al fatturato relativo	85%	86%	87%	88%	84%	69%	79%	84%	79%	80%	75%	70%	77%
– Si è utilizzato un sistema di <i>factoring</i> per avere pagamenti certi e a scadenza data	16% ^(d)	18%	21%	33%	30%	35%	40%	37%	17%	18%	11%	12%	26%

(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 AIOIP, cui viene annualmente sottoposto un apposito questionario quantitativo/qualitativo.

(b) In realtà nel 2019 è del 100,0% per le prestazioni di ricovero e del 90% per le prestazioni ambulatoriali.

(c) L'erogazione avviene, ma non regolarmente, 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 15,8% nel 2012, per il 25% nel 2013, per il 29% nel 2014, per il 25% nel 2015, per il 27,8% nel 2016, ancora per il 27,8% nel 2017, per l'11,8% nel 2018 e infine per l'11% nel 2019.

(d) Ma il 16% afferma anche che non esiste più un sistema di *factoring* che tuttavia prima era stato introdotto.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

risultato di rappresentare un terzo tipo di manovra di contenimento/stabilizzazione delle tariffe a DRG.

Come si può verificare:

- si utilizza il sistema dei “tetti” alle prestazioni nella quasi totalità delle Regioni: nel 95% dei casi per il 2019 (che tuttavia è il 100,0% per le prestazioni di ricoveri e il 90,0% per le prestazioni ambulatoriali);
- si applica una regressione tariffaria nel 41% circa nel 2019 in caso di splafonamento dei “tetti” (con una stabilizzazione tendenziale attorno alla percentuale richiamata e cioè il 40% circa);
- si deve affrontare un certo ritardo per la liquidazione delle fatture relative alle prestazioni svolte che è del 35% nel 2019, peraltro con una tendenza al miglioramento rispetto agli anni precedenti e in particolare a quelli più lontani (tanto è vero che il ritardo medio in mesi è oggi di 5,1 rispetto ai 7-8 mesi del 2007-2008); inoltre viene erogato un acconto mensile sul fatturato nel 58% dei casi, con un’entità media di tale acconto rispetto al fatturato che supera l’80% (con una tendenza migliorativa anche in questo caso nel corso degli anni indicati nella tavola 20);
- infine si è utilizzato un sistema di *factoring* per poter avere pagamenti certi a scadenza data che oggi riguarda poco meno del 20% delle Regioni italiane.

3.3. Il monitoraggio dei Conti Economici delle Aziende Ospedaliere pubbliche e le aree di potenziale inefficienza

Il presente Rapporto analizza ormai da qualche anno i dati dei Conti Economici delle Aziende Ospedaliere pubbliche, al duplice scopo di rendere più trasparente e comprensibile la rendicontazione della relativa attività svolta da queste ultime (come peraltro prevede la normativa vigente), ma anche di mettere in evidenza le aree di inefficienza che possono nascondere dei potenziali ripianamenti di bilancio.

L’intreccio tra esigenze di maggiore trasparenza ed esigenze di maggiore efficienza, da un lato e la parallela difficoltà di mettere in atto quanto serve per promuovere entrambe, dall’altro suggerisce di richiamare tre situazioni di contesto che ormai restano tali da tre anni a questa parte, come peraltro è stato ricordato anche nel precedente Rapporto.

La prima situazione riguarda le due Leggi di stabilità relative agli esercizi 2015 e 2016, all’interno delle quali venivano fissati dei limiti (con obiettivi di rientro da perseguire obbligatoriamente e con possibili sanzioni connesse)

per quanto riguarda lo scostamento tra Costi e Ricavi legati alla remunerazione dell'attività (principalmente Prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria, Ticket e Contributi extra LEA) con riferimento ai Conti Economici annuali. Tale scostamento massimo era stato stabilito, nella Legge di stabilità 2015, nel 10% dei Ricavi e/o pari o superiore a 10 milioni di euro (e tale disposizione doveva essere applicata già per l'esercizio 2016 per le Aziende Ospedaliere e dal 2017 per gli Ospedali a gestione diretta). Ma tale limite è stato successivamente abbassato dalla Legge di stabilità 2016 al 7% e, in valore assoluto, nella misura pari o superiore ai 7 milioni di euro (e la nuova disposizione doveva essere tenuta presente già per l'esercizio 2017). L'obiettivo era evidentemente quello di promuovere degli opportuni interventi da parte delle Aziende Ospedaliere (e successivamente da parte degli Ospedali a gestione diretta) così da riportare gli eventuali scostamenti eccessivi all'interno di quelli previsti dalle disposizioni appena richiamate.

La seconda situazione di contesto, concernente per l'appunto le attività "a funzione", riguarda il 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, che introduceva già per il Bilancio 2016 delle Aziende Ospedaliere la possibilità di vedersi riconosciuta una valorizzazione forfetaria "allargata", per le suddette attività⁹ che poteva arrivare sino ad un massimo del 30% dei Ricavi derivanti da prestazioni sanita-

⁹ Col 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 si affermava infatti che "il valore complessivo della remunerazione delle attività "a funzione" non può in ogni caso superare il 30% del limite di remunerazione già assegnata". Tra l'altro già il Bilancio 2016 delle Aziende Ospedaliere doveva incorporare questa disposizione, mentre gli Ospedali a gestione diretta avrebbero dovuto incorporarla a partire dall'Esercizio 2017. A titolo di informazione si richiamano le grandi categorie delle attività "a funzione", previste dal D.Lgs 502/1992. Esse sono:

- 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.

rie, ticket ed extra LEA (ma quest'ultima voce presenta valori del tutto trascurabili). Tale valorizzazione doveva essere calcolata non sulla base dei Ricavi ricordati così come risultavano esposti nel Conto Economico, bensì sulla base di un importo che risultava nei fatti maggiorato in quanto definito attraverso un'apposita formula¹⁰ che permetteva di includere dimensioni di Ricavi più elevati. È di per sé evidente che l'entrata in vigore di uno strumento di valutazione forfetaria delle attività "a funzione" così concepito aiuta ad avvicinare i risultati di Conto Economico delle Aziende Ospedaliere al pareggio tra Costi e Ricavi.

La terza situazione di contesto significativa ha a che fare con l'istituzione di un'apposita Commissione presso il Ministero della Salute, che doveva definire i criteri di massima per l'attribuzione delle percentuali di riconoscimento forfetario del valore delle attività "a funzione" così da tener conto di quanto effettivamente viene svolto come attività corrispondente da parte delle singole Aziende Ospedaliere: l'obiettivo era quello di modulare in concreto la disposizione che recitava "fino ad un massimo del 30%" ma che poteva essere anche del 25%, del 20% o di altra percentuale, fermo restando che l'applicazione concreta di tali criteri deve/dovrebbe far capo ai singoli Servizi Sanitari Regionali. Nel frattempo tuttavia i lavori della suddetta Commissione venivano sospesi già nel corso del 2016, consentendo così nei fatti di poter applicare, con totale discrezione, un valore forfetario anche elevato per quanto riguarda le attività "a funzione" (e cioè "sino al 30%" come da disposizione di Legge). In tal modo si è reso ancora un po' più facile l'avvicinamento agli obiettivi di equilibrio Costi/Ricavi che avevano ispirato la normativa contenuta all'interno delle due Leggi di Stabilità menzionate.

Ecco allora che le ragioni che stavano (e che stanno) alla base dell'analisi dei dati di Conto Economico delle Aziende Ospedaliere pubbliche e del relativo monitoraggio nel tempo trovano riferimento nelle finalità seguenti, le quali costituiscono parte costante dell'analisi di questo specifico paragrafo 3.3. e cioè:

- rendere più trasparente il livello di efficienza/inefficienza della gestione degli ospedali pubblici e conseguentemente di poter confrontare i diversi livelli di prestazione tra strutture differenti, poiché i dati medi ingannano

¹⁰ La formula, nel caso di una valorizzazione massima pari al 30% delle attività "a funzione" è la seguente:

$$\frac{\text{Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie} + \text{Incassi da ticket} + \text{Contributi extra Lea}}{70\%} \times 30\%$$

Naturalmente se la percentuale è inferiore al 30% nel denominatore della formula richiamata si deve esporre la differenza a 100 della percentuale suddetta.

e finiscono col sottovalutare le differenze, non comprendendo di conseguenza la situazione reale e non potendo quindi “premiare” le gestioni migliori rispetto a quelle peggiori (per le quali vanno naturalmente attentamente valutate le condizioni reali di contesto);

- poter intervenire per tempo e non solo ex-post quando ormai i risultati di una gestione inefficiente si sono manifestati e spesso cumulati nel corso degli anni, con la conseguenza di arrivare ad un inevitabile commissariamento;
- liberare potenziali risorse economiche nascoste che possono e debbono venir meglio utilizzate per riorganizzare e per attrezzare meglio le strutture ospedaliere oltre che per procedere ad una manutenzione ordinaria e straordinaria come sarebbe richiesto;
- contribuire a trasformare una cultura collettiva che accetta con troppa facilità l’inefficienza pubblica invece che usare al meglio le risorse (scarse) a disposizione;
- valutare quanto viene a costare realmente il servizio pubblico, esaminando e pesando tutte le componenti legittime di spesa (in relazione ai servizi effettivamente resi e alla qualità che si è riusciti a garantire) così da rendere trasparente e giustificato “quanto si spende per ottenere cosa”;
- ed infine avvicinare, con una logica unitaria, il trattamento destinato alle strutture pubbliche con quello riservato alle strutture private accreditate a parità di prestazioni fornite: si ricorda che le seconde vengono retribuite esclusivamente sulla base dei DRG che comprendono non solo i costi di esercizio ma anche quelli di investimento, mentre le prime (e per ora solo le Aziende Ospedaliere e non gli Ospedali a gestione diretta) oltre ai DRG ricevono anche i contributi in conto capitale e, per tradizione, anche i contributi per i rinnovi contrattuali.

Per l’esercizio 2018 sono stati presi in considerazione i Conti Economici di 33 Aziende Ospedaliere pubbliche (rispetto alle 34 dell’anno precedente, a causa di un’incorporazione) le quali si distribuiscono nel modo che segue:

– 6 alla Regione Piemonte	}	12 per il Nord
– 2 alla Regione Veneto		
– 4 alla Regione Emilia Romagna	}	7 per il Centro
– 2 alla Regione Marche		
– 5 alla Regione Lazio		
– 2 alla Regione Puglia	}	14 per il Sud
– 4 alla Regione Calabria		
– ed infine 8 alla Regione Sicilia		

I valori delle singole poste dei Conti Economici delle Aziende Ospedaliere pubbliche appena ricordate sono stati riportati nella tabella All. 1 del capitolo 1 degli Allegati e sulla base di questi dati si è proceduto nel modo seguente allo scopo di ottenere degli indicatori più facilmente interpretabili:

- sono stati calcolati i Numeri Indice a partire dal numero dei Ricoveri e dei Ricavi da prestazioni sanitarie e sociosanitarie, assumendo l'anno 2014 come base di tali Numeri Indice (cfr. tavola 22);
- sono stati parimenti calcolati gli analoghi Numeri Indice, ma questa volta relativi ai Costi per Acquisti di Beni e Servizi (cfr. tavola 23);
- sono stati calcolati i Numeri Indice dei valori delle attività “a funzione”, nonché l'incidenza percentuale di queste ultime sui Ricavi da prestazioni sanitarie + Ticket (cfr. tavola 24);
- ed infine sono stati riportati i valori assoluti (in migliaia di euro) dei Risultati di esercizio delle 33 Aziende Ospedaliere prese in considerazione (cfr. tavola 25).

Se si guarda alla prima delle tavole menzionate, cioè quella relativa al confronto tra l'andamento dei Ricoveri e l'andamento dei Ricavi da prestazioni sanitarie corrispondenti agli anni 2014-2018 (cfr. tavola 22) emergono i seguenti fenomeni:

- a) una sostanziale stabilizzazione dei Ricoveri ordinari e in *day hospital*, visto che fatto 100,0 il loro valore nel 2014 (come Numero Indice) si arriva a 100,8 nel 2018, con qualche flessione intermedia negli anni 2015 e 2016, qualora si guardi alla media complessiva delle 33 Aziende Ospedaliere analizzate. Ma a fronte di questa stabilizzazione si può rilevare, al contrario, un aumento dei Ricavi da prestazioni sanitarie e sociosanitarie, che passano – in termini di Numeri Indice – da 100,0 nel 2014 a 112,2 nel 2018: la differenza tra Numeri Indice dei Ricavi e Numeri Indice dei Ricoveri nell'anno 2018 risulta in media, per l'insieme delle Aziende Ospedaliere, pari a +11,4 punti, confermando la tendenza in atto sin dal 2015. Comunque va osservato che se diminuiscono i Ricoveri ed aumentano di pari passo i Ricavi da prestazioni sanitarie e non sanitarie è si è davanti ad una prima possibile “anomalia”: di conseguenza è lecito chiedersi se l'incremento dei Ricavi sia effettivamente legato ad un aumento della complessità delle prestazioni fornite oppure ad altro;
- b) ma quest'ultima affermazione si chiarisce un po' qualora si prendano in considerazione le Aziende Ospedaliere raggruppate per circoscrizione geografica di appartenenza. Infatti a fronte di un Numero Indice 2018 dei Ricavi pari a 112,2 a livello nazionale:
 - le Aziende Ospedaliere del Nord non si discostano di molto (112,5);

Tav. 22 – Confronto dell'andamento dei Ricoveri e dei Ricavi corrispondenti nei quattro anni considerati (N.I. 2014 = 100,0)

Aziende Ospedaliere (1)	Numero ricoveri ordinari e in day hospital							Ricavi da prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria come da CE (Cod. A0320)							Differenza tra N.I. dei Ricavi e N.I. dei Ricoveri nel 2018
	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	
A.O. 1	100,0	93,2	91,8	91,3	93,1	100,0	103,4	104,2	102,5	111,1					18,0
A.O. 2	100,0	115,6	101,1	116,3	119,4	100,0	104,1	105,5	107,1	118,1					-1,3
A.O. 3	100,0	100,0	99,5	98,9	102,0	100,0	103,5	106,2	107,3	113,7					11,7
A.O. 4	100,0	102,0	101,8	101,3	117,4	100,0	103,9	108,9	110,9	117,4					0,0
A.O. 5	100,0	103,2	94,6	103,1	100,9	100,0	100,1	104,2	108,3	105,2					4,3
A.O. 6	100,0	113,0	112,7	112,1	112,8	100,0	102,4	102,1	101,6	104,0					-8,8
Totale Piemonte	100,0	107,4	104,2	106,8	109,8	100,0	102,9	104,3	105,0	109,7					-0,1
A.O. 7	100,0	109,1	106,9	112,2	112,0	100,0	101,4	101,9	107,3	108,4					-3,5
A.O. 8	100,0	114,0	124,2	123,8	124,8	100,0	106,7	110,3	114,1	117,9					-6,9
Totale Veneto	100,0	111,5	115,5	118,0	118,4	100,0	104,0	106,0	110,7	113,1					-5,3
A.O. 9	100,0	100,1	99,5	93,1	94,1	100,0	101,4	102,0	102,2	103,6					9,5
A.O. 10	100,0	98,8	97,3	127,4	142,5	100,0	100,1	99,7	157,7	158,3					15,8
A.O. 11	100,0	99,3	100,5	100,0	100,6	100,0	100,6	103,1	105,8	107,4					6,8
A.O. 12	100,0	99,1	97,5	97,0	101,2	100,0	100,4	99,9	102,6	105,7					4,5
Totale Emilia Romagna	100,0	99,4	99,1	102,6	106,6	100,0	100,7	101,6	113,6	115,3					8,7
TOTALE NORD	100,0	105,3	104,7	107,6	110,4	100,0	102,4	103,8	109,5	112,5					2,1
A.O. 13	100,0	96,8	96,8	103,0	102,2	100,0	97,6	100,5	111,2	120,7					18,5
A.O. 14	100,0	96,1	96,2	100,0	100,2	100,0	98,9	104,3	108,2	114,5					14,3
Totale Marche	100,0	96,4	96,5	101,2	101,0	100,0	98,5	102,9	109,2	116,7					15,7
A.O. 15	100,0	80,8	72,2	80,5	80,0	100,0	97,6	93,9	94,1	87,8					7,8
A.O. 16	100,0	94,2	85,2	84,7	93,5	100,0	113,8	110,8	110,8	109,7					16,1
A.O. 17	100,0	85,4	79,7	96,6	88,3	100,0	103,2	103,7	106,4	110,1					21,8
A.O. 18	100,0	85,7	79,6	79,2	83,2	100,0	103,5	106,1	112,0	118,2					35,0
A.O. 19	100,0	88,1	83,9	67,6	67,6	100,0	106,5	109,1	112,8	116,2					48,6
Totale Lazio	100,0	85,9	79,3	83,6	82,4	100,0	103,7	103,4	105,8	106,8					24,4
TOTALE CENTRO	100,0	88,9	84,2	88,7	87,8	100,0	102,2	103,3	106,8	109,7					21,9

./.

(Segue) Tav. 22 – Confronto dell'andamento dei Ricoveri e dei Ricavi corrispondenti nei quattro anni considerati (N.I. 2014 = 100,0)

Aziende Ospedaliere (1)	Numero ricoveri ordinari e in day hospital							Ricavi da prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria come da CE (Cod. A0320)							Differenza tra N.I. dei Ricavi e N.I. dei Ricoveri nel 2018	
	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017		2018
A.O. 20	100,0	94,0	93,5	93,0	81,8	100,0	103,9	97,6	92,7	87,6						5,7
A.O. 21	100,0	95,6	94,8	94,3	93,6	100,0	105,7	99,0	104,4	100,4						6,8
Totale Puglia	100,0	94,5	93,9	93,5	85,9	100,0	104,6	98,1	96,8	92,1						6,1
A.O. 22	100,0	98,3	106,4	106,2	105,5	100,0	99,4	120,7	121,7	129,1						23,6
A.O. 23	100,0	99,1	93,4	93,0	91,8	100,0	100,2	106,6	116,2	117,4						25,7
A.O. 24	100,0	100,4	100,3	99,8	100,8	100,0	119,2	130,3	161,3	161,7						60,9
A.O. 25	100,0	97,9	92,2	91,8	92,9	100,0	99,0	110,7	119,6	136,5						43,5
Totale Calabria	100,0	98,7	97,7	97,4	97,3	100,0	101,7	114,7	123,9	131,5						34,2
A.O. 26	100,0	94,7	102,2	98,7	95,4	100,0	106,8	106,9	115,8	115,0						19,6
A.O. 27	100,0	95,8	112,1	111,5	102,0	100,0	108,1	117,1	116,9	117,8						15,8
A.O. 28	100,0	97,4	108,0	107,4	103,5	100,0	109,9	112,9	110,9	115,6						12,1
A.O. 29	100,0	92,0	102,3	101,9	95,5	100,0	103,8	106,9	103,7	99,2						3,8
A.O. 30	100,0	99,4	114,1	113,6	140,3	100,0	112,2	119,3	117,9	123,8						-16,5
A.O. 31	100,0	95,1	92,4	92,3	90,9	100,0	107,3	112,5	112,6	118,6						27,7
A.O. 32	100,0	88,8	102,2	101,7	93,5	100,0	100,3	106,8	104,2	110,8						17,2
A.O. 33	100,0	103,2	131,3	130,8	119,7	100,0	116,4	137,3	127,9	132,3						12,6
Totale Sicilia	100,0	95,8	107,7	107,0	104,5	100,0	108,1	114,8	113,5	117,0						12,5
TOTALE SUD	100,0	96,1	101,9	101,3	98,0	100,0	106,2	110,7	111,2	113,3						15,3
TOTALE GENERALE	100,0	98,3	99,0	101,0	100,8	100,0	103,5	105,7	109,4	112,2						11,4

Fonte: Indagine Emmeia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

- addirittura le Aziende Ospedaliere del Centro si riequilibrano al ribasso (109,7);
- e le Aziende Ospedaliere del Mezzogiorno presentano un Numero Indice lievemente più alto (113,3).

È evidente che la differenza tra l'andamento al rialzo dei Ricavi, specialmente per le Aziende Ospedaliere del Mezzogiorno, e l'andamento dei Ricoveri tendenzialmente al ribasso in quest'ultimo caso (98,0 in termini di Numero Indice) possono in qualche modo spiegare meglio l'"anomalia" richiamata nel precedente punto a): a meno di non dover ipotizzare una crescita significativa della complessità delle prestazioni rispetto al passato. E tale divaricazione risulta particolarmente pronunciata per le Aziende Ospedaliere della Calabria e della Sicilia.

Passando al confronto tra l'andamento del numero di Ricoveri nel quinquennio 2014-2018 e l'andamento nello stesso periodo dei Costi per l'Acquisto di Beni e Servizi non si può non constatare la presenza di un'ulteriore possibile "anomalia", visto che (cfr. tavola 23):

- a) si ripete (analogamente a quanto si è potuto constatare nella precedente tabella 1) la presenza di una divaricazione tra i Numeri Indice che indicano l'aumento dei Costi nel quinquennio per Acquisto di Beni e Servizi a livello nazionale (122,7) rispetto alla stabilizzazione del numero dei Ricoveri ordinari e in *day hospital* (con un Numero Indice pari a 100,8): e addirittura mentre l'andamento dei Ricoveri evidenzia anche qualche oscillazione al ribasso negli anni 2015 e 2016, il Costo per l'Acquisto di Beni e Servizi cresce costantemente e con una velocità accelerata specie nell'ultimo biennio: con una differenza, nel 2018, di 21,9 punti del Numero Indice per l'Acquisto di Beni e Servizi rispetto a quello del numero dei Ricoveri;
- b) tuttavia è il caso di dar conto anche questa volta delle differenze tra i Numeri Indice dei Costi per l'Acquisto di Beni e Servizi e quelli relativi al numero dei Ricoveri, tenendo conto della collocazione delle Aziende Ospedaliere esaminate. Il confronto degli Indici medi dell'insieme delle Aziende Ospedaliere nel 2018 si colloca tra 122,7 per i Costi relativi all'Acquisto di Beni e Servizi e il 100,8 per il numero dei Ricoveri, ma:
 - le Aziende Ospedaliere del Nord presentano i Numeri Indice corrispondenti 129,9 contro 110,4;
 - le Aziende Ospedaliere del Centro evidenziano un confronto che vede un valore di 113,3 nel primo caso contro 87,8 nel secondo caso;
 - ed infine le Aziende Ospedaliere del Mezzogiorno mostrano un confronto tra 119,9 e 98,0 (ma con punte che possono arrivare a 169,9 per un'Azienda della Calabria o per un'Azienda della Sicilia).

Tav. 23 – Confronto dell'andamento del numero dei Ricoveri e dei costi per Acquisto di Beni e Servizi nei quattro anni considerati (N.I. 2014 = 100,0)

Aziende Ospedaliere	Numero ricoveri ordinari e in day hospital					Costo per Acquisto di Beni e Servizi (cod. BA010)					Differenza tra N.I. dei Costi per Acquisto di Beni e Servizi e N.I. dei Ricoveri nel 2018
	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018	
	A.O. 1	100,0	93,2	91,8	91,3	93,1	100,0	111,9	120,2	124,5	
A.O. 2	100,0	115,6	101,1	116,3	119,4	100,0	114,4	117,5	121,3	132,3	12,9
A.O. 3	100,0	100,0	99,5	98,9	102,0	100,0	105,9	111,5	113,3	125,1	23,1
A.O. 4	100,0	102,0	101,8	101,3	117,4	100,0	106,0	118,8	122,6	132,1	14,7
A.O. 5	100,0	103,2	94,6	103,1	100,9	100,0	107,0	111,3	118,4	119,2	18,3
A.O. 6	100,0	113,0	112,7	112,1	112,8	100,0	109,9	109,5	113,0	119,5	6,7
Totale Piemonte	100,0	107,4	104,2	106,8	109,8	100,0	109,5	113,1	116,8	124,7	14,9
A.O. 7	100,0	109,1	106,9	112,2	112,0	100,0	113,2	111,2	116,6	119,0	7,0
A.O. 8	100,0	114,0	124,2	123,8	124,8	100,0	120,2	118,8	128,3	130,7	5,9
Totale Veneto	100,0	111,5	115,5	118,0	118,4	100,0	116,3	114,6	121,8	124,2	5,8
A.O. 9	100,0	100,1	99,5	93,1	94,1	100,0	96,2	103,2	109,7	122,7	28,6
A.O. 10	100,0	98,8	97,3	127,4	142,5	100,0	107,0	110,2	186,0	184,9	42,4
A.O. 11	100,0	100,0	99,3	100,5	100,0	100,0	129,2	121,7	131,6	145,6	45,0
A.O. 12	100,0	99,1	97,5	97,0	101,2	100,0	115,2	110,4	115,5	127,1	25,9
Totale Emilia Romagna	100,0	99,4	99,1	102,6	106,6	100,0	114,4	112,9	131,7	142,5	35,9
TOTALE NORD	100,0	105,3	104,7	107,6	110,4	100,0	112,9	113,4	122,7	129,9	19,5
A.O. 13	100,0	96,8	96,8	103,0	102,2	100,0	104,6	106,9	119,5	124,7	22,5
A.O. 14	100,0	96,1	96,2	100,0	100,2	100,0	112,7	110,7	116,1	125,8	25,6
Totale Marche	100,0	96,4	96,5	101,2	101,0	100,0	110,0	109,5	117,2	125,4	24,4
A.O. 15	100,0	80,8	72,2	80,5	80,0	100,0	98,0	94,3	86,4	94,7	14,7
A.O. 16	100,0	94,2	85,2	84,7	93,5	100,0	112,8	118,4	124,4	142,6	49,1
A.O. 17	100,0	85,4	79,7	96,6	88,3	100,0	106,5	104,2	111,5	107,5	19,2
A.O. 18	100,0	85,7	79,6	79,2	83,2	100,0	97,2	100,2	117,4	134,9	51,7
A.O. 19	100,0	88,1	83,9	67,6	67,6	100,0	98,5	91,9	92,8	95,7	28,1
Totale Lazio	100,0	85,9	79,3	83,6	82,4	100,0	102,4	100,2	104,4	109,0	26,6
TOTALE CENTRO	100,0	88,9	84,2	88,7	87,8	100,0	104,4	102,6	107,7	113,3	25,5

./.

(Segue) Tav. 23 – Confronto dell'andamento del numero dei Ricoveri e dei costi per Acquisto di Beni e Servizi nei quattro anni considerati (N.I. 2014 = 100,0)

Aziende Ospedaliere	Numero ricoveri ordinari e in day hospital					Costo per Acquisto di Beni e Servizi (cod. BA010)					Differenza tra N.I. dei Costi per Acquisto di Beni e Servizi e N.I. dei Ricoveri nel 2018
	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018	
	A.O. 20	100,0	94,0	93,5	93,0	81,8	100,0	115,6	100,0	86,6	
A.O. 21	100,0	95,6	94,8	94,3	93,6	100,0	105,4	94,6	102,8	89,5	-4,1
Totale Puglia	100,0	94,5	93,9	93,5	85,9	100,0	112,1	98,2	92,1	90,8	4,9
A.O. 22	100,0	98,3	106,4	106,2	105,5	100,0	107,5	112,3	118,5	128,6	23,1
A.O. 23	100,0	99,1	93,4	93,0	91,8	100,0	115,6	111,3	116,9	126,9	35,1
A.O. 24	100,0	100,4	100,3	99,8	100,8	100,0	101,1	103,9	145,8	169,9	69,1
A.O. 25	100,0	97,9	92,2	91,8	92,9	100,0	99,3	104,5	119,2	136,8	43,9
Totale Calabria	100,0	98,7	97,7	97,4	97,3	100,0	106,0	108,3	122,9	137,6	40,3
A.O. 26	100,0	94,7	102,2	98,7	95,4	100,0	105,9	111,5	120,3	126,3	30,9
A.O. 27	100,0	95,8	112,1	111,5	102,0	100,0	121,0	122,7	126,9	135,9	33,9
A.O. 28	100,0	97,4	108,0	107,4	103,5	100,0	119,5	119,9	118,6	129,6	26,1
A.O. 29	100,0	92,0	102,3	101,9	95,5	100,0	107,9	109,8	116,9	118,3	22,8
A.O. 30	100,0	99,4	114,1	113,6	140,3	100,0	134,0	131,6	143,8	169,0	28,7
A.O. 31	100,0	95,1	92,4	92,3	90,9	100,0	110,4	106,8	116,5	119,4	28,5
A.O. 32	100,0	88,8	102,2	101,7	93,5	100,0	98,6	106,1	102,3	112,2	18,7
A.O. 33	100,0	103,2	131,3	130,8	119,7	100,0	133,4	140,0	126,6	129,4	9,7
Totale Sicilia	100,0	95,8	107,7	107,0	104,5	100,0	116,2	118,3	120,0	128,6	24,1
TOTALE SUD	100,0	96,1	101,9	101,3	98,0	100,0	113,6	111,5	113,0	119,9	21,9
TOTALE GENERALE	100,0	98,3	99,0	101,0	100,8	100,0	111,1	110,2	116,0	122,7	21,9

Fonte: indagine Ermenetica – Studi & Strategie di Sistema, 2018

Dunque, anche confrontando l'andamento degli Acquisti di Beni e Servizi con l'andamento del numero dei Ricoveri non si può non rilevare una qualche "anomalia": a meno che non si ipotizzi (ma è un'ipotesi non facilmente accettabile) che siano talmente lievitati i livelli delle prestazioni ospedaliere nel corso del quinquennio da implicare un forte e generalizzato incremento di Costi per l'Acquisto di Beni e Servizi (e anche qui il caso delle Aziende Ospedaliere della Calabria e della Sicilia presenta Numeri Indice particolarmente divaricati, anche se qualche caso estremo esiste pure nel Centro-Nord).

Successivamente è stato effettuato il terzo tipo di raffronto che viene illustrato dai dati contenuti nella successiva tavola 24. Esso prende in considerazione una voce particolare del Conto Economico, quella dei Ricavi riconosciuti alle Aziende Ospedaliere per lo svolgimento delle cosiddette attività "a funzione", per le quali si è anche calcolata oltre ai Numeri Indice nel quinquennio l'incidenza percentuale di tali attività sul Totale dei Ricavi da Prestazioni Sanitarie + i Ricavi da Ticket così come risultano dai Conti Economici. Tale operazione è stata integrata da un ulteriore calcolo, quello che ha rivalorizzato le attività "a funzione" attraverso l'applicazione del meccanismo previsto dal DM citato nella precedente nota 9: il che significa che nel primo caso si perverrebbe ad una percentuale "reale", mentre nel secondo caso si arriverebbe ad una percentuale di tipo "virtuale" (e sostanzialmente più generosa). Il risultato di tale confronto mette in evidenza:

- a) innanzitutto una contrazione del valore riconosciuto nei Conti Economici alle attività "a funzione" che rimangono quasi stabili, passando, in termini di Numeri Indice, da 100,0 nel 2014 a 100,8 nel 2018, a livello nazionale. Ma se si vanno a considerare le Aziende Ospedaliere raggruppate per circoscrizione geografica di appartenenza, si rileva che:
 - per quelle operanti al Nord si passa da 100,0 a 110,4 (con qualche punta verso l'alto soprattutto in Piemonte e nel Veneto);
 - per quelle operanti nel Centro si scende da 100,0 a 87,8;
 - e per quelle operanti nel Mezzogiorno si scende da 100,0 a 98,0 (ma in quest'ultimo caso va sempre rilevato che esistono delle controtendenze particolarmente pronunciate in Sicilia dove due Aziende Ospedaliere arrivano, rispettivamente a 119,7 e a 140,3);
- b) se poi si prende in considerazione il secondo gruppo di dati della tavola 24, in cui è stato esplicitato l'andamento dell'incidenza percentuale nel quinquennio del valore delle attività "a funzione" sul Totale dei Ricavi da Prestazioni Sanitarie + i Ricavi da Ticket. Come si può rilevare nel 2018 le Aziende Ospedaliere analizzate evidenziano un'incidenza media nazionale pari al 35,6%: tale percentuale peraltro aveva raggiunto valori più

Tav. 24 – Andamento dei Ricavi per “attività a funzione” (N.I. 2014 = 100,0) e confronto dell’incidenza delle “attività a funzione” sui Ricavi da prestazione + Ricavi da ticket e incidenza delle medesime, ma calcolate secondo quanto disposto dall’apposito Decreto Ministeriale*

Aziende Ospedaliere (1)	Ricavi da trasferimento per attività "a funzione" come da CE (Cod. A.A0030)										Incidenza % delle attività "a funzione" su Ricavi da prestazione + Ricavi da ticket										Incidenza % delle attività "a funzione", calcolate col meccanismo DM			
	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018				
A.O. 1	100,0	93,2	91,8	91,3	93,1	29,6	31,3	36,8	38,3	38,3	22,9	23,8	22,9	22,9	22,9	23,8	26,9	27,7	27,7					
A.O. 2	100,0	115,6	101,1	116,3	119,4	34,8	37,5	45,1	33,4	43,6	25,8	27,3	31,1	25,0	30,4									
A.O. 3	100,0	100,0	99,5	98,9	102,0	27,9	27,5	29,3	29,7	27,2	21,8	21,5	22,6	22,9	21,4									
A.O. 4	100,0	102,0	101,8	101,3	117,4	39,4	41,3	43,7	44,7	42,3	28,3	29,3	30,4	30,9	29,7									
A.O. 5	100,0	103,2	94,6	103,1	100,9	34,4	34,3	40,4	34,7	39,2	25,6	25,6	28,8	25,7	28,1									
A.O. 6	100,0	113,0	112,7	112,1	112,8	65,7	65,2	66,9	71,8	52,4	39,6	39,5	40,1	41,8	34,4									
Totale Piemonte	100,0	107,4	104,2	106,8	109,8	46,9	47,4	50,6	50,5	43,8	31,9	32,2	33,6	33,5	30,5									
A.O. 7	100,0	109,1	106,9	112,2	112,0	33,0	32,0	38,7	26,5	24,4	24,8	24,2	27,9	21,0	19,6									
A.O. 8	100,0	114,0	124,2	123,8	124,8	26,3	29,9	26,9	23,0	27,2	20,8	23,0	21,2	18,7	21,4									
Totale Veneto	100,0	111,5	115,5	118,0	118,4	29,7	30,9	32,6	24,7	25,9	22,9	23,6	24,6	19,8	20,5									
A.O. 9	100,0	100,1	99,5	93,1	94,1	20,4	18,7	18,9	20,2	22,5	17,0	15,8	15,9	16,8	18,4									
A.O. 10	100,0	98,8	97,3	127,4	142,5	20,7	21,5	22,0	19,3	17,7	17,1	17,7	18,0	16,2	15,1									
A.O. 11	100,0	99,3	100,5	100,0	100,6	20,4	20,8	21,6	22,3	21,4	16,9	17,2	17,7	18,2	17,6									
A.O. 12	100,0	99,1	97,5	97,0	101,2	37,0	40,6	35,0	33,0	32,5	27,0	28,9	25,9	24,8	24,5									
Totale Emilia Romagna	100,0	99,4	99,1	102,6	106,6	23,4	23,9	23,3	18,0	22,6	19,0	19,3	18,9	15,3	18,4									
TOTALE NORD	100,0	105,3	104,7	107,6	110,4	34,3	35,0	36,5	31,9	31,5	25,5	25,9	26,7	24,2	24,0									
A.O. 13	100,0	96,8	96,8	103,0	102,2	44,9	43,4	48,6	43,3	25,4	31,0	30,3	32,7	30,2	20,3									
A.O. 14	100,0	96,1	96,2	100,0	100,2	34,4	39,0	34,3	31,0	24,6	25,6	28,0	25,5	23,7	19,7									
Totale Marche	100,0	96,4	96,5	101,2	101,0	38,2	40,5	39,3	35,5	24,9	27,6	28,8	28,2	26,2	19,9									
A.O. 15	100,0	80,8	72,2	80,5	80,0	28,6	22,5	20,2	21,4	24,4	22,2	22,4	18,4	16,8	17,7	19,6								
A.O. 16	100,0	94,2	85,2	84,7	93,5	25,6	15,5	13,3	12,4	13,2	20,4	13,4	11,7	11,0	11,7									
A.O. 17	100,0	85,4	79,7	96,6	88,3	33,8	26,2	25,1	24,3	24,8	25,3	20,8	20,0	19,6	19,9									
A.O. 18	100,0	85,7	79,6	79,2	83,2	17,5	14,2	12,9	12,2	16,0	14,9	12,4	11,4	10,9	13,8									
A.O. 19	100,0	88,1	83,9	67,6	67,6	19,3	17,6	17,2	19,1	19,1	16,1	14,9	14,6	16,0	16,0									
Totale Lazio	100,0	85,9	79,3	83,6	82,4	26,6	20,7	19,2	19,4	20,8	21,0	17,1	16,1	16,3	17,2									
TOTALE CENTRO	100,0	88,9	84,2	88,7	87,8	30,0	26,3	25,1	24,3	22,1	23,1	20,8	20,1	19,5	18,1									

./.

(Segue) Tav. 24 – Andamento dei Ricavi per “attività a funzione” (N.I. 2014 = 100,0) e confronto dell’incidenza delle “attività a funzione” sui Ricavi da prestazione + Ricavi da ticket e incidenza delle medesime, ma calcolate secondo quanto disposto dall’apposito Decreto Ministeriale*

Aziende Ospedaliere (1)	Ricavi da trasferimento per attività "a funzione" come da CE (Cod. AA0030)										Incidenza % delle attività "a funzione" su Ricavi da prestazione + Ricavi da ticket										Incidenza % delle attività "a funzione", calcolate col meccanismo DM			
	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018				
A.O. 20	100,0	94,0	93,5	93,0	81,8	60,6	48,5	51,3	55,6	56,0	37,7	32,7	33,9	35,7	35,9									
A.O. 21	100,0	95,6	94,8	94,3	93,6	48,8	41,6	44,3	44,7	41,8	32,8	29,4	30,7	30,9	29,5									
Totale Puglia	100,0	94,5	93,9	93,5	85,9	56,4	46,0	48,8	51,5	50,6	36,1	31,5	32,8	34,0	33,6									
A.O. 22	100,0	98,3	106,4	106,2	105,5	84,6	89,1	55,6	60,0	47,0	45,8	47,1	35,7	37,5	32,0									
A.O. 23	100,0	99,1	93,4	93,0	91,8	67,8	67,7	56,2	38,6	38,2	40,4	40,4	36,0	27,9	27,6									
A.O. 24	100,0	100,4	100,3	99,8	100,8	38,1	1,0	47,3	29,5	29,3	27,6	1,0	32,1	22,8	22,7									
A.O. 25	100,0	97,9	92,2	91,8	92,9	67,1	62,2	55,7	52,3	38,4	40,2	38,3	35,8	34,4	27,8									
Totale Calabria	100,0	98,7	97,7	97,4	97,3	69,3	63,6	54,7	47,4	39,6	40,9	38,9	35,4	32,2	28,4									
A.O. 26	100,0	94,7	102,2	98,7	95,4	59,1	55,2	55,3	44,2	43,2	37,1	35,5	35,6	30,7	30,1									
A.O. 27	100,0	95,8	112,1	111,5	102,0	52,6	45,0	41,8	41,6	42,5	34,5	31,0	29,5	29,4	29,8									
A.O. 28	100,0	97,4	108,0	107,4	103,5	63,7	60,3	57,5	52,9	52,6	38,9	37,6	36,5	34,6	34,5									
A.O. 29	100,0	92,0	102,3	101,9	95,5	117,8	96,4	84,6	72,1	71,3	54,1	49,1	45,8	41,9	41,6									
A.O. 30	100,0	99,4	114,1	113,6	140,3	45,9	39,0	36,6	41,8	47,4	31,5	28,1	26,8	29,5	32,2									
A.O. 31	100,0	95,1	92,4	92,3	90,9	84,1	72,9	62,1	60,2	63,0	45,7	42,2	38,3	37,6	38,7									
A.O. 32	100,0	88,8	102,2	101,7	93,5	103,3	101,7	86,2	77,2	85,3	50,8	50,4	46,3	43,6	46,0									
A.O. 33	100,0	103,2	131,3	130,8	119,7	76,2	64,9	47,0	50,1	49,8	43,3	39,4	32,0	33,4	33,2									
Totale Sicilia	100,0	95,8	107,7	107,0	104,5	73,7	65,7	57,8	54,4	56,4	42,4	39,7	36,6	35,2	36,1									
TOTALE SUD	100,0	96,1	101,9	101,3	98,0	68,7	60,6	55,3	52,4	52,0	40,7	37,7	35,6	34,4	34,2									
TOTALE GENERALE	100,0	98,3	99,0	101,0	100,8	43,5	40,9	39,9	36,4	35,6	30,3	29,0	28,5	26,7	26,3									

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

(1) Elaborazione sui dati di Conto Economico delle singole Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliere Universitarie, riportati nella Tabella All. 1

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2018*

elevati nel 2014 (43,5%) per poi scendere gradualmente negli anni successivi. Dunque tale incidenza si è ridotta, pur rimanendo di un'entità consistente sul totale dei Ricavi (più di 1/3). Tuttavia è di nuovo opportuno tener presenti le differenze che esistono tra le Aziende Ospedaliere a seconda della loro collocazione territoriale:

- quelle operanti al Nord presentano un'incidenza percentuale un po' più contenuta (31,5%) con qualche caso che supera il 40% o addirittura il 50% in Piemonte;
- quelle operanti al Centro che evidenziano un'incidenza del 22,1%;
- ed infine quelle che operano nel Mezzogiorno che fanno salire significativamente l'incidenza arrivando al 52,0% (con qualche punta verso l'alto in un paio di Aziende Ospedaliere della Sicilia che superano il 70%).

Si è davanti dunque ad una sostanziale stabilizzazione dell'incidenza delle attività “a funzione” sui Ricavi per le Aziende Ospedaliere del Nord e del Centro, mentre – pur con una progressiva contrazione nel quadriennio – si è ancora su livelli elevati nel Mezzogiorno: il che fa intuire l'utilizzo improprio della voce attività “a funzione” come modalità anomala di riequilibrio dei Conti Economici.

Infine l'ultimo gruppo di dati della tavola 24 presenta il ricalcolo dell'incidenza delle attività “a funzione”, secondo il meccanismo del DM citato. Questo porta a far diminuire le percentuali di questo secondo gruppo rispetto a quello precedente ma si fa anche evidente un superamento dei limiti massimi ipotizzati dallo stesso DM (che era pari al 30%, calcolato generosamente e impropriamente), come mostra l'ultima colonna della tavola 24. E questo avviene:

- per 2 Aziende Ospedaliere su 6 nel Piemonte;
- per 2 Aziende Ospedaliere su 3 in Puglia;
- per 1 Azienda Ospedaliera su 4 in Calabria;
- e per 7 Aziende Ospedaliere su 8 in Sicilia.

La situazione dunque è quella di Conti Economici ancora non equilibrati per quanto riguarda le attività “a funzione”, specie nella realtà del Mezzogiorno.

Per finire si è considerato l'andamento dei Risultati di Esercizio delle Aziende Ospedaliere nei 5 anni esaminati, nonché l'incidenza di tali risultati sui Ricavi da Prestazioni + i Ricavi da Ticket (cfr. tavola 25). A tale proposito si possono avanzare le seguenti riflessioni:

- a) il confronto tra Ricavi e Costi delle Aziende Ospedaliere di alcune Regioni si chiude in perfetto pareggio, situazione questa che risulta del tutto improbabile in qualsiasi tipo di Conto Economico, pubblico o privato che

sia. È perciò sin troppo facile ipotizzare un adeguamento delle poste in sede di redazione dei dati di Consuntivo. Peraltro questo non significa che si sia in presenza, sempre e comunque, di una soluzione “impropria” di ripianamento delle perdite. Ma certo in alcuni casi sono possibili interventi compensativi di sostegno proprio attraverso la voce dei Ricavi per le attività “a funzione”.

Il perfetto pareggio del Conto Economico riguarda, nell’ultimo anno, le Aziende del Veneto, dell’Emilia Romagna, delle Marche e della Sicilia (per quasi tutte le relative Aziende Ospedaliere);

b) inoltre si può rilevare un andamento in diminuzione delle perdite tra il 2014 e il 2018 in quasi tutte le Aziende Ospedaliere esaminate e questo evidentemente per soddisfare gli obiettivi posti dalle Leggi di Stabilità 2015 e 2016. Esistono poi altre situazioni che ancora nel 2018 evidenziano perdite significative, come ad esempio:

- un’Azienda Ospedaliera in Piemonte che ha esposto un risultato negativo di esercizio nettamente in crescita rispetto agli anni precedenti (avendo tra l’altro diminuito la quantità delle attività “a funzione”);
- le Aziende Ospedaliere del Lazio abbiano continuato la loro marcia di riduzione delle Perdite nel corso dei 5 anni indicati (e va loro dato atto dello sforzo in corso oltre che della trasparenza dei risultati);
- esiste poi un caso per un’Azienda Ospedaliera della Puglia che vede aumentare le perdite dopo una contrazione negli anni precedenti;
- e così avviene per due Aziende Ospedaliere della Calabria.

In ogni caso va osservato che, a differenza del 2017 in cui l’incidenza delle Perdite dei Ricavi da Prestazioni + Ticket era del 6,0%, nel 2018 sale al 7,4%. E, per essere più esatti:

- cresce sino all’8,8% per il Piemonte, a causa di una specifica Azienda Ospedaliera che risulta in perdita per il 21,5% dei Ricavi;
- restano su percentuali elevate a due cifre, ma decrescenti anno per anno, i risultati delle Aziende Ospedaliere del Lazio;
- supera il limite del 7% la Regione Puglia (-9,3%) a causa di una specifica Azienda Ospedaliera che dà risultati negativi pari al -15,1%;
- supera il 7% la Regione Calabria (-11,3%) con due Aziende Ospedaliere che addirittura arrivano al -24,3% e al -34,9% di Perdite;
- ed infine risulta essere in pareggio l’insieme delle Aziende Ospedaliere siciliane, ma – come si è osservato in precedenza – con un’incidenza delle attività “a funzione” particolarmente elevata.

Tav. 25 – Risultati di esercizio delle Aziende Ospedaliere nei quattro anni considerati (in migliaia di euro)

Aziende Ospedaliere	Risultati di esercizio come da CE (v.a.)					Incidenza % dei risultati di esercizio (+/-) sui Ricavi da prestazioni + ticket						
	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
A.O. 1	- 10147	- 7.716	0,0	1926	0,0	- 9,5	- 7,0	0,0	0,0	1,8	0,0	0,0
A.O. 2	- 12.852	- 18.864	- 6.428	- 2.406	0,0	- 6,8	- 9,6	- 3,2	- 1,2	0,0	0,0	0,0
A.O. 3	- 5619	0,0	0,0	1.156	0,0	- 3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
A.O. 4	- 5737	- 4.486	0,0	1.180	0,0	- 3,8	- 2,8	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0
A.O. 5	- 8432	- 6.568	0,0	- 1.495	- 3.818	- 6,8	- 5,3	0,0	- 1,1	- 3,0	0,0	0,0
A.O. 6	- 30.648	- 15.081	- 11.040	- 17478	- 120997	- 5,6	- 2,7	- 2,0	- 3,2	- 21,5	0,0	0,0
Totale Piemonte	- 73.435	- 52.715	- 17.468	- 18.273	- 123.659	- 5,7	- 4,0	- 1,3	- 1,4	- 8,8	0,0	0,0
A.O. 7	- 22.835	- 17.047	- 10.491	0,0	0,0	- 5,4	- 4,0	- 2,5	0,0	0,0	0,0	0,0
A.O. 8	- 13.451	1.000	0,0	0,0	0,0	- 3,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totale Veneto	- 36.286	- 17.047	- 10.491	0,0	0,0	- 4,4	- 2,0	- 1,2	0,0	0,0	0,0	0,0
A.O. 9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A.O. 10	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A.O. 11	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A.O. 12	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totale Emilia Romagna	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
TOTALE NORD	- 109.721	- 69.762	- 27.959	- 18.273	- 123.659	- 3,3	- 2,1	- 0,8	- 0,5	- 3,4	0,0	0,0
A.O. 13	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A.O. 14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totale Marche	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A.O. 15	- 158.632	- 161.799	- 155.718	- 130.712	- 116.314	- 64,8	- 67,9	- 68,0	- 57,1	- 54,4	0,0	0,0
A.O. 16	- 102.291	- 98.853	- 81.733	- 83.599	- 77.401	- 85,9	- 73,3	- 62,3	- 63,8	- 59,7	0,0	0,0
A.O. 17	- 74.610	- 92.543	- 140.252	- 104.166	- 87.743	- 23,6	- 28,5	- 42,9	- 31,1	- 25,5	0,0	0,0
A.O. 18	- 53.708	- 54.108	- 49.108	- 41.510	- 40.432	- 39,2	- 38,3	- 33,9	- 27,3	- 25,1	0,0	0,0
A.O. 19	- 73.601	- 62.567	- 41.794	- 24.902	- 19.500	- 40,4	- 32,3	- 21,1	- 12,2	- 9,3	0,0	0,0
Totale Lazio	- 462.842	- 469.922	- 468.605	- 384.889	- 341.390	- 46,3	- 45,5	- 45,5	- 36,6	- 32,3	0,0	0,0
TOTALE CENTRO	- 462.842	- 469.922	- 468.605	- 384.889	- 341.390	- 32,8	- 32,6	- 32,2	- 25,6	- 22,2	0,0	0,0

./.

(Segue) Tav. 25 – Risultati di esercizio delle Aziende Ospedaliere nei quattro anni considerati (in migliaia di euro)

Aziende Ospedaliere	Risultati di esercizio come da CE (v.a.)					Incidenza % dei risultati di esercizio (+/-) sui Ricavi da prestazioni + ticket				
	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018
A.O. 20	0,0	-28.102	-19.736	-9.740	-41.114	0,0	- 8,7	- 6,5	- 3,4	- 15,1
A.O. 21	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totale Puglia	0,0	- 28.102	- 19.736	- 9.740	- 41.114	0,0	- 5,6	- 4,2	- 2,1	- 9,3
A.O. 22	-6.007	-1.880	0,0	0,0	0,0	- 6,1	- 1,9	0,0	0,0	0,0
A.O. 23	-3.764	-2.265	0,0	- 12.930	- 27.743	- 3,9	- 2,3	0,0	- 11,4	- 24,3
A.O. 24	-14.562	- 29.858	- 42.000	- 12.319	- 20.942	- 38,7	- 67,1	- 86,7	- 20,6	- 34,9
A.O. 25	-17.377	-20.279	0,0	0,0	0,0	- 18,2	- 21,5	0,0	0,0	0,0
Totale Calabria	- 41.710	- 54.282	- 42.000	- 25.249	- 48.685	- 12,6	- 16,2	- 11,1	- 6,2	- 11,3
A.O. 26	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A.O. 27	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A.O. 28	788	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0
A.O. 29	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A.O. 30	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A.O. 31	2.456	2.680	0,0	0,0	0,0	1,6	1,6	0,0	0,0	0,0
A.O. 32	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A.O. 33	2.209	0,0	1.120	0,0	1.666	1,8	0,0	0,7	0,0	1,0
Totale Sicilia	5.453	2.680	1.120	0,0	1.666	0,5	0,2	0,1	0,0	0,1
TOTALE SUD	- 36.257	- 79.704	- 60.616	- 34.989	- 88.133	- 1,9	- 3,9	- 2,8	- 1,6	- 4,0
TOTALE GENERALE	- 608.820	- 619.388	- 557.180	- 438.151	- 553.182	- 9,2	- 9,0	- 7,9	- 6,0	- 7,4

(1) Elaborazione sui dati di Conto Economico delle singole Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliere Universitarie, riportati nella Tabella All. 1.
Fonte: *indagine Ermeneta - Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Parte seconda

*Le opinioni e le valutazioni di utenti e cittadini
nell'analisi congiunturale 2019*

1. Un incremento della domanda di prestazioni ospedaliere da parte degli utenti

1.1. L'ulteriore accentuazione degli accessi nell'ultimo anno

La domanda di servizi ospedalieri da parte dei cittadini italiani adulti (per effettuare analisi, accertamenti diagnostici, visite specialistiche oppure per interventi e cure) sembra collocarsi all'interno della tendenza degli ultimi due anni, per quanto riguarda le malattie/interventi di tipo grave (5,7% contro, rispettivamente, 5,3% nel 2018 e 5,0% nel 2017). Per quanto riguarda invece le malattie/interventi di tipo leggero si tenderebbe ad una diminuzione nel 2019 (23,2%) rispetto al 31,3% del 2017 e al 30,8% del 2018 (tab. 1).

Naturalmente al di là degli intervistati del campione (che rappresenta le persone adulte da 18 anni in poi) possono aver fatto ricorso ai servizi ospedalieri anche altri membri della famiglia: ciò si è verificato per l'11,5% degli intervistati a seguito di malattie/interventi di tipo grave e per il 20,2% a seguito di malattie/interventi di tipo leggero.

Il ricorso ai servizi ospedalieri, nel corso degli ultimi dodici mesi, riguarderebbe dunque, per i disagi sia di tipo grave che di tipo leggero, il 28,9% degli intervistati, pari a 14,6 milioni di persone adulte¹. A tale cifra dovrebbe essere aggiunta quella degli altri membri della famiglia che si sono trovati nella necessità di utilizzare prestazioni ospedaliere: in questo caso si tratta, nel 2019, del 31,7% della popolazione da 18 anni in su (cfr. tabella 1A), pari ad altri 3,1 milioni di soggetti².

Al di là dei dati sintetici, in valore percentuale e in valore assoluto, degli accessi la successiva tabella 2 elenca le specifiche tipologie di prestazioni utilizzate dagli intervistati nel 2019, le quali:

¹ Stima calcolata sulla base delle persone adulte residenti all'1.1.2019, pari a 50.680.412 unità (Fonte: *Istat*).

² Tale valore è stato calcolato sulle persone residenti all'1.1.2019 di età inferiore ai 18 anni di età, pari a 9.679.134 unità (Fonte: *Istat*).

Tab. 1 – Ricorso ai servizi ospedalieri (per analisi, interventi, cure, ecc.) presso strutture pubbliche, strutture accreditate o cliniche private a pagamento pieno negli ultimi dodici mesi (val. %)

Risposta	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007
<i>Ricorso diretto degli intervistati</i>													
- Sì, per malattia/intervento grave	5,7	5,3	5,0	3,7	4,5	3,4	4,3	3,3	4,6	4,2	5,9	3,9	4,0
- Sì, per malattia/intervento leggero	23,2	30,8	31,3	28,1	20,0	19,3	21,1	21,5	24,9	19,6	22,2	20,7	21,6
- No	71,1	63,9	63,7	68,2	75,5	77,3	74,6	75,2	70,5	76,2	71,9	75,4	74,4
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
v.a.	4.020	4.020	4.020	4.020	4.020	4.020	4.020	4.070	4.070	4.110	4.140	4.210	4.160

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. 1A – Ricorso ai servizi ospedalieri (per analisi, interventi, cure, ecc.) presso strutture pubbliche, strutture accreditate e cliniche private a pagamento pieno negli ultimi dodici mesi da parte di altri membri della famiglia dell'intervistato (val. %)

È capitato ad altri membri della sua famiglia	%
<i>Per malattia/intervento grave</i>	
– Sì	11,5
– No	88,5
Totale	100,0
v.a.	4.020
<i>Per malattia/intervento leggero</i>	
– Sì	20,2
– No	79,8
Totale	100,0
v.a.	4.020

Fonte: indagine *Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

- presentano una concentrazione prevalente attorno alle prime tre indicate (visite specialistiche, analisi e accertamenti diagnostici) che hanno interessato rispettivamente il 59,2% degli intervistati nel primo caso, il 58,8% nel secondo e il 48,4% nel terzo: oltre che una maggiore concentrazione queste tipologie evidenziano anche una loro tendenziale crescita nel corso degli anni presenti nella tabella 2;
- seguono, come intensità di utilizzo, gli accessi al Pronto Soccorso: 25,3% a fronte di percentuali altrettanto se non più consistenti negli anni immediatamente precedenti;
- emerge anche un ricorso consistente al 118: 10,3%, con un incremento costante nel corso del tempo;
- vengono poi a collocarsi a ridosso i ricoveri ospedalieri veri e propri: per interventi chirurgici di tipo leggero (23,1%), per cure riguardanti malattie gravi (9,8%), per interventi chirurgici legati a malattie gravi (9,3%) e per malattie di tipo leggero (6,9%): quasi tutte le tipologie di ricoveri risultano essere in crescita negli anni che vanno dal 2015 al 2019;
- seguono poi le cure periodiche in *day hospital* per malattie croniche e oncologiche (5,4%) e quindi la maternità (3,8%).

È anche interessante verificare l'eventuale pluralità di prestazioni ospedaliere utilizzate, nel corso degli ultimi dodici mesi, a partire da ciascuna di quelle indicate, in ordine prioritario decrescente, nella tabella 2 (cfr. tabella 2A, nella quale sono state poste all'interno dei riquadri le percentuali più consistenti cioè quelle superiori al 25,0%).

L'accesso ai servizi ospedalieri si concentra soprattutto, rispetto alla media complessiva del campione, sulle donne piuttosto che sugli uomini, da un lato e sulle persone di medio e medio-alto livello di istruzione e di ceto so-

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

Risposte	2019	2018	2017	2016	2015
– Visite specialistiche	59,2	52,2	54,2	58,5	58,4
– Analisi di vario tipo	58,8	51,1	58,3	58,5	50,9
– Accertamenti diagnostici (es.: RX, TAC, Risonanza Magnetica, ecc.)	48,4	42,1	46,4	47,0	38,4
– Accesso al Pronto Soccorso	25,3	33,2	27,6	26,1	24,7
– Interventi chirurgici di tipo leggero	23,1	16,1	17,9	22,1	23,1
– Ricorso al 118	10,3	9,1	7,4	3,3	7,3
– Cure effettuate durante il ricovero per malattie di tipo grave	9,8	4,7	4,2	4,8	4,1
– Interventi chirurgici di tipo grave	9,3	7,5	5,8	8,2	6,6
– Cure effettuate durante il ricovero per malattie di tipo leggero	6,9	8,2	6,5	4,6	9,3
– Cure periodiche in <i>day hospital</i> per malattie croniche e/o oncologiche	5,4	5,9	6,5	4,3	4,6
– Maternità	3,8	2,8	2,6	3,6	1,7
– Altro	2,3	1,2	1,3	0,8	0,7
V.a. intervistati	1.162	1.451	1.462	1.280	985
V.a. risposte	3.051	3.397	3.489	3.095	2.263
N. medio di prestazioni per intervistato	2,6	2,3	2,4	2,4	2,3

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

Fonte: *indagine Ermeneya – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Tab. 2A – Pluralità di prestazioni ospedaliere utilizzate nel corso degli ultimi dodici mesi (val. %)

Prestazioni ospedaliere		Analisi di vario tipo	Accertamenti diagnostici (es.: RX, RM, TAC, RM, ecc.)	Visite specialistiche	Interventi chirurgici di tipo leggero	Interventi chirurgici di tipo grave	Cure effettuate durante il ricovero per malattie di tipo leggero	Cure effettuate durante il ricovero per malattie di tipo grave	Cure periodiche in day hospital per malattie croniche e/o oncologiche	Accesso al Pronto Soccorso	Ricorso al 118	Maternità
% su totale utilizzatori di prestazioni ospedaliere	V.a.	58,8 683	48,4 563	59,2 688	23,1 268	9,3 108	6,9 80	9,8 114	5,4 62	25,3 293	10,3 120	3,8 44
<i>% totale per singola prestazione</i>												
Analisi di vario tipo		100,0	66,8	70,7	62,6	49,3	58,9	92,6	68,8	100,0	100,0	100,0
Accertamenti diagnostici (es.: RX, TAC, RM, ecc.)		55,0		61,4	50,7	54,3	63,4	59,5	57,0	58,3	69,3	23,0
Visite specialistiche		71,2	75,0		56,8	59,5	62,8	58,0	75,8	71,7	61,9	44,7
Interventi chirurgici di tipo leggero		24,6	24,1	22,1		40,4	45,3	57,1	39,1	27,0	31,2	21,7
Interventi chirurgici di tipo grave		7,7	10,4	9,3	16,2		19,3	23,5	36,4	11,4	10,4	11,5
Cure effettuate durante il ricovero per malattie di tipo leggero		6,9	9,0	7,3	13,5	14,3		11,0	35,9	15,2	18,2	15,2
Cure effettuate durante il ricovero per malattie di tipo grave		15,5	12,1	9,6	24,3	25,0	15,7		15,5	19,6	37,9	3,1
Cure periodiche in day hospital per malattie croniche e/o oncologiche		6,3	6,3	6,9	9,1	21,2	28,1	8,5		9,5	5,3	3,1
Accesso al Pronto Soccorso		28,0	30,4	30,6	29,6	31,0	55,8	50,4	44,5		64,8	35,4
Ricorso al 118		10,4	14,8	10,8	14,0	11,6	27,4	39,8	10,2	26,5		10,8
Maternità		2,6	1,8	2,8	3,6	4,7	8,3	1,2	2,2	5,3	3,9	
Altro		2,3	1,9	1,8	0,2					0,7		

Fonte: *indagine Ermenèia – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

ciale, dall'altro (cfr. *Tabella A1.1/Campione popolazione, capitolo 3 degli Allegati*).

Le tipologie di prestazioni utilizzate l'ultima volta che ciò è avvenuto, aventi un'intensità più elevata rispetto alla media del campione, fanno capo (cfr. *Tabella A2/Campione popolazione, capitolo 3 degli Allegati*):

- soprattutto alle donne piuttosto che agli uomini, agli intervistati del Mezzogiorno, per quanto riguarda tutte le tipologie di ricoveri ospedalieri oltre che per l'accesso al Pronto Soccorso;
- alle persone relativamente più anziane (di 55 anni e oltre);
- e al segmento di intervistati che dichiara un basso livello di scolarità e di livello sociale, da un lato ma anche a coloro che si autoclassificano come appartenenti ad un ceto sociale medio e/o medio-alto, dall'altro.

1.2. Una contrazione degli accessi agli ospedali pubblici e dei relativi giudizi di soddisfazione dichiarata

La tipologia di struttura ospedaliera a cui ci si è rivolti l'ultima volta nel corso degli ultimi dodici mesi (al netto degli eventuali accessi ad ospedali diversi) mostra come gli intervistati si siano rivolti (tab. 3):

- prevalentemente agli ospedali di tipo pubblico (nel 69,7% dei casi nell'anno 2019) ma con una tendenza decennale stabilmente in contrazione, visto che erano il 78,6% nel 2009 e, con qualche oscillazione nel corso del tempo, scendono sotto il 70% negli ultimi due anni considerati;
- quindi agli ospedali accreditati (18,6% nel 2019), con una tendenza più o meno costante salvo qualche lieve oscillazione nel decennio (erano il 18,0% nel 2009 e sono il 18,6% nel 2019);
- ed infine alle cliniche private a pagamento (10,4% nel 2019): anche in questo caso con qualche oscillazione nel decennio, ma con una tendenza alla crescita soprattutto a partire dal 2016.

La spinta a ridurre i ricoveri si è fatta sentire a livello nazionale ormai da tempo certamente in vista di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni, ma anche a seguito della necessità di rispondere ad una domanda in continua crescita rispetto ad un'offerta di servizi non certo in espansione se non addirittura in contrazione (che il processo di *spending review* ha accelerato).

Le differenze nei comportamenti di accesso rispetto alla media degli intervistati, mostrano una tenuta superiore (cfr. *Tabella A3/Campione popolazione, capitolo 3 degli Allegati*):

- per gli intervistati residenti nel Nord-Est e nel Mezzogiorno e per quelli che vivono nei centri più piccoli oltre che per i maschi rispetto alle fem-

Tab. 3 – *Struttura presso la quale l'intervistato si è recato l'ultima volta (val. %)*¹

Risposte	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
- Ospedale pubblico	69,7	69,6	75,7	70,0	70,7	77,0	74,4	75,1	77,6	74,1	78,6
- Ospedale accreditato	18,6	17,0	13,6	18,5	18,9	16,6	18,0	17,9	16,8	18,3	18,0
- Clinica privata a pagamento	10,4	12,0	8,5	10,3	8,4	4,2	5,3	4,1	4,3	4,8	8,8
- Non saprei distinguere con precisione la categoria di ospedale che ho utilizzato	0,9	0,8	1,4	1,0	1,3	1,7	1,8	2,0	1,0	2,1	1,4
- Non ricordo	0,4	0,6	0,8	0,3	0,8	0,5	0,6	0,9	0,2	0,7	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

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

mine e per le persone con un livello di istruzione basso e/o medio-basso, (per quanto concerne gli ospedali pubblici);

- per le persone che risiedono nel Nord-Ovest e nel Centro Italia rispetto alle altre ripartizione geografiche e per coloro che vivono nelle città di maggiori dimensioni, oltre che per le donne rispetto agli uomini e i soggetti più anziani e con un titolo di studio di scuola media superiore (per quanto riguarda gli ospedali accreditati);
- ed infine per gli intervistati del Mezzogiorno, per coloro che vivono nei centri intermedi e/o di grandi dimensioni, sempre per le donne piuttosto che per gli uomini e per le persone in possesso di un livello di istruzione elevato (per quanto riguarda le cliniche private a pagamento).

Nella tabella 4 vengono invece indicati i livelli di soddisfazione/insoddisfazione relativi alle prestazioni ospedaliere utilizzate l'ultima volta che gli intervistati hanno fatto ricorso alle diverse tipologie di strutture.

Allo scopo di facilitare la lettura dell'andamento nel tempo dei giudizi esposti nella tabella 4 si è predisposto, come già negli anni precedenti, lo schema sintetico che segue:

Tipologie	2019		2018		2017		2015		2013		2011		2009		2007	
	Soddisfaz. ¹	Insoddisfaz. ²	Soddisfaz. ¹	Insoddisfaz. ²	Soddisfaz. ¹	Insoddisfaz. ²	Soddisfaz. ¹	Insoddisfaz. ²	Soddisfaz. ¹	Insoddisfaz. ²	Soddisfaz. ¹	Insoddisfaz. ²	Soddisfaz. ¹	Insoddisfaz. ²	Soddisfaz. ¹	Insoddisfaz. ²
Osp. pubblici	76,5	23,3	77,7	22,0	85,9	13,9	82,6	17,1	84,7	14,5	87,8	11,0	87,5	11,8	89,1	10,5
Osp. accreditati	90,6	9,1	93,0	6,7	96,2	3,5	88,7	10,6	91,3	8,5	95,3	4,4	92,9	6,9	91,1	8,9
Cliniche private	73,9	8,5	86,1	13,9	92,1	7,7	90,5	9,2	82,3	17,7	96,6	3,4	92,8	4,5	84,5	13,4

(1) Molto + Abbastanza soddisfatti

(2) Poco + Per nulla soddisfatti

A tale proposito si può rilevare che:

- a) il livello di soddisfazione rimane sostanzialmente elevato per tutte e tre le categorie di ospedali, ma con una netta prevalenza di giudizi positivi per quanto riguarda le strutture accreditate (90,6%) rispetto alle strutture pubbliche (76,5%) e alle cliniche private a pagamento (73,9%);
- b) tale constatazione vale per tutti gli anni precedenti esposti nello schema, a cui si deve aggiungere che i giudizi di soddisfazione si contraggono con costanza dal 2007 al 2019, per quanto concerne gli ospedali pubblici (passando dall'89,1% al 76,5%) e così avviene, ma in maniera più lieve, per gli ospedali accreditati (scendendo dal 91,1% al 90,6%) come per le cliniche private a pagamento (dall'84,5% al 73,9%);

c) le oscillazioni negli anni intermedi, riportati nello schema richiamato, mostrano delle riprese verso l'alto solo in un caso per gli ospedali pubblici (con un 85,9% nel 2017), in più casi per gli ospedali accreditati (nel 2009, nel 2011 e nel 2017) e così avviene anche per le cliniche private a pagamento (per gli anni 2009, 2011, 2015 e 2017).

Quello che è accaduto è che l'andamento, nel corso degli anni, registra un processo di graduale riduzione e/o di peggioramento dei servizi offerti nell'ambito delle strutture pubbliche, accompagnato non di rado da un ricorso alternativo a strutture accreditate o a quelle del tutto private a pagamento.

Le differenze di valutazione, rispetto alla media complessiva del campione, sia in termini positivi (giudizi "molto soddisfatto") sia in termini negativi (giudizi "per nulla soddisfatto") vengono fornite dalla *Tabella A4/Campione popolazione, capitolo 3 degli Allegati*, che evidenzia come:

- i giudizi positivi vengono soprattutto espressi nei confronti degli ospedali pubblici e di quelli accreditati oltre che dagli intervistati del Nord e da quelli residenti nei centri maggiori, dalle donne rispetto agli uomini, dalle persone da 35 anni in poi e da coloro che risultano maggiormente istruiti e socialmente più solidi; le cliniche private a pagamento sono invece valutate più positivamente dalle persone residenti nel Nord-Est e nel Centro Italia e in particolare da quelle che risiedono nei centri minori;
- mentre i giudizi negativi provengono prevalentemente dalle persone residenti nel Mezzogiorno e da quelle che risultano più giovani (tra i 18 e i 34 anni), per quanto riguarda sia gli ospedali pubblici che accreditati; nel caso delle cliniche private a pagamento, le critiche più pronunciate fanno capo ai residenti nel Nord-Ovest e a quelli che vivono nei centri urbani più grandi oltre che ai maschi rispetto alle femmine, ai soggetti più anziani e a quelli più fragili dal punto di vista del livello di istruzione e dell'appartenenza socioeconomica in cui si riconoscono.

Infine esiste un discrimine nei giudizi a seconda che si tratti di malattia/intervento di tipo grave piuttosto che di tipo leggero: infatti i giudizi di maggiore soddisfazione rispetto alla media del campione sono più elevati per quest'ultima tipologia di disagi qualora si considerino gli ospedali pubblici, mentre si equivalgono per disagi gravi e disagi leggeri nel caso degli ospedali accreditati: in questo gioca anche la conoscenza da parte degli intervistati delle possibili alternative di cura: in Regione e fuori Regione e in Italia oppure all'estero, conoscenza questa che permette di scegliere la struttura più appropriata per il paziente (cfr. *Tabella B4/Campione popolazione, capitolo 3 degli Allegati*).

Tab. 4 – Soddisfazione per le prestazioni ospedaliere ricevute l'ultima volta che fatto ricorso a strutture pubbliche, strutture accreditate o a cliniche private a pagamento (val. %)

Risposte	Ospedali pubblici										
	2009	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
- Molto soddisfatto	19,6	19,7	19,7	26,1	23,0	26,5	24,3	28,4	29,0	27,5	22,7
- Abbastanza soddisfatto	56,9	58,0	66,2	11,5	59,6	59,8	60,4	59,6	58,8	61,2	64,8
- Poco soddisfatto	18,2	14,4	9,0	57,6	13,2	9,9	11,2	8,2	9,3	7,9	9,3
- Per niente soddisfatto	5,1	7,6	4,9	4,3	3,9	3,2	3,3	2,3	1,7	2,8	2,5
- Non saprebbe esprimere un giudizio	0,2	0,3	0,2	0,5	0,3	0,6	0,8	1,5	1,2	0,6	0,7
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.	809	1.009	1.108	1.028	800	749	825	803	989	776	913
Risposte	Ospedali accreditati										
	2009	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
- Molto soddisfatto	42,1	29,7	26,4	41,8	34,0	40,8	37,6	29,2	50,7	29,4	30,7
- Abbastanza soddisfatto	48,5	63,3	69,8	7,2	54,7	53,5	53,7	63,5	44,6	62,1	62,2
- Poco soddisfatto	5,4	5,8	3,5	50,5	7,5	5,4	7,7	5,5	3,2	5,7	6,1
- Per niente soddisfatto	3,7	0,9	-	0,4	3,1	-	0,8	1,1	1,2	2,4	0,8
- Non saprebbe esprimere un giudizio	0,3	0,3	0,3	0,1	0,7	0,3	0,2	0,7	0,3	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
v.a.	216	246	198	271	214	162	199	190	214	191	209
Risposte	Cliniche private a pagamento pieno										
	2009	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
- Molto soddisfatto	31,0	35,7	37,3	37,6	38,2	47,9	24,9	53,7	46,7	36,2	30,5
- Abbastanza soddisfatto	42,9	50,4	54,8	4,7	52,3	37,6	57,4	30,0	49,9	52,8	62,3
- Poco soddisfatto	8,1	12,6	3,0	54,5	7,3	12,6	12,9	11,0	1,8	11,0	2,9
- Per niente soddisfatto	0,4	1,3	4,7	3,2	1,9	0,9	4,8	4,1	1,6	-	1,6
- Non saprebbe esprimere un giudizio	17,6	-	0,2	-	0,3	1,0	-	1,2	-	-	2,7
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.	121	174	124	152	94	41	58	44	55	50	102

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

1.3. Il lento consolidamento dei comportamenti di scelta con una prevalente “fedeltà” al già sperimentato

I dati della tabella 5 mettono in evidenza innanzitutto una crescita, nel corso del tempo, della valutazione preventiva delle varie possibilità di recarsi in una o nell'altra tipologia di struttura ospedaliera. Infatti si vede come tale comportamento sia salito dal 21,2% degli utenti nel 2009 sino a poco più del 29% nel 2017 e 2018 per arrivare al 38,1% nel 2019, per quanto riguarda coloro che si sono rivolti l'ultima volta ad un ospedale pubblico.

Ma tale valutazione risulta molto più consistente qualora si consideri l'esperienza avuta l'ultima volta presso gli ospedali accreditati, nel confronto dei quali il meccanismo di scelta iniziale passa dal 36,0% del 2009 al 40,6% nel 2017 e quindi al 52,0% nel 2018, per toccare infine il 64,8% nel 2019. Per le cliniche private a pagamento la tendenza suddetta sale dal 46,5% della valutazione preventiva nel 2009 al 53,7% nel 2017, cresce ulteriormente sino al 55,6% nel 2018 per arrivare al 54,3% nel 2019.

I tre andamenti appena ricordati vanno attentamente valutati, tenendo presente che:

- a) esistono delle inevitabili oscillazioni nel corso del decennio, per ciascuna tipologia di ospedali a seguito della graduale crescita di età della popolazione e quindi anche della corrispondente acquisizione di responsabilità e di consapevolezza sul piano della gestione della propria salute e in particolare della capacità di scegliere l'ospedale con cognizione di causa: tale processo non può dunque che essere alternante nel tempo;
- b) tali oscillazioni si ripercuotono inevitabilmente sul campione utilizzato nell'ambito del Telepanel a cui si è somministrato il questionario sulla popolazione: le famiglie che fanno parte di tale strumento registrano entrate e uscite annuali e quindi questi flussi non possono che rispecchiare anche l'entrata di generazioni nuove e l'uscita di quelle più o meno mature.
- c) tuttavia è anche rilevabile una tendenza “a crescere” degli intervistati che dichiarano di “aver preso in considerazione le varie possibilità”, fermo restando che l'incidenza più elevata fa capo sempre alle strutture ospedaliere accreditate e a quelle a pagamento rispetto a quelle pubbliche.

La conseguenza di quanto sin qui ricordato è che la scelta di recarsi sin da subito presso la specifica struttura utilizzata l'ultima volta sia decisamente più elevata per chi si è rivolto agli ospedali pubblici piuttosto che a quelli accreditati. Ed infatti tale scelta investe nel 2019:

- il 61,9% per gli ospedali pubblici, con una tendenza tuttavia alla diminuzione graduale nel corso del tempo, visto che gli intervistati che hanno adottato questo comportamento raggiungevano ben il 78,8% nel 2009;

Tab. 5 – *Comportamenti di scelta al momento dell'utilizzo delle strutture ospedaliere, nel corso degli ultimi dodici mesi (val. %)*

<i>Risposte</i>	<i>Negli ospedali pubblici</i>											
	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	
- Ho preso in considerazione le varie possibilità	38,1	29,3	29,8	33,1	38,4	24,7	28,0	19,4	19,8	19,7	21,2	
- Ho deciso subito di recarmi presso quella specifica struttura	61,9	70,7	70,2	66,9	61,6	75,3	72,0	80,6	80,2	80,3	78,8	
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.	809	1.009	1.108	1.028	800	749	825	803	989	776	913	
<i>Risposte</i>	<i>Negli ospedali accreditati</i>											
- Ho preso in considerazione le varie possibilità	64,8	52,0	40,6	47,5	58,1	38,5	45,8	36,5	40,4	30,4	36,0	
- Ho deciso subito di recarmi presso quella specifica struttura	35,2	48,0	59,4	52,5	41,9	61,5	54,2	63,5	59,6	69,6	64,0	
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.	216	246	198	271	214	162	199	190	214	191	209	
<i>Risposte</i>	<i>Nelle cliniche private a pagamento</i>											
- Ho preso in considerazione le varie possibilità	54,3	55,6	53,7	64,2	72,8	47,5	47,7	24,5	53,8	46,1	46,5	
- Ho deciso subito di recarmi presso quella specifica struttura	45,7	44,4	46,3	35,8	27,2	52,5	52,3	75,5	46,2	53,9	53,5	
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.	121	174	124	152	94	41	58	44	55	50	102	

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

- viceversa è solo il 35,2% per gli ospedali accreditati, nei confronti dei quali evidentemente ha giocato il meccanismo di prendere in considerazione le varie possibilità prima di ricoverarsi ed infatti tale percentuale si è quasi dimezzata nel corso degli anni visto che era del 64,0% nel 2009;
- ed infine il 45,7% per le cliniche private a pagamento, per le quali gioca in maniera più immediata la considerazione delle varie possibilità a priori, stante anche il fatto che le prestazioni vengono pagate a piè di lista dagli intervistati da sempre: e perciò l'incidenza percentuale era già limitata al 53,5% del 2009.

Un'ulteriore domanda (di conferma) è stata successivamente posta agli intervistati circa la propensione esplicita ad utilizzare la stessa struttura ospedaliera a cui ci si è rivolti l'ultima volta qualora si dovessero effettuare altre analisi, cure o interventi e quindi tenendo presente la dimensione futura. Il risultato mette in evidenza quello che potrebbe essere definito come una sorta di indicatore di "fedeltà" che risulta più elevato rispetto a quanto è emerso nella precedente tabella 5. Infatti nel 2019 (tab. 6):

- il 74,6% degli intervistati si dichiarerebbe propenso a riutilizzare, in prospettiva, la stessa struttura a cui ci si è rivolti l'ultima volta rispetto al 61,9% di coloro che hanno deciso subito di recarsi in uno specifico ospedale;
- il 66,4% del campione rappresenta coloro che si ritengono propensi ad utilizzare in prospettiva l'ospedale accreditato utilizzato l'ultima volta contro il 35,2% che ha deciso di recarsi subito presso quest'ultimo;
- ed infine il 51,8% degli intervistati afferma che sarebbe propenso a riutilizzare in prospettiva la stessa struttura dell'ultima volta contro il 45,7% di coloro che si sono orientati da subito verso un'analogia struttura, per quanto riguarda le cliniche private a pagamento.

La considerazione delle varie possibilità di accesso, l'ultima volta che si è entrati in un ospedale nel corso degli ultimi dodici mesi, caratterizza i comportamenti soprattutto degli intervistati del Nord-Ovest e del Centro rispetto al resto del Paese, di quelli che vivono nei centri urbani di maggiore dimensione, delle femmine rispetto ai maschi, delle persone meno anziane e soprattutto dei soggetti che sono in possesso di un livello di istruzione elevato e ritengono di appartenere ad un ceto socioeconomico alto e/o medio-alto (cfr. *Tabella A5/Campione popolazione, capitolo 3 degli Allegati*).

La propensione invece a riutilizzare la stessa struttura ospedaliera a cui ci si è rivolti l'ultima volta qualora si dovessero effettuare altre analisi, cure o interventi, in presenza di seri problemi di salute, investe prevalentemente gli intervistati del Nord e del Centro, quelli residenti nei centri minori per tutte e tre le tipologie di ospedali considerati (pubblici, accreditati e cliniche pri-

vate a pagamento). Mentre delle differenze si manifestano sul piano di altre caratteristiche strutturali come l'età, il titolo di studio e il livello socioeconomico degli intervistati, visto che le persone più "fedeli" alla struttura utilizzata l'ultima volta sono le persone tra i 18 e i 54 anni come pure quelle con un livello di istruzione e un'appartenenza ad un ceto sociale più elevati, per quanto riguarda coloro che sono orientati verso gli ospedali accreditati o verso le cliniche private a pagamento. Nel caso degli ospedali pubblici i più "fedeli" fanno capo invece alle persone più anziane (da 55 anni e oltre) nonché alle persone con un basso livello di istruzione ed un modesto livello socioeconomico (cfr. *Tabella A6/Campione popolazione, capitolo 3 degli Allegati*).

2. Visione e comportamenti propri di un sistema ospedaliero misto interiorizzato da parte dei cittadini

2.1. Una consapevolezza in crescita delle alternative tra pubblico e accreditato, regionale ed extraregionale, nazionale ed europeo

Dalle opinioni e dalle valutazioni degli utenti si passa adesso a considerare quelle raccolte presso i cittadini nel loro complesso (utenti, ovviamente, compresi).

La chiara consapevolezza che il Servizio Sanitario Nazionale permetta di utilizzare sia ospedali pubblici che ospedali accreditati (senza oneri per il cittadino) allo scopo di effettuare analisi, interventi e cure viene percepita con totale chiarezza dal 41,0% degli stessi cittadini nell'anno 2019 (tab. 7): era però del 35,5% nel 2009, è salita con un po' di oscillazioni al 39,3% nel 2017 per arrivare a oltre il 40% nell'anno in corso.

Di conseguenza è diminuita la componente dei cittadini che hanno solo un'idea vaga di tale opportunità (dal 43,1% del 2009 al 36,1% del 2019).

Ed infine vale la pena di sottolineare che resta sostanzialmente attorno al 20% o poco più la quota di coloro che si dichiarano non informati di tale opportunità di scelta, con qualche oscillazione negli anni intercorsi tra il 2009 (21,4%) e il 2019 (22,9%).

Sempre in termini di conoscenza delle alternative possibili esiste anche quella di poter utilizzare ospedali al di fuori della propria Regione di residenza, fermo restando che le spese sanitarie restano sempre a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Tale conoscenza interessa una quota più contenuta di cittadini rispetto al caso illustrato attraverso i dati della precedente tabella 7. Infatti (tab. 8) è il 34,5% di essi che dichiara nel 2019 di essere perfettamente a conoscenza di questa opportunità, a cui però si affianca un 36,4% di coloro a cui sembra di ricordare tale opzione. Ed esiste infine un 29,1% di cittadini che non risulta essere informato, almeno sino ad oggi, della possibilità di ricorrere a strutture ospedaliere fuori Regione.

Tab. 7 – Conoscenza odierna della disposizione che permette di utilizzare sia ospedali pubblici che ospedali accreditati (val. %)

Risposta	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
- Sì, con chiarezza	41,0	40,1	39,3	37,4	41,1	40,2	39,3	36,8	42,0	39,2	35,5
- Sì, ne ho un'idea vaga	36,1	37,4	44,7	42,8	39,9	36,8	40,6	42,2	36,5	37,9	43,1
- No	22,9	22,5	16,0	19,8	19,0	23,0	20,1	21,0	21,5	22,9	21,4
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.	4.020	4.020	4.020	4.020	4.020	4.020	4.020	4.070	4.070	4.110	4.140

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

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

Risposta	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
- Sì, sono perfettamente a conoscenza di questa opportunità	34,5	34,1	30,8	32,7	36,9	36,7	35,2	32,5	39,0	35,4	31,9
- Sì, mi pare di ricordare che c'è questa possibilità	36,4	35,0	44,7	41,2	38,5	39,1	41,0	44,3	38,8	38,9	41,5
- No, non ne ero a conoscenza sino ad oggi	29,1	30,9	24,5	26,1	24,6	24,2	23,8	23,2	22,2	25,7	26,6
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.	4.020	4.020	4.020	4.020	4.020	4.020	4.020	4.070	4.070	4.110	4.140

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

È il caso anche di osservare come la conoscenza dell'opportunità qui ricordata salga, sia pure lentamente nel tempo, passando dal 31,9% del 2009 al 34,5% del 2019. Mentre si riduce la conoscenza vaga di tale opportunità nello stesso periodo (dal 41,5% al 36,4%). Resta invece più o meno costante attorno al 21%-22% negli anni estremi riportati nella tabella 7 la quota di coloro che dichiarano di non essere informati a tale proposito (anche se il dato oscilla un po' di più negli anni intermedi).

Come emerge dai dati della tabella 8 esiste dunque un'oscillazione interna delle dichiarazioni degli intervistati per quanto riguarda i tre livelli di conoscenza: il che probabilmente risulta legato al ricambio delle generazioni che via via devono acquisire conoscenze e competenze per gestire le proprie esigenze sanitarie, da un lato ma anche al periodico aggiornamento del campione del Telepanel su cui si basa la presente indagine, dall'altro.

Sempre in tema di libertà di scelta vanno anche considerate le risposte ad una specifica domanda che tendeva a verificare il livello di conoscenza delle disposizioni dell'Unione Europea, che permettono dall'ottobre 2013 di potersi ricoverare in altri Paesi rispetto all'Italia sempre con la copertura del Servizio Sanitario italiano che è tenuto a rimborsare tali prestazioni agli altri Servizi Sanitari Nazionali. I risultati sono contenuti nella successiva tabella 9 registra in proposito:

- un evidente aumento dell'informazione, visto che dichiarano di essere al corrente della possibilità appena richiamata il 20,5% dei cittadini intervistati nel 2019 contro il 14,1% del 2013;
- mentre ne hanno sentito solo parlare il 32,2%, sempre nel 2019, contro il 29,1% del 2013;
- ed infine non sono a tutt'oggi ancora al corrente di tale opportunità il 47,3% contro il 56,8% del 2013.

Come si può vedere aumenta decisamente la prima categoria di intervistati, cresce anche la seconda peraltro ad un ritmo più lento, mentre si contrae – come è logico – la quota di cittadini che dichiarano di non essere al corrente della possibilità illustrata.

Naturalmente essere informati perfettamente o averne almeno sentito parlare implica anche di dover prendere atto della necessità di ottenere un'autorizzazione preventiva della propria Asl di riferimento e di anticipare le spese che poi vengono rimborsate, in via successiva, dal Servizio Sanitario Regionale: nei sei anni trascorsi dall'entrata in vigore della Disposizione europea il 53,4% dei cittadini intervistati che dichiarano di essere al corrente di tale Disposizione sono anche consapevoli della necessità di anticipare le spese, con un incremento significativo rispetto al 44,9% del 2013 (tab. 10).

Tab. 9 – 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	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013
- Sì, sono al corrente	20,5	20,6	18,5	19,1	21,8	20,6	14,1
- Sì, ne ho sentito parlare	32,2	31,1	34,2	33,3	32,4	32,5	29,1
- No, non sono al corrente di tale opportunità	47,3	48,3	47,3	47,6	45,8	46,9	56,8
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	4.020	4.020	4.020

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. 10 – Conoscenza della necessità di ottenere un'autorizzazione preventiva della Asl e di anticipare le spese che saranno rimborsate successivamente (val. %)

Risposta	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013
- Sì, sono al corrente	53,4	50,1	49,0	49,0	50,7	49,2	44,9
- No, non sono al corrente	46,6	49,9	51,0	51,0	49,3	50,8	55,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	2.117	2.077	2.118	2.108	2.179	2.136	1.739

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019

La consapevolezza circa le possibili scelte alternative rispetto agli ospedali pubblici in favore degli ospedali accreditati (cioè senza oneri per il paziente) costituisce una caratteristica soprattutto degli intervistati residenti nel Nord e nei centri di maggiori dimensioni del Paese rispetto a quelle delle altre ripartizioni geografiche; ma anche delle femmine rispetto ai maschi, delle persone di età intermedia (tra i 35 e i 54 anni) e soprattutto delle persone con un buon livello di istruzione e un più solido posizionamento di tipo socioeconomico (cfr. *Tabelle A7, A8 e A9/Campione popolazione, capitolo 3 degli Allegati*).

2.2. Una propensione in aumento ad utilizzare le strutture accreditate rispetto a quelle pubbliche

Si è poi chiesto al campione dei cittadini come si comporterebbe rispetto alla scelta della tipologia di strutture ospedaliere qualora dovesse affrontare un ricovero suo personale o dei propri familiari per serie ragioni di salute (tab. 11).

Come si può vedere la scelta di prima istanza, nel 2019, è quella degli ospedali pubblici (69,2% dei casi), seguita dagli ospedali accreditati (27,4%) e quindi dalle cliniche private (3,4%). Tali orientamenti, pur con qualche oscillazione nel corso degli anni, vedono gli ospedali pubblici crescere rispetto al 2009 (quando la propensione in tal senso era del 65,4%), gli ospedali accreditati posizionarsi al 27,4% nel 2019 (rispetto al 29,8% del 2009) e le cliniche private a pagamento limitarsi al 3,4% sempre nel 2019 (contro il 4,8% del 2009).

Ma è anche interessante paragonare la propensione suddetta dei cittadini con quanto di fatto è avvenuto attraverso le dichiarazioni degli utilizzatori effettivi (di cui alla precedente tabella 3). Il confronto per il 2019 è il seguente:

	<i>Struttura presso la quale gli <u>utenti</u> si sono recati l'ultima volta</i>	<i>Struttura presso cui si indirizzerebbero in prima istanza i <u>cittadini</u> in presenza di serie ragioni di salute sia personalmente che per i propri familiari</i>
Ospedali pubblici	69,7%	69,2%
Ospedali accreditati	18,6%	27,4%
Cliniche private a pagamento	10,4%	3,4%

È abbastanza immediato rilevare come continui a trovare piena conferma il comportamento effettivo degli utenti rispetto all'orientamento dei cittadini

per quanto concerne gli ospedali pubblici (69,7% contro 69,2%), ma anche una più elevata propensione di questi ultimi rispetto agli utenti per quanto concerne la scelta potenziale degli ospedali accreditati (27,4% contro 18,6%) ed infine una propensione minore dei cittadini rispetto a quella degli utenti nei confronti delle cliniche private a pagamento (3,4% contro 10,4%).

Nella successiva tabella 11A viene indicata la distribuzione delle risposte medie da parte degli intervistati sia che abbiano utilizzato gli ospedali pubblici, gli ospedali accreditati oppure le cliniche private (il tutto al netto delle mancate risposte). I dati evidenziano una propensione verso il ricovero personale o dei familiari, tenendo conto della vicinanza assoluta o relativa della struttura, da cui emerge:

- una netta prevalenza per le strutture presenti nel proprio Comune di residenza (43,6% nel 2019), con una diminuzione rispetto ad anni immediatamente precedenti (2018, 2017 e 2016) ma anche al più lontano 2013 (quando la propensione era del 44,3%);
- un orientamento in crescita negli ultimi tre anni nei confronti di un possibile ricovero in ospedali extracomunali ma compresi nel territorio provinciale: 38,9% nel 2019 contro il 36,8% e il 37,3%, rispettivamente del 2018 e del 2017 (ma con un orientamento minore rispetto agli anni che vanno dal 2013 al 2016);
- una contrazione delle opzioni per quanto riguarda le strutture fuori Provincia ma nell'ambito della propria Regione: tale orientamento è dell'8,9% nel 2019 contro il 10,7% del 2018 e del 2017 (ma anche del 10,9% del 2015 e del 10,7% del 2014);
- un orientamento stabilmente in crescita, anche se modesto, degli orientamenti in favore di un ricovero fuori dalla Regione ma restando in Italia, pari al 7,4% dei cittadini intervistati nel 2019 contro percentuali più basse in tutti gli anni precedenti;
- ed infine un orientamento sempre in crescita per quanto riguarda le opzioni fuori Italia: 1,2% nel 2019 contro lo 0,1% di tutti gli anni precedenti.

Se si esce dalla media delle opzioni degli intervistati rispetto alle diverse tipologie di ospedali per considerare invece le propensioni con riferimento specificamente alle alternative esistenti tra pubblico, accreditato e cliniche private a pagamento, la distribuzione di risposte è quella contenuta nella tabella 11B, da cui si vede che:

- l'orientamento verso strutture presenti nel proprio Comune o nella propria Provincia è più elevato per chi opziona gli ospedali pubblici rispetto a quelli accreditati e ancora di più le cliniche private a pagamento;

Tab. 11 – Propensione a ricoverarsi in prima istanza, per serie ragioni di salute, presso ospedali pubblici, ospedali accreditati o cliniche private a pagamento (val. %)

Risposta	2019	2018	2017	2014	2013	2012	2011	2010	2009
- Ospedali pubblici	69,2	65,0	71,6	75,5	74,9	67,1	67,6	69,4	65,4
- Ospedali accreditati	27,4	29,6	25,4	19,9	21,0	29,0	28,4	26,9	29,8
- Cliniche private a pagamento	3,4	5,4	3,0	4,6	4,1	3,9	4,0	3,7	4,8
Totale	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	3.002	2.870	4.070	4.070	4.110	4.140

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Tab. 11A – Disponibilità a ricoverarsi, per serie ragioni di salute, anche al di fuori del Comune di residenza (val. %)*

Risposta	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013
- Nel mio Comune	43,6	45,5	45,9	45,4	41,0	43,5	44,3
- Fuori del mio Comune ma nella mia Provincia	38,9	36,8	37,3	39,1	40,4	39,1	39,9
- Fuori della mia Provincia ma in Regione	8,9	10,7	10,7	9,6	10,9	10,7	9,4
- Fuori della Regione ma in Italia	7,4	6,3	5,7	5,4	6,8	6,2	6,0
- Fuori Italia	1,2	0,7	0,4	0,5	0,9	0,5	0,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	3.393	3.394	3.439	3.495	3.606	2.757	2.638

(*) Al netto delle mancate risposte che, per l'anno 2019, sono il 9,9% per una disponibilità di ricoverarsi in ospedali pubblici, il 26,7% negli ospedali accreditati e il 42,1% nelle cliniche private a pagamento.

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Tab. 11B – Disponibilità a ricoverarsi per serie ragioni di salute anche al di fuori del Comune di residenza, a seconda della tipologia di ospedale prescelto negli anni considerati (val. %)*

Risposta	2019	2018	2017	2016	2015
- Nel mio Comune	44,7	51,3	49,9	47,1	43,8
- Fuori del mio Comune ma nella mia Provincia	40,7	38,9	37,9	41,7	43,6
- Fuori della mia Provincia ma in Regione	8,4	6,3	8,8	7,2	7,8
- Fuori della Regione ma in Italia	6,0	3,1	3,4	3,6	4,4
- Fuori Italia	0,1	0,4	0,0	0,4	0,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	2.507	2.331	2.545	2.566	2.503
- Nel mio Comune	41,6	32,1	34,0	41,3	35,4
- Fuori del mio Comune ma nella mia Provincia	33,7	34,3	37,8	33,1	36,6
- Fuori della mia Provincia ma in Regione	13,2	19,9	16,3	14,7	15,5
- Fuori della Regione ma in Italia	9,7	12,6	10,6	10,3	11,7
- Fuori Italia	1,8	1,1	1,3	0,6	0,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	808	941	798	843	959
- Nel mio Comune	24,3	39,1	39,6	34,9	30,8
- Fuori del mio Comune ma nella mia Provincia	35,9	16,5	16,4	20,1	11,6
- Fuori della mia Provincia ma in Regione	10,3	23,5	15,8	30,3	34,7
- Fuori della Regione ma in Italia	28,2	18,6	23,8	10,9	14,2
- Fuori Italia	1,3	2,3	4,4	3,8	8,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	78	123	96	86	145

(* Al netto delle mancate risposte che nel 2019 sono il 9,9% per l'ospedale pubblico, il 26,7% per l'ospedale accreditato e il 42,1% per la clinica privata a pagamento. Fonte: indagini Ermenèia – Studi & Strategie di Sistema, 2019)

Risposta	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
- Cambierei il tipo di struttura ospedaliera	40,4	42,1	41,0	40,7	38,4	35,6	36,8	50,8	51,1	51,2	50,5
- Cercherei fuori del mio Comune questa struttura ospedaliera	59,6	57,9	59,0	59,3	61,6	64,4	63,2	49,2	48,9	48,8	49,5
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	4.020	4.020	4.020	4.070	4.070	4.110	4.140

Fonte: indagini Ermenèia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

- viceversa è decisamente più elevata la propensione a ricoverarsi fuori Provincia ma in Regione, fuori Regione ma in Italia o addirittura fuori Italia da parte dei cittadini che sceglierebbero gli ospedali accreditati o le cliniche private a pagamento;
- ed infine anche per i cittadini che sono indirizzati verso un ospedale pubblico aumenta, nel corso degli anni, la propensione verso la mobilità sanitaria fuori dalla Provincia ma in Regione o addirittura fuori Regione.

Qualora poi l'intervistato dovesse affrontare, per serie ragioni di salute, un ricovero personale o dei familiari in un ospedale non disponibile nel proprio Comune la scelta tra cambiare il tipo di struttura ospedaliera a cui ricorrere o cercare fuori dal Comune la struttura desiderata vede rovesciarsi nel corso del tempo le opzioni possibili. Infatti (tab. 12):

- nel 2019 il 40,4% dei cittadini cambierebbe il tipo di struttura ospedaliera pur di rimanere nel proprio Comune: tale propensione era però del 50,5% dieci anni prima;
- mentre il 59,6% dei cittadini che cercherebbe al di fuori del proprio Comune la struttura ritenuta più opportuna è cresciuto decisamente rispetto al 49,5% del 2009.

In ogni caso si può cogliere dai dati sia della tabella 12 che della tabella 11B la spinta ad allargare il proprio bacino delle strutture ospedaliere di riferimento, uscendo dai confini ristretti della propria realtà comunale specifica.

Quanto alla diversità di risposte da parte dei sottocampioni dei cittadini rispetto alla propensione a ricoverarsi, per serie ragioni di salute, in una o l'altra tipologia di struttura si può registrare come³:

- coloro che sceglierebbero un ospedale pubblico, che corrispondono al 69,2% del campione totale, diventano il 75,5% nel Nord-Est e l'80,0% nel Centro, mentre si abbassano al 60,3% nel Mezzogiorno;
- coloro invece che si orienterebbero verso un ospedale accreditato, che corrispondono al 27,4% del totale, diventano il 36,1% per i residenti nel Mezzogiorno;
- coloro che preferirebbero una clinica privata a pagamento, che corrispondono al 3,4% del totale dei cittadini, salgono al 5,4% nel Centro Italia;
- la spinta verso una mobilità sanitaria extraregionale infine, appare nettamente preponderante per gli intervistati del Mezzogiorno, arrivando al 9,0% per coloro che sceglierebbero gli ospedali pubblici, al 9,8% nel caso della scelta degli ospedali accreditati e addirittura al 12,1% per chi prefe-

³ I dati sono stati calcolati a partire dalla *Tabella A11/Campione popolazione, capitolo 3 degli Allegati*.

rirebbe le cliniche private a pagamento (cfr. *Tabella A11/Campione popolazione, capitolo 3 degli Allegati*).

2.3. Una valutazione stabilmente migliore degli ospedali accreditati rispetto agli ospedali pubblici

È stato poi affrontato il tema del giudizio sintetico sugli ospedali italiani, divisi tra le tre tipologie consuete (ospedali pubblici, ospedali accreditati e cliniche private a pagamento). I risultati sono contenuti nella tabella 13 la quale espone sia la totalità delle risposte sia, nella seconda colonna di ogni anno, i giudizi al netto di coloro che non sanno esprimere una valutazione. Utilizzando questa seconda tipologia di giudizi si può vedere che:

- a) quelli “molto + abbastanza positivi” che vengono espressi nel 2019 per gli ospedali pubblici raggiungono il 66,4% dei cittadini, mentre sono decisamente più elevati (81,3%) quelli per gli ospedali accreditati e comunque restano sempre più consistenti (75,3%) quelli riservati alle cliniche private a pagamento: è chiaro dunque che la seconda categoria di strutture aggrega le valutazioni migliori rispetto alle altre due menzionate;
- b) esistono alcune oscillazioni dei dati nel corso dei vari anni riportati nella tabella 13 anche se bisogna osservare come:
 - per gli ospedali pubblici i giudizi positivi tendano a diminuire (dal 68,6% del 2007 al 66,4% del 2019);
 - per gli ospedali accreditati tali valutazioni mostrino un livello più elevato e una tenuta maggiore malgrado le oscillazioni, visto che vanno dall’82,3% del 2007 all’81,3% del 2019 (e con delle oscillazioni intermedie mediamente più limitate);
 - ed infine per le cliniche private a pagamento i giudizi crescano lievemente, passando dal 70,4% del 2007 al 75,3% del 2019, a loro volta con alcune oscillazioni intermedie;
- c) in ogni caso gli ospedali accreditati riscuotono un giudizio più positivo rispetto alle altre due categorie di strutture lungo tutti gli anni esposti nella tabella 13, indipendentemente dalle oscillazioni registrate nel corso del tempo.

Si possono poi porre a confronto le valutazioni fornite dai cittadini con quelle espresse dagli intervistati che hanno effettivamente avuto 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 ¹					
	2011	2013	2015	2017	2018	2019	2011	2013	2015	2017	2018	2019
- Ospedali pubblici	68,5	65,3	65,0	68,2	60,5	66,4	87,8	84,7	82,6	85,9	77,7	76,5
- Ospedali accreditati	82,4	77,5	77,1	82,3	79,3	81,3	95,3	91,3	88,7	96,2	93,0	90,8
- Cliniche private a pagamento	72,5	68,1	70,8	78,5	75,0	75,3	96,6	82,3	90,5	92,1	86,1	73,9

(1) Si tenga presente che in tal caso chi non ha espresso alcun giudizio è di solito meno dell'1% degli intervistati.

Ciò che appare è che:

- da un lato, i giudizi positivi espressi dagli utenti effettivi negli ultimi dodici mesi sono sempre più elevati per ciascuno degli anni indicati rispetto a quelli espressi dai cittadini italiani: e questo vale per le prime due tipologie di ospedale, con differenze rilevanti tra di essi, mentre sono più prossimi i giudizi degli utenti e dei cittadini italiani nel caso delle cliniche private a pagamento;
- e dall'altro, non si può che registrare come gli ospedali accreditati raccolgano giudizi comunque più positivi sia da parte dei cittadini sia da parte degli utenti qualora si pongano a confronto le valutazioni attribuite agli ospedali pubblici e alle cliniche private a pagamento.

Le eventuali differenze di giudizio da parte delle diverse sottocomponenti del campione cittadini sottolineano come (cfr. *Tabella A13/Campione popolazione, capitolo 3 degli Allegati*):

- i giudizi positivi nel loro complesso (“molto + abbastanza”) vengano espressi dagli intervistati del Nord-Ovest e del Nord-Est oltre che da coloro che risiedono nei centri intermedi e/o di grande dimensione, ma anche dai soggetti con elevato livello di istruzione e altrettanto elevata collocazione socioeconomica;
- i giudizi negativi complessivi (“un po’ + del tutto negativi”) vengano invece dichiarati dagli intervistati del Mezzogiorno rispetto al resto del Paese ma anche dai soggetti con medio e/o elevato livello di istruzione (salvo nel caso degli ospedali pubblici verso i quali i giudizi negativi risultano decisamente più critici da parte degli intervistati con basso e/o medio-basso livello socioeconomico).

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

Risposte	2019			2018			2017			2015		
	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"		
Ospedali pubblici												
- Molto positivo	11,4	13,2	7,3	8,3	8,9	9,9	11,1	11,9	65,0	53,1	53,0	
- Abbastanza positivo	45,8	53,2	45,8	52,2	52,4	58,3	49,3	68,2	35,0	26,3	26,3	
- Un po' negativo	21,2	24,6	28,9	32,9	23,4	26,0	24,4	31,8	8,1	8,7	8,7	
- Del tutto negativo	7,7	8,9	5,8	6,6	5,2	5,8	8,1	7,1	-	-	-	
- Non saprebbe dare un giudizio	13,9	-	12,2	-	10,1	-	7,1	-	-	-	-	
Totale	100,0	100,0	100	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
v.a.	4.020	3461	4.020	3.530	4.020	3.614	4.020	3.735	4.020	3.735	4.020	
Ospedali accreditati												
- Molto positivo	10,5	14,2	6,4	8,6	8,3	11,0	9,3	11,6	77,1	65,5	65,5	
- Abbastanza positivo	49,8	67,1	52,8	70,7	53,7	71,3	52,5	82,3	22,9	18,0	18,0	
- Un po' negativo	11,4	15,4	13,8	18,5	10,9	14,5	14,4	17,7	4,9	4,9	4,9	
- Del tutto negativo	2,5	3,4	1,7	2,2	2,4	3,2	3,9	3,9	-	-	-	
- Non saprebbe dare un giudizio	25,8	-	25,3	-	24,7	-	19,9	-	-	-	-	
Totale	100,0	100,0	100	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
v.a.	4.020	3461	4.020	3.003	4.020	3.027	4.020	3.220	4.020	3.220	4.020	
Cliniche private a pagamento												
- Molto positivo	13,1	21,7	10,9	18,4	11,9	19,2	12,7	18,5	70,8	52,3	52,3	
- Abbastanza positivo	32,4	53,6	33,5	56,6	36,8	59,3	35,9	78,5	29,2	18,9	18,9	
- Un po' negativo	11,4	18,9	12	20,3	10,4	16,7	13,0	21,5	10,3	10,3	10,3	
- Del tutto negativo	3,5	5,8	2,7	4,6	3,0	4,8	7,1	3,3	-	-	-	
- Non saprebbe dare un giudizio	39,6	-	40,9	-	37,9	-	31,3	-	-	-	-	
Totale	100,0	100,0	100	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
v.a.	4.020	2428	4.020	2.376	4.020	2.496	4.020	2.762	4.020	2.762	4.020	

./.

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

Risposte	2010			2009			2007		
	Totale	Depurato dai "Non so"	Totale	Depurato dai "Non so"	Totale	Depurato dai "Non so"	Totale	Depurato dai "Non so"	
<i>Ospedali pubblici</i>									
- Molto positivo	10,4	11,5	12,2	13,1	9,6	10,6	12,1	13,3	68,6
- Abbastanza positivo	48,8	53,8	51,5	55,4	48,9	53,9	50,3	55,3	31,4
- Un po' negativo	25,7	28,3	24,5	26,3	26,8	29,6	24,3	26,6	4,8
- Del tutto negativo	5,8	6,4	4,8	5,2	5,4	6,0	4,4	4,8	8,0
- Non saprebbe dare un giudizio	9,3	-	7,0	-	9,3	-	8,0	-	100,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	3.789
v.a.	4.020	3.646	4.070	3.785	4.140	3.755	4.160	3.789	
<i>Ospedali accreditati</i>									
- Molto positivo	7,9	10,1	11,0	13,8	9,2	12,2	9,0	11,6	82,3
- Abbastanza positivo	52,6	67,4	54,8	68,6	51,2	68,0	54,6	70,7	17,7
- Un po' negativo	14,8	19,0	12,0	15,0	13,2	17,5	12,2	15,7	2,0
- Del tutto negativo	2,7	3,5	2,1	2,6	1,7	2,3	1,5	2,0	22,7
- Non saprebbe dare un giudizio	22,0	-	20,1	-	24,7	-	22,7	-	100,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	3.214
v.a.	4.020	3.136	4.070	3.252	4.140	3.117	4.160	3.214	
<i>Cliniche private a pagamento</i>									
- Molto positivo	10,9	17,7	13,2	21,6	12,9	21,2	11,6	18,6	70,4
- Abbastanza positivo	31,0	50,4	31,1	50,9	30,3	49,4	32,4	51,8	29,6
- Un po' negativo	13,1	21,3	10,7	17,5	13,2	21,8	13,1	21,0	8,6
- Del tutto negativo	6,5	10,6	6,1	10,0	4,4	7,3	5,4	8,6	37,5
- Non saprebbe dare un giudizio	38,5	-	38,9	-	39,2	-	37,5	-	100,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	2.599
v.a.	4.020	2.472	4.070	2.487	4.140	2.517	4.160	2.599	

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019

2.4. Una percezione positiva sempre più pronunciata dell'intreccio tra componente pubblica e componente accreditata

Come di consueto sono state anche registrate le valutazioni dei cittadini sul sistema misto pubblico-accreditato così come è stato varato a seguito dell'introduzione del Servizio Sanitario Nazionale di tipo universalistico e solidale e come quest'ultimo è andato consolidandosi attraverso gli anni.

Il giudizio su tale sistema resta largamente positivo ed elevato per tutti gli anni analizzati, visto che gli intervistati esprimono degli orientamenti in tal senso che superano spesso l'80% di accordo o comunque vi si avvicinano. Nella tabella 14 infatti si vede che nel 2019 (cfr. primi tre item):

- a) più dell'80% degli intervistati riconosce come ormai gli ospedali accreditati facciano parte del sistema ospedaliero complessivo, poiché quando ci si deve ricoverare non si guarda se l'ospedale è pubblico o accreditato ma si considerano altri fattori come la presenza della specializzazione che serve, la qualità delle prestazioni e la vicinanza dell'abitazione (87,4%, ma era dell'88,3% nel 2009);
- b) l'87,9% dei cittadini afferma che il Servizio Sanitario Nazionale dovrebbe utilizzare al meglio tutte le strutture ospedaliere presenti sul territorio siano esse pubbliche o accreditate per permettere alle persone di poter scegliere nella maniera migliore, a seconda delle loro necessità, possibilità ed opinioni (era l'84,0% nel 2009);
- c) e ancora l'80,8% degli intervistati ritiene che si conosce in genere ancora poco circa le diverse opportunità di ricovero che offre il sistema nel suo insieme e a tale proposito la Regione e le Asl dovrebbero investire in opportune campagne di informazione a favore del cittadino per favorire la sua effettiva libera scelta (era l'84,3% nel 2009);
- d) tali giudizi tendono a stabilizzarsi o addirittura a crescere nel corso degli anni riportati nella tabella 14.

Se poi si passa al secondo gruppo di item contenuti nella suddetta tabella, destinati a valutare l'adeguatezza della presenza di ospedali pubblici e accreditati, rispettivamente nel proprio Comune, nella propria Provincia e nella propria Regione, i risultati cambiano di intensità. Sempre tenendo conto dell'indagine 2019 (al netto di chi non sa esprimere un giudizio):

- il 55,8% dei cittadini dichiara che nell'ambito del territorio comunale di residenza esiste effettivamente una scelta adeguata di strutture pubbliche e di strutture accreditate (era del 58,3% nel 2009);
- tale percentuale sale al 70,7% se ci si riferisce al territorio della propria Provincia di residenza dove si ha una più ampia scelta di ospedali pubblici e accreditati (tale percentuale era del 76,8% nel 2009);

Tab. 14 – Giudizio sulla graduale crescita e sul consolidamento di un sistema ospedaliero misto tra strutture pubbliche e strutture accreditate (val. %)

Risposte	2019		2018		2017		2015		2013					
	Totale	Deputato dai "Non so"	Totale	Deputato dai "Non so"	Totale	Deputato dai "Non so"	Totale	Deputato dai "Non so"	Totale	Deputato dai "Non so"				
<i>Ormai le strutture accreditate fanno parte del sistema ospedaliero complessivo, presente sul territorio: quando ci si deve recuperare non si guarda se la struttura è pubblica o accreditata, ma si considerano altri fattori (la presenza della specializzazione che serve, la qualità delle prestazioni, la vicinanza, ecc.)</i>														
- Molto d'accordo	25,3	31,2	87,5	23,4	28,7	85,9	21,0	25,2	85,9	22,5	25,4	21,7	25,1	82,4
- Abbastanza d'accordo	45,7	56,3	8,1	10,0	9,2	11,3	10,4	12,4	13,4	15,1	13,2	15,2	15,2	
- Poco d'accordo	2,1	2,6	2,3	2,8	1,4	1,7	1,4	1,7	2,2	2,5	2,1	2,4		
- Per niente d'accordo	18,8	-	18,4	-	16,6	-	11,3	-	13,4	-	13,4	-		
- Non saprebbe dare un giudizio	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	3.264	4.020	3.280	4.020	3.353	4.020	3.566	4.020	3.481	4.020	3.481		
v.a.														
<i>Lo Stato dovrebbe, attraverso il Servizio Sanitario Nazionale utilizzare al meglio tutte le strutture ospedaliere sul territorio (pubbliche e accreditate), per permettere al cittadino di poter scegliere nella maniera migliore, a seconda delle sue necessità, possibilità ed opinioni</i>														
- Molto d'accordo	37,4	45,0	34,1	40,9	33,5	39,1	38,6	42,5	37,2	42,5	37,2	42,5	88,1	
- Abbastanza d'accordo	35,7	42,9	87,9	38,0	45,6	86,5	40,7	47,5	86,6	41,5	45,7	88,2	45,6	
- Poco d'accordo	6,5	7,8	9,3	11,2	9,3	10,9	8,9	9,7	9,0	10,3	9,0	10,3		
- Per niente d'accordo	3,6	4,3	1,9	2,3	2,1	2,5	1,9	2,1	1,4	1,6	1,4	1,6		
- Non saprebbe dare un giudizio	16,8	-	16,7	-	14,4	-	9,1	-	12,5	-	12,5	-		
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	
v.a.	4.020	3.345	4.020	3.349	4.020	3.441	4.020	3.654	4.020	3.518	4.020	3.518		
<i>In fondo si conosce poco delle diverse opportunità di ricovero che offre il sistema 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	24,3	29,5	80,8	21,1	25,4	77,8	17,3	20,6	24,0	26,7	26,7	17,5	20,3	77,1
- Abbastanza d'accordo	42,3	51,3	13,9	16,7	15,1	17,9	48,1	57,1	77,7	47,6	53,0	79,7	49,2	56,8
- Poco d'accordo	12,5	15,2	3,3	4,0	4,6	5,5	3,7	4,4	3,3	3,7	3,3	3,7	16,4	18,9
- Per niente d'accordo	17,6	-	16,8	-	15,8	-	10,2	-	13,4	-	13,4	-	13,4	-
- Non saprebbe dare un giudizio	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	3.312	4.020	3.345	4.020	3.385	4.020	3.610	4.020	3.481	4.020	3.481		
v.a.														

(Segue) Tab. 14 – Giudizio sulla graduale crescita e sul consolidamento di un sistema ospedaliero misto tra strutture pubbliche e strutture accreditate (val. %)

Risposte	2011		2009		2007	
	Totale	Depurato dai "Non so"	Totale	Depurato dai "Non so"	Totale	Depurato dai "Non so"
<i>Ormai le strutture accreditate (in cui il cittadino non paga, come nel pubblico) fanno parte del sistema ospedaliero complessivo, presente sul territorio: quando ci si deve ricoverare non si guarda se la struttura è pubblica o accreditata, ma si considerano altri fattori (la presenza della specializzazione che serve, la qualità delle prestazioni, la vicinanza, ecc.)</i>						
- Molto d'accordo	27,2	31,8 } 88,6	21,5	26,9 } 88,3	27,7	32,2 } 88,8
- Abbastanza d'accordo	48,6	56,8 } 88,6	49,2	61,4 } 99,9	48,9	56,6 } 95,5
- Poco d'accordo	7,5	8,8	7,9	9,9	8,1	9,5
- Per niente d'accordo	2,2	2,6	1,4	1,8	1,5	1,7
- Non saprebbe dare un giudizio	14,5	-	20,0	-	13,8	-
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.070	3.480	4.140	3.312	4.160	3.585
<i>Lo Stato dovrebbe, attraverso il Servizio Sanitario Nazionale utilizzare al meglio tutte le strutture ospedaliere sul territorio (pubbliche e accreditate), per permettere al cittadino di poter scegliere nella maniera migliore, a seconda delle sue necessità, possibilità ed opinioni</i>						
- Molto d'accordo	36,8	42,3 } 90,1	24,4	30,2 } 84,0	40,6	46,4 } 91,8
- Abbastanza d'accordo	41,6	47,8 } 90,1	43,4	53,8 } 90,1	39,8	45,4 } 91,8
- Poco d'accordo	6,9	7,9	9,6	11,9	5,8	6,7
- Per niente d'accordo	1,8	2,1	3,3	4,1	1,3	1,5
- Non saprebbe dare un giudizio	12,9	-	19,3	-	12,5	-
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.070	3.545	4.140	3.341	4.160	3.639
<i>In fondo si conosce poco delle diverse opportunità di ricovero che offre il sistema accreditato (dove il cittadino non paga, come nel pubblico): 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	20,7	24,2 } 80,3	19,6	24,0 } 84,3	27,0	31,1 } 86,6
- Abbastanza d'accordo	47,9	56,1 } 80,3	49,2	60,3 } 84,3	48,3	55,5 } 86,6
- Poco d'accordo	13,1	15,3	10,9	13,4	9,4	10,8
- Per niente d'accordo	3,7	4,3	1,9	2,3	2,2	2,6
- Non saprebbe dare un giudizio	14,6	-	18,4	-	13,1	-
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.070	3.476	4.140	3.378	4.160	3.614

/.

(Segue) Tab. 14 – Giudizio sulla graduale crescita e sul consolidamento di un sistema ospedaliero misto tra strutture pubbliche e strutture accreditate (val. %)

Risposte	2019		2018		2017		2015		2013	
	Totale	Deputato dai "Non so"	Totale	Deputato dai "Non so"	Totale	Deputato dai "Non so"	Totale	Deputato dai "Non so"	Totale	Deputato dai "Non so"
<i>Sul territorio del mio Comune di residenza esiste un'ampia scelta di strutture (pubbliche e accreditate) e quindi si può scegliere quello che meglio serve, volta per volta</i>										
- Molto d'accordo	13,6	17,0 } 55,8	13,4	16,6 } 35,5	10,0	12,0 } 49,7	14,4	15,9 } 50,9	13,1	14,9 } 46,5
- Abbastanza d'accordo	31,0	38,8 } 55,8	31,5	38,9 } 55,8	31,5	37,7 } 49,7	31,6	35,0 } 50,9	27,6	31,6 } 46,5
- Poco d'accordo	19,2	24,1 } 43,3	18,9	23,4 } 42,3	23,7	28,3 } 52,0	22,2	24,6 } 46,8	20,8	23,7 } 44,5
- Per niente d'accordo	16,0	20,1 } 36,1	17,1	21,1 } 38,2	18,4	22,0 } 40,4	22,2	24,6 } 46,8	26,2	29,8 } 56,0
- Non saprebbe dare un giudizio	20,2	-	19,1	-	16,4	-	9,6	-	12,3	-
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	3.208	4.020	3.252	4.020	3.361	4.020	3.634	4.020	3.526
<i>Sul territorio della mia Provincia di residenza esiste un'ampia scelta di strutture (pubbliche e accreditate) e quindi si può scegliere quello che meglio serve, volta per volta</i>										
- Molto d'accordo	18,2	22,5 } 70,7	15,7	19,4 } 69,8	14,0	16,7 } 65,3	19,5	21,5 } 67,5	18,2	20,5 } 68,5
- Abbastanza d'accordo	39,0	48,2 } 76,9	40,8	50,4 } 79,2	40,7	48,6 } 69,3	41,6	46,0 } 67,6	42,6	48,0 } 68,6
- Poco d'accordo	15,0	18,5 } 33,5	16,0	19,8 } 35,8	20,7	24,7 } 45,4	21,1	23,3 } 44,4	21,5	24,2 } 45,7
- Per niente d'accordo	8,7	10,8 } 19,5	8,4	10,4 } 18,8	8,4	10,0 } 18,4	8,3	9,2 } 17,5	6,5	7,3 } 13,8
- Non saprebbe dare un giudizio	19,1	-	19,1	-	16,2	-	9,5	-	11,2	-
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	3.252	4.020	3.252	4.020	3.369	4.020	3.638	4.020	3.570
<i>Sul territorio della mia Regione di residenza esiste un'ampia scelta di strutture (pubbliche e accreditate) e quindi si può scegliere quello che meglio serve, volta per volta</i>										
- Molto d'accordo	21,5	27,2 } 75,9	19,6	24,4 } 74,7	16,7	20,1 } 73,6	23,7	26,4 } 78,1	25,5	29,2 } 81,1
- Abbastanza d'accordo	38,5	48,7 } 80,6	40,5	50,3 } 80,8	44,7	53,5 } 81,2	46,5	51,7 } 81,2	45,4	51,9 } 81,1
- Poco d'accordo	12,7	16,1 } 28,8	13,8	17,1 } 30,8	16,8	20,1 } 36,9	14,2	15,8 } 30,6	13,2	15,1 } 30,3
- Per niente d'accordo	6,3	8,0 } 14,3	6,6	8,2 } 14,8	5,3	6,3 } 11,6	5,5	6,1 } 11,6	3,3	3,8 } 7,1
- Non saprebbe dare un giudizio	21,0	-	19,5	-	16,5	-	10,1	-	12,6	-
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	3.176	4.020	3.236	4.020	3.357	4.020	3.614	4.020	3.513

/.

(Segue) Tab. 14 – Giudizio sulla graduale crescita e sul consolidamento di un sistema ospedaliero misto tra strutture pubbliche e strutture accreditate (val. %)

Risposte	2011		2009		2007	
	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 strutture (pubbliche e accreditate) e quindi si può scegliere quello che meglio serve, volta per volta</i>						
- Molto d'accordo	13,6	16,0	14,7	18,1	13,3	15,7
- Abbastanza d'accordo	30,6	35,9	32,6	40,2	31,2	37,0
- Poco d'accordo	19,5	22,9	16,2	20,0	18,9	22,3
- Per niente d'accordo	21,5	25,2	17,7	21,7	21,1	25,0
- Non saprebbe dare un giudizio	14,8	-	18,8	-	15,5	-
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.070	3.468	4.140	3.362	4.160	3.515
<i>Sul territorio della mia Provincia di residenza esiste un'ampia scelta di strutture (pubbliche e accreditate) e quindi si può scegliere quello che meglio serve, volta per volta</i>						
- Molto d'accordo	17,4	20,4	18,9	23,3	17,5	20,5
- Abbastanza d'accordo	44,1	51,8	43,4	53,5	43,7	51,2
- Poco d'accordo	16,4	19,3	13,2	16,3	17,4	20,5
- Per niente d'accordo	7,2	8,5	5,6	6,9	6,6	7,8
- Non saprebbe dare un giudizio	14,9	-	18,9	-	14,8	-
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.070	3.464	4.140	3.358	4.160	3.542
<i>Sul territorio della mia Regione di residenza esiste un'ampia scelta di strutture (pubbliche e accreditate) e quindi si può scegliere quello che meglio serve, volta per volta</i>						
- Molto d'accordo	25,5	30,4	32,5	38,4	23,6	28,2
- Abbastanza d'accordo	42,9	51,2	44,4	52,5	46,0	55,1
- Poco d'accordo	11,7	14,0	6,6	7,8	10,9	13,0
- Per niente d'accordo	3,7	4,4	1,1	1,3	3,1	3,7
- Non saprebbe dare un giudizio	16,2	-	15,4	-	16,4	-
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.070	3.411	4.140	3.502	4.160	3.477

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

- ed infine se si allarga la dimensione territoriale di riferimento alla Regione di appartenenza, le percentuali non possono che crescere ulteriormente, anche se non di molto, visto che gli intervistati non possono che registrare una più ampia scelta di ospedali pubblici e accreditati che permettono l’esercizio di opzioni maggiormente articolate nel 75,9% dei casi (era del 90,9% nel 2009).

Si può anche osservare che l’eventuale contrazione positiva dei giudizi nel corso del tempo, sia per quanto riguarda i primi tre item che per gli ultimi tre della tabella 14, risente di una duplice tendenza: quella del naturale ricambio delle generazioni che devono cominciare a conoscere e a praticare gli accessi presso gli ospedali e quindi farsi un’opinione più precisa in proposito come pure (nel caso particolare dei secondi tre item) la presenza di aspettative continuamente in crescita nei confronti del sistema ospedaliero qualora si tratti di mettere in gioco la cura di se stessi e dei propri familiari (unitamente alla chiusura e/o accorpamenti di ospedali puntualmente intervenuti nel corso degli anni).

Le valutazioni più positive, espresse dai sottocampioni, fanno capo essenzialmente agli intervistati del Nord del Paese, a quelli che abitano nei centri di maggiori dimensioni, alle donne rispetto agli uomini, alle persone di età intermedia (35-54 anni) e soprattutto a coloro che dispongono di un livello di istruzione elevato e di un posizionamento sociale di tipo alto e/o medio-alto (cfr. *Tabella A14/Campione popolazione, capitolo 3 degli Allegati*).

I giudizi più positivi vengono anche sostenuti in maniera più decisa dagli intervistati che hanno sperimentato ospedali per malattie/interventi di tipo leggero piuttosto che di tipo grave-serio, ma soprattutto da coloro che hanno utilizzato gli ospedali accreditati rispetto alle altre due tipologie, da coloro che valutano con soddisfazione l’esperienza ospedaliera avuta e ancora dalle persone che – ovviamente – si ritengono informate con chiarezza delle alternative possibili di ricovero tra pubblico e accreditato e tra le strutture regionali ed extraregionali come pure tra gli ospedali nazionali e quelli europei (cfr. *Tabella B14/Campione popolazione, capitolo 3 degli Allegati*).

Infine va tenuto conto anche dei risultati della successiva tabella 15. Essa riguarda gli eventuali suggerimenti degli intervistati in vista di un ulteriore miglioramento della possibilità di scelta dei cittadini tra ospedali pubblici e ospedali accreditati.

La domanda poneva l’alternativa sulla possibilità di scegliere “in cambio” tuttavia di qualche onere aggiuntivo da parte dei cittadini: assumendo in tal caso un’ipotesi del tutto teorica rispetto alla situazione odierna. L’obiettivo era quello di misurare la propensione ad avere a disposizione effettive mag-

giori opportunità di scelta pur sostenendo delle contropartite conseguenti. I risultati contenuti nella tabella suddetta evidenziano che:

- a) nel corso degli anni cresce, pur con qualche oscillazione, l'opzione illustrata dal primo item della tabella 15, secondo il quale poter avere a disposizione sul proprio territorio più tipologie di ospedali, con una parità sostanziale di presenza di specialità, potrebbe giustificare il pagamento di maggiori imposte: a tale proposito il livello di consenso è passato dal 24,2% del 2009 al 32,7% del 2019 (ma era del 16,7% nel 2007). E questo malgrado la severa esperienza che hanno causato i passati anni di crisi;
- b) aumenta persino, anche se con un'accelerazione più moderata, il livello di consenso in favore del secondo item che risulta abbastanza simile al precedente, in quanto evoca comunque uno "scambio" pur se un po' diverso; infatti quest'ultimo non sarebbe più basato sul pagamento di maggiori imposte, bensì su una più elevata spesa richiesta direttamente al cittadino, allo scopo sempre di avere maggiori possibilità di scelta: in tal caso l'accordo è stato espresso dal 21,2% dei cittadini nel 2019 contro il 18,3% del 2009 (ma era del 15,5% nel 2007);
- c) di conseguenza si contrae il livello di consenso per l'ultimo item che esplicita un'ipotesi meno costosa per gli intervistati, privilegiando il fatto di poter disporre di servizi ospedalieri pubblici o accreditati tra loro ben integrati all'interno di un sistema ospedaliero misto al servizio dei cittadini. In tal caso il livello di consenso scende al 46,1% del 2019 rispetto al 57,5% del 2009 (e del 67,8% del 2007).

Si ribadisce che le opzioni sottoposte a valutazione sono del tutto teoriche. Eppure è possibile verificare come il consenso sui primi due item diventi via via più rilevante nel corso del tempo. Ciò risulta tanto più significativo se si tiene presente per l'appunto il passaggio attraverso anni difficili dal punto di vista economico: il che ha posto alle famiglie italiane non pochi problemi per quanto riguarda l'accesso alle cure sanitarie e ospedaliere, sottoposte alla *spending review* ma non ad una corrispondente e adeguata riorganizzazione dei servizi per gli utenti. Ciò nonostante è emerso dalle risposte alla domanda qui esaminata l'importanza di "poter scegliere" in ogni caso il meglio che esiste sul territorio locale come pure regionale ed extraregionale.

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

Risposte	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
- Sarebbe importante che il cittadino avesse a disposizione sul suo territorio l'opportunità di scegliere tra ospedale pubblico e ospedale accreditato, 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	32,7	28,9	30,8	25,5	24,8	23,5	21,6	24,1	23,7	23,6	24,2
- Sarebbe importante che il cittadino avesse a disposizione sul suo territorio l'opportunità di scegliere tra ospedale pubblico e ospedale accreditato, con una parità sostanziale di presenza di specialità sia nell'uno che nell'altro, in cambio di una più elevata spesa diretta del cittadino in entrambe le strutture	21,2	21,3	18,2	17,8	19,1	14,7	15,3	17,7	15,4	16,9	18,3
- Non è tanto importante avere un'opportunità di scelta esaustiva tra pubblico e accreditato su ogni territorio, quanto piuttosto è importante avere a disposizione dei servizi ospedalieri di qualità siano essi pubblici o accreditati e che facciano parte di un sistema ospedaliero integrato al servizio dei cittadini	46,1	49,8	51,0	56,7	56,1	61,8	63,1	58,2	60,9	59,5	57,5
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	4.020	4.020	4.020	4.070	4.070	4.110	4.140

Fonte: indagine Ermenèa – Studi & Strategie di Sistema, 2019

3. Il set annuale degli indici sul sistema ospedaliero misto

Come ormai da molti anni tre sono gli indici calcolati appositamente che trovano posto nelle tre tabelle che seguono (16, 17 e 18). Tali tabelle danno un'idea sintetica della composizione dei tre indici e di conseguenza, nella parte conclusiva, dell'andamento del sistema ospedaliero italiano attraverso un'integrazione di dati oggettivi e di dati soggettivi (presentati nelle tabelle e quindi analizzati nella Parte seconda del presente Rapporto), a seguito dell'indagine congiunturale annuale effettuata su un campione nazionale rappresentativo di individui da 18 anni in poi.

Più precisamente si tratta:

- di un primo indice concernente l'andamento del rapporto che intercorre tra strutture e servizi, grazie ai dati relativi al funzionamento del sistema ospedaliero misto tra ospedali pubblici e ospedali accreditati (tab. 16);
- di un secondo indice, dedicato al livello di soddisfazione espresso dai cittadini e dagli utenti effettivi negli ultimi dodici mesi, con riferimento ai servizi ospedalieri pubblici e accreditati (tab. 17);
- ed infine di un indice 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 accreditate, dall'altro (tab. 18).

3.1. L'indice di crescita strutturale

Il primo dei tre indici (e cioè l'*Aiop Index/I*) è contenuto nella tabella 16. Esso è stato costruito sulla base della somma semplice di 5 componenti di tipo quantitativo e di una componente (l'ultima) di tipo qualitativo che però è stata "rafforzata" rispetto alle altre, moltiplicando per 100 il rapporto tra il

Peso medio delle prestazioni effettuate negli ospedali accreditati¹ e il *Peso medio* relativo agli ospedali pubblici: adottando questa soluzione tale componente, da sola, vale da 2,3 a 8,3 volte in più rispetto ai fattori precedentemente considerati, con riferimento all'anno 2018 (ma con gli ultimi dati disponibili al 2016).

Il risultato finale per l'anno 2019 dà conto di una ulteriore crescita dell'indicatore suddetto così come appare dall'andamento degli anni indicati nella suddetta tabella 16. Tale indicatore era pari a 215,5 nell'anno 2008, ma aumenta nel tempo – pur con alcune oscillazioni intermedie – sino a raggiungere il valore di 228,3 nel 2019.

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

- poco meno di metà degli istituti ospedalieri italiani (48,4%);
- più di 1/5 dei posti letto totali offerti ai cittadini (21,3%);
- quasi 1/6 dei degenti complessivi presenti nel nostro Paese (16,2%);
- un po' meno di 1/5 delle giornate di degenza complessive, fornite dal sistema ospedaliero preso nel suo insieme (18,4%);
- e inoltre costituisce un comparto ospedaliero caratterizzato da un più elevato (e crescente) peso medio delle prestazioni erogate rispetto al comparto pubblico, come evidenzia l'ultimo valore indicato nella prima colonna della tabella 16 (109,8), calcolato a partire dai dati medi nazionali contenuti nella tavola 1 della Parte prima, con riferimento all'anno 2017.

Peraltro le strutture ospedaliere accreditate nel loro complesso costituiscono una parte componente importante e di buona efficienza all'interno del sistema ospedaliero misto di cui godiamo. Il loro profilo sintetico nel 2017 è il seguente:

- utilizzano 8,4 miliardi di euro a prezzi correnti, pari al 13,2% del totale della spesa ospedaliera pubblica;
- ma gestiscono più del doppio (cioè il 30,5%) del totale dei posti letto pubblici e accreditati;
- e forniscono di conseguenza il 28,4% del totale delle giornate di degenza.

Se poi si considerano, in particolare, gli ospedali accreditati AIOP e simili², il loro profilo sintetico, sempre nel 2017, risulta ancora più efficiente in quanto:

¹ Si tratta della componente di diritto privato che il Ministero della Salute classifica come Istituti Cod. 5.1 (definite come "Case di cura private accreditate").

² Ibidem.

Tab. 16 – Costruzione di un Indice AIOP sulla crescita di un sistema misto pubblico-privato

Componenti dell'Indice	2019 (dati 2017)	2018 (dati 2016)	2017 (dati 2015)	2016 (dati 2014)	2015 (dati 2013)	2014 (dati 2012)	2013 (dati 2011)	2012 (dati 2010)	2011 ¹ (dati 2009)	2010 (dati 2008)	2009 (dati 2007)	2008 (dati 2006)
1) Rapporto tra numero di ospedali accreditati ² e numero totale degli ospedali italiani	48,4	47,6	47,9	47,6 ²	47,6	46,5	46,5	45,5	45,2	45,6	45,6	45,9
2) Rapporto tra numero dei posti letto degli ospedali accreditati ³ e numero totale dei posti letto degli ospedali italiani	21,3	21,0	20,9	21,2 ²	21,2	21,0	21,1	21,3	21,3	21,5	21,6	22,0
3) Rapporto tra il numero dei degenti degli ospedali accreditati ³ e numero dei degenti del totale degli ospedali italiani	16,2	16,3	16,3	16,3	16,2	16,0	16,0	15,7	15,9	16,2	16,2	17,0
4) Rapporto tra numero delle giornate di degenza degli ospedali accreditati ³ e numero delle giornate di degenza presso il totale degli ospedali italiani	18,4	18,4	18,6	18,5	18,3	18,1	18,1	17,9	18,2	18,3	18,3	19,1
5) Rapporto tra numero degli addetti degli ospedali AIOP e numero degli addetti degli ospedali italiani	13,4	13,3	12,8	12,6	12,4	12,4	12,2	11,2	10,3 ¹	11,5	11,9	12,4
6) Rapporto tra il Peso medio delle prestazioni effettuate negli ospedali accreditati AIOP e quello degli ospedali pubblici (moltiplicato per 100)	110,6	109,8	109,1	106,7	108,4	105,9	104,5	108,3	106,5	106,3	101,7	99,1
<i>Aiop Index/1 sull'offerta (di strutture e di servizi ospedalieri accreditati)</i>	228,3	226,4	225,6	222,9	224,1	219,9	218,4	219,9	217,4	219,4	215,3	215,5

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

(2) Dati 2013.

(3) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

- utilizzano 4,3 miliardi di euro a prezzi correnti che corrispondono al 6,8% della spesa pubblica ospedaliera totale;
- gestiscono più del triplo (cioè il 21,3%) del totale dei posti letto pubblici e accreditati;
- forniscono più di 2 volte e 1/2 (cioè il 18,4%) del totale delle giornate di degenza;
- e tutto questo avviene a fronte di 1/7 (13,4%) degli addetti complessivi degli ospedali italiani, pubblici e accreditati nel loro insieme.

Il livello di efficienza nella gestione delle strutture accreditate nel loro complesso innanzitutto e in particolare delle strutture AIOP e assimilate è del tutto evidente. Peraltro è anche il caso di precisare che il 6,8% della spesa pubblica riservata a tali strutture tende a diminuire nel corso del tempo. Infatti:

- era dell'8,9% nel 1999, scende al 7,8% nel 2002 e al 7,5% nel 2007;
- si è contratta ulteriormente sino al 7,3% nel 2009, nel 2010 e nel 2011;
- è diminuita ancora sino al 7,2% nel 2012, per posizionarsi al 7,0% nel biennio 2013-2014;
- ed è scesa al 6,9% nel 2015 e nel 2016, per posizionarsi infine al 6,8% nel 2017.

3.2. L'indice del livello di soddisfazione dei servizi

Il secondo dei tre Indici (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 accreditati e alle cliniche private a pagamento. 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 2019, resta sempre più elevato per gli ospedali accreditati (886,7) rispetto alle altre due tipologie di strutture: quella ospedali pubblici (786,3) e quella rappresentata dalle cliniche private a pagamento (786,0): peraltro va sottolineato che gli ospedali accreditati conservano sempre la posizione migliore in assoluto dell'*Aiop Index/2* per tutti gli anni indicati nella tabella 17;
- b) risulta alternante, per gli ospedali pubblici, in diminuzione tra il 2007 e il 2009 (da 837,3 a 823,7), in lieve ripresa tra il 2010 e il 2012 (da 836,0 a 839,3) e quindi decisamente alternante tra il 2013 e il 2018 (da 808,0 sale a 834,7, per poi scendere a 803,0 e addirittura a 639,7 nel 2016, salvo risalire a 829,7 nel 2017 ma a contrarsi sino a 750,3 nel 2018 per poi risalire a 786,3 nel 2019);
- c) appare essere in ripresa nel 2019 l'indice per gli ospedali accreditati, rispetto all'anno precedente (886,7 contro 873,0), così come era avvenuto nel 2017 rispetto al 2016 (921,0 contro 738,0): nell'insieme si è in presenza di un andamento alternante dell'indice nel corso del tempo, ma con segnali ripetuti di ripresa consistenti e comunque con valori stabilmente superiori rispetto a quelli che fanno capo sia agli ospedali pubblici sia alle cliniche private a pagamento;
- d) presenta una tendenza a sua volta oscillante l'indice per le cliniche private a pagamento che, partito con il valore di 830,7 nel 2007, scende a 808,7 nel 2010 per poi risalire faticosamente a 841,7 nel 2015, quindi si abbassa nel 2016 per poi riprendersi nel 2017 (682,7 che diventa 863,3) ma si riabbassa ulteriormente nei due anni che seguono, assumendo il valore di 792,7 nel 2018 e quindi di 786,0 nel 2019.

In conclusione la lettura dell'insieme degli indicatori appena richiamati sottolinea:

- da un lato, la netta migliore posizione, lungo tutti gli anni considerati, del livello di soddisfazione complessivo, sintetizzato dall'indice, espresso nei confronti degli ospedali accreditati rispetto a quelli pubblici ma anche rispetto alle cliniche private;
- e dall'altro, un peggioramento complessivo degli ospedali pubblici nel tempo, qualora si ponga a confronto l'intero periodo che va dal 2007 al 2019, visto che il relativo *Aiop Index/2* passa da 837,3 a 786,3, mentre tiene ed anzi cresce nel tempo il medesimo indice per gli ospedali accre-

Tab. 17 – Costruzione di un Indice di soddisfazione dei cittadini rispetto ai servizi ospedalieri

Componenti dell'Indice	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	% 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	76,5	77,7	85,9	37,6	82,6	86,3	84,7	88,0	87,8	88,7	87,5	86,7	89,1	100,0
▪ Negli ospedali accreditati	90,6	93,0	96,2	49,0	88,7	94,3	91,3	92,7	95,3	91,5	92,9	93,2	91,1	100,0
▪ Nelle cliniche private a pagamento	73,9	86,1	92,1	42,3	90,5	85,5	82,3	83,7	96,6	89,0	92,8	87,4	84,5	100,0
2) Propensione ad utilizzare le stesse strutture impiegate l'ultima volta ^(b) :														
▪ Ospedali pubblici	93,0	86,9	94,8	90,3	93,3	94,3	92,4	94,6	91,4	95,1	95,1	94,1	94,2	100,0
▪ Ospedali accreditati	94,1	89,6	97,8	93,1	92,2	95,1	89,9	85,4	97,1	89,1	93,8	89,5	88,9	100,0
▪ Cliniche private a pagamento	86,6	76,7	88,4	91,5	91,2	82,5	82,6	85,0	98,6	82,8	71,6	78,1	94,3	100,0
3) Giudizi di soddisfazione, espressi dai cittadini sugli ospedali italiani ("molto + abbastanza positivi") ^(c) :														
▪ Ospedali pubblici	66,4	60,5	68,2	64,0	65,0	69,8	65,3	69,2	68,5	67,0	64,5	68,8	68,6	100,0
▪ Ospedali accreditati	81,3	79,3	82,3	79,3	77,1	79,9	77,5	80,2	82,4	79,7	80,2	80,9	82,3	100,0
▪ Cliniche private a pagamento	75,3	75,0	78,5	71,0	70,8	68,3	68,1	70,5	72,5	70,8	70,6	68,2	70,4	100,0
Totale grezzo:														
▪ Ospedali pubblici	235,9	225,1	248,9	191,9	240,9	250,4	242,4	251,8	247,7	250,8	247,1	249,6	251,2	300,0
▪ Ospedali accreditati	266,0	261,9	276,3	221,4	258,0	269,3	258,7	258,3	274,8	260,3	266,9	265,6	262,3	300,0
▪ Cliniche private a pagamento	235,8	237,8	259,0	204,8	252,5	236,3	233,0	239,2	267,7	242,6	235,0	233,7	249,4	300,0
Atop Index/2 sulla domanda (soddisfazione dei servizi ospedalieri) ^(d)														
▪ Ospedali pubblici	786,3	750,3	829,7	639,7	803,0	834,7	808,0	839,3	825,7	836,0	823,7	832,0	837,3	1.000,0
▪ Ospedali accreditati	886,7	873,0	921,0	738,0	860,0	976,7	862,3	861,0	916,0	867,7	889,7	878,7	874,3	1.000,0
▪ Cliniche private a pagamento	786,0	792,7	863,3	682,7	841,7	787,7	776,7	797,3	892,3	808,7	783,3	779,0	830,7	1.000,0

(a) Sottocampione con esperienza di servizi ospedalieri negli ultimi dodici mesi (cfr. tabella 4/Parte seconda).
 (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) (cfr. tabella 6/Parte seconda).

(c) Intero campione, con o senza esperienza ospedaliera negli ultimi dodici mesi, depurato dalle risposte "Non saprei dare un giudizio" (cfr. tabella 13/Parte seconda).

(*) Riportando a 1.000 i totali grezzi precedenti.

Fonte: *indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

ditati (da 874,3 nel 2007 a 886,7 nel 2019) e si indebolisce in parallelo quello relativo alle cliniche private a pagamento (da 830,7 nel 2007 a 786,0 nel 2019).

È evidente che il progressivo logoramento dei servizi ospedalieri sotto vari profili (sia come riduzione degli accessi sia come allungamento delle liste di attesa sia come quantità e qualità delle prestazioni e dei servizi) nell'ambito dell'ospitalità pubblica possa aver indotto i pazienti a rivolgersi maggiormente agli altri due ambiti di strutture ospedaliere siano esse accreditate o cliniche private a pagamento (come del resto emerge anche dall'indagine sui *caregiver* contenuta nella Parte terza del presente Rapporto).

3.3. L'indice della propensione a scegliere da parte dei cittadini

Infine il terzo indice (quello denominato *Aiop Index/3*) trova posto nella tabella 18 ed è basato sulle 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-accreditato 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 accreditati, secondo quanto giudicato dal campione complessivo dell'indagine (item 7).

Anche nel caso di questo terzo indice 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 2019 un valore di *Aiop Index/3* pari a 650,7, con un miglioramento significativo rispetto all'anno precedente e soprattutto con una conferma di maggioranza di segni “+” nell'incremento, anno per anno, dell'indice stesso. Il risultato è che quest'ultimo dal valore di 586,1 nel 2007, si contrae lievemente nel 2008 (568,0) ma risale nel 2009 a 585,6 per arrivare a 621,3 nel 2018 e quindi a 650,7 nel 2019, confermando la crescita, nel corso del tempo, della domanda di libertà di scelta dei servizi ospedalieri da parte dei cittadini, libertà questa che costituisce una caratteristica fondamentale del sistema misto pubblico-accreditato presente nel nostro Paese. E questo orientamento viene rafforzato anche in presenza del logoramento progressivo delle prestazioni da parte delle strutture pubbliche come più volte si è messo in evidenza nel presente Rapporto.

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)	
	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008		2007
– Conoscenza delle opportunità di scelta tra strutture pubbliche e strutture accreditate, a parità di costo. "si, con chiarezza" ^(a)	41,0	40,1	39,3	37,4	41,1	40,2	39,3	36,8	42,0	39,2	35,5	31,6	30,2	100,0
– Utilizzo delle opportunità di scelta: media tra ospedale pubblico, ospedale accreditato e clinica privata "ho preso in considerazione le varie possibilità in anticipo" ^(b)	44,9	36,5	33,4	39,1	45,0	27,9	32,3	22,8	24,8	23,0	25,8	22,5	27,8	100,0
– Disponibilità alla mobilità sanitaria extra-Comune, per serie regioni di salute, pur di scegliere l'ospedale che si desidera: "cercherai fuori del mio Comune la struttura ospedaliera" ^(c)	59,6	57,9	59,0	59,3	61,6	64,4	63,2	49,2	48,9	48,8	49,5	52,2	52,9	100,0
– Peso delle ragioni di cura e non dell'appartenenza all'ambito pubblico o all'ambito accreditato: "ormai l'ospedale accreditato fa parte del sistema ospedaliero complessivo: quando ci si deve ricoverare non si guarda se la struttura è pubblica o accreditata ma si considerano altri fattori come la presenza della specializzazione, la qualità delle prestazioni, la vicinanza, ecc." (giudizi "molto + abbastanza d'accordo", deprivati dai "Non saprei") ^(d)	87,4	85,9	85,9	80,5	82,4	83,1	82,4	85,9	88,6	89,1	88,3	89,7	88,8	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" (giudizi "molto + abbastanza d'accordo", deprivati dai "Non saprei") ^(e)	87,9	86,5	86,6	90,6	88,2	88,7	88,1	90,7	90,1	90,1	84,0	82,8	91,8	100,0
– Informazione per poter scegliere: "si conosce poco delle diverse opportunità di ricovero che offre il sistema 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", deprivati dai "Non saprei") ^(f)	80,8	77,8	77,7	79,3	79,7	78,4	77,1	80,4	80,3	80,8	84,3	80,8	86,6	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 accreditato, 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 nell'accreditato" ^(g)	53,9	50,2	49,0	43,3	43,9	38,2	36,9	41,8	39,1	40,5	42,5	38,0	32,2	100,0
Totale grezzo	455,5	434,9	430,9	429,5	441,9	420,9	419,3	407,6	413,8	411,5	409,9	397,6	410,3	700,0
<i>Atop Index</i> 3 sul livello percepito di libertà di scelta ^(h)	630,7	621,3	615,6	613,6	631,3	601,3	599,0	582,3	591,1	587,9	585,6	568,0	586,1	1.000,0

(a) Intero campione, con o senza esperienza di servizi ospedalieri negli ultimi dodici mesi (cfr. tabella 7/Parte seconda).

(b) Sottocampione con esperienza di servizi ospedalieri negli ultimi dodici mesi (si espone il valore medio tra ospedali pubblici + ospedali accreditati + cliniche private) (cfr. tabella 5/Parte seconda).

(c) Intero campione (cfr. tabella 12/Parte seconda).

(d) Intero campione (cfr. tabella 14/Parte seconda).

(e) Intero campione (cfr. tabella 12/Parte seconda).

(f) Riportando a 1.000 i totali grezzi precedenti.

Fonte: *Indagine Ermeneta – Studi e Strategie di Sistema, 2019*

4. Un andamento in crescita pronunciata delle liste di attesa tra il 2018 e il 2019

4.1. L'incremento delle esperienze di liste di attesa per l'accesso ai servizi Asl

Gli intervistati che sono stati inseriti in liste di attesa per usufruire, nel corso degli ultimi dodici mesi, delle prestazioni dei servizi Asl (come analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, visite specialistiche e/o piccoli interventi ambulatoriali) sono il 39,2% del campione di popolazione adulta contro il 30,7% dell'anno precedente, con un incremento di 8,5 punti percentuali (tab. 19). In termini assoluti si può stimare che le persone in attesa siano passate da 15,6 milioni nel 2018 a 19,9 milioni nel 2019¹. Più precisamente si tratta:

- di 10,4 milioni (pari al 20,5%) che hanno avuto 1 sola esperienza di liste di attesa nel corso del 2019 (contro 7,8 milioni corrispondenti al 15,3% della popolazione italiana adulta nel 2018);
- di 5,7 milioni di persone (pari all'11,3%) che hanno avuto 2 esperienze nel 2019 (contro 4,7 milioni corrispondenti al 9,2% nel 2018);
- di 1,8 milioni (pari al 3,5%) che hanno avuto 3 esperienze nel 2019 (contro 1,3 milioni corrispondenti al 2,6% nel 2018);
- di 2,0 milioni (pari al 3,9%) che hanno avuto 4 o più esperienze nel 2019 (contro 1,8 milioni corrispondenti al 3,6% nel 2018).

Inoltre possono essere messi a confronto i bisogni dichiarati, le tipologie di prestazioni a cui si è avuto effettivamente accesso e i comportamenti adottati da parte della popolazione adulta l'ultima volta che questa ha sperimentato, nel corso degli ultimi dodici mesi, una lista di attesa per prestazioni Asl sia che si dovesse affrontare una malattia/intervento di tipo serio-grave oppure una malattia/intervento di tipo leggero.

¹ Il calcolo dei valori assoluti si è basato sulla popolazione italiana residente da 18 anni in poi, pari rispettivamente a 50.677.616 unità all'1.1.2018 e a 50.680.412 unità all'1.1.2019 (Fonte: *Istat*).

Tab. 19 – Esperienze di liste di attesa, avute negli ultimi dodici mesi da parte della popolazione, per l'accesso ai servizi sanitari: Asl come analisti di laboratorio, accertamenti diagnostici (RX, TAC, Risonanza Magnetica, ecc.), visite specialistiche e/o piccoli interventi ambulatoriali (val. % e v.a.)

Risposta	Indagine 2018 ¹		Indagine 2019		Differenze 2019-2018	
	Composizione %	Stima numero persone adulte corrispondenti (in milioni)	Composizione %	Stima numero persone adulte corrispondenti (in milioni)	In punti percentuali (+ -)	Stima numero persone adulte corrispondenti (in milioni) (+ -)
- Una o più esperienze, di cui:						
• 1 sola esperienza	30,7	15,6	39,2	19,9	+8,5	+4,3
• 2 esperienze	15,3	7,8	20,5	10,4	+5,2	+2,6
• 3 esperienze	9,2	4,7	11,3	5,7	+2,1	+1,0
• 4 o più esperienze	2,6	1,3	3,5	1,8	+0,9	+0,5
• Nessuna esperienza	3,6	1,8	3,9	2,0	+0,3	+0,2
- Totale	69,3	35,1	60,8	30,8	-8,5	-4,3
v.a.	100,0	-	100,0	-	-	-
	4,020	50,7	4,020	50,7	-	-

(1) Cfr. Ermeneia, *Ospedali&Salute/2018*, tabella 1/pag. 150 (e relativi commenti).

(2) Calcolati sulla popolazione adulta residente all'1.1.2019, pari a 50.680.412 unità.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Quanto alle diverse tipologie di disagio si è davanti nel 2019 ad una distribuzione analoga a quella dell'anno precedente, ma con qualche variazione di cui tener conto e precisamente (tab. 20):

- gli intervistati che dichiarano di aver avuto bisogno di una prestazione relativa ad una malattia/intervento di tipo serio o grave sono in diminuzione: sono infatti il 16,5% nel 2019, ma erano il 19,1% nel 2018;
- al contrario gli intervistati che stimano di aver bisogno di una prestazione relativa ad una malattia/intervento di tipo leggero risultano in crescita essendo il 77,3% nel 2019 contro il 70,0% nel 2018;
- ed infine gli intervistati che ritengono di aver bisogno di una prestazione concernente una malattia/intervento leggero che poi si è rivelata di tipo serio o grave sono in diminuzione, risultando il 6,2% nel 2019 contro il 10,9% del 2018.

Sembrirebbe dunque che abbia operato un meccanismo che contiene qualche spinta di maggiore “appropriatezza” visto che sono aumentate le liste di attesa per disagi di tipo lieve mentre sono diminuite le liste di attesa per disagi ritenuti seri e/o gravi che peraltro hanno bisogno di ottenere prestazioni maggiormente impegnative rispetto a quelle che possono offrire i Servizi Sanitari territoriali.

Quanto alle diverse tipologie di prestazioni utilizzate, sempre l'ultima volta che si è fatto ricorso alle liste di attesa per prestazioni Asl, si può verificare dalla tabella 21 come sia rimasto sostanzialmente stabile l'ordine di priorità delle prestazioni per cui ci si è messi in coda, restando per entrambi gli anni: al 1° posto gli accertamenti diagnostici (41,1% nel 2019 contro 42,1% nel 2018), al 2° posto le visite specialistiche (38,0% contro 34,1%), al 3° posto le analisi di laboratorio (16,6% contro 16,1%) ed infine i piccoli interventi di tipo ambulatoriale (3,5% contro 6,4%).

Quanto all'effettuazione delle prestazioni a seconda della tipologia di struttura utilizzata (di tipo territoriale o di tipo ospedaliero) la tabella 22 fornisce un quadro di confronto più articolato rispetto alla precedente tabella 21, da cui emerge che (cfr. in particolare l'ultima colonna dei Numeri Indici):

- gli accertamenti diagnostici (RX, TAC, Risonanza Magnetica, ecc.) vedono un accentuarsi soprattutto del ricorso a strutture accreditate dalle Asl come pure alle cliniche private a pagamento;
- le visite specialistiche trovano crescente riferimento invece presso gli ospedali pubblici;
- le analisi di laboratorio crescono soprattutto presso le strutture Asl mentre diminuiscono per il resto delle strutture indicate;
- ed infine (ma i valori assoluti diminuiscono molto e quindi le risposte vanno considerate con maggiore prudenza) trovano riferimento crescente

Tab. 20 – Tipologia di malattia/intervento che si riteneva di dover affrontare l'ultima volta che si è stati inseriti in liste di attesa Asl, nel corso degli ultimi dodici mesi (val. %)

Risposta	Popolazione con esperienze di liste di attesa	
	Indagine 2018 ¹	Indagine 2019
- Si stimava di aver bisogno di una prestazione relativa ad una malattia/intervento di tipo serio e/o grave	19,1	16,5
- Si stimava di aver bisogno di una prestazione relativa ad una malattia/intervento leggero	70,0	77,3
- Si stimava di aver bisogno di una prestazione relativa ad una malattia/intervento leggero che poi si è rivelata di tipo serio e/o grave	10,9	6,2
Totale	100,0	100,0
v.a.	1.605	1.577

(1) Cfr: Ermeneia, *Ospedali&Salute/2018*, tabella 2/pag. 151 (al netto delle mancate risposte).

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Tab. 21 – Tipologia di prestazioni utilizzate l'ultima volta, nel corso degli ultimi dodici, che si è stati inseriti in una lista di attesa per prestazioni Asl (val. %)

Risposta	Popolazione con esperienze di liste di attesa	
	Indagine 2018 ¹	Indagine 2019 ²
- Accertamenti diagnostici (RX, TAC, Risonanza Magnetica, ecc.),	42,1	41,1
- Visite specialistiche	34,1	38,0
- Analisi di laboratorio	16,1	16,6
- Piccoli interventi ambulatoriali	6,4	3,5
- Altro	1,3	1,0
Totale	100,0	100,0
v.a.	1.762	1.576

(1) Cfr: Ermeneia, *Ospedali&Salute/2018*, tabella 3/pag. 152.

(2) Calcolati sulla base dei dati contenuti nella successiva tabella 22.

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

nelle strutture accreditate siano esse quelle che fanno riferimento alle Asl, alle cliniche private a pagamento o agli ospedali accreditati.

A questo punto ci si può chiedere quale sia stata la lunghezza delle attese per le prestazioni Asl nel 2019 rispetto al 2018. La risposta, contenuta nella tabella 22A, non si presta a dubbi, visto che per quasi tutte le prestazioni indicate le attese più di 30 e fino a 120 giorni e oltre tendono a prolungarsi e precisamente:

- per gli accertamenti diagnostici (RX, TAC, RM, ecc.) si passa dal 42,7% dello scorso anno al 46,4% del 2019;
- per le visite specialistiche si sale dal 58,2% al 60,5% (ma in particolare le attese oltre i 60 giorni aumentano dal 35,6% al 39,6%);
- per i piccoli interventi ambulatoriali si va addirittura dal 39,7% al 58,8% (indicatore questo degli effetti non sempre apprezzabili del processo di de-ospedalizzazione);
- viceversa per le analisi di laboratorio si è davanti ad un miglioramento in quanto si scende da 9,8% a 7,0%.

Infine per quanto concerne il tipo di reazioni adottate, rispetto alle liste di attesa per analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, visite specialistiche o piccoli interventi ambulatoriali Asl o all'interno degli ospedali la successiva tabella 23 pone a confronto le risposte ottenute nelle due indagini annuali.

Come si può vedere l'ordine di priorità delle diverse tipologie di comportamento all'interno delle tre fasce considerate è rimasto quasi del tutto simile. Ma se si considerano la numerosità media e l'intensità media dei comportamenti qualcosa muta. Infatti:

- il numero medio dei comportamenti adottati dagli intervistati tende a crescere e diventa pari a 1,5 pro-capite² nel 2019 rispetto a 1,3 nel 2018: ciò sta a significare che si fa più "reattivo" il comportamento dei pazienti e delle loro famiglie e infatti il 36,8% nel 2019 dichiara di aver scelto comportamenti diversi rispetto all'attesa paziente del proprio turno contro il 30,6% del 2018;
- e tali comportamenti hanno preso la forma del ricorso ai servizi di altri ospedali pubblici e accreditati, dove le liste di attesa erano più brevi, ma soprattutto ci si è rivolti all'ambito privato a pagamento sia che si tratti di centri di analisi o di diagnostica, di visite specialistiche *intramoenia* presso gli ospedali pubblici, di ricorso a medici specialisti privati o a servizi di cliniche private a pagamento;

² Al netto della rinuncia e/o dei rimandi delle prestazioni.

Tab. 22 – Strutture per le cui prestazioni si è sperimentata una lista di attesa Asl, l'ultima volta che queste ultime sono state utilizzate nel corso degli ultimi dodici mesi (val. %)

Prestazioni/Tipologia di struttura	Popolazione con esperienze di liste di attesa		Numeri Indice: 2018 = 100,0
	Indagine 2018 ¹	Indagine 2019	
- Strutture accreditate Asl (Poliambulatori, ecc.)	28,7	35,7	124,4
- Ospedali pubblici	40,7	26,1	64,1
- Strutture della Asl (Poliambulatori, ecc.)	18,9	22,3	118,0
- Cliniche private a pagamento	3,8	11,4	300,0
- Ospedali accreditati	7,9	4,5	57,0
Totale	100,0	100,0	-
v.a.	743	647	-
- Ospedali pubblici	33,4	37,8	113,2
- Strutture della Asl (Poliambulatori, ecc.)	42,5	37,4	88,0
- Strutture accreditate Asl (Poliambulatori, ecc.)	15,6	15,8	101,3
- Ospedali accreditati	6,1	6,8	111,5
- Cliniche private a pagamento	2,4	2,2	91,7
Totale	100,0	100,0	-
v.a.	601	599	-
- Strutture della Asl (Poliambulatori, ecc.)	35,1	63,2	180,1
- Ospedali pubblici	28,5	19,6	68,8
- Strutture accreditate Asl (Poliambulatori, ecc.)	26,4	14,8	56,1
- Ospedali accreditati	5,7	1,2	21,1
- Cliniche private a pagamento	4,3	1,2	28,0
Totale	100,0	100,0	-
v.a.	283	261	-
- Ospedali pubblici	53,5	57,8	108,0
- Strutture accreditate Asl (Poliambulatori, ecc.)	12,9	15,8	122,5
- Cliniche private a pagamento	6,3	11,6	184,1
- Strutture della Asl (Poliambulatori, ecc.)	23,6	9,2	39,0
- Ospedali accreditati	3,7	5,6	151,4
Totale	100,0	100,0	-
v.a.	113	55	-

(1) Cfr. Ermeneia, *Ospedali&Salute/2018*, tabella 4/pag. 153.
Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Tab. 22A – Un prolungamento evidente delle liste di attesa tra il 2018 e il 2019 (val. %)

Prestazioni/Durata	Indagine 2018 (Con esp. di liste di attesa) ¹		Indagine 2019 (Con esp. di liste di attesa)	
Accertamenti diagnostici (RX, TAC, RM, ecc.)	- Fino ad un massimo di 10 giorni	25,6	17,2	
	- Oltre 10 e fino a 30 giorni	31,7	36,4	
	- Oltre 30 e fino a 60 giorni	20,0	18,9	
	- Oltre 60 e fino a 120 giorni	11,5	22,7	46,4
	- Oltre 120 giorni	8,8	8,8	27,5
Totale	100,0	100,0		
v.a.	743	647		
Visite specialistiche	- Fino ad un massimo di 10 giorni	15,2	8,5	
	- Oltre 10 e fino a 30 giorni	26,6	31,0	
	- Oltre 30 e fino a 60 giorni	22,6	20,9	
	- Oltre 60 e fino a 120 giorni	17,9	35,6	60,5
	- Oltre 120 giorni	17,7	16,8	39,6
Totale	100,0	100,0		
v.a.	601	599		
Analisi di laboratorio	- Fino ad un massimo di 10 giorni	63,2	67,6	
	- Oltre 10 e fino a 30 giorni	27,0	25,4	
	- Oltre 30 e fino a 60 giorni	6,7	3,8	
	- Oltre 60 e fino a 120 giorni	0,3	2,2	7,0
	- Oltre 120 giorni	2,8	1,0	3,2
Totale	100,0	100,0		
v.a.	283	261		
Piccoli interventi ambulatoriali	- Fino ad un massimo di 10 giorni	34,3	9,5	
	- Oltre 10 e fino a 30 giorni	26,0	31,7	
	- Oltre 30 e fino a 60 giorni	8,6	25,6	
	- Oltre 60 e fino a 120 giorni	23,1	13,1	58,8
	- Oltre 120 giorni	8,0	20,1	33,2
Totale	100,0	100,0		
v.a.	113	55		
Altro	- Fino ad un massimo di 10 giorni	34,1	25,7	
	- Oltre 10 e fino a 30 giorni	15,7	24,5	
	- Oltre 30 e fino a 60 giorni	11,6	16,6	
	- Oltre 60 e fino a 120 giorni	13,1	10,4	49,8
	- Oltre 120 giorni	25,5	22,8	33,2
Totale	100,0	100,0		
v.a.	23	15		

Fonte: indagine Ermeniea – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. 23 – Comportamento adottato l'ultima volta quando si è stati inseriti in liste di attesa Asl per analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici (RX, TAC, Risonanza Magnetica, ecc.), visite specialistiche o piccoli interventi ambulatoriali (val. %)

Risposta	Popolazione con esperienze di liste di attesa		Numeri Indice: 2018 = 100,0
	Indagine 2018 ¹	Indagine 2019	
– Si è aspettato con pazienza il proprio turno	69,4	63,2	91,1
– Si sono adottati comportamenti diversi, e precisamente:	30,6	36,8	120,3
• Si è fatto ricorso ai servizi di altri ospedali pubblici, dove le liste di attesa erano più brevi	9,4	12,9	137,2
• Si è fatto ricorso ai servizi di ospedali accreditati, dove le liste erano più brevi o non esistevano	4,8	4,0	83,3
• Si è fatto ricorso a centri di analisi e/o a centri diagnostici accreditati e non, ma pagando interamente la tariffa richiesta	8,7	13,8	158,6
• Si è fatto ricorso ai servizi intramoenia a pagamento presso gli ospedali pubblici (per visite specialistiche e/o piccoli interventi), sperando così di abbreviare i tempi di attesa	4,5	7,6	168,9
• Si è fatto ricorso ai servizi di cliniche private a pagamento	2,9	5,8	200,0
• Si è preferito fare ricorso direttamente a medici specialisti privati	3,8	5,4	142,1
• Si è fatto ricorso a medici specialisti che lavorano presso ospedali pubblici e/o accreditati, che operano però anche nel loro studio privato, sperando così di abbreviare i tempi di attesa (per visite specialistiche e/o per piccoli interventi) presso l'ospedale di appartenenza	4,0	4,0	100,0
• Altro	1,9	0,4	21,1
• Si è rinunciato alle prestazioni	1,6	1,5	93,8
• Si sono rimandate le prestazioni	-	3,5	-
V.a. rispondenti totale	1.762	1.577	-
V.a. rispondenti che hanno aspettato con pazienza il loro turno	1.223	997	-
V.a. rispondenti che hanno adottato comportamenti diversi ²	539	580	-
V.a. comportamenti adottati per rispondente	704	850	-
N. medio comportamenti adottati per rispondente	1,3	1,5	-

(1) Cfr. Ermeneia, *Ospedali & Salute/2018*, tabella 6/pag. 157.

(2) Al netto di “rinunce” e “rimandi”.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

- ed infine vanno anche considerate le quote, sia pure limitate, di comportamenti di rinuncia e di rimando alle prestazioni.

Le differenze che fanno capo ai sottocampioni di cittadini intervistati mostrano che:

- coloro che hanno avuto, nel corso degli ultimi dodici mesi, una o più esperienze di liste di attesa per l'accesso ai servizi Asl in maniera più pronunciata rispetto alla media del campione sono i soggetti residenti nel Nord-Est rispetto al resto del Paese, le donne rispetto agli uomini, le persone di età intermedia tra i 35 e i 54 anni e le persone con un elevato livello di istruzione e con un altrettanto elevato posizionamento sociale, evidentemente più attente o più capaci di accedere ai servizi per la tutela della propria salute;
- coloro che mostrano comportamenti più "reattivi" nei confronti delle liste di attesa appaiono essere gli intervistati del Nord-Ovest rispetto al resto del Paese, coloro che vivono nei centri di media e/o di grande dimensione, i maschi piuttosto che le femmine, le persone di età intermedia tra i 35 e i 54 anni e – come è ovvio – coloro che sono in possesso di un buon livello di istruzione e che appartengono ad un ceto sociale medio-alto o altro.

4.2. L'incremento delle esperienze di liste di attesa per l'accesso ai ricoveri ospedalieri

Si è chiesto in maniera più dettagliata al campione rappresentativo di popolazione a quale tipo di prestazioni ospedaliere avesse fatto ricorso negli ultimi dodici mesi (tab. 24). Il risultato è che il 26,0% della popolazione adulta ha avuto una o più esperienze di veri e propri ricoveri in ospedale e/o in *day hospital* e/o in *day service*. Si tratta di 13,2 milioni³ di soggetti da 18 anni in poi, cui peraltro andrebbero aggiunti quelli di età inferiore. È anche ovvio che gli intervistati possano aver avuto più esperienze contemporaneamente nel corso degli ultimi dodici mesi e infatti questo è confermato dal numero di ricoveri e/o di prestazioni in *day hospital* e/o in *day service* pari a 1,3 in media per intervistato.

³ Calcolati sulla base della popolazione residente di 18 anni e oltre all'1.1.2019, pari a 50.680.412 unità (Fonte: *Istat*).

Tab. 24 – Esperienze avute dalla popolazione, nel corso degli ultimi dodici mesi, sul piano dei ricoveri in ospedale, delle prestazioni in day hospital e in day service (val. %)

Tipologie di esperienze	Popolazione	
	Composizione %	Stima corrispondente di persone adulte (in milioni) ¹
– Sì, ho avuto una o più esperienze, di cui:	26,0	13,2
• ricoveri per interventi chirurgici di tipo leggero	5,2	2,6
• ricoveri per interventi chirurgici di tipo grave	4,1	2,1
• ricoveri per cure relative a malattia di tipo leggero	3,3	1,7
• ricoveri per cure relative a malattia di tipo grave	3,4	1,7
• prestazioni in day hospital	5,9	3,0
• prestazioni in day service (di tipo medico-ambulatoriale) ¹	5,5	2,8
• prestazioni in day service (di tipo chirurgico-ambulatoriale) ²	3,4	1,7
• altro	2,3	1,2
– Non ho avuto bisogno di alcun ricovero o prestazione di tipo ospedaliero nel corso degli ultimi dodici mesi	74,0	37,5
V.a. rispondenti	4.020	50,7
V.a. rispondenti con una o più esperienze	1.045	13,2
V.a. risposte	1.331	16,8
Numero medio di ricoveri e/o di prestazioni in day hospital e/o in day service per intervistato	1,3	1,3

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

(1) Calcolati sulla popolazione adulta residente all'1.1.2019, pari a 50.680.412 unità.

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Tab. 25 – Esperienze di liste di attesa, avute nel corso degli ultimi dodici mesi, in vista di un vero e proprio ricovero in ospedale (per cure e/o per interventi chirurgici) (val. % e v.a.)

Risposta	Popolazione							Differenze 2019-2018		
	Indagine 2018 ¹		Indagine 2019 ²			Totale ³		In punti % (±)	In milioni di persone adulte (±)	
	Per prestazioni gravi-serie e/o leggere (Comp. %)	Stima di persone adulte (In milioni)	Prestazioni chirurgiche e/o cure di tipo grave/serio	Stima di persone adulte (In milioni)	Prestazioni chirurgiche e cure di tipo leggero	Stima di persone adulte corrispondente (In milioni)	%			V.a. (in mil.)
- Si è avuta 1 o più esperienze, di cui:	8,0	4,1	7,2	3,6	15,6	7,9	16,9	8,6	+8,9	+4,5
• 1 sola esperienza	6,2	3,1	4,6	2,3	12,3	6,2	10,0	5,1	+3,8	+2,0
• 2 esperienze	1,3	0,7	1,3	0,6	2,0	1,0	3,4	1,7	+2,1	+1,0
• 3 esperienze	0,3	0,2	0,8	0,4	0,5	0,3	1,4	0,7	+1,1	+0,5
• 4 o più esperienze	0,2	0,1	0,5	0,3	0,5	0,3	2,1	1,1	+1,9	+1,0
- Non si è avuta alcuna esperienza	92,0	46,6	92,8	47,0	84,4	42,8	83,1	42,1	-8,9	-
Totale	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	50,7	-	-
v.a.	4,020	50,7	4,020	50,7	4,020	50,7	4,020	50,7	-	-

(1) Cfr. Ermeneia, *Ospedali&Salute* 2018, tabella 7/pag. 159.

(2) I valori assoluti sono stati calcolati sulla popolazione adulta residente all'1.1.2019, pari a 50.680.412 unità.

(3) I valori percentuali, sono stati calcolati a partire dalle esperienze dichiarate dai caregiver, per quanto riguarda essi stessi e per quanto riguarda gli altri membri della famiglia. Al fine di poter effettuare il confronto con l'anno precedente si sono dovute unificare le dichiarazioni per le prestazioni di tipo grave-serio e per le prestazioni di tipo leggero (che nel 2018 richiedeva invece una risposta unitaria da parte dei caregiver intervistati). In merito è stato adottato il seguente criterio a partire dai dati assoluti delle risposte ottenute attraverso il questionario: in caso di nessuna risposta data dal caregiver per se stesso + nessuna risposta per gli altri membri = nessuna esperienza; nessuna esperienza diretta del caregiver + 1 un'esperienza o più da parte di altri familiari = 1 esperienza; 1 o più esperienze dirette del caregiver + 1 o più esperienze da parte degli altri membri = 2 esperienze. E tale criterio è stato applicato prima alle prestazioni di tipo grave-serio e quindi alle prestazioni di tipo leggero.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Ma quante delle persone intervistate hanno fatto esperienze di lista di attesa in vista di un vero e proprio ricovero in ospedale per cure e/o per interventi chirurgici sia di tipo grave-serio sia di tipo leggero?

I risultati della tabella 25 mostrano come nel 2019 il 7,2% della popolazione sia stato inserito in una o più liste di attesa nel corso degli ultimi dodici mesi per prestazioni chirurgiche e/o per cure di tipo grave e serio e il 15,6% per prestazioni chirurgiche e/o cure di tipo leggero. In totale si tratta del 16,9% degli intervistati, pari ad una stima di 8,6 milioni di persone adulte a fronte di un 8,0% (corrispondente invece a 4,1 milioni di soggetti) nel 2018. Il suddetto 16,9% è stato calcolato sulla base del criterio indicato nella nota 3 della tabella 25, a partire dalla conta dei valori assoluti delle risposte fornite dai *caregiver*.

L'incremento significativo dell'incidenza delle esperienze di liste di attesa per i ricoveri ospedalieri tra il 2019 e il 2018 trova riferimento:

- da un lato, nel fatto che l'anno precedente la domanda posta ai *caregiver* riguardava le prestazioni gravi-serie insieme a quelle leggere, mentre nel 2019 si è voluto ottenere una risposta più specifica, concernente le prime e quindi, distintamente, le seconde: il che probabilmente ha spinto gli intervistati ad essere più precisi nelle risposte e quindi ad avvicinarsi meglio alle esperienze di liste di attesa effettivamente sperimentate per se stessi e quindi per gli altri membri della famiglia (si può perciò ritenere che il dato aggregato del 2018 sia stato sottostimato);
- e dall'altro, nella tendenza all'aumento consistente delle esperienze di liste di attesa anche qualora la domanda del questionario 2019 fosse risultata perfettamente uguale a quella del 2018: come è il caso illustrato dalla precedente tabella 19, concernente le esperienze di liste di attesa per le prestazioni Asl, che sono del 39,2% contro il 30,7% dell'anno 2018; oppure anche nella tendenza all'aumento generalizzato degli accessi al Pronto Soccorso, che sono stati del 39,2% nel 2019 a fronte del 28,7% del 2018 sia pure – per entrambi gli anni – al lordo degli eventuali accessi plurimi. Peraltro tali accessi sono stati in gran parte registrati presso gli ospedali pubblici (26,6%) e molto meno in quelli accreditati (7,9%) e ancora meno nelle cliniche private a pagamento (4,7%) (cfr. successiva tabella 29).

Nell'ultimo anno dunque gli 8,6 milioni di persone adulte che hanno fatto esperienza di una o più liste di attesa per il ricovero in ospedale (pari al 16,9% del totale degli intervistati) si suddividono nel modo che segue:

- 5,1 milioni, pari al 10,0%, hanno avuto 1 sola esperienza (nel 2018 erano 3,1 milioni per il 6,2%);
- 1,7 milioni, pari al 3,4%, hanno avuto 2 esperienze (nel 2018 erano 0,7 milioni per l'1,3%);

- 0,7 milioni, pari all'1,4%, hanno avuto 3 esperienze (nel 2018 erano 0,2 milioni per lo 0,3%);
- ed infine 1,1 milioni hanno avuto 4 o più esperienze, pari al 2,1% del totale (nel 2018 erano 0,1 milioni pari allo 0,2%).

Come si può vedere dalla penultima colonna della tabella 25 le differenze tra le incidenze percentuali nei due anni considerati sono di 8,9 punti in più, suddivisi in maniera decrescente a seconda che si sia avuta 1 sola esperienza oppure 2, 3 o 4 esperienze o più, a cui corrispondono gli incrementi in valore assoluto presenti nell'ultima colonna della tabella 25.

Avendo avuto esperienze di liste di attesa per i ricoveri ospedalieri, qual è stato il comportamento adottato dagli intervistati l'ultima volta che questo è avvenuto?

Le risposte sono contenute nella tabella 26 che mettono sempre a confronto quanto emerso nell'indagine 2018 e quanto è stato rilevato nell'indagine 2019. I relativi dati evidenziano:

- a) un atteggiamento decisamente meno propenso ad attendere il proprio turno: infatti coloro che hanno adottato comportamenti alternativi sono, nel 2019, il 57,3% nel caso di interventi chirurgici a fronte di ragioni serie o gravi e il 42,9% per quelle di tipo leggero, mentre era del 31,1% per l'insieme delle due tipologie di disagi nell'anno 2018;
- b) un fenomeno più pronunciato di "reattività" dei comportamenti, per quanto riguarda i ricoveri rispetto alle prestazioni Asl, sempre con riferimento all'indagine del 2019: nel primo caso si sono cercate soluzioni alternative da parte del 57,3% degli intervistati, per disagio di tipo serio-grave e del 42,9% per disagi di tipo leggero, mentre nel secondo caso (prestazioni Asl) si era davanti ad un 36,8% medio, come è stato evidenziato nella precedente tabella 23;
- c) la ricerca di altre soluzioni rispetto alla pura e semplice attesa assume un'intensità maggiore nel 2019 qualora si siano dovuti affrontare ricoveri ospedalieri per interventi chirurgici e/o per cure di tipo serio o grave (57,3%) piuttosto che di tipo leggero (42,9%): nel primo caso il numero medio di soluzioni adottate per ogni intervistato dà un'idea dunque di un maggior "attivismo" da parte dei pazienti e delle loro famiglie, considerato che si è davanti nel primo caso a 1,9 comportamenti in media contro 1,5 nel secondo caso;
- d) le alternative utilizzate con maggiore intensità riguardano:
 - il ricorso a strutture ospedaliere pubbliche (31,6%) e a strutture accreditate (24,9%) qualora si siano dovute trovare risposte adeguate per interventi chirurgici e/o per cure di tipo grave-serio e anche – sia pure meno intensamente – per interventi di tipo leggero (cfr. primo gruppo di dati della tabella 26);

Tab. 26 – Comportamenti adottati dalla popolazione l'ultima volta che si è stati inseriti nel corso dei passati dodici mesi in liste di attesa per ricoveri ospedalieri, in vista di cure e/o di interventi chirurgici (val. %)

Comportamenti	Popolazione con esperienze di liste di attesa			
	Indagine 2018 ¹	Indagine 2019		
		Interventi chirurgici e/o cure	Interventi chirurgici e/o cure	Interventi chirurgici e/o cure
- Si è aspettato con pazienza il proprio turno	68,9	42,7		57,1
- Si sono adottati altri tipi di comportamenti e cioè:	31,1	57,3		42,9
• Si è fatto ricorso ad altri ospedali pubblici aventi liste di attesa più brevi in vista del ricovero	4,9	31,6		10,5
• Si è fatto ricorso ad osp. accreditati, dove le liste per il ricovero erano più brevi o non esistevano	9,9	24,9		13,4
• Si è fatto ricorso a strutture ospedaliere pubbliche fuori Regione, in vista del ricovero	1,9	3,2		1,3
• Si è fatto ricorso a strutture ospedaliere accreditate fuori Regione, in vista del ricovero	2,6	2,5		1,5
• Si è fatto ricorso a strutture ospedaliere fuori Italia, in vista del ricovero	0,3	0,6		0,3
<hr/>				
• Si è fatto ricorso ad una visita specialistica <i>intramoenia</i> a pagam. presso gli osp. pubbl., sperando così di abbreviare i tempi di attesa per il ricovero in ospedale dove operava il medico specialista	11,9	19,0		9,9
• Si è fatto ricorso a medici specialisti che lavorano presso ospedali pubblici e/o accreditati, che operano anche in regime libero-professionale, sperando così di abbreviare i tempi di attesa per il ricovero in ospedale dove operava il medico specialista	3,7	12,2		9,2
• Si è fatto ricorso ad ospedali pubblici e/o ad ospedali accreditati ma pagando, come paziente solvente, tutte le spese (non disponendo di coperture assicurative integrative)	1,9	5,7		3,3
• Si è fatto ricorso ad ospedali pubblici e/o ad ospedali accreditati ma pagando, come paziente solvente, tutte le spese (disponendo di coperture assicurative integrative)	5,5	5,0		10,7
• Si è fatto ricorso a strutture osp. private a pagamento, situate fuori Regione, in vista del ricovero	3,8	2,7		2,2
• Altro	0,6	1,2		0,7
<hr/>				
• Si è rimandato il ricovero	2,0	1,0		2,1
• Si è rinunciato al ricovero	-	1,0		0,7
V.a. Rispondenti	467	291		629
V.a. Rispondenti che hanno aspettato con pazienza il loro turno	322	124		359
V.a. Rispondenti che hanno adottato altri comportamenti (al netto dei rimandi e delle rinunce)	145	167		270
Numero di comportamenti adottati	219	316		396
Numero medio di comportamenti per intervistato	1,5	1,9		1,5

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

(1) Cfr. Ermeneia, *Ospedali&Salute/2018*, tabella 10/pag. 163.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

- le visite *intramoenia* a pagamento presso gli ospedali pubblici (19,0%) come pure le visite presso medici specialisti in libera professione (12,2%) nel caso dei disagi gravi e un po' meno per i disagi leggeri (cfr. secondo gruppo di dati della tabella 26);
- e) infine esiste una quota (molto limitata) di rimandi e/o di rinunce alle cure (2,1 e 0,7, rispettivamente per interventi/cure di tipo leggero) e ancora meno per interventi e cure di tipo serio-grave (1,0 e 1,0, rispettivamente).

Quanto alle lunghezze delle liste di attesa in cui si è stati inseriti nel corso degli ultimi dodici mesi la tabella 27 mette a confronto i risultati 2018 con quelli del 2019, tenendo separati interventi e/o cure di tipo serio-grave da interventi e/o cure di tipo leggero, nonché la tipologia di ospedali a cui ci si riferisce.

Limitandosi a prendere in considerazione le strutture pubbliche e quelle accreditate (poiché le cliniche private a pagamento presentano valori assoluti di risposte molto bassi), si può rilevare come sia nel 2018 che nel 2019 le risposte degli intervistati:

- registrino costantemente una situazione migliore (attese fino a 30 gg) più per il secondo tipo di strutture citate che non per le prime;
- come pure registrino un risultato più problematico (attese oltre i 30 gg e sino a 120 gg e oltre) per le strutture pubbliche rispetto a quelle accreditate.

In conclusione si riporta il giudizio degli intervistati circa il livello di soddisfazione o di insoddisfazione dei servizi sanitari e socioassistenziali presenti nella Regione di residenza, nonché specificamente degli ospedali che vi operano (indipendentemente dal ricorso o dal non ricorso alle relative prestazioni negli ultimi dodici mesi) che viene esposto nella tabella 28, mettendo a confronto le risposte ottenute nel 2018 con quelle rilevate nel 2019.

Il risultato d'insieme mostra che⁴:

- i giudizi “molto + abbastanza soddisfatto” sono sostanzialmente analoghi nei due anni considerati salvo una lieve contrazione per quanto riguarda i servizi dei centri privati convenzionati con le Asl (52,3% nel 2019 contro 55,8% nel 2018) e i servizi degli ospedali accreditati (47,2% nel 2019 contro 49,0% nel 2018);

⁴ Si tenga presente che chi non sa esprimere un giudizio è rappresentato da una quota di intervistati pressoché equivalente tra il 2018 e il 2019 come si può vedere dalla quinta e sesta colonna della tabella 28.

Tab. 27 – Lunghezza delle eventuali liste di attesa sperimentate dalla popolazione l'ultima volta che nel corso degli ultimi dodici mesi, con riferimento alla necessità di un ricovero in ospedale per cure e/o per interventi chirurgici (di tipo serio e/o grave come pure di tipo leggero) (val. %)

Lunghezza delle liste di attesa	Per cure e/o interventi chirurgici di tipo serio e/o grave											
	Strutture pubbliche				Strutture accreditate				Cliniche private a pagamento			
	Indagine 2018 ¹	Indagine 2019	Indagine 2018 ¹	Indagine 2019	Indagine 2018 ¹	Indagine 2019	Indagine 2018 ¹	Indagine 2019	Indagine 2018 ¹	Indagine 2019	Indagine 2018 ¹	Indagine 2019
- Fino ad un massimo di 10 gg.	42,5	36,0	25,1	11,6	25,5	73,6	25,5	77,0	22,9	60,2		
- Oltre 10 e fino a 30 gg.	24,2	32,7	51,7	76,8	51,5	73,6	51,5	77,0	37,3	60,2		
- Oltre 30 e fino a 60 gg.	18,3	14,7	16,9	15,7	1,9	26,4	1,9	23,0	7,3	39,8		
- Oltre 60 e fino a 120 gg.	4,0	8,1	4,5	8,4	19,7	26,4	19,7	23,0	12,2	39,8		
- Oltre 120 giorni	11,0	8,5	1,8	2,3	1,4	2,3	1,4	2,3	20,3	39,8		
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
V.a.	178	189	54	89	61	89	61	13				

Lunghezza delle liste di attesa	Per cure e/o interventi chirurgici di tipo leggero											
	Strutture pubbliche				Strutture accreditate				Cliniche private a pagamento			
	Indagine 2018 ¹	Indagine 2019	Indagine 2018 ¹	Indagine 2019	Indagine 2018 ¹	Indagine 2019	Indagine 2018 ¹	Indagine 2019	Indagine 2018 ¹	Indagine 2019	Indagine 2018 ¹	Indagine 2019
- Fino ad un massimo di 10 gg.	23,4	34,3	9,0	23,0	78,1	64,2	78,1	87,3	55,4	89,1		
- Oltre 10 e fino a 30 gg.	23,4	21,4	42,0	41,2	9,2	64,2	9,2	87,3	33,7	89,1		
- Oltre 30 e fino a 60 gg.	30,9	23,4	33,9	22,0	-	35,8	-	12,7	10,9	10,9		
- Oltre 60 e fino a 120 gg.	12,1	7,7	10,2	9,7	-	35,8	-	12,7	-	10,9		
- Oltre 120 giorni	10,2	13,2	4,9	4,1	12,7	4,1	12,7	12,7	-	10,9		
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
V.a.	130	447	32	159	12	23	12	23				

(1) Cfr. Ermeneia, *Ospedali&Salute/2018*, tabella 9/pag. 161.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Tab. 28 – Giudizio di soddisfazione/insoddisfazione della popolazione rispetto ai servizi sanitari e socioassistenziali della Regione di residenza, nonché degli ospedali che vi operano, indipendentemente che si abbia o non si abbia avuto occasione di utilizzare i relativi servizi negli ultimi dodici mesi (val. %)

Tipologia di servizi	Molto + Abbastanza soddisfatto		Poco + Per nulla soddisfatto		Non saprei esprimere un giudizio		Totale	V. a.
	Indagine 2018 ¹	Indagine 2019	Indagine 2018 ¹	Indagine 2019	Indagine 2018 ¹	Indagine 2019		
- Servizi delle strutture della Asl (Poli-ambulatori, ecc.)	54,6	54,5	23,9	23,4	21,5	22,1	100,0	4.020
- Servizi dei centri privati convenzionati con le Asl (Poliambulatori, ecc.)	55,8	52,3	16,0	19,1	28,2	28,6	100,0	4.020
- Servizi degli ospedali pubblici	50,0	49,6	28,1	29,3	21,9	21,1	100,0	4.020
- Servizi degli ospedali accreditati	49,0	47,2	16,0	18,2	35,0	34,6	100,0	4.020
- Servizi delle cliniche priv. a pagam.	36,4	36,4	12,2	12,8	51,4	50,8	100,0	4.020

(1) Cfr. Ermeneia, *Ospedali&Salute/2018*, tabella 17/pag. 177.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

- i giudizi “poco + per nulla soddisfatto” risultano invece un po’ più in crescita: per i servizi dei centri privati convenzionati con le Asl (19,1% nel 2019 contro 16,0% nel 2018), per i servizi forniti dagli ospedali pubblici (29,3% contro 28,1%), per i servizi degli ospedali accreditati (18,2% contro 16,0%) ed infine per i servizi delle cliniche private a pagamento (12,8% contro 12,2%).

Le differenze più significative, riferite ai sottocampioni per quanto riguarda le esperienze di liste di attesa per prestazioni Asl interessano soprattutto:

- gli intervistati del Mezzogiorno rispetto al resto del Paese per i disagi di tipo grave-serio e il Nord-Ovest per i disagi di tipo leggero e ancora (per entrambi i disagi) i residenti nei centri di media dimensione rispetto agli altri, le donne piuttosto che gli uomini, i soggetti di età compresa tra i 18 e i 54 anni ed infine le persone che – con un livello di istruzione e un posizionamento sociale migliori – hanno saputo utilizzare meglio i servizi Asl (cfr. *Tabella A25/Campione popolazione, capitolo 3 degli Allegati*);
- gli intervistati del Nord-Ovest e, per le prestazioni relative a disagi di tipo grave-serio, anche il Nord-Est, gli uomini piuttosto che le donne, le persone prevalentemente di età intermedia e quelle fornite di diploma e/o di laurea per quanto riguarda la loro capacità di “reagire” invece che di aspettare con pazienza il proprio turno.

4.3. L’incremento degli accessi e del tempo di attesa al Pronto Soccorso

Anche per il Pronto Soccorso – oltre che per le liste di attesa in vista di ottenere prestazioni Asl e per i ricoveri – si è voluto verificare, vicino all’andamento della numerosità degli accessi negli ultimi dodici mesi e delle relative ragioni, la lunghezza delle attese e i livelli di soddisfazione delle prestazioni ottenute.

Attraverso la tabella 29 vengono misurati gli accessi delle persone adulte ai servizi di Pronto Soccorso presso gli ospedali pubblici, gli ospedali accreditati e – eventualmente – le cliniche private a pagamento. I risultati mettono in evidenza come:

- la maggior parte dei flussi di ingresso, come è ovvio, abbiano fatto capo agli ospedali pubblici, nella misura del 26,6% nel 2019, pari in valore assoluto a 13,5 milioni di persone⁵ contro il 21,4% dell’anno precedente

⁵ Calcolate sul totale del popolazione residente da 18 anni in poi all’1.1.2019, pari a 50.680.412 unità (Fonte: *Istat*).

(pari a 10,8 milioni di unità): l'accesso dunque cresce di 5,2 punti percentuali che corrispondono a 2,7 milioni di pazienti;

- agli ospedali accreditati abbia avuto accesso il 7,9% degli intervistati nel 2019, pari a 4,0 milioni di persone contro il 4,1% (corrispondenti a 2,1 milioni di soggetti) nel 2018, con un incremento di 3,8 punti percentuali pari a 1,9 milioni di persone⁶ rispetto all'anno precedente;
- ed infine i pazienti che si sono orientati verso le cliniche private a pagamento siano il 4,7% pari a 2,4 milioni di persone⁷ contro il 3,2% (corrispondenti a 1,6 milioni di unità) nel 2018, con un incremento di 1,5 punti percentuali a cui corrispondono circa 800 mila accessi in più nell'anno 2019.

In totale si sarebbe in presenza dunque ad un flusso di 19,9 milioni di persone di 18 anni e oltre che hanno avuto una o più esperienze di accesso al Pronto Soccorso nel 2019: anche se va sottolineato che esiste la possibilità di una pluralità di accessi presso ospedali diversi (strutture pubbliche, strutture accreditate e cliniche private a pagamento) e questo indipendentemente dal fatto che esista o meno in tutte le strutture un servizio formalizzato di Pronto Soccorso: questo perché i pazienti si rivolgono – in caso di necessità urgente (reale o presunta) – alla struttura ospedaliera più vicina.

Proprio per comprendere meglio le eventuali sovrapposizioni delle diverse tipologie di ospedale negli accessi al Pronto Soccorso si è predisposta la successiva tabella 29A che permette di stimare meglio tale fenomeno. Come si può rilevare:

- coloro che hanno avuto una o più esperienze presso un Pronto Soccorso pubblico hanno anche utilizzato tale servizio presso un ospedale accreditato nel 25,5% dei casi e ciò è avvenuto presso una clinica privata a pagamento nel 16,1% dei casi;
- coloro invece che hanno utilizzato dei servizi di Pronto Soccorso presso un ospedale accreditato (che sono 1/3 rispetto a chi si è rivolto ad un ospedale pubblico) hanno utilizzato anche un servizio di Pronto Soccorso presso un ospedale pubblico nell'86,3% dei casi e/o un analogo servizio presso una clinica privata a pagamento nel 51,0% dei casi;
- infine chi si è rivolto ad una clinica privata a pagamento (probabilmente per questioni di emergenza non grave) che peraltro rappresenta 1/5 degli accessi al Pronto Soccorso pubblico si è rivolto contemporaneamente ad un ospedale pubblico nell'89,8% e/o ad un ospedale accreditato nell'84,2% dei casi.

⁶ Calcolate sul totale del popolazione residente da 18 anni in poi all'1.1.2019, pari a 50.680.412 unità (Fonte: *Istat*).

⁷ *Ibidem*.

Tab. 29 – Eventuali esperienze di accesso al Pronto Soccorso da parte della popolazione adulta, nel corso degli ultimi dodici mesi, a seconda della tipologia di ospedale cui ci si è rivolti (vd. % e v.a)

Esperienze	Popolazione					
	Indagine 2018 ¹		Indagine 2019			
	Comp. %	Stima dei v.a. corrispondente (in milioni)	Comp. %	Stima dei v.a. corrispondente (in milioni)	Incrementi punti percentuali ²	Accessi v.a. (in milioni) ²
Ospedale pubblico						
- Sì, una volta	14,7	21,4	10,8	18,7	26,6	2,7
- Sì, 2 o più volte	6,7					
- No	68,9			67,1		
- Non ricordo	9,7			6,3		
Totale	100,0			100,0		
v.a.	4.020			4.020		
Ospedale accreditato						
- Sì, una volta	2,5	4,1	2,1	4,6	7,9	1,9
- Sì, 2 o più volte	1,6					
- No	85,0			86,0		
- Non ricordo	10,9			6,1		
Totale	100,0			100,0		
v.a.	4.020			4.020		
Clinica privata a pagamento						
- Sì, una volta	1,9	3,2	1,6	3,1	4,7	0,8
- Sì, 2 o più volte	1,3					
- No	86,6			89,0		
- Non ricordo	10,2			6,3		
Totale	100,0			100,0		
v.a.	4.020	28,7 ²	14,5 ²	4.020	39,2 ²	5,4 ²

(1) Cfr. Ermencia, *Ospedali&Salute* 2018, tabella 20/pag. 184.

(2) Al lordo degli eventuali accessi presso più tipologie di ospedali nel corso degli ultimi dodici mesi.

Fonte: *indagine Ermencia – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Tab. 29A – Incidenza degli eventuali accessi (una o più volte) al Pronto Soccorso all'interno delle tre diverse tipologie di ospedali indicati (val. %)

Tipologia di Pronto Soccorso presso ospedali diversi	Servizi di Pronto Soccorso presso ospedale pubblico	Servizi di Pronto Soccorso presso ospedale accreditato	Servizi di Pronto Soccorso presso cliniche private a pagamento
% sul totale del campione popolazione	26,6	7,9	4,8
V.a.	1.069	316	191
<i>% totale sul ricorso alla singola struttura ospedaliera</i>	100,0	100,0	100,0
– Servizi di Pronto Soccorso presso ospedale pubblico		86,3	89,8
– Servizi di Pronto Soccorso presso ospedale accreditato	25,5		84,2
– Servizi di Pronto Soccorso presso cliniche private a pagamento	16,1	51,0	

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Quanto alle ragioni che hanno spinto la popolazione adulta ad utilizzare una o più volte il Pronto Soccorso negli ultimi dodici mesi la tabella 30 mostra come la maggioranza degli intervistati abbia intrapreso questa decisione in presenza di un disagio ritenuto non grave: il 45,0% infatti dichiara che tale disagio era di questo tipo “ma in ogni caso si riteneva essere preoccupante”, cui si aggiunge un 22,0% che afferma di esser stato mosso da un disagio leggero ma che riteneva di dover affrontare comunque e subito. Come si può vedere il riferimento al Pronto Soccorso come soluzione rapida, in presenza non solo di ragioni di emergenza ma anche – non di rado – per problemi di accesso alle prestazioni della medicina territoriale (liste di attesa troppo lunghe e/o qualità dei servizi ritenuta non sufficientemente adeguata) già si può intuire da questi dati.

Tab. 30 – Ragioni che hanno spinto la popolazione ad utilizzare una o più volte il Pronto Soccorso negli ultimi dodici mesi (val. %)

<i>Ragioni</i>	<i>%</i>
– La presenza di un disagio che ho ritenuto realmente o potenzialmente grave	36,4
– La presenza di un disagio che ho ritenuto fosse non grave, ma in ogni caso preoccupante	45,0
– La presenza di un disagio leggero ma che ritenevo di dover affrontare subito	22,0

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

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Quanto ai tempi di attesa la tabella 31 distingue – come nell’indagine 2018 – la lunghezza dell’attesa prima di essere visitati e la lunghezza delle attese per completare gli eventuali esami integrativi ritenuti necessari dopo la prima visita. Come si può rilevare (cfr. prima e terza colonna della tabella 31):

- le attese fino ad un massimo di 1 ora – sia del primo tipo che del secondo tipo menzionato – risultano in significativa diminuzione: da 50,9% a 39,5% prima di essere visitati e da 26,0% a 18,2% per completare gli esami ritenuti necessari;
- le attese che superano l’ora e arrivano fino a 3 ore tendono invece a rimanere sostanzialmente stabili tra il 2018 e il 2019 (concentrate attorno al 28%-29% per entrambe le fasi considerate);
- le attese che superano le 3 ore e arrivano fino a 5 ore mostrano, al contrario, un significativo aumento (da 13,3% a 19,0% prima di essere visitati e da 18,6% a 22,4% per completare gli esami);
- ed infine le attese che superano le 5 ore e che possono andare fino a 10 ore ed oltre o magari anche durante la notte subiscono un incremento ancora più incisivo (da 7,4% a 13,1% prima di essere visitati e da 20,9% a 28,2% per completare gli eventuali esami).

È evidente che le condizioni di accesso e di attesa per le prestazioni di Pronto Soccorso si trovano dunque in una situazione di “tensione” crescente passando dal 2018 al 2019.

Quanto al confronto delle valutazioni espresse dai soggetti che hanno utilizzato effettivamente il Pronto Soccorso la tabella 32 misura innanzitutto la sensazione di essere stati o meno “messi al centro dell’attenzione” come pazienti l’ultima volta che si è avuto accesso a tale servizio nel corso degli ultimi dodici mesi. I risultati evidenziano che:

- si ritiene di esser stati “messi al centro dell’attenzione” nel 2019 più nell’ambito delle strutture accreditate e delle cliniche private che non degli ospedali pubblici: con un lieve decremento rispetto al 2018 per gli ospedali pubblici, una continuità sostanziale per gli ospedali accreditati ed un aumento significativo per le cliniche private (ma è anche possibile che ci si sia rivolti a queste ultime per ragioni legate a disagi più di tipo leggero che grave);
- si valuta di essere stati messi al centro dell’attenzione “ma solo appena un po’” da circa 1/4 degli intervistati e cioè dal 27,7% nel caso degli ospedali pubblici, dal 25,4% nel caso degli ospedali accreditati e dal 21,6% nel caso delle cliniche private (con una contrazione per le prime due categorie ed un aumento per le cliniche private rispetto al 2018);
- ed infine si giudica di non essere stati messi al centro dell’attenzione per nulla oppure di essere stati trattati in maniera inappropriata dal 35,4% presso gli ospedali pubblici, dal 33,8% presso gli ospedali accreditati e dal 21,0% presso le cliniche private (con un incremento più pronunciato per le prime due categorie di ospedali e con una diminuzione da parte delle cliniche private).

Il livello di soddisfazione/insoddisfazione dichiarato dalla popolazione rispetto alle esperienze avute nel Pronto Soccorso (in uno o più ospedali, l’ultima volta che ciò è avvenuto nel corso degli ultimi dodici mesi) mostra una sostanziale coerenza con i dati esposti nella tabella 32: infatti il giudizio positivo (“molto + abbastanza soddisfatto”) diminuisce, passando dal 65,1% del 2018 al 59,7% del 2019 mentre – per converso – aumentano i “poco + per nulla soddisfatti” dal 29,0% del 2018 al 37,5% del 2019.

Tenuto conto di quanto si è sin qui esposto, emergono delle differenze nelle valutazioni dei sottocampioni, rispetto alla media complessiva, per quanto concerne:

- l’accesso, una o più volte negli ultimi dodici mesi, ad un servizio di Pronto Soccorso soprattutto da parte degli intervistati residenti nel Nord-Ovest e nei centri di media dimensione, nelle donne rispetto agli uomini e nelle persone più giovani oltre che nei soggetti maggiormente dotati sul piano

Tab. 31 – Tempo di attesa al Pronto Soccorso secondo la popolazione che si è rivolta l'ultima volta a tale servizio nel corso degli ultimi dodici mesi (val. %)

Tempo di attesa	Popolazione					
	Indagine 2018 ¹			Indagine 2019		
	Prima di essere visitato	Per completare gli eventuali esami integrativi ritenuti necessari	Per completare gli eventuali esami	Prima di essere visitato	Per completare gli eventuali esami integrativi ritenuti necessari	Per completare gli eventuali esami integrativi ritenuti necessari
- Meno di mezz'ora	27,9	12,8	26,0	16,3	39,5	9,0
- Più di mezz'ora e fino a 1 ora	23,0	13,2		23,2		9,2
- Più di 1 ora e fino a 2 ore	14,7	14,1	29,8	13,8	28,4	14,7
- Più di 2 ore e fino a 3 ore	13,7	15,7		14,6		13,8
- Più di 3 ore e fino a 4 ore	7,5	11,5	18,6	8,7	19,0	12,1
- Più di 4 ore e fino a 5 ore	5,8	7,1		10,3		10,3
- Più di 5 ore e fino a 6 ore	3,1	6,2		5,5		6,1
- Più di 6 ore e fino a 7 ore	2,1	3,0		1,9		3,7
- Più di 7 ore e fino a 8 ore	0,4	2,5		0,9		3,3
- Più di 8 ore e fino a 9 ore	0,3	2,2	20,9	2,0	13,1	2,8
- Più di 9 ore e fino a 10 ore	0,2	1,2		0,8		1,5
- Oltre 10 ore	1,0	3,0		1,1		6,5
- Anche la notte	0,3	2,8		0,9		4,3
- Non sono stati necessari altri esami integrativi	-	4,7		-		2,7
Totale	100,0	100,0		100,0		100,0
v.a.	1.255	1.255		1.125		1.125

(1) Cfr. *Ermeneia, Ospedali&Salute/2018*, tabella 27/pag. 196.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Tab. 32 – Sensazione di esser stati o meno “messi al centro” come pazienti in occasione dell’ultima esperienza avuta al Pronto Soccorso negli ultimi dodici mesi da parte della popolazione (val. %)

Risposta	Popolazione con esperienze di P.S. (Indagine 2018) ¹			Popolazione con esperienze di P.S. (Indagine 2019)		
	Ospedale pubblico	Ospedale accreditato	Clinica privata a pagamento	Ospedale pubblico	Ospedale accreditato	Clinica privata a pagamento
– Si è stati effettivamente “messi al centro” dell’attenzione come pazienti (prima delle esigenze di personale, prima delle esigenze dell’organizzazione, ecc.)	29,4	30,6	13,0	28,4	30,9	47,1
– Si è stati effettivamente “messi al centro” dell’attenzione come pazienti ma solo appena un po’	31,6	43,4	14,2	27,7	25,4	21,6
– Non si è stati per nulla o quasi “messi al centro” dell’attenzione come pazienti (poiché prima c’erano le esigenze di personale, dell’organizzazione)	15,2	26,3	27,8	21,3	35,4	14,8
– Si è stati trattati in maniera inappropriata (pur tenendo presenti le condizioni affollate, le lunghe attese, ecc.)	11,1	3,8	17,4	14,1	6,0	6,2
– Non si sa dare una valutazione in proposito	12,7	5,2	27,6	8,5	9,9	10,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	1.054	123	43	1.069	316	191

(1) Cfr. Ermencia, *Ospedali&Salute/2018*, tabella 36/pag. 209.

Fonte: *indagine Ermencia – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

della formazione scolastica e del posizionamento sociale (cfr. *Tabella A29/Campione popolazione, capitolo 3 degli Allegati*);

- la sensazione di esser stati effettivamente “messi al centro” come pazienti all’interno del Pronto Soccorso pubblico, la quale fa capo soprattutto agli intervistati del Nord-Est rispetto al resto del Paese, mentre la sensazione opposta è propria delle persone residenti nel Mezzogiorno: viceversa queste ultime giudicano più positivamente di quanto non esprima la media del campione l’accoglienza ricevuta nei servizi di Pronto Soccorso presenti all’interno di ospedali accreditati e/o di cliniche private a pagamento (cfr. *Tabella A32/Campione popolazione, capitolo 3 degli Allegati*);
- ed infine il livello di soddisfazione dichiarato per le esperienze avute presso il servizio di Pronto Soccorso (indipendentemente dalla tipologia di ospedale a cui ci si è rivolti) risulta più elevato nel caso delle persone residenti nel Nord-Ovest e nel Nord-Est del Paese oltre che in quello delle donne rispetto agli uomini e nelle persone di 35-54 anni; mentre decisamente più insoddisfatti appaiono i giudizi dei soggetti residenti nel Mezzogiorno, di coloro che abitano nei piccoli centri e della componente maschile rispetto a quella femminile del campione (cfr. *Tabella A33/Campione popolazione, capitolo 3 degli Allegati*).

Tab. 33 – Livello di soddisfazione/insoddisfazione dichiarato dalla popolazione rispetto alle esperienze maturate nel Pronto Soccorso in uno o più ospedali l’ultima volta che ciò è avvenuto nel corso degli ultimi dodici mesi (val. %)

Livello di soddisfazione	Popolazione con esperienze di P.S.	
	Indagine 2018 ¹	Indagine 2019
– Molto soddisfatto	9,5	11,2
– Abbastanza soddisfatto	55,6	48,5
– Poco soddisfatto	18,4	24,3
– Per nulla soddisfatto	10,6	13,2
– Non saprei esprimere un giudizio	5,9	2,8
Totale	100,0	100,0
v.a.	1.255	1.125

(1) Cfr. Ermeneia, *Ospedali&Salute/2018*, tabella 37/pag. 211.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

4.4. Le esperienze di liste di attesa per l’accesso alle prestazioni in day hospital e in day service

Sempre in tema di liste di attesa si è voluto quest’anno esplorare anche tale esperienza ma con riferimento alle prestazioni in *day hospital*, in *day service* (di tipo medico-ambulatoriale) e in *day service* (di tipo chirurgico-

ambulatoriale) sia che gli intervistati avessero esigenze relative ad interventi/cure di tipo grave-serio oppure di tipo leggero.

Come si può vedere dalla tabella 34 le liste di attesa per le prestazioni richiamate risultano mediamente sperimentate in una misura del 10% circa degli intervistati e precisamente: dal 10,8% per le prestazioni in *day hospital*, dal 12,7% per le prestazioni in *day service* medico-ambulatoriale e dal 9,8% per le prestazioni in *day service* chirurgico-ambulatoriale (con un'incidenza lievemente superiore nel caso dei disagi di tipo leggero rispetto a quelli di tipo grave). La stima dei corrispondenti valori assoluti dei pazienti è di 5,5 milioni di unità nel primo caso, di 6,4 milioni di unità nel secondo caso e 5,0 milioni di unità nel terzo caso.

La possibile sovrapposizione di liste di attesa in cui si è stati inseriti, con riferimento alle tre tipologie di prestazioni richiamate, viene illustrata dalla successiva tabella 34A, da cui si può vedere come:

- coloro che hanno avuto una o più esperienze di liste di attesa per accedere alle prestazioni in *day hospital* (che rappresentano il 10,8% del campione totale della popolazione) hanno anche avuto un'analoga esperienza per l'accesso a prestazioni in *day service* medico-ambulatoriale (nel 57,2% dei casi) e alle prestazioni in *day service* chirurgico-ambulatoriale (nel 52,1% dei casi);
- coloro che hanno sperimentato prestazioni in *day service* medico-ambulatoriale (che sono il 12,7% dell'intero campione della popolazione) hanno anche avuto esperienze di liste di attesa per le prestazioni in *day hospital* (nel 48,8% dei casi) e per le prestazioni in *day service* chirurgico-ambulatoriale (nel 51,7% dei casi);
- coloro infine che hanno avuto esperienze di liste di attesa per prestazioni in *day service* chirurgico-ambulatoriale (che sono il 9,8% dell'intero campione della popolazione) hanno fatto anche esperienze per le prestazioni in *day hospital* (nel 57,8% dei casi) e per le prestazioni in *day service* medico-ambulatoriale (nel 67,3% dei casi).

Quanto ai comportamenti adottati dalla popolazione nel caso si sia stati inseriti in liste di attesa per prestazioni in *day hospital* o in *day service* la tabella 35 mette in evidenza come all'incirca il 60% degli intervistati abbia atteso con pazienza il proprio turno, mentre il rimanente ha trovato delle soluzioni alternative e cioè:

- nell'ambito di strutture ospedaliere pubbliche: il 13,4% per prestazioni relative a disagi di tipo grave-serio e il 14,1% di tipo leggero;
- nell'ambito di strutture accreditate: 12,1% per disagi di tipo grave-serio e 14,7% per disagi di tipo leggero;
- nell'ambito di strutture private a pagamento: 6,5% per disagi di tipo grave-serio e 6,7% per disagi di tipo leggero;

Tab. 34 – Esperienze di liste di attesa da parte della popolazione avute nel corso degli ultimi dodici mesi, in vista di accedere a prestazioni in day hospital, in day service (di tipo medico-ambulatoriale) e/o in day service (di tipo chirurgico-ambulatoriale) a causa di interventi/cure di tipo grave e/o serio oppure leggero (val. % e v.a.)

Numero di esperienze	In day hospital				In day service medico-ambulatoriale ¹			
	Incidenza %		Stima corrispondente in v.a. (in milioni) ³		Incidenza %		Stima corrispondente in v.a. (in milioni) ³	
	Interventi/ cure di tipo grave-serio	Interventi/ cure di tipo leggero	Totale		Interventi/ cure di tipo grave-serio	Interventi/ cure di tipo leggero	Totale	
- Sì, ho avuto delle esperienze in proposito e precisamente:	6,3	9,4	10,8	5,5	9,0	10,4	12,7	6,4
• Ho avuto 1 sola esp.	4,2	7,2	5,1	2,5	6,5	7,7	5,0	2,5
• Ho avuto 2 esp.	1,1	1,3	3,4	1,7	1,0	1,4	4,7	2,4
• Ho avuto 3 esp.	0,3	0,4	0,9	0,5	1,0	0,7	1,0	0,5
• Ho avuto 4 o più esp.	0,7	0,5	1,5	0,8	0,5	0,6	2,0	1,0
- No, non ho avuto alcuna esp. di liste di attesa	93,7	90,6	89,2	45,2	91,0	89,6	87,3	44,3
V.a. rispondenti	4.020	4.020	4.020	50,7	4.020	4.020	4.020	50,7

Numero di esperienze	In day service di tipo chirurgico-ambulatoriale ²				In day service medico-ambulatoriale ²			
	Incidenza %		Stima corrispondente in v.a. (in milioni) ³		Incidenza %		Stima corrispondente in v.a. (in milioni) ³	
	Interventi/ cure di tipo grave-serio	Interventi/ cure di tipo leggero	Totale		Interventi/ cure di tipo grave-serio	Interventi/ cure di tipo leggero	Totale	
- Sì, ho avuto delle esperienze in proposito e precisamente:	6,8	8,6	9,8	5,0	6,8	8,6	9,8	5,0
• Ho avuto 1 sola esp.	3,4	5,9	3,7	1,9	3,4	5,9	3,7	1,9
• Ho avuto 2 esp.	2,4	1,9	2,6	1,3	2,4	1,9	2,6	1,3
• Ho avuto 3 esp.	0,5	0,4	0,9	0,5	0,5	0,4	0,9	0,5
• Ho avuto 4 o più esp.	0,5	0,4	2,5	1,3	0,5	0,4	2,5	1,3
- No, non ho avuto alcuna esp. di liste di attesa	93,2	91,4	90,2	45,7	93,2	91,4	90,2	45,7
V.a. rispondenti	4.020	4.020	4.020	50,7	4.020	4.020	4.020	50,7

(1) Si tratta di Accorpamenti Prestazioni Ambulatoriali – APA oppure di Prestazioni Ambulatoriali Complesse – PAC.
 (2) Si tratta di Accorpamenti Prestazioni Ambulatoriali – PCA.

(3) Calcolati sulla base delle persone adulte residenti all'1.1.2019, pari a 50.680.412 (Fonte: Istat).
 Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Tab. 34A – Eventuali esperienze molteplici di liste di attesa da parte della popolazione, avute nel corso degli ultimi dodici mesi, concernenti le prestazioni in day hospital, quelle in day service di tipo medico-ambulatoriale e quelle in day service di tipo chirurgico-ambulatoriale (val. %)

Tipologia di prestazioni per cui si sono avute una o più esperienze di liste di attesa	Esperienze di liste di attesa per il		
	day hospital	day service di tipo medico-ambulatoriale	day service di tipo chirurgico-ambulatoriale
% sul totale del campione popolazione	10,8	12,7	9,8
V.a.	435	510	392
<i>% totale per singola esperienza</i>	100,0	100,0	100,0
– Esperienze di liste di attesa per il day hospital		48,8	57,8
– Esperienze di liste di attesa per il day service di tipo medico-ambulatoriale	57,2		67,3
– Esperienze di liste di attesa per il day service di tipo chirurgico-ambulatoriale	52,1	51,7	

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. 35 – Comportamento adottato dalla popolazione nel caso si sia stati inseriti in liste di attesa, nel corso degli ultimi dodici mesi, in vista di ottenere prestazioni in day hospital, in day service di tipo medico-ambulatoriale o in day service di tipo chirurgico-ambulatoriale (val. %)

Comportamenti	Prestazioni chirurgiche e/o interventi di tipo grave-serio	Prestazioni chirurgiche/cure di tipo leggero
– Ha atteso il proprio turno	61,5	60,6
– Ha trovato soluzioni alternative, di cui:	38,5	39,4
▪ Nell'ambito di strutture ospedaliere pubbliche	13,4	14,1
▪ Nell'ambito di strutture ospedaliere accreditate	12,1	14,7
▪ Ha deciso di ricorrere a strutture private a pagamento	6,5	6,7
▪ Ha rimandato le prestazioni	1,9	1,3
▪ Ha rinunciato alle prestazioni	4,6	2,6
Totale	100,0	100,0
V.a.	476	703

Fonte: indagine *Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema*, 2019

- oppure si è rimandato e/o rinunciato alle prestazioni: nella misura del 6,5% nel caso di disagi di tipo grave-serio e del 3,9% nel caso di disagi di tipo leggero.

Le differenze più evidenti in termini di esperienze di liste di attesa e di eventuali comportamenti “reattivi” mostrano:

- a) un’incidenza maggiore delle liste di attesa quasi sempre per gli intervistati del Nord-Ovest del Paese sia per disagi di tipo grave che di tipo leggero (salvo che per le persone residenti nel Mezzogiorno, con riferimento alle prestazioni in *day hospital* e in *day service* chirurgico-ambulatoriale in presenza di disagi di tipo grave). Ma l’incidenza più elevata vale per entrambi i disagi nelle dichiarazioni degli intervistati donne piuttosto che uomini, nei soggetti di età compresa tra i 18 e i 54 anni e in quelli che risultano meglio posizionati dal punto di vista formativo e sociale cfr. *Tablelle A34.1 e A34.2/Campione popolazione, capitolo 3 degli Allegati*);
- b) e una quota maggiore (con riferimento ai disagi di tipo grave) di comportamenti reattivi rispetto alla semplice attesa, soprattutto per i residenti nel Mezzogiorno (un po’ meno nel Centro Italia) e nelle città di media dimensione oltre che per le donne rispetto agli uomini e – come già verificato più volte – per le persone con un elevato livello di istruzione e un buon posizionamento sociale.

Gli intervistati maggiormente reattivi (nel caso invece di disagi di tipo leggero) si rivelano essere le persone residenti nel Nord-Ovest del Paese

e quelle nei centri di media dimensione oltre che i soggetti che dichiarano un buon posizionamento sociale (cfr. *Tabella A35/Campione popolazione, capitolo 3 degli Allegati*).

Quanto ai ticket e/o alle spese eventualmente sostenute la tabella 36 mostra come poco meno della metà degli intervistati abbia dovuto per l'appunto sostenere delle spese attraverso ticket o altre formule di rimborso. Ciò è avvenuto per il 45,4% degli intervistati nel caso delle prestazioni in *day hospital*, per il 48,7% nel caso delle prestazioni in *day service* di tipo medico-ambulatoriale e per una quota minore (il 32,4%) nel caso delle prestazioni in *day service* di tipo chirurgico-ambulatoriale. Ovviamente la maggioranza di coloro che ha sostenuto degli oneri ha pagato il ticket nelle strutture pubbliche oppure in quelle accreditate (34,1% per le prestazioni in *day hospital*, 39,0% per le prestazioni in *day service* medico-ambulatoriale e 26,2% per le prestazioni in *day service* di tipo chirurgico). Mentre il superticket ha interessato gli utilizzatori nella misura del 5% o meno per le tre prestazioni indicate nella tabella 36 e una quota ulteriormente ridotta di persone ha sostenuto altre spese presso le strutture pubbliche o accreditate come pure presso le cliniche private.

Sul tema dei costi necessari per accedere alle prestazioni vale la pena considerare i risultati della tabella di incrocio A36.1 (cfr. capitolo 3 degli Allegati), da cui emergerebbe che, stante le dichiarazioni degli intervistati, i soggetti che non pagano alcun ticket, superticket o che non sostengono altre spese sono:

- il 54,6% per quanto concerne le prestazioni in *day hospital*;
- il 51,3% per quanto concerne le prestazioni in *day service* medico-ambulatoriale;
- e il 67,6% per quanto concerne le prestazioni in *day service* chirurgico.

Tali percentuali tuttavia arrivano al 70% per gli intervistati del Nord (per le prestazioni in *day hospital*), del Centro (per le prestazioni in *day service* medico-ambulatoriale) e del Centro-Sud (per le prestazioni *day service* di tipo chirurgico-ambulatoriale). Inoltre chi paga in proporzione di più sono tendenzialmente le donne rispetto agli uomini, le persone più anziane e quelle con titolo di studio basso e/o medio-basso.

Infine si è voluto raccogliere il giudizio da parte del campione intervistato per le prestazioni sin qui richiamate.

Anche in tal caso sono state registrate le sensazioni di esser stati o meno “messi al centro dell’attenzione” come pazienti. I risultati sono esposti nella tabella 37 da cui si può vedere che:

- le sensazioni decisamente positive riguardano soprattutto le prestazioni in *day service* chirurgico-ambulatoriale (50,8%) e quelle in *day service* me-

Tab. 36 – Eventuale pagamento dei ticket e relativo importo qualora la popolazione abbia fatto esperienze, nel corso degli ultimi dodici mesi, di prestazioni in day hospital oppure in day service di tipo medico-ambulatoriale e/o di tipo chirurgico-ambulatoriale (val. %)

Tipologia di prestazioni	Nessun ticket		Hanno pagato		Di cui:		Di cui:		Di cui:		Totale	
	o altro tipo di spese presso strutture pubbliche e/o accreditate	spese presso strutture pubbliche o accreditate	ticket, superticket o hanno sostenuto altre spese	ticket delle strutture pubbliche o accreditate	Ticket ambito delle strutture pubbliche o accreditate	Superticket ambito delle strutture pubbliche o accreditate	Altre spese presso le strutture pubbliche o accreditate	Altre spese presso le strutture pubbliche o accreditate	Abbiamo sostenuto il costo pieno presso le strutture private	Abbiamo sostenuto il costo pieno presso le strutture private	%	V.a.
- Prestazioni in day hospital	54,6	54,6	45,4	34,1	5,3	3,8	2,2	100,0	238			
- Prestazioni in day service di tipo medico-ambulatoriale	51,3	51,3	48,7	39,0	5,3	1,7	2,7	100,0	221			
- Prestazioni in day service di tipo chirurgico-ambulatoriale	67,6	67,6	32,4	26,2	3,7	0,6	1,9	100,0	136			

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Tab. 37 – Sensazioni avute dalla popolazione che ha avuto esperienze, nel corso degli ultimi dodici mesi, di prestazioni ospedaliere in day hospital, in day service di tipo medico-ambulatoriale e/o in day service di tipo chirurgico-ambulatoriale (val. %)

Sensazioni avute	Day hospital	Day service medico-ambulatoriale	Day service chirurgico-ambulatoriale	Giudizi corrispondenti sul Pronto Soccorso ¹
– Si è avuta la sensazione di essere stati effettivamente “messi al centro” dell’attenzione come pazienti (prima delle esigenze del personale, prima delle esigenze dell’organizzazione, ecc.)	24,1	34,3	50,8	28,4
– Si è avuta la sensazione di essere stati messi al centro dell’attenzione come pazienti talvolta sì e talvolta no	21,2	30,6	14,7	27,3
– Si è avuta la sensazione di essere stati messi al centro dell’attenzione come pazienti, ma solo appena un po’	40,0	12,4	5,8	21,3
– Si è avuta la sensazione di non essere stati per nulla o quasi messi al centro dell’attenzione come pazienti (poiché prima c’erano le esigenze del personale, dell’organizzazione, ecc.)	11,0	10,5	2,1	14,1
– Non saprei dare una valutazione in proposito	3,7	12,2	26,6	8,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
V.a.	238	221	136	1.069

(1) Cfr. la precedente tabella 32.

Fonte: indagine *Ermeneia* – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. 38 – Livello di soddisfazione/insoddisfazione rispetto alle prestazioni sottoindicate e alle strutture utilizzate da parte della popolazione (val. %)

Livello di soddisfazione	Ospedali pubblici			Ospedali accreditati			Cliniche private a pagamento pieno		
	Prestazioni in day hospital	Prestazioni in day service di tipo medico-ambulatoriale	Prestazioni in day service di tipo chirurgico-ambulatoriale	Prestazioni in day hospital	Prestazioni in day service di tipo medico-ambulatoriale	Prestazioni in day service di tipo chirurgico-ambulatoriale	Prestazioni in day hospital	Prestazioni in day service di tipo medico-ambulatoriale	Prestazioni in day service di tipo chirurgico-ambulatoriale
- Molto soddisfatto	25,3	15,0	32,3	19,4	50,3	43,3	45,5	32,4	35,0
- Abbastanza soddisfatto	37,9	51,3	58,7	60,2	35,9	37,3	49,5	56,5	40,6
- Molto + Abbastanza soddisfatto	63,2	66,3	91,0	79,6	86,2	80,6	95,0	88,9	75,6
- Poco soddisfatto	32,8	28,6	1,5	17,7	9,5	5,3	4,8	9,9	10,7
- Per nulla soddisfatto	3,4	3,2	-	1,1	2,4	11,7	0,2	-	-
- Poco + Per nulla soddisfatto	36,2	31,8	1,5	18,8	11,9	17,0	5,0	9,9	10,7
- Non saprei esprimere un giudizio	0,6	1,9	7,5	1,6	1,9	2,4	-	1,2	13,7
V.a.	190	43	9	164	53	9	114	18	6

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019

dico-ambulatoriale (34,3%); mentre le prestazioni in *day hospital* “catturano” una minor quantità di giudizi positivi (24,1%);

- viceversa le sensazioni critiche ribadiscono la situazione meno positiva per il *day hospital* (51,0%), seguite da quelle che riguardano il *day service* medico-ambulatoriale (22,7%) e infine il *day service* chirurgico-ambulatoriale (7,9%).

Può essere interessante anche confrontare le sensazioni di esser stati messi effettivamente al centro come pazienti al Pronto Soccorso rispetto alle tre altre prestazioni indicate nella 37: come si può verificare i giudizi più decisamente positivi toccano il 28,4%, collocandosi a metà circa tra le prestazioni in *day hospital* e quelle in *day service* medico-ambulatoriale, mentre quelle decisamente negative (35,4%) si posizionano, coerentemente, tra il 51,0% del *day hospital* e il 22,7% del *day service* medico-ambulatoriale.

Sempre in termini di valutazione delle prestazioni si è sottoposta al giudizio degli intervistati una domanda basata su un'altra scala che va dal “molto soddisfatto” al “per nulla soddisfatto” (tab. 38). I due giudizi positivi accorpati si aggirano attorno al 63%-66% circa per le prestazioni in *day hospital* e in *day service* di tipo medico-ambulatoriale (è il caso di non prendere in considerazione quella per il *day service* chirurgico-ambulatoriale, stante il livello limitato dei valori assoluti delle risposte a tale proposito): questo per quanto riguarda gli ospedali pubblici. Se poi si passa agli ospedali accreditati i giudizi di soddisfazione crescono in maniera significativa sfiorando o addirittura superando l'80% come si può vedere dal secondo gruppo di dati della tabella 38. E analogamente avviene anche per le cliniche private a pagamento pieno.

Le differenze di giudizio rispetto alla sensazione di essere o meno stati messi al centro dell'attenzione come pazienti come anche rispetto ai giudizi espliciti di soddisfazione/insoddisfazione possono essere rilevate all'interno della *Tabella A37/Campione popolazione* (per tutte e tre le tipologie di prestazioni considerate).

4.5. Il crescente uso improprio del Pronto Soccorso

Infine è stata posta anche quest'anno una domanda che ha a che fare con le propensioni della popolazione ad utilizzare il Pronto Soccorso quando pensa di avere un problema serio e/o urgente di salute, rivolgendosi a tale struttura per accelerare i vari tipi di prestazioni che vanno dalle analisi di laboratorio agli accertamenti diagnostici, dalle visite specialistiche ai ricoveri.

Nella tabella 39 sono state poste a confronto le risposte ottenute nel 2019 con quelle dei due anni precedenti.

La ragione di tale attenzione nei confronti del servizio di Pronto Soccorso risiede nel fatto che ormai da tempo si è rilevata una tendenza ad utilizzare tale servizio come una sorta di “scorciatoia” per accedere a prestazioni che la medicina territoriale non riesce a dare in termini adeguati (o ritenuti tali) sul piano quantitativo come pure sul piano qualitativo oppure anche per bypassare le liste di attesa o per poter accelerare i ricoveri ospedalieri. Anche perché i pazienti e le loro famiglie tendono a privilegiare in via crescente la struttura ospedaliera in quanto realtà che risulta essere più attrezzata e meglio qualificata e, di conseguenza, appare essere più affidabile rispetto ai servizi che fanno capo alle Asl.

Le risposte degli intervistati tendono a confermare in sostanza l’orientamento verso il Pronto Soccorso sia pure con qualche oscillazione intermedia nel 2018 rispetto agli altri due anni considerati. La sostanza è che l’opinione degli intervistati tende comunque a trovare conferma ed anzi accentuazione, visto che:

- a) il medico di base continua peraltro a rappresentare il primo soggetto di riferimento quando si ha o si pensa di avere un problema serio e/o urgente di salute: esso viene collocato al 1° posto sempre e comunque, col 76,2% di consensi nel 2019 (erano del 78,2% nel 2017 e del 70,6% nel 2018);
- b) seguono poi una serie di affermazioni (dalla seconda alla sesta) che costituiscono forme di comportamento “reattivo” rispetto alle inadeguatezze, reali o percepite come tali, della medicina di base ma non solo. Infatti:
 - si preferisce rivolgersi direttamente al Pronto Soccorso ospedaliero nel caso non si trovi una risposta adeguata o abbastanza rapida da parte del medico di base o dagli specialisti dei poliambulatori Asl (51,2% nel 2019, in costante crescita dal 2017);
 - ma talvolta si preferisce recarsi dal medico specialista ospedaliero di cui ci si fida o di cui si è sentito parlar bene per effettuare una visita *intramoenia* all’interno dell’ospedale pubblico oppure una visita privata (entrambe a pagamento) per ottenere, in maniera più rapida, analisi, accertamenti diagnostici o addirittura ricoveri, evitando le liste di attesa (48,1% nel 2019, in ripresa rispetto al 2018 ma in contrazione rispetto al 2017);
 - o ancora si preferisce scegliere la strada del Pronto Soccorso nel caso si abbia bisogno di una visita specialistica, di un accertamento diagnostico, di un ricovero ospedaliero nel caso le liste di attesa risultino troppo lunghe (opinione questa costantemente riferita al 26% circa in tutti e tre gli anni);

Tab. 39 – Soggetti a cui la popolazione preferirebbe rivolgersi, qualora abbia o pensi di avere un problema serio e/o urgente di salute, per effettuare analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, visite specialistiche o ricoveri presso gli ospedali oppure presso i servizi territoriali Asl (medico di base, poliambulatori specialistici, Case della Salute, ecc.) (val. %)

Soggetti	Popolazione		
	Indagine 2017 ¹	Indagine 2018 ¹	Indagine 2019
– Quando si ha o si pensa di avere un problema serio e/o urgente di salute si preferisce rivolgersi innanzitutto al medico di base	1° 78,2	1° 70,6	1° 76,2
– Nel caso non si trovi una risposta adeguata o rapida dal medico di base o dagli specialisti dei poliambulatori Asl, si preferisce rivolgersi direttamente al Pronto Soccorso ospedaliero	3° 43,9	2° 50,8	2° 51,2
– In alternativa si preferisce recarsi dal medico specialista ospedaliero di cui ci si fida o di cui si è sentito parlar bene per effettuare una visita <i>intramoenia</i> all'interno dell'ospedale pubblico oppure una visita privata (entrambe a pagamento), così è più facile effettuare le analisi, gli accertamenti diagnostici o addirittura ottenere il ricovero, evitando le liste di attesa	2° 59,2	3° 46,8	3° 48,1
– Nel caso poi che si avesse bisogno di una visita specialistica, di un accertamento diagnostico o di un ricovero ospedaliero e le relative liste di attesa risultassero troppo lunghe, si preferisce rivolgersi al Pronto Soccorso dell'ospedale	4° 26,8	4° 26,8	4° 26,4
– Si preferisce in ogni caso rivolgersi da subito al Pronto Soccorso dell'ospedale piuttosto che ai servizi della Asl per non perdere tempo	6° 19,7	5° 23,3	5° 21,4
– Insomma si tende ad usare più l'ospedale che non i servizi Asl presenti sul territorio	5° 20,0	6° 20,8	6° 18,8
– Non si saprebbe comunque cosa scegliere, poiché di solito ci si fa consigliare in caso di necessità	26,6	32,7	29,4
– Non si sono ancora avuti problemi seri e/o urgenti di salute da affrontare e quindi non si è in grado di dire quale sarebbe la scelta effettuata	25,6	28,1	28,4
v.a.	4.020	4.020	4.020

Il totale non è uguale a 100 poiché si suggeriva di scegliere i tre soggetti più vicini all'intervistato.

(1) Cfr. *Ermeneya Ospedali & Salute/2018*, tabella 41/pag. 221.

Fonte: *indagine Ermeneya – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Tab. 39A – Pluralità di motivazioni ad utilizzare il Pronto Soccorso per ottenere prestazioni più rapide e/o migliori qualora si abbia o si pensi di avere un problema serio e/o urgente di salute e quindi servono analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, visite specialistiche, ricoveri presso gli ospedali (val.%)

Quando ho o penso di avere un problema serio e/o urgente di salute preferisco rivolgermi anzitutto al mio medico di base		Nel caso non trovi una risposta adeguata o rapida dal mio medico di base o dagli specialisti dei poliamb. Asl, preferisco rivolgermi direttamente al P.S. ospedaliero		In alternativa preferisco recarmi dal medico specialista osp. di cui mi fido o di cui ho sentito parlar bene per effettuare una visita intramoenia dentro osp. pubbl. oppure una visita privata (entrambe a pagam.) così è più facile		Nel caso poi che avessi bisogno di una visita specialistica, di un accertamento diagnostico o di un ricovero ospedaliero e le relative liste risultassero troppo lunghe, preferisco rivolgermi da subito al Pronto Soccorso ospedaliero piuttosto che ai servizi della Asl per non perdere tempo		Tendo a usare più ospedale che non i servizi Asl presenti sul territorio		Non saprei comunque cosa scegliere, poiché di grado di dire quale sarebbe la mia scelta	
V.a.	100,0	V.a.	100,0	V.a.	100,0	V.a.	100,0	V.a.	100,0	V.a.	100,0
% su campione totale della popolazione intervistata	76,2	3.063	51,2	2.058	48,1	1.934	26,4	21,4	18,8	29,4	28,4
% totale della singola propensione indicata	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Quando ho o penso di avere un problema serio e/o urgente di salute preferisco rivolgermi al mio medico di base	75,1	79,8	66,0	48,7	48,3	68,4	65,4	16,5	24,7	9,0	
Nel caso non trovi una risposta adeguata o rapida dal mio medico di base o dagli specialisti dei poliambulatori Asl, preferisco rivolgermi direttamente al P.S. ospedaliero	50,5	48,0	56,3	51,6	22,2	20,6	16,5	24,7	9,0		
In alternativa preferisco recarmi dal medico specialista ospedaliero di cui mi fido o di cui ho sentito parlar bene per effettuare una visita intramoenia all'interno dell'ospedale pubblico oppure una visita privata (entrambe a pagamento) così è più facile	50,3	45,1	27,8	27,7	32,9	28,4	24,7	9,0			
Nel caso poi che avessi bisogno di una visita specialistica, di un accertamento diagnostico o di un ricovero ospedaliero e le relative liste risultassero troppo lunghe, preferisco rivolgermi al P.S. dell'ospedale	22,9	29,0	19,7	20,8	8,6	9,0	13,1	18,9			
Preferisco in ogni caso rivolgermi da subito al Pronto Soccorso ospedaliero piuttosto che ai servizi della Asl per non perdere tempo	13,7	21,6	15,9	25,2	9,4	13,1	18,9				
Tendo a usare più l'ospedale che non i servizi Asl presenti sul territorio	11,9	8,2	14,8	22,1	14,2	18,9	52,5				
Non saprei comunque cosa scegliere, poiché di solito mi faccio consigliare in caso di necessità	26,4	11,8	17,4	12,9	22,2	28,5	50,5				
Non ho avuto ancora problemi seri e/o urgenti di salute da affrontare e quindi non sono in grado di dire quale sarebbe la mia scelta	24,3	9,2	14,5	17,3	28,5	50,5	50,5				

Fonte: indagine Ermenegita – Studi & Strategie di Sistema, 2019

- ma si può anche preferire, in linea più generale, il Pronto Soccorso piuttosto che rivolgersi ai servizi Asl per non perdere tempo in pratiche burocratiche o per non essere inseriti in liste di attesa troppo lunghe (21,4% nel 2019, in crescita rispetto al 19,7% del 2017 e in lieve contrazione rispetto al 23,3% del 2018);
- c) in sintesi insomma, si tende ad usare di più l'ospedale che non i servizi Asl presenti sul territorio quasi in linea di principio (18,8% nel 2019 contro il 20% circa nei due anni precedenti).

Restano poi, al di fuori delle affermazioni precedenti, le ultime due che hanno a che fare rispettivamente col non saper bene cosa scegliere, attendendo consigli in caso di necessità (29,4% nel 2019 contro 26,6% nel 2017 e 32,7% nel 2018) così come non si sono ancora avuti problemi seri di salute e quindi non si sa che risposta dare alla domanda (restando attorno al 25%-28% di risposte nei tre anni considerati).

Peraltro nella tabella 39A si è anche tentato di individuare quale correlazione esista tra le varie propensioni indicate nella tabella 39 e, per facilitare la lettura dei dati più significativi, si sono evidenziate le percentuali che superano il 25%.

Si è dunque davanti ad una sorta di consolidamento di un processo di progressiva “territorializzazione” di fatto dei servizi ospedalieri: essi finiscono infatti con lo svolgere una funzione parzialmente sostitutiva dei servizi di medicina territoriale come pure una funzione di aggiramento delle liste di attesa, ma anche come modalità per scegliere uno specifico specialista o medico ospedaliero di cui ci si fida.

L'esame dei comportamenti delle differenti componenti del campione di popolazione mostra come la spinta ad utilizzare il Pronto Soccorso in funzione sostitutiva di altre prestazioni appaia, nell'anno 2019:

- essere più consistente tendenzialmente per i residenti nel Nord-Est e nel Mezzogiorno oltre che per gli intervistati che vivono nei centri di maggiori dimensioni, a cui si affiancano più le donne che non gli uomini, più le persone mature rispetto alle altre e più le persone con un elevato livello di istruzione e di posizionamento sociale rispetto a quelle collocate a livelli inferiori;
- e, al contrario, appaia essere al di sotto della media del campione la propensione a ricorrere innanzitutto al medico di base per gli intervistati del Mezzogiorno e per quelli residenti in città di maggiore dimensione, per i maschi piuttosto che per le femmine, per le persone più giovani (tra i 18 e i 34 anni) e naturalmente per le persone con un miglior livello di istruzione e di posizionamento sociale.

4.6. La possibile esperienza di più liste di attesa per accedere a prestazioni diverse

Come si può rilevare dalla tabella 40 (cfr. prima riga di dati) i cittadini italiani adulti hanno sperimentato, nel corso degli ultimi dodici mesi⁸:

- una o più esperienze di liste di attesa per prestazioni Asl nel 39,2% dei casi, pari a 19,9 milioni di persone;
- una o più esperienze di liste di attesa per i ricoveri veri e propri in ospedale nel 16,9% dei casi, pari a 8,6 milioni di persone;
- una o più esperienze di liste di attesa per prestazioni in *day hospital* nel 10,8% dei casi, pari a 5,5 milioni di persone;
- una o più esperienze liste di attesa per le prestazioni in *day service* medico-ambulatoriale nel 12,7% dei casi, pari a 6,4 milioni di persone;
- una o più esperienze liste di attesa per le prestazioni in *day service* di tipo chirurgico-ambulatoriale nel 9,8% dei casi, pari a 5,0 milioni di persone;
- ed infine, una o più esperienze di Pronto Soccorso negli ospedali pubblici (nel cui ambito ci si rivolge in maniera ovviamente prevalente) nel 26,6% dei casi, pari a 13,5 milioni di persone.

Al di là tuttavia delle liste di attesa sperimentate per le singole tipologie di prestazioni sopra citate, è possibile che i cittadini italiani abbiano avuto l'esigenza di accedere a più tipologie di prestazioni, sempre nel corso degli ultimi dodici mesi. La molteplicità di accessi viene indicata dalle percentuali in verticale, collocate al di sotto di ogni tipologia di prestazione: il che vuol dire, ad esempio, che tutti coloro che hanno avuto una o più esperienze di liste di attesa per prestazioni Asl (che sono il 39,2% della popolazione) hanno anche avuto una o più esperienze di liste di attesa:

- per il ricovero in ospedale (37,3%);
- per le prestazioni in *day hospital* (22,8%);
- per le prestazioni in *day service* medico-ambulatoriale (26,3%);
- per le prestazioni in *day service* chirurgico-ambulatoriale (21,6%);
- e possono aver avuto anche una o più esperienze di Pronto Soccorso nell'ambito degli ospedali pubblici (47,6%).

Considerando nell'insieme la tabella 40 si può anche rilevare come:

- le co-esperienze di liste di attesa per prestazioni Asl siano quelle più ricorrenti (la seconda riga di percentuali supera infatti quasi sempre l'80%) nell'ambito di ciascuna delle prestazioni indicate nell'intestazione della

⁸ La stima dei valori assoluti di coloro che hanno avuto le esperienze sottoindicate è stata calcolata a partire dal numero di persone adulte residenti all'1.1.2019, pari a 50.680.412 unità (Fonte: *Istat*).

tabella richiamata e tocca il 70,2% per chi ha avuto una o più esperienze di Pronto Soccorso;

- le seconde co-esperienze di liste di attesa più diffuse siano quelle del ricovero in ospedale (con valori che vanno da poco più del 60% fino a più dell'80%) e stabiliscano una correlazione col Pronto Soccorso che tocca il 39,8% (cfr. terza riga di dati).

Naturalmente è possibile che la sequenza di accesso alle liste di attesa, coerentemente con i bisogni dei singoli intervistati, avvenga con combinazioni che passano attraverso le percentuali esposte colonna per colonna: queste ultime infatti sono da considerare risposte multiple di gruppo, nel senso che rispecchiano l'accesso specifico ma non il legame con altri accessi specifici indicati all'interno di ogni singola colonna. Proprio per avere un'idea di massima dell'entità delle combinazioni è stato calcolato il numero medio di prestazioni aggiuntive rispetto a quella indicata in testata a ciascuna colonna della tabella 40. Il risultato è che, oltre alla singola esperienza indicata nell'intestazione di quest'ultima, se ne aggiungono:

- altre 3,7 in media, nel caso delle prestazioni in *day service* chirurgico-ambulatoriale;
- altre 3,4 in media, nel caso delle prestazioni in *day hospital*;
- altre 3,1 in media, nel caso delle prestazioni in *day service* medico-ambulatoriale;
- altre 3,0 in media, nel caso dei ricoveri ospedalieri;
- altre 2,0 in media, nel caso del Pronto Soccorso pubblico;
- ed infine altre 1,6 in media, nel caso delle prestazioni Asl.

Tab. 40 – La possibile molteplicità di esperienze di liste di attesa per prestazioni diverse (val. %)

Tipologia di liste di attesa sperimentate		Ho avuto una o più esperienze di liste di attesa per prestazioni Asl	Ho avuto una o più esperienze di liste di attesa per ricovero in ospedale	Ho avuto una o più esperienze di liste di attesa in day hospital	Ho avuto una o più esperienze di liste di attesa in day service medico-ambulatoriale	Ho avuto una o più esperienze di liste di attesa in day service chirurgico-ambulatoriale	Ho avuto una o più esperienze di Pronto Soccorso pubblico
V.a.	% sul campione totale di popolazione	39,2	16,9	10,8	12,7	9,8	26,6
		1.577	680	435	510	392	1.069
	% totale di ogni singola esperienza	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
-	Una o più esperienze di liste di attesa per prestazioni Asl	37,3	86,5	82,4	81,3	86,9	70,2
-	Una o più esperienze di liste di attesa per ricovero in ospedale	22,8	49,7	77,5	62,3	87,5	39,8
-	Una o più esperienze di liste di attesa in day hospital	26,3	46,8	57,2	48,8	57,8	28,3
-	Una o più esperienze di liste di attesa in day service medico-ambulatoriale	21,6	50,5	52,1	51,7	67,3	33,1
-	Ho avuto una o più esperienze di Pronto Soccorso pubblico	47,6	62,6	69,5	69,3	71,5	26,2
	Numero medio di una o più esperienze di liste di attesa diverse oltre quelle indicate nell'intestazione della tabella 4	1,6	3,0	3,4	3,1	3,7	2,0

Fonte: indagine *Ermenèia – Studi & Strategie di Sistema*, 2019

Parte terza

*I caregiver di fronte al processo
di de-ospedalizzazione e di giunzioni
ancora inadeguate tra i diversi sistemi di cura
e di riabilitazione*

1. Il prolungamento delle attese per accedere ai ricoveri

1.1. Un accesso articolato della famiglia alle prestazioni ospedaliere

Si è inteso innanzitutto registrare le risposte dei *caregiver* (per se stessi e per gli altri membri della convivenza) circa le eventuali esperienze avute sul piano dei ricoveri ospedalieri in senso stretto come pure sul piano delle prestazioni in *day hospital* e in *day service* sia di tipo medico-ambulatoriale che di tipo chirurgico-ambulatoriale.

Dalle risposte ottenute si vede come (tab. 1): il 17,4% degli stessi *caregiver* dichiarò di aver avuto una o più esperienze tra quelle indicate, percentuale che ovviamente risulta più elevata per gli altri membri della famiglia (18,5%). Tale differenza può essere legata in buona parte all'età più avanzata di questi ultimi che esprimono normalmente una domanda più elevata di prestazioni, ma anche alla componente più giovane e cioè ai minori. Inoltre è anche il caso di sottolineare che il 18,5% suddetto risulta sottostimato in quanto il *caregiver* poteva riferirsi ad un solo membro della famiglia ma anche a più membri, i quali – a loro volta – possono aver utilizzato una o più prestazioni tra quelle indicate nella tabella 1.

Se poi si va a verificare quali siano questo tipo di esperienze all'interno rispettivamente del 17,4% dei *caregiver* e del 18,5% degli altri membri della famiglia, si vede come i ricoveri ospedalieri veri e propri rappresentino il 9,7% nel caso specifico della persona del *caregiver* ma l'11,4% qualora ci si riferisca agli altri membri componenti del nucleo familiare (che possono essere, ovviamente, uno o più).

Peraltro i ricoveri sono di tipo diverso, visto che esistono:

- gli interventi chirurgici di tipo leggero che si collocano al 1° posto (3,9% per i *caregiver* in quanto tali e 4,9% per gli altri membri della famiglia);
- le cure relative a malattie di tipo leggero che si trovano al 2° posto (2,1% per i *caregiver* e 2,3% per gli altri membri);

- gli interventi chirurgici di tipo grave che si trovano a ridosso dei precedenti ma comunque al 3° posto (2,0% per i *caregiver* e 2,2% per gli altri membri della famiglia);
- ed infine le cure relative a malattie di tipo grave che si trovano al 4° posto in ordine di priorità (1,7% per i *caregiver* e 2,0% per gli altri membri).

Ai ricoveri in senso proprio vanno ad aggiungersi innanzitutto le prestazioni avute in *day service*, di solito senza permanenza in ospedale, ma con qualche eccezione legata al momento dell'intervento di mattina o di pomeriggio oppure ad altre cause di sicurezza per cui si trattiene il malato per una notte: in tal caso l'accesso a tali prestazioni sale sino al 4,9% per quelle ricevute dal *caregiver* e al 5,0% per gli altri membri della famiglia.

Si aggiungono poi le prestazioni in *day service* di tipo medico-ambulatoriale e quelle in *day service* di tipo chirurgico-ambulatoriale: nel loro insieme si tratta del 6,6% per i *caregiver* e del 6,4% per gli altri membri della famiglia, cui si aggiungono altre prestazioni nella misura di circa il 2% per entrambi i soggetti.

Naturalmente le esperienze sin qui ricordate siano esse di ricovero o di altro tipo possono sommarsi tra loro, nel corso degli ultimi dodici mesi, sia per i *caregiver* che per gli altri membri della famiglia: il che viene confermato dal numero medio di prestazioni pro-capite (1,3 per entrambi i soggetti), calcolato tenendo conto delle risposte multiple presenti nella tabella 1. Ma a tale proposito è anche il caso di ricordare che il secondo valore (cioè quello che si riferisce agli altri membri della famiglia) risulta necessariamente sottostimato poiché esistono più membri che a loro volta possono non aver avuto accesso ad alcuna prestazione o, al contrario, possono averne utilizzata una o più ciascuno.

Quanto alle eventuali differenze interne al campione vale la pena di ricordare che i *caregiver* e i membri della famiglia che hanno avuto maggiori esperienze di ricoveri ospedalieri, di prestazioni in *day hospital* o in *day service* sono soprattutto quelli residenti nel Nord-Ovest e nel Centro rispetto al resto del Paese oltre che nei comuni più piccoli e inoltre sono quelli di sesso maschile più che femminile, di età più avanzata (oltre i 55 anni) e – in maniera più marcata – in possesso di un livello di istruzione e di un'appartenenza sociale di tipo medio-alto o alto (cfr. *Tabella A1.1 e Tabella A1.2/ Campione caregiver, capitolo 4 degli Allegati*).

Tab. 1 – Esperienze, nel corso degli ultimi dodici mesi, di ricoveri ospedalieri, di prestazioni in day hospital, di prestazioni in day service (di tipo medico-ambulatoriale) e/o di prestazioni in day service (di tipo chirurgico-ambulatoriale) (val. %)

Tipologie di esperienze	Prestazioni utilizzate dal caregiver (2019) ¹	Prestazioni utilizzate da altri membri della famiglia (2019) ¹
– Sì, ho/abbiamo avuto esperienze di una o più liste di attesa, di cui:	17,4	18,5
• di ricoveri per interventi chirurgici di tipo leggero	3,9	4,9
• di ricoveri per cure relative a malattia di tipo leggero	2,1	2,3
• di ricoveri per interventi chirurgici di tipo grave	2,0	2,2
• di ricoveri per cure relative a malattia di tipo grave	1,7	2,0
• di prestazioni in day hospital	4,9	5,0
• di prestazioni in day service (di tipo medico-ambulatoriale) ²	5,1	4,4
• di prestazioni in day service (di tipo chirurgico-ambulatoriale) ³	1,5	2,0
• di altro	2,0	2,1
– No, non abbiamo avuto bisogno di alcun ricovero o prestazione di tipo ospedaliero nel corso degli ultimi dodici mesi	82,6	81,5
V.a. rispondenti	2.000	2.000
V.a. esperienze avute (una o più)	348	370
V.a. ricoveri e/o prestazioni	464	498
Numero medio di risposte per intervistato	1,3	1,3

(1) Base campione Telepanel.

(2) Si tratta di Accompagnamento Prestazioni Ambulatoriali – APA oppure di Prestazioni Ambulatoriali Complesse – PAC.

(3) Si tratta di Prestazioni Chirurgiche Ambulatoriali – PCA.

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

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

1.2. Più liste di attesa per i ricoveri, ma anche più ricerca di alternative

Usufruire di ricoveri ospedalieri, di cui hanno fatto esperienza una o più volte, negli ultimi dodici mesi, il 9,7% dei *caregiver* e l'11,4% di uno o più membri della famiglia (cfr. precedente tabella 1) implica spesso di essere stati inseriti in apposite liste di attesa. Questa modalità ha interessato, nell'ultimo anno (tab. 2):

- il 5,1% dei *caregiver* e il 5,9% degli altri membri della loro famiglia, nel caso di prestazioni chirurgiche/cure di tipo grave-serio;
- ma rispettivamente il 10,9% e il 10,5% dei soggetti appena ricordati, per prestazioni chirurgiche/cure di tipo leggero.

Se poi si unificano le risposte relativi ai *caregiver* come pure agli altri membri della famiglia, distinguendo solo la gravità oppure la leggerezza di interventi e cure (cfr. 5^a e 6^a colonna della tabella 2), le relative percentuali salgono rispettivamente al 7,9% e al 15,9%, raggiungendo nel loro insieme il 18,6% come totale generale (cfr. 7^a colonna della tabella 2). Si tenga presente che i *caregiver* hanno mediamente un'età più elevata rispetto alla media della popolazione da 18 anni in poi, che gli altri membri della famiglia interessati a cure e/o interventi sono più spesso anziani che minori e quindi possono aver sperimentato più liste di attesa: di conseguenza l'incidenza di queste ultime non può che essere più ampia rispetto a quella della popolazione come appare dal confronto del valore della 7^a colonna (18,6%) con il valore della 10^a colonna (16,9%).

Il suddetto 18,6%, riferito ai *caregiver* e agli altri membri della famiglia, a sua volta è significativamente più consistente rispetto all'11,7% registrato nell'anno 2018 (cfr. 11^a colonna della tabella 2). Questa crescita confermerebbe, tra l'altro, la dinamica espansiva del ricorso alle liste di attesa emerso anche per il campione della popolazione tra l'anno 2018 (8,0%) e l'anno 2019 (16,9%)¹.

Va anche aggiunto che esiste probabilmente un fattore ulteriore che ha portato i *caregiver* a dichiarare più esperienze di liste di attesa nel 2019, poiché nell'indagine si è chiesto loro di distinguere tra le prestazioni chirurgiche/cure di tipo grave-serio e quelle di tipo leggero: al contrario nel 2018 la domanda del questionario richiedeva risposte accorpate tra le due tipologie di prestazioni, pur distinguendo tra esperienze avute direttamente dal *caregiver* ed esperienze avute dagli altri membri della famiglia.

¹ Cfr. Tabella 25/Parte seconda, pag. 160.

Tab. 2 – Esperienze di liste di attesa, avute nel corso degli ultimi dodici mesi, in vista di un vero e proprio ricovero in ospedale a causa di cure e/o interventi chirurgici di tipo grave/serio e/o di tipo leggero (val. %)

Riposte	Indagine 2019 ¹										Indagine 2019 Popolazione ³		Indagine 2018 ⁵	
	Caregiver			Altri membri della famiglia			Totale caregiver + altri membri della famiglia ²				Totale generale ²		Totale ⁴	Caregiver e/o altri membri della famiglia
	Prestazioni chirurgiche/ grave/serio	Prestazioni chirurgiche/ cure di tipo leggero	Prestazioni chirurgiche/ cure di tipo leggero	Prestazioni chirurgiche/ grave/serio	Prestazioni chirurgiche/ cure di tipo leggero	Prestazioni chirurgiche/ grave/serio	Prestazioni chirurgiche/ cure di tipo leggero	Prestazioni chirurgiche/ grave/serio	Prestazioni chirurgiche/ cure di tipo leggero	Prestazioni chirurgiche/ grave/serio	Prestazioni chirurgiche/ cure di tipo leggero	Prestazioni chirurgiche/ cure di tipo leggero		
- Si è avuta 1 o più esperienze, di cui:	5,1	10,9	5,9	10,5	7,9	15,9	18,6	7,2	15,6	16,9	11,7			
• 1 sola esperienza	3,6	8,2	4,1	7,7	4,3	8,8	9,5	4,6	12,3	10,0	9,5			
• 2 esperienze	0,4	1,5	0,7	1,6	1,8	4,3	4,2	1,3	2,0	3,4	1,2			
• 3 esperienze	0,4	0,3	0,4	0,8	0,5	0,9	1,1	0,8	0,5	1,4	0,4			
• 4 o più esperienze	0,7	0,9	0,7	0,4	1,3	2,1	3,8	0,5	0,5	2,1	0,6			
- Non si è avuta alcuna esperienza	94,9	89,1	94,1	89,5	92,1	84,1	81,4	92,8	84,4	83,1	88,3			
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.	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	4.020	4.020	4.020	2.000			

(1) Base campione Telepanel.

(2) I valori sono stati calcolati a partire dalle esperienze dichiarate dai caregiver, per quanto riguarda essi stessi e per quanto riguarda gli altri membri della famiglia. Si è adottato il seguente criterio, a partire dai dati assoluti delle risposte del questionario: in caso di nessuna risposta data dal caregiver per se stesso + nessuna risposta per gli altri membri = N nessuna esperienza; Nessuna esperienza diretta del caregiver + 1 esperienza o più di altri familiari = 1 esperienza; 1 o più esperienze dirette del caregiver + 1 o più esperienze da parte degli altri membri = 2 o più esperienze. Il 18,6% applicato al numero totale di famiglie italiane residenti pari a 25.716.000 unità (Fonte: Istat, "Dataset - Aspetti della vita quotidiana") porta a 4,8 milioni di quelle che hanno avuto una o più esperienze di liste di attesa nel corso degli ultimi dodici mesi.

(3) Cfr. Parte seconda/Tabella 25.

(4) Si è seguito lo stesso metodo di cui alla nota 2, ma applicato alle risposte della popolazione.

(5) Cfr. Ermeneta, *Ospedali & Salute*/2018, tabella 7/pag. 159.

Fonte: *indagine Ermeneta - Studi & Strategie di Sistema, 2019*

In ogni caso il numero di famiglie in cui si sono avute esperienze di liste di attesa in vista di un vero e proprio ricovero in ospedale è stato stimato al 18,2%, seguendo il metodo illustrato nella nota 2 della tabella 2. Tale percentuale corrisponde all'incidenza delle prestazioni chirurgiche/cure siano esse gravi siano esse leggere e rivolte indifferentemente ai *caregiver* e/o agli altri membri della famiglia: tenendo conto dell'ammontare complessivo delle famiglie italiane all'1.01.2019², tale numero raggiunge i 4,8 milioni di unità.

L'accesso alle liste di attesa per veri e propri ricoveri in ospedale ha interessato maggiormente, rispetto alla media del campione i *caregiver* e gli altri membri della famiglia che risultano residenti al Nord-Ovest e quelli nei centri minori (tra 20 e 100 mila abitanti), gli uomini piuttosto che le donne e le persone più anziane, nonché gli intervistati con livello di istruzione e appartenenza sociale di tipo medio-alto e alto.

Al di là delle esperienze avute nell'ambito delle liste di attesa per i ricoveri in ospedale va poi precisata quale possa essere stata la lunghezza di tali liste di attesa. Nella tabella 3 sono state poste a confronto le risposte dei *caregiver*, articolate a seconda della tipologia di ospedale e del tipo di disagio. Come si può vedere (trascurando le cliniche private a pagamento che presentano valori assoluti troppo limitati):

- si assiste ad una diminuzione netta delle attese, nel caso delle cure/interventi chirurgici di tipo serio-grave, fino ad un massimo di 30 gg. ma ad un aumento altrettanto netto delle attese oltre i 30 gg. che possono andare fino ad oltre i 120 gg.: e questo vale sia per gli ospedali pubblici che per gli ospedali accreditati³;
- si assiste invece, per le cure/interventi chirurgici di tipo leggero, ad una lunghezza di liste di attesa sostanzialmente stabile fino a 30 gg. come pure al di là dei 30 gg., per quanto concerne gli ospedali pubblici; mentre per gli ospedali accreditati si è davanti ad un miglioramento della situazione abbastanza evidente⁴.

Inoltre, nella tabella 3A si è posto a confronto l'andamento della lunghezza delle liste di attesa sempre nell'ambito dell'indagine 2019, considerando le risposte dei *caregiver*, da un lato e quelle del campione di popolazione, dall'altro. Il risultato mostrerebbe una valutazione più critica da parte dei *caregiver* rispetto a quella della popolazione, sempre per gli ospedali

² Sommando le famiglie senza nucleo + con un nucleo + con 2 o più nuclei nell'anno 2018 (Fonte: Istat, "Dataset – Aspetti della vita quotidiana").

³ Non si commentano i valori percentuali per le cliniche private a pagamento, stante i valori assoluti di calcolo troppo limitati.

⁴ Ibidem.

Tab. 3 – Lunghezza delle eventuali liste di attesa sperimentate l'ultima volta da parte dei caregiver e/o da altri membri della famiglia nel corso degli ultimi dodici mesi, a seconda dell'ospedale cui ci si è rivolti in presenza di malattie di tipo serio e/o grave e/o di tipo leggero (val. %)¹

Lunghezza delle liste di attesa per ricovero in ospedale	Per cure e/o interventi chirurgici di tipo serio e/o grave							
	Ospedali pubblici		Ospedali accreditati		Cliniche private a pagamento		2018 ²	
	2019 ¹	2018 ²	2019 ¹	2018 ²	2019 ¹	2018 ²	2019 ¹	2018 ²
– Fino ad un massimo di 10 giorni	29,3	39,1	32,1	26,8	34,2	67,2	34,2	67,2
– Oltre 10 e fino a 30 giorni	28,3	33,1	21,2	48,3	35,3	32,8	35,3	32,8
– Oltre 30 e fino a 60 giorni	18,6	15,0	32,6	12,3	12,7	-	12,7	-
– Oltre 60 e fino a 120 giorni	11,1	6,4	9,3	-	17,8	-	17,8	-
– Oltre 120 giorni	12,7	6,4	4,8	12,6	-	-	-	-
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
V.a.	134	98	49	28	6	4	6	4

Lunghezza delle liste di attesa per ricovero in ospedale	Per cure e/o interventi chirurgici di tipo leggero							
	Ospedali pubblici		Ospedali accreditati		Cliniche private a pagamento		2018 ²	
	2019 ¹	2018 ²	2019 ¹	2018 ²	2019 ¹	2018 ²	2019 ¹	2018 ²
– Fino ad un massimo di 10 giorni	25,2	18,1	30,2	11,0	42,5	91,6	42,5	91,6
– Oltre 10 e fino a 30 giorni	20,7	27,4	30,8	24,7	39,5	-	39,5	-
– Oltre 30 e fino a 60 giorni	19,4	15,2	24,7	50,1	5,7	8,4	5,7	8,4
– Oltre 60 e fino a 120 giorni	14,8	12,2	7,3	-	12,3	-	12,3	-
– Oltre 120 giorni	19,9	27,1	7,0	14,2	-	-	-	-
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
V.a.	395	83	115	20	18	2	18	2

(1) Base campione rafforzato (Telepanel + Web).

(2) Cfr. Ermeneta, *Ospedali & Salute*/2018, tabella 9/pag. 161.

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema*, 2019

Tab. 3A – Lunghezza delle eventuali liste di attesa sperimentate l'ultima volta che nel corso degli ultimi dodici mesi, con riferimento alla necessità di un ricovero in ospedale per cure e/o per interventi chirurgici (di tipo serio e/o grave come pure di tipo leggero) – Indagine 2019 (val. %)

Lunghezza delle liste di attesa per ricovero in ospedale	Per cure e/o interventi chirurgici di tipo serio e/o grave					
	Ospedali pubblici		Ospedali accreditati		Cliniche private a pagamento	
	Caregiver e/o altri membri della famiglia ¹	Popolazione con esperienze di liste di attesa	Caregiver e/o altri membri della famiglia ¹	Popolazione con esperienze di liste di attesa	Caregiver e/o altri membri della famiglia ¹	Popolazione con esperienze di liste di attesa
– Fino ad un massimo di 10 giorni	29,3	36,0	32,1	11,6	34,2	22,9
– Oltre 10 e fino a 30 giorni	28,3	32,7	21,2	62,0	35,3	37,3
– Oltre 30 e fino a 60 giorni	18,6	14,7	32,6	15,7	12,7	7,3
– Oltre 60 e fino a 120 giorni	11,1	8,1	9,3	8,4	17,8	12,2
– Oltre 120 giorni	12,7	8,5	4,8	2,3	-	20,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
V.a.	134	189	49	89	6	13

Lunghezza delle liste di attesa per ricovero in ospedale	Per cure e/o interventi chirurgici di tipo leggero					
	Ospedali pubblici		Ospedali accreditati		Cliniche private a pagamento	
	Caregiver e/o altri membri della famiglia ¹	Popolazione con esperienze di liste di attesa	Caregiver e/o altri membri della famiglia ¹	Popolazione con esperienze di liste di attesa	Caregiver e/o altri membri della famiglia ¹	Popolazione con esperienze di liste di attesa
– Fino ad un massimo di 10 giorni	25,2	34,3	30,2	23,0	42,5	55,4
– Oltre 10 e fino a 30 giorni	20,7	21,4	30,8	41,2	39,5	33,7
– Oltre 30 e fino a 60 giorni	19,4	23,4	24,7	22,0	5,7	10,9
– Oltre 60 e fino a 120 giorni	14,8	7,7	7,3	9,7	12,3	-
– Oltre 120 giorni	19,9	13,2	7,0	4,1	-	-
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
V.a.	395	447	115	159	18	23

(1) Base campione rafforzato (Telepanel + Web).

Fonte: indagine Ermenzia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

pubblici e per gli ospedali accreditati: frutto probabilmente di una sensibilità più pronunciata da parte del *caregiver* che deve gestire un ruolo di governo dei bisogni e delle risposte sul piano sanitario non solo per sé ma anche per gli altri membri della famiglia siano essi minori, adulti o anziani⁵.

Ma quali comportamenti hanno adottato i *caregiver*, nel corso degli ultimi dodici mesi, trovandosi ad essere inseriti personalmente o dovendo inserire i membri della famiglia in liste di attesa per il ricovero in ospedale sia per interventi/cure di tipo grave-serio come pure di tipo leggero?

La prima, fondamentale differenza che appare dalla tabella 4 è la crescita dei comportamenti di tipo “reattivo”: infatti sono state adottate altre modalità di comportamento rispetto all’attesa paziente del proprio turno nel 19,9% dei casi nel 2018 che però salgono al 43,3% per prestazioni chirurgiche e/o cure di tipo grave-serio e comunque al 40,4% per prestazioni di tipo leggero nell’anno 2019.

Il maggiore impegno rivolto ad altri tipi di comportamenti ritenuti più opportuni si manifesta in particolare per quanto riguarda le prestazioni chirurgiche/cure di tipo grave-serio per l’appunto, per le quali i *caregiver* hanno dichiarato in media 1,9 comportamenti pro-capite contro 1,6 per le prestazioni chirurgiche/cure di tipo leggero contro una media complessiva di 1,6 comportamenti per entrambi i disagi da parte dei *caregiver* nel 2018.

Inoltre si consideri l’incidenza dei vari tipi di comportamenti indicati, mettendo sempre a confronto ciò che è avvenuto nel 2018 e nel 2019: a tale proposito mentre viene confermato l’ordine di priorità di tali comportamenti, emerge un’intensità ben maggiore nel 2019 delle percentuali esposte nelle prime due colonne rispetto a quelle della terza colonna, sempre con riferimento alla tabella 4.

Più specificamente nella prima fascia di comportamenti emerge al 1° posto il ricorso ad ospedali accreditati, dove le liste erano più brevi oppure non esistevano affatto, seguito al 2° posto dall’orientamento verso ospedali pubblici che si trovavano in una situazione più favorevole nel senso di avere liste di attesa più brevi per arrivare poi, al 3° posto, ad altre strutture pubbliche e/o accreditate situate fuori Regione.

Nella seconda fascia di comportamenti prevale di gran lunga il ricorso alle visite specialistiche *intramoenia* (a pagamento) presso gli ospedali pubblici o comunque alle visite presso medici specialisti, ma in regime professionale, anche se essi lavorano presso ospedali pubblici: questo al fine di poter abbreviare i tempi di attesa per il ricovero in ospedale.

⁵ Non si commentano i valori percentuali per le cliniche private a pagamento, stante i valori assoluti di calcolo troppo limitati.

Infine una quota – seppur limitata – ha rimandato o rinunciato al ricovero nella misura di circa il 2% o poco più.

È interessante anche rilevare le differenze di reattività all'interno dei vari sottocampioni, che peraltro non differiscono molto tra le prestazioni chirurgiche/cure di tipo grave o di tipo leggero. In proposito emerge come i “più reattivi” siano gli intervistati del Mezzogiorno e talvolta del Centro del Paese, quelli che abitano in centri abitati di media o grande dimensione, i maschi rispetto alle femmine, le fasce di età più giovani e particolarmente le persone più istruite e socialmente meglio collocate.

Tab. 4 – *Comportamenti adottati l'ultima volta che si è stati inseriti, nel corso degli ultimi dodici mesi, in liste di attesa per ricoveri ospedalieri in vista di cure e/o di interventi chirurgici di tipo grave/serio o di tipo leggero (vd. %)*

Comportamenti	Caregiver (Indagine 2019) ¹		Caregiver (Indagine 2018) ² Per prestazioni chirurgiche/cure di tipo grave-serio e/o di tipo leggero
	Prestazioni chirurgiche e/o cure di tipo grave-serio	Prestazioni chirurgiche/ cure di tipo leggero	
– Si è aspettato con pazienza il proprio turno	56,7	59,6	80,1
– Si sono adottati altri tipi di comportamenti e cioè:	43,3	40,4	19,9
• Si è fatto ricorso ad ospedali accreditati, dove le liste per il ricovero erano più brevi o non esistevano	21,3	12,9	5,8
• Si è fatto ricorso ad altri ospedali pubblici aventi liste di attesa più brevi in vista del ricovero	14,4	11,5	2,6
• Si è fatto ricorso a strutture ospedaliere pubbliche fuori Regione, in vista del ricovero	3,2	3,1	1,5
• Si è fatto ricorso a strutture ospedaliere accreditate fuori Regione, in vista del ricovero	3,6	1,9	0,8
• Si è fatto ricorso a strutture ospedaliere fuori Italia, in vista del ricovero	0,6	0,3	-
• Si è fatto ricorso ad una visita specialistica intramoenia a pagamento presso gli ospedali pubblici, sperando così di abbreviare i tempi di attesa per il ricovero in ospedale dove operava il medico specialista	14,9	11,0	3,9
• Si è fatto ricorso a medici specialisti che lavorano presso ospedali pubblici e/o accreditati, che operano anche in regime libero-professionale, sperando così di abbreviare i tempi di attesa per il ricovero in ospedale dove operava il medico specialista	12,3	11,1	4,8
• Si è fatto ricorso ad ospedali pubblici e/o ad ospedali accreditati ma pagando, come paziente solvente, tutte le spese (non disponendo di coperture assicurative integrative)	4,0	2,5	0,6
• Si è fatto ricorso ad ospedali pubblici e/o ad ospedali accreditati ma pagando, come paziente solvente, tutte le spese (disponendo di coperture assicurative integrative)	3,5	5,1	2,1
• Si è fatto ricorso a strutture ospedaliere private a pagamento, situate fuori Regione, in vista del ricovero	1,3	2,2	0,4
• Altro	3,4	2,1	1,3
• Si è rimandato il ricovero	2,4	2,0	-
• Si è rinunciato al ricovero	0,6	0,2	0,9
V.a. Rispondenti	307	529	234
V.a. Rispondenti che hanno aspettato con pazienza il loro turno	174	315	187
V.a. Rispondenti che hanno adottato altri comportamenti	133	214	47
Numero di comportamenti adottati, al netto di rimandi e rinunce	253	337	56
Numero medio di comportamenti per intervistato	1,9	1,6	1,6
Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte.			

(1) Base campione rafforzato (Telepanel + Web).

(2) Cfr. Ermeneia, *Ospedali&Salute* 2018, tabella 10/pag. 163.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

2. Il ricorso alle prestazioni in day hospital e in day service

2.1. Attese significative, ma con una minore reattività da parte degli utenti

Vicino alle liste di attesa per le prestazioni Asl e a quelle destinate ai ricoveri ospedalieri si è preso in considerazione quest'anno anche l'insieme delle prestazioni in *day hospital*, in *day service* (di tipo medico-ambulatoriale) e in *day service* (di tipo chirurgico-ambulatoriale), facendo riferimento complessivamente sia agli interventi/cure di tipo grave-serio oppure di tipo leggero che hanno a che fare col *caregiver* stesso o con altri membri della famiglia.

Dalla tabella 5 si può rilevare come tale tipo di esperienze abbia interessato:

- il 7%-8% all'incirca dei *caregiver* sia per le prestazioni in *day hospital* che per quelle in *day service* di tipo medico-ambulatoriale e una quota più limitata (4,7%) per quelle in *day service* di tipo chirurgico-ambulatoriale;
- ma anche gli altri membri della famiglia in proporzioni pressoché analoghe: 7,5% per le prestazioni in *day hospital*, 7,3% per il *day service* medico-ambulatoriale e 5,5% per il *day service* di tipo chirurgico-ambulatoriale.

La stima del numero di famiglie italiane in cui il *caregiver* ha fatto ricorso alle prestazioni indicate nella tabella 5 è la seguente:

- 1,8 milioni per le prestazioni in *day hospital*;
- 2,0 milioni per le prestazioni in *day service* di tipo medico-ambulatoriale;
- e 1,2 milioni per le prestazioni in *day service* di tipo chirurgico-ambulatoriale.

Analogamente la stima del numero di famiglie in cui altri membri rispetto al *caregiver* hanno avuto le esperienze indicate nella tabella 5 arriva a:

- 1,9 milioni per le prestazioni in *day hospital*;

- 1,9 milioni per le prestazioni in *day service* di tipo medico-ambulatoriale;
- e 1,4 milioni per le esperienze in *day service* di tipo chirurgico-ambulatoriale.

Naturalmente le stime suddette sono innanzitutto al lordo di una o più esperienze di liste di attesa che possono far capo in taluni casi al solo *caregiver*, in altri casi solo ai membri della famiglia oppure ancora ad entrambe le categorie.

Inoltre le stime sono al lordo anche per possibili utilizzi di più prestazioni all'interno della categoria dei *caregiver* come pure all'interno di quella degli altri membri della famiglia. Allo scopo di avere un'idea un po' più precisa di quest'ultimo tipo di pluriutilizzi si è effettuato un apposito incrocio dei dati all'interno della tabella 5 che ha portato alla successiva tabella 5A, la quale mostra come:

- i *caregiver* possano aver intrecciato più esperienze di liste di attesa in misura variabile tra il 35,9% e il 58,5%;
- e gli altri membri della famiglia, a loro volta, presentino un possibile intreccio compreso tra il 42,2% e il 66,7%.

Le differenze delle diverse esperienze nel campo delle liste di attesa per le prestazioni sin qui richiamate mostrano come i soggetti maggiormente coinvolti siano i *caregiver* e gli altri membri della famiglia, residenti soprattutto a Nord-Est rispetto al resto del Paese, quelli che vivono nei centri minori nonché la componente maschile rispetto a quella femminile e quella mediamente più anziana rispetto alle altre, a cui si aggiungono soprattutto gli intervistati con livello di istruzione e posizionamento sociale migliore, evidentemente in grado di governare meglio l'accesso all'offerta dei servizi del Sistema Sanitario Regionale (cfr. *Tabella A5.1 e Tabella A5.2/Campione caregiver, capitolo 4 degli Allegati*).

Quanto alla lunghezza delle liste di attesa per le prestazioni in *day hospital* e in *day service* la tabella 6 vede all'incirca il 60% degli intervistati dichiarare un tempo massimo di 30 gg. per tutte e tre le tipologie di servizi, mentre si è attorno al 40% o poco meno per le prestazioni che vanno da oltre 30 fino a superare i 120 gg.: ma quelle relativamente più consistenti (da oltre 60 e fino a 120 gg.) si aggirano comunque attorno al 20% in complesso.

Anche per le prestazioni qui esaminate ci si è chiesti quali siano stati i comportamenti "reattivi" dei *caregiver* di fronte alle liste di attesa necessarie per poter accedere alle suddette prestazioni. Tali comportamenti contemplano (tab. 7):

- la scelta di aspettare il proprio turno nelle liste di attesa da parte di più del 60% degli intervistati per le prestazioni in *day hospital* e da poco più del 50% per le prestazioni in *day service* medico-ambulatoriale, mentre si

Tab. 5 – Esperienze, nel corso degli ultimi dodici mesi, di liste di attesa per accedere a prestazioni in day hospital, in day service (di tipo medico-ambulatoriale) e/o in day service (di tipo chirurgico-ambulatoriale) a causa di interventi/cure di tipo grave e/o serio oppure leggero (val. %)

Esperienze di liste di attesa	Caregiver ¹			Altri membri della famiglia ¹		
	In day hospital	In day service medico-ambulatoriale ²	In day service chirurgico-ambulatoriale ³	In day hospital	In day service medico-ambulatoriale ²	In day service chirurgico-ambulatoriale ³
- Sì, ho/abbiamo avuto delle esperienze in proposito e precisamente:	7,0	7,8	4,7	7,5	7,3	5,5
• Ho/abbiamo avuto 1 sola esperienza	5,7	5,4	3,9	6,2	5,5	4,5
• Ho/abbiamo avuto 2 esperienze	0,7	1,6	0,6	0,8	1,2	0,8
• Ho/abbiamo avuto 3 esperienze	0,3	0,5	0,1	0,2	0,4	0,1
• Ho/abbiamo avuto 4 o più esperienze	0,3	0,3	0,1	0,3	0,2	0,1
- No, non ho/abbiamo avuto alcuna esperienza di liste di attesa	93,0	92,2	95,3	92,5	92,7	94,5
V.a.	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000
Stima n. famiglie residenti (in milioni di unità)⁴	1,8	2,0	1,2	1,9	1,9	1,4

(1) Base campione Telepanel.

(2) Si tratta di Accorpamento Prestazioni Ambulatoriali – APA oppure di Prestazioni Ambulatoriali Complesse – PAC.

(3) Si tratta di Prestazioni Chirurgiche Ambulatoriali – PCA.

(4) Calcolate sul numero complessivo di famiglie italiane, sommando quelle senza nucleo + con 1 nucleo + con 2 o più nuclei nell'anno 2018, pari a 25.716 mila unità (Fonte: *Istat*, "Dataset – Aspetti della vita quotidiana").

Fonte: *indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Tab. 5A – Incidenza % di intervistati che hanno avuto più esperienze di liste di attesa per prestazioni in day hospital, in day service medico-ambulatoriale e in day service chirurgico-ambulatoriale

Esperienze di liste di attesa per le diverse prestazioni indicate	Caregiver ¹			Altri membri della famiglia ¹		
	In day hospital	In day service medico-ambulatoriale ²	In day service chirurgico-ambulatoriale ³	In day hospital	In day service medico-ambulatoriale ²	In day service chirurgico-ambulatoriale ³
Incidenza % su 2.000 caregiver	7,0	7,8	4,7	7,5	7,3	5,5
V.a.	141	155	95	150	145	110
% totale per singola prestazione	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
- Prestazioni in day hospital	-	52,2	58,5	-	54,0	57,9
- Prestazioni in day service medico-ambulatoriale	57,6	-	58,5	51,9	-	66,7
- Prestazioni in day service chirurgico-ambulatoriale	39,5	35,9	-	42,2	50,6	-

(1) I valori assoluti presentano le risposte dei caregiver e degli altri membri della famiglia che hanno avuto una o più esperienze di liste di attesa nelle prestazioni sopra indicate.

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. 6 – Lunghezza delle eventuali liste di attesa sperimentate dal caregiver e/o da altri membri della Sua famiglia l'ultima volta che si sono avute esperienze di liste di attesa, nel corso degli ultimi dodici mesi, per accedere a prestazioni in day hospital, in day service (di tipo medico-ambulatoriale) e/o in day service (di tipo chirurgico-ambulatoriale) (val. %)⁽¹⁾

Lunghezza delle liste di attesa	Prestazioni in day hospital	Prestazioni in day service medico-ambulatoriale	Prestazioni in day service chirurgico-ambulatoriale
– Fino ad un massimo di 10 giorni	30,0	30,7	27,1
– Oltre 10 e fino a 30 giorni	29,8	30,5	34,5
– Oltre 30 e fino a 60 giorni	20,1	19,2	17,3
– Oltre 60 e fino a 120 giorni	9,3	9,7	10,6
– Oltre 120 giorni	10,8	9,9	10,5
V.a.	350	319	253

(1) Base campione rafforzato (Telepanel + Web).

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. 7 – Comportamento adottato nel caso si siano avute esperienze di liste di attesa, nel corso degli ultimi dodici mesi, per accedere a prestazioni in day hospital, in day service di tipo medico-ambulatoriale e/o in day service di tipo chirurgico-ambulatoriale (val. %)

Comportamenti adottati	Caregiver ¹			Altri membri della famiglia ¹			Popolazione	
	In day hospital	In day service medico-ambulatoriale ²	In day service di tipo chirurgico-ambulatoriale ³	In day hospital	In day service medico-ambulatoriale ²	In day service di tipo chirurgico-ambulatoriale ³	Prestazioni chirurgiche e/o interventi di tipo grave-serio	Prestazioni chirurgiche cure di tipo leggero
- Ho/Abbiamo atteso il nostro turno	64,3	52,8	47,8	61,5	54,7	52,3	61,5	60,6
- Ho/Abbiamo trovato soluzioni alternative, di cui:	35,7	47,2	52,2	38,5	45,3	47,7	38,5	39,4
• Nell'ambito di strutture ospedaliere pubbliche	11,8	14,1	12,6	15,0	15,4	12,2	13,4	14,1
• Nell'ambito di strutture ospedaliere accreditate private a pagamento	11,8	14,0	20,0	9,2	12,3	18,9	12,1	14,7
• Nell'ambito di strutture private a pagamento	8,3	11,7	10,1	11,0	13,3	11,1	6,5	6,7
• Altro	-	-	1,5	0,1	-	2,0	-	-
• Ho/abbiamo rimandato le prestazioni	3,1	4,1	6,5	1,4	2,5	1,9	1,9	1,3
• Ho/abbiamo rinunciato alle prestazioni	0,7	3,3	1,5	1,8	1,8	1,6	4,6	2,6
V. a.	253	253	180	268	243	203	476	703

(1) Base campione rafforzato (Telepanel + Web).

(2) Si tratta di Accorpamento Prestazioni Ambulatoriali – APA oppure di Prestazioni Ambulatoriali Complesse – PAC.

(3) Si tratta di Prestazioni Chirurgiche Ambulatoriali – PCA.

Fonte: indagine *Ermeneca – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

resta al 48% circa per le prestazioni *day service* di tipo chirurgico-ambulatoriale, per quanto riguarda i *caregiver*; esiste inoltre qualche sfumatura di differenza nel caso dei comportamenti degli altri membri della famiglia;

- i comportamenti “alternativi” risultano ovviamente complementari rispetto alle percentuali precedenti e appaiono essere, al loro interno, più accentuati nel caso dei *caregiver*, in particolare qualora si tratti di prestazioni in *day service* sia medico-ambulatoriale che chirurgico-ambulatoriale;
- all’interno dei comportamenti “alternativi” tende a prevalere l’orientamento verso le strutture ospedaliere pubbliche per le prestazioni rivolte agli altri membri della famiglia rispetto a quelle indirizzate ai *caregiver*, mentre il ricorso a strutture ospedaliere accreditate privilegia gli stessi *caregiver* (e parallelamente le strutture private a pagamento pieno tornano ad essere lievemente più pronunciate per gli altri membri della famiglia);
- il rimando o la rinuncia alle prestazioni fa capo – pur nella loro scarsa incidenza – soprattutto ai *caregiver* più che agli altri membri della famiglia;
- infine va rilevato come i comportamenti volti a trovare soluzioni alternative siano nettamente più pronunciati per i *caregiver* e per gli altri membri della famiglia rispetto alla popolazione presa nel suo insieme, segno evidente questo di un atteggiamento più reattivo da parte di chi esercita un ruolo importante di gestione dei problemi della salute della famiglia (e cioè i *caregiver*): quest’ultima infatti può comprendere al suo interno soprattutto persone anziane con disagi e sovente di maggiore serietà: il che richiede spesso la ricerca di soluzioni alternative.

Le differenze interne al campione sottolineano che i *caregiver* e i relativi membri famigliari risultano più “reattivi” soprattutto nel Mezzogiorno e nei centri di maggiore dimensione, nonché se si trovano in un’età intermedia (tra i 35 e i 54 anni) e, in ogni caso, se sono dotati di un buon livello di istruzione e di un buon posizionamento sociale (cfr. *Tabella A7.1 e Tabella A7.2/Campione caregiver, capitolo 4 degli Allegati*).

2.2. La tipologia di strutture utilizzate e la partecipazione alla spesa dei pazienti

I *caregiver* possono aver fatto esperienza, per sé o attraverso gli altri membri della famiglia, nel corso degli ultimi dodici mesi, di prestazioni in

day hospital o in *day service*, rivolgendosi a differenti strutture pubbliche o accreditate come evidenzia la tabella 8. Questa sottolinea la prevalenza degli accessi presso gli ospedali pubblici (poco meno del 70%) specie, in quest'ultimo caso, per le prestazioni in *day service* e in *day service* di tipo medico-ambulatoriale, cui si affiancano le strutture Asl: il che porta l'utilizzo dell'offerta pubblica di servizi vicino o pari all'80%, come mostra la 3^a colonna della tabella 8. Ma si può verificare come le prestazioni oggetto dell'esame siano svolte in massima parte presso le strutture degli ospedali pubblici e in parte minoritaria presso le strutture Asl.

Resta poi la componente accreditata che risulta tuttavia concentrata prevalentemente negli ospedali accreditati: 14,2% per le prestazioni in *day hospital* contro il 5,1% per le cliniche private a pagamento nonché per le prestazioni in *day service* medico-ambulatoriale (16,0% per gli ospedali accreditati contro il 6,6% delle cliniche private). Infine le prestazioni in *day service* di tipo medico chirurgico vengono effettuate presso ospedali accreditati oppure presso cliniche private a pagamento con la stessa intensità: 11,3% nel primo caso e 10,2% nel secondo caso.

La ripartizione degli accessi, con riferimento ad alcune variabili di tipo strutturale mostra che (cfr. *Tabella A8/Campione caregiver, capitolo 4 degli Allegati*):

- per le tre prestazioni indicate ci si rivolge prevalentemente agli ospedali pubblici (tra il 68% e il 70%), ma con una propensione più pronunciata per il Nord-Est: 81,0% per il *day hospital*, 73,1% per il *day service* medico e 77,3% per il *day service* chirurgico; seguono, in ordine di importanza, le Asl e questo avviene soprattutto nel Mezzogiorno: 17,2% per il *day hospital* e 20,7% per il *day service* medico (contro una media dell'intero campione pari rispettivamente al 12,3% e al 14,6%);
- quanto all'età è più facile utilizzare le prestazioni in *day hospital* e in *day service* di tipo medico quando si è più giovani o di età intermedia (tra i 18 e i 54 anni), mentre il *day service* di tipo chirurgico riguarda un po' di più i 55enni e oltre.

Naturalmente accedere alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale può richiedere di pagare o meno un ticket oppure dei superticket come illustra la tabella 9. Più esattamente i *caregiver* e/o gli altri membri della famiglia sostanzialmente esenti si aggirano attorno al 40% (con una variabilità interna a seconda dei tre servizi esaminati). Mentre la popolazione presa nel suo complesso – che comprende una quota ben più consistente di persone giovani (probabilmente con meno reddito) rispetto ai *caregiver* e agli altri famigliari – supera il 50%, arrivando anche vicino al 70% per le prestazioni in *day service* chirurgico-ambulatoriale (cfr. prima colonna della tabella 9).

Il ticket pagato nell'ambito delle strutture pubbliche o in quelle accreditate interessa tra il 39,7% e il 45,4% dei *caregiver* a cui si può aggiungere un superticket per un altro 5% di persone circa nel caso dell'accesso alle prestazioni in *day hospital* e in *day service* di tipo medico-ambulatoriale (ma molto meno per il *day service* di tipo chirurgico-ambulatoriale). Ma si possono sostenere altre spese presso le strutture pubbliche o accreditate, anche se con un'incidenza del tutto minoritaria del 2%-3%: mentre quest'ultimo valore tende a raddoppiarsi per i *caregiver* che hanno sostenuto i costi in via diretta presso le strutture private a pagamento.

Il pagamento o meno del ticket e/o delle altre spese presso le strutture pubbliche o accreditate (cfr. *Tabella A9.1/Campione caregiver, capitolo 4 degli Allegati*):

- vede, con riferimento alle prestazioni in *day hospital*, il sostegno di tali oneri da parte, in media, del 53,7% degli intervistati: con una prevalenza, rispetto alla media del campione, soprattutto nel Centro-Sud (50,4% e 47,4%, rispettivamente), nei centri più grandi (48,0%), della componente femminile rispetto a quella maschile (43,6% contro 34,6%), di quelli di età compresa tra i 18 e i 54 anni e – ovviamente – delle persone che godono di un titolo di studio e di un posizionamento sociale di tipo medio e/o medio-alto, ma interessa, per il superticket il 5,4% degli intervistati, ma tale incidenza sale al 7,1% per il Centro, per i maschi (8,2%), per le persone tra i 35 e i 54 anni (8,7%), per le persone con un livello di istruzione e di posizionamento sociale di tipo medio (7,4% e 7,2%);
- vede, con riferimento alle prestazioni in *day service* medico-ambulatoriale, il pagamento del ticket più pronunciato nel Centro e nel Sud del Paese (51,5% e 60,1%) contro una media del 41,9% per il Nord-Ovest e del 40,0% per il Nord-Est oltre che per le persone di età più giovane tra 18 e 34 anni (62,9%) e naturalmente per quelle meglio dotate sul piano dell'istruzione e del posizionamento sociale (61,7% e 63,8%); mentre il superticket tende a concentrarsi maggiormente nel Nord-Ovest e nel Nord-Est del Paese (7,4% e 6,8% contro una media complessiva del 5,1%), anche se poi interessa, come nel caso del ticket, i 18-34enni e i soggetti con buon titolo di studio e buon posizionamento sociale;
- ed infine vede, con riferimento alle prestazioni in *day service* di tipo chirurgico-ambulatoriale, il pagamento del ticket soprattutto da parte degli intervistati del Sud e delle Isole (63,0% contro una media del 45,4%) e di coloro che abitano nei centri minori (56,1%) oltre che delle femmine rispetto ai maschi (54,6% contro 31,6%) e delle persone di età compresa tra i 35 e i 54 anni a cui si aggiungono coloro che godono di un livello migliore dal punto di vista dell'istruzione e del posizionamento sociale.

Tab. 8 – Tipologia di strutture utilizzate dal caregiver e/o da altri membri della famiglia nel caso si sia fatta esperienza, nel corso degli ultimi dodici mesi, di prestazioni in day hospital, in day service di tipo medico-ambulatoriale e/o in day service di tipo chirurgico-ambulatoriale (val. %)¹

Esperienze avute	Nell'ambito degli ospedali pubblici	Nell'ambito delle strutture Asl	Totale ospedali pubblici + Asl	Nell'ambito degli ospedali accreditati	Nell'ambito delle cliniche private a pagamento pieno	Totale	
						%	V.a.
- Prestazioni in day hospital	68,4	12,3	80,7	14,2	5,1	100,0	264
- Prestazioni in day service di tipo medico-ambulatoriale ¹	62,8	14,6	77,4	16,0	6,6	100,0	227
- Prestazioni in day service di tipo chirurgico-ambulatoriale ²	70,5	8,0	78,5	11,3	10,2	100,0	117

(1) Base campione rafforzato (Telepanel + Web).

(2) Si tratta di Accompagnamento Prestazioni Ambulatoriali – APA oppure di Prestazioni Ambulatoriali Complesse – PAC.

(3) Si tratta di Prestazioni Chirurgiche Ambulatoriali – PCA.

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. 9 – Eventuale pagamento dei ticket e relativo importo qualora si siano fatte esperienze, nel corso degli ultimi dodici mesi, di prestazioni in day hospital oppure in day service di tipo medico-ambulatoriale e/o di tipo chirurgico-ambulatoriale (val. %)¹

Tipologia di prestazioni	Nessun ticket o altro		Ticket nell'ambito delle strutture pubbliche o accreditate		Superticket nell'ambito delle strutture pubbliche o accreditate		Altre spese presso le strutture pubbliche o accreditate		Abbiamo sostenuto il costo pieno presso le strutture private		V.a.
	tipo di spese presso strutture pubbliche e/o accreditate	tipo di strutture pubbliche e/o accreditate	Ticket nelle strutture pubbliche o accreditate	Superticket nell'ambito delle strutture pubbliche o accreditate	Altre spese presso le strutture pubbliche o accreditate	Abbiamo sostenuto il costo pieno presso le strutture private	Altre spese presso le strutture pubbliche o accreditate	Abbiamo sostenuto il costo pieno presso le strutture private			
Caregiver e/o altri membri della famiglia¹											
- Prestaz. in day hospital	46,3	39,7	5,4	5,4	2,6	6,0	6,0	6,0	2,64	264	
- Prestaz. in day service di tipo medico-ambulat.	38,3	48,2	5,1	5,1	3,8	4,6	4,6	4,6	227	227	
- Prestaz. in day service di tipo chirurgico-ambulat.	42,8	45,4	2,2	2,2	3,0	6,6	6,6	6,6	117	117	
Popolazione											
- Prestaz. in day hospital	54,6	34,1	5,3	5,3	3,8	2,2	2,2	2,2	238	238	
- Prestaz. in day service di tipo medico-ambulat.	51,3	39,0	5,3	5,3	1,7	2,7	2,7	2,7	221	221	
- Prestaz. in day service di tipo chirurgico-ambulat.	67,6	26,2	3,7	3,7	0,6	1,9	1,9	1,9	136	136	

(1) Base campione rafforzato (Telepanel + Web).

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

2.3. La valutazione delle prestazioni ottenute

Una prima modalità di raccogliere le informazioni a tale proposito è stata quella di chiedere se, sulla base delle esperienze maturate direttamente dal *caregiver* e/o dagli altri membri della famiglia nel corso degli ultimi dodici mesi, si sia o meno avuta la sensazione di essere stati “messi effettivamente al centro dell’attenzione” come pazienti. I risultati sono contenuti nella successiva tabella 10 da cui è possibile rilevare come:

- si sia avuta pienamente tale tipo di attenzione nel 39,4% dei casi per il *day service* chirurgico-ambulatoriale ma decisamente meno per quello medico-ambulatoriale (22,6%) nonché per il *day hospital* (26,2%);
- si sia stati messi al centro dell’attenzione “talvolta sì e talvolta no” nel 38,3% dei casi in occasione di prestazioni di *day hospital*, nel 36,3% di *day service* medico-ambulatoriale e solo nel 27,8% del *day service* di tipo chirurgico-ambulatoriale;
- ed infine le valutazioni negative cioè la sensazione di essere stati messi al centro dell’attenzione come pazienti solo “appena un po’” oppure “per nulla” si aggiri attorno al 30% o poco meno e la situazione più criticata si riferisce al *day hospital* rispetto alle altre due prestazioni.

A tutto questo si aggiunga che i giudizi dati dai *caregiver* (per sé e per gli altri membri della famiglia) risultano decisamente meno positivi per la parte alta della scala (quella che riguarda l’essere stati effettivamente messi al centro dell’attenzione come pazienti) rispetto a quanto afferma il campione della popolazione. Ma in compenso si recupera sul secondo livello di giudizio (cioè quello di essere stati messi al centro “talvolta sì e talvolta no”). Viceversa si è decisamente più critici nei confronti delle due tipologie di *day service* ma significativamente di meno nei confronti del *day hospital*, sempre rispetto ai giudizi forniti dalla popolazione.

In ogni caso, al di là delle differenze, le sensazioni negative registrate risultano essere più pronunciate per quanto riguarda il *day hospital* rispetto al *day service* dell’un tipo e dell’altro e questo vale sia per i *caregiver* che per la popolazione.

Quanto alle eventuali differenze rispetto alle sensazioni più positive e alle sensazioni negative in assoluto si vede come:

- le prime risultino più pronunciate soprattutto per gli intervistati del Nord-Est rispetto al resto del Paese (41,7% contro 26,2%), per i residenti nei centri minori (29,6%), per i maschi piuttosto che per le femmine (29,1%), per le persone più anziane (33,7%), per le persone con un minore livello di istruzione (48,1%) e con un più modesto livello socioeconomico di appartenenza (27,5%);

Tab. 10 – Sensazioni avute dagli intervistati rispetto alle prestazioni utilizzate in day hospital, in day service di tipo medico-ambulatoriale e/o in day service di tipo chirurgico-ambulatoriale, nel corso degli ultimi dodici mesi (val. %)

Sensazioni avute	Day hospital	Day service medico-ambulatoriale	Day service chirurgico-ambulatoriale
Caregiver e/o altri membri della famiglia¹			
– Si è avuta la sensazione di essere stati effettivamente “messi al centro” dell’attenzione come pazienti (prima delle esigenze del personale, prima delle esigenze dell’organizzazione, ecc.)	26,2	22,6	39,4
– Si è avuta la sensazione di essere stati messi al centro dell’attenzione come pazienti talvolta sì e talvolta no	38,3	36,3	27,8
– Si è avuta la sensazione di essere stati messi al centro dell’attenzione come pazienti, ma solo appena un po’	15,9	17,4	15,8
– Si è avuta la sensazione di non essere stati per nulla o quasi messi al centro dell’attenzione come pazienti (poiché prima c’erano le esigenze del personale, dell’organizzazione, ecc.)	14,1	11,0	10,5
– Non saprei dare una valutazione in proposito	5,5	12,7	6,5
V.a.	264	227	117
Popolazione			
– Si è avuta la sensazione di essere stati effettivamente “messi al centro” dell’attenzione come pazienti (prima delle esigenze del personale, prima delle esigenze dell’organizzazione, ecc.)	24,1	34,3	50,8
– Si è avuta la sensazione di essere stati messi al centro dell’attenzione come pazienti talvolta sì e talvolta no	21,2	30,6	14,7
– Si è avuta la sensazione di essere stati messi al centro dell’attenzione come pazienti, ma solo appena un po’	40,0	12,4	5,8
– Si è avuta la sensazione di non essere stati per nulla o quasi messi al centro dell’attenzione come pazienti (poiché prima c’erano le esigenze del personale, dell’organizzazione, ecc.)	11,0	10,5	2,1
– Non saprei dare una valutazione in proposito	3,7	12,2	26,6
V.a.	238	221	136

(1) Base campione rafforzato (Telepanel + Web).

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

- le sensazioni peggiori fanno capo – e in maniera significativa – soprattutto agli intervistati del Mezzogiorno (24,1% contro una media del 14,1%), ai residenti nei centri maggiori (21,2%), alle donne rispetto agli uomini (14,9%), ai più giovani (17,7%) e alle persone con un livello socioeconomico di tipo basso e/o medio basso (18,0%).

Sempre in termini di valutazione si è sottoposta un'ulteriore domanda agli intervistati sulla base di una scala sintetica di soddisfazione/insoddisfazione. Ciò che risulta è che (tab. 11)⁶:

- le prestazioni in *day hospital* e in *day service* medico-ambulatoriale presso gli ospedali pubblici ottengono un livello di soddisfazione complessiva del 77% e del 75,1% rispettivamente, ma quello registrato per gli ospedali accreditati arriva all'80,5% e al 77,3%; mentre i giudizi sono decisamente migliori per le prestazioni in *day service* di tipo chirurgico-ambulatoriale presso gli ospedali pubblici (83,9%) rispetto a quelle presso gli ospedali accreditati (66,7%);
- il livello complessivo di insoddisfazione (parziale e/o totale) si aggira attorno al 20% per le prime due tipologie di prestazioni ottenute sia negli ospedali pubblici che negli ospedali accreditati;
- in parallelo le prestazioni effettuate presso le strutture Asl – che sono decisamente meno numerose rispetto agli ospedali (come si è già verificato nella precedente tabella 8) – risultano essere meno soddisfacenti rispetto a quelle avute presso gli ospedali pubblici e ancor più presso gli ospedali accreditati;
- ed infine il confronto con le risposte ottenute dalla popolazione (cfr. seconda parte della tabella 11) evidenzia una minore soddisfazione rispetto a quanto dichiarato dai *caregiver* per quanto riguarda gli ospedali pubblici, mentre avviene esattamente il contrario per quanto riguarda gli ospedali accreditati.

Anche in tal caso vale la pena di considerare i giudizi di soddisfazione/insoddisfazione con riferimento in particolare agli ospedali pubblici da cui emerge che:

- per le prestazioni in *day hospital*, i livelli “molto soddisfatto” riguardano soprattutto i residenti nel Nord-Ovest rispetto al resto del Paese (17,4% contro 13,7%), oltre che quelli che vivono nei centri di maggiore dimensione, i maschi rispetto alle femmine (18,1%), le persone più anziane (17,1%) e i *caregiver* con un livello di istruzione e un posizionamento sociale generalmente più basso;

⁶ Si trascura il commento relativo alle cliniche private a pagamento a causa del limitato numero delle risposte.

Tab. 11 – Livello di soddisfazione/insoddisfazione rispetto alle prestazioni sottoindicate e alle strutture utilizzate (val. %)

Livello di soddisfazione	Ospedali pubblici			Strutture Asl			Ospedali accreditati			Cliniche private a pagamento pieno		
	Prestazioni in day hospital	Prestazioni in day service di tipo medico-ambulatoriale	Prestazioni in day service di tipo chirurgico-ambulatoriale	Prestazioni in day hospital	Prestazioni in day service di tipo medico-ambulatoriale	Prestazioni in day service di tipo chirurgico-ambulatoriale	Prestazioni in day hospital	Prestazioni in day service di tipo medico-ambulatoriale	Prestazioni in day service di tipo chirurgico-ambulatoriale	Prestazioni in day hospital	Prestazioni in day service di tipo medico-ambulatoriale	Prestazioni in day service di tipo chirurgico-ambulatoriale
Caregiver e/o altri membri della famiglia¹												
- Molto soddisfatto	13,7	42,9	12,3	6,0	6,9	12,3	23,2	11,2	27,5	28,8	49,3	25,3
- Abbastanza soddisfatto	64,0	41,0	54,4	68,4	48,2	54,4	57,3	66,1	39,2	71,2	23,9	74,7
- Molto + Abbastanza soddisfatto	77,7	83,9	66,7	74,4	55,1	66,7	80,5	77,3	66,7	100,0	73,2	100,0
- Poco soddisfatto	18,1	15,0	33,3	16,9	37,4	33,3	13,0	19,1	12,2	-	22,5	-
- Per nulla soddisfatto	3,9	2,6	-	1,8	-	-	6,1	3,6	9,9	-	3,4	-
- Poco + Per nulla soddisfatto	22,0	14,3	33,3	18,7	37,4	33,3	19,1	22,7	22,1	-	25,9	-
- Non saprei esprimere un giudizio	0,3	4,9	-	6,9	7,5	-	0,4	-	11,2	-	0,9	-
V.a.	181	143	9	32	33	9	37	36	13	14	15	12
Popolazione												
- Molto soddisfatto	25,3	32,3	-	-	-	-	19,4	50,3	43,3	45,5	32,4	35,0
- Abbastanza soddisfatto	37,9	58,7	-	-	-	-	60,2	35,9	37,3	49,5	56,5	40,6
- Molto + Abbastanza soddisfatto	63,2	91,0	-	-	-	-	79,6	86,2	80,6	95,0	88,9	75,6
- Poco soddisfatto	32,8	1,5	-	-	-	-	17,7	9,5	5,3	4,8	9,9	10,7
- Per nulla soddisfatto	3,4	-	-	-	-	-	1,1	2,4	11,7	0,2	-	-
- Poco + Per nulla soddisfatto	36,2	68,0	-	-	-	-	18,8	11,9	17,0	5,0	52,7	105,4
- Non saprei esprimere un giudizio	0,6	7,5	-	-	-	-	1,6	1,9	2,4	-	1,2	13,7
V.a.	190	43	-	-	-	-	164	53	9	114	18	6

(1) Base campione rafforzato (Telepanel + Web).

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

- per le prestazioni in *day service* di tipo medico-ambulatoriale i giudizi “molto soddisfatto” fanno di nuovo capo soprattutto agli intervistati del Nord-Ovest rispetto alla media del campione (25,0% contro 13,5%) e di quelli che vivono nei centri più piccoli (20,3%), oltre che degli intervistati maschi (16,6%) e delle persone più avanti nell’età (20,9%) a cui si aggiungono le persone con titolo di studio più modesto (28,6%);
- ed infine per le prestazioni in *day service* di tipo chirurgico-ambulatoriale le valutazioni “molto soddisfatto” fanno capo soprattutto agli intervistati del Nord-Est (53,2%) e del Centro (59,8%) contro una media complessiva del 42,9%, agli intervistati residenti nei centri piccoli o medi (46,5% e 46,1%, rispettivamente), sempre ai maschi rispetto alle femmine (53,6%), alle persone più anziane (63,1%), a cui si affiancano le persone con titolo di studio modesto (66,2%).

3. L'accentuarsi della debolezza dei sistemi di “giunzione” al momento dell'ingresso in ospedale e durante la permanenza

3.1. L'aumento delle difficoltà relative alla scelta iniziale

Il tema dei diversi “passaggi” (per l'individuazione e l'accesso nelle strutture ospedaliere, per la gestione dei rapporti all'interno e soprattutto per le dimissioni nonché per la ricerca di servizi post-ospedalieri adeguati) genera una serie di disagi particolarmente delicati: e questo per le difficoltà di rendere fluide le “giunzioni” tra le diverse esperienze di cura e di assistenza, particolarmente per quanto riguarda le attività di riabilitazione, di lungodegenza e di collegamento con la medicina di base.

L'argomento è stato indagato presso i *caregiver* nelle indagini del 2014, del 2017 e, per ultimo, nel 2019.

Innanzitutto si è chiesto quali siano state le eventuali difficoltà affrontate, nel corso degli ultimi dodici mesi, al momento della scelta delle strutture ospedaliere in vista di interventi chirurgici e/o di cure (sia di tipo grave che di tipo leggero) che possono aver riguardato sia il *caregiver* sia i membri della relativa famiglia (tab. 12).

Se si considera la prima colonna della tabella richiamata che raggruppa le valutazioni delle difficoltà (in termini “molto + abbastanza importante”) al momento dell'ingresso del paziente in ospedale, la tendenza che emerge è quella di un peggioramento nel corso del tempo di tali difficoltà. Infatti:

- la presenza di liste di attesa troppo lunghe in quanto non erano disponibili posti letto al momento della necessità di ricoverarsi ha rappresentato un problema per il 24,2% dei *caregiver* nel 2014, che ha interessato nel 2017 il 54,1% e che si consolida nel 2019 col 50,8%;
- la difficoltà di trovare informazioni affidabili su ospedale, medici, servizi per poter scegliere la struttura più appropriata si è presentata, a sua volta, all'insegna di un crescendo del tutto evidente che va dal 29,7% del 2014 al 38,2% del 2017 e quindi al 45,1% del 2019;

Tab. 12 – Andamento delle eventuali difficoltà incontrate nel corso degli ultimi dodici mesi (con riferimento ai tre anni indicati) al momento della scelta delle strutture ospedaliere cui rivolgersi per interventi chirurgici e/o per cure di tipo grave/serio e/o di tipo leggero da parte del caregiver e/o di altri membri della famiglia (val. %)

Difficoltà affrontate	Difficoltà molto + abbastanza importante			Difficoltà poco importante			Nessuna difficoltà			V.a.		
	2014 ¹	2017 ¹	2019 ²	2014 ¹	2017 ¹	2019 ²	2014 ¹	2017 ¹	2019 ²	2014 ¹	2017 ¹	2019 ²
- Aver aspettato troppo a lungo (liste di attesa), poiché non c'era posto al momento del bisogno	24,2	54,1	50,8	16,3	17,5	22,0	59,5	28,4	27,2	417	1.215	650
- Trovare informazioni affidabili sull'ospedale, sui medici, sui servizi ospedalieri, al fine di poter scegliere la struttura maggiormente appropriata	29,7	38,2	45,1	19,9	23,7	22,7	50,4	38,1	32,2	417	1.215	650
- Aver dovuto cambiare struttura ospedaliera rispetto a quella ritenuta più adatta o a quella scelta in un primo momento (perché consigliata dal medico di fiducia e/o da altre persone, o perché più comoda e vicina a casa o per altro motivo) per non dover attendere troppo rispetto alle esigenze di intervento e/o di cura	24,0	37,1	38,2	17,8	16,9	17,7	58,2	46,0	44,1	417	1.215	650
- Non aver avuto alcuna informazione dal medico di medicina generale, perché non era in grado di indirizzare il paziente verso l'ospedale più opportuno	27,3	32,9	39,2	18,1	20,8	22,7	54,6	46,3	38,1	417	1.215	650
- Aver utilizzato conoscenze e relazioni personali per abbreviare l'attesa, per ottenere il ricovero in uno specifico reparto con un medico di fiducia, ecc.	37,9	30,2	31,6	20,5	18,5	18,2	41,6	51,3	50,2	417	1.215	650
- Aver utilizzato il Pronto Soccorso (o il 118) per poter sfruttare il ricovero d'urgenza che altrimenti non si sarebbe potuto ottenere o sarebbe stato spostato troppo in là nel tempo	24,6	26,2	31,4	19,8	15,5	16,6	55,6	58,3	52,0	417	1.215	650

(1) Cfr. Ermeneia, *Ospedali & Salute*/2017, tabella 12/pag. 215.

(2) Base campione rafforzato (Telepanel + Web).

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema*, 2019

- la necessità di cambiare la struttura ospedaliera rispetto a quella ritenuta più adatta per il paziente per non dover attendere troppo rispetto alle esigenze di intervento e/o di cura ha subito a sua volta una significativa accelerazione, salendo dal 24,0% del 2014 al 37,1% del 2017 e quindi al 38,2% del 2019;
- ma anche il non aver potuto ricevere alcuna informazione da parte del medico di base che non si è rivelato in grado di indirizzare il paziente verso l'ospedale più opportuno evidenzia, a sua volta, un'accelerazione in quanto si è passati dal 27,3% del 2014 al 32,9% del 2017 per finire al 39,2% nel 2019:

Peraltro di fronte a queste difficoltà i *caregiver* hanno messo in atto due comportamenti ben noti da parte di coloro che hanno avuto una o più volte esperienze sul campo in termini di ricovero proprio o dei propri familiari e cioè:

- si sono utilizzate conoscenze e relazioni personali al fine di abbreviare l'attesa nelle liste per potersi ricoverare in uno specifico reparto e/o con un medico di fiducia: ha esplicitamente dichiarato questo tipo di “strategia” il 37,9% dei *caregiver* nel 2014 e si è rimasti comunque attorno al 30% anche nei due anni seguenti (esiste probabilmente un certo ritegno a dichiarare esplicitamente questo tipo di strategia ...);
- in alternativa ci si è rivolti al Pronto Soccorso (o addirittura al 118) per poter ottenere il ricovero d'urgenza, ricovero che altrimenti si sarebbe spostato troppo avanti nel tempo: ha esplicitato questa strategia il 24,6% dei *caregiver* nel 2014 che è diventato il 26,2% nel 2017 e il 31,4% nel 2019: peraltro è anche il caso di tener presente a tale proposito quanto è stato illustrato in termini di uso improprio del Pronto Soccorso da parte della popolazione nel paragrafo 4.5 della Parte seconda del presente Rapporto). Tali difficoltà, con i relativi comportamenti reattivo-adattivi, presentano delle differenze all'interno del sottocampione di *caregiver*, da cui emerge come:

- le maggiori difficoltà (“molto + abbastanza importanti”) facciano capo soprattutto agli intervistati del Mezzogiorno, alle donne rispetto agli uomini, alla fascia di età intermedia fra i 35 e i 54 anni, nonché alle persone con una debole formazione alle spalle che però coinvolge anche soggetti che si autocollocano a livello di posizionamento sociale medio-alto;
- e i comportamenti maggiormente reattivi riguardino specialmente gli intervistati del Mezzogiorno, i residenti nei centri più piccoli, le persone più giovani, nonché quelle più istruite e socialmente meglio posizionate, che evidentemente sono meno in difficoltà nel giocare conoscenze e relazioni personali come pure nell'utilizzare il Pronto Soccorso come “scorciatoia”.

3.2. Una permanenza con disagi crescenti, attenuata dal ricorso ad aiuti di tipo informale

Innanzitutto si è chiesto ai *caregiver*, intesi come pazienti essi stessi o come accompagnatori degli altri membri della famiglia, se entrare in ospedale ha dato o meno la sensazione di essere stati effettivamente “messi al centro dell’attenzione” sia che si tratti di intervento e/o cure di tipo grave-serio oppure di tipo leggero. I risultati sono contenuti nella tabella 13 e attraverso di essa si possono cogliere i seguenti fenomeni:

- una contrazione nel corso del tempo della valutazione più positiva cioè quella di essere stati “messi effettivamente al centro dell’attenzione” come pazienti: infatti si è passati dal 39,6% del 2014 a circa il 26% del 2019;
- una stabilizzazione della seconda sensazione (cioè quella di essere stati messi al centro dell’attenzione “talvolta sì e talvolta no”): questa valutazione era del 38,2% nel 2014, si è contratta lievemente sino al 34,0% nel 2017 e lì sostanzialmente rimane anche nel 2019 (34,1%) nel caso di interventi/cure di tipo serio-grave, ma risale al 38,7% nel caso di interventi/cure di tipo leggero;
- ed infine si sono accentuati i disagi o perché si è stati messi al centro “ma solo appena un po’” oppure perché non si è stati messi al centro dell’attenzione “per nulla o quasi” (in quanto venivano prima le esigenze del personale, dell’organizzazione, ecc.): tale sensazione era del 22,2% nel 2014, si è raddoppiata nel 2017 (44,0%), stabilizzandosi comunque attorno a poco più del 36%-39% nel 2019.

Anche in questo caso è bene considerare le opinioni dei vari sottocampioni da cui si vede che:

- la sensazione di essere stati effettivamente “messi al centro” sia per interventi/cure di tipo grave sia di tipo leggero viene data soprattutto – rispetto alla media del campione – dagli intervistati del Nord-Est rispetto agli altri e da quelli residenti in centri di media dimensione a cui si aggiungono gli intervistati che si autocollocano ad un livello sociale tendenzialmente basso e/o medio;
- viceversa la sensazione di non essere stati per nulla o quasi messi al centro dell’attenzione come pazienti fa capo agli intervistati del Centro e del Sud, sempre a coloro che risiedono in un contesto urbano di medie dimensioni ed infine alle persone che dichiarano un posizionamento sociale basso o intermedio.

Ma è altrettanto importante andare più a fondo della sensazione di essere stati o meno al centro dell’attenzione non solo al momento dell’ingresso in

Tab. 13 – Sensazione o meno di essere stati “messi al centro come pazienti” in occasione di esperienze ospedaliere avute nel corso degli ultimi dodici mesi dal caregiver e/o dagli altri membri della famiglia, per interventi e/o cure di tipo grave/serio oppure di tipo leggero (val. %)

Percezione della centralità come paziente	2019 *2		
	Interventi/cure di tipo serio/grave	Interventi/cure di tipo leggero	
– Entrare nell'ospedale ha dato la sensazione di essere effettivamente “messi al centro” dell'attenzione come pazienti (prima delle esigenze del personale, prima delle esigenze dell'organizzazione, ecc.)	26,7	25,6	
– Entrare nell'ospedale ha dato la sensazione di essere messi al centro dell'attenzione come pazienti talvolta sì e talvolta no	34,1	38,7	
– Entrare nell'ospedale ha dato la sensazione di essere messi al centro dell'attenzione come pazienti, ma solo appena un po'	24,1	21,2	
– Entrare nell'ospedale ha dato la sensazione di non essere per nulla o quasi messi al centro dell'attenzione come pazienti (poiché prima c'erano le esigenze del personale, dell'organizzazione, ecc.)	15,1	14,5	
Totale	100,0	100,0	
V.a.	365	408	
	2014 *1	2017 *1	
	39,6	22,0	
	38,2	34,0	
	13,5	22,3	
	8,7	21,7	
	22,2	44,0	
	100,0	100,0	
	365	894	
	100,0	240	

(*) Al netto delle mancate risposte.

(1) Cfr. *Ermeneta, Ospedali&Salute/2017*, tabella 13/pag. 217.

(2) Base campione rafforzato (Telepanel + Web).

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

ospedale ma anche durante la permanenza all'interno di esso. Per questo si è chiesto ai *caregiver* che hanno dichiarato nella domanda immediatamente precedente di esser stati messi al centro dell'attenzione "talvolta sì + appena un po' + per nulla o quasi" quali siano state le ragioni di tali sensazioni sulla base dell'esperienza maturata nel corso degli ultimi dodici mesi per interventi/cure di tipo grave-serio come pure di tipo leggero (tab. 14).

Il confronto quotidiano con gli operatori, da un lato e con l'organizzazione ospedaliera, dall'altro ha mostrato un peggioramento significativo tra il 2014 e il 2017, che si è sostanzialmente stabilizzato nel 2019 salvo che per alcune specifiche situazioni. Si considerino allora i giudizi "molto + abbastanza d'accordo" rispetto alle affermazioni esposte nella tabella 14, in base ai quali si può registrare che:

- a) per quanto riguarda i *rapporti con gli operatori* (come la difficoltà di chiedere informazioni sull'andamento del paziente, un'effettiva o quanto meno sufficiente "umanizzazione" nel trattamento del medesimo, l'impressione di dar fastidio al personale e all'organizzazione o di essere trattati con sufficienza, la presenza non sempre di un'adeguata "passione professionale") viene evidenziato nel 2017 un peggioramento netto dei giudizi dati nel 2014: dopodiché si assiste ad un processo di stabilizzazione nel 2019, magari con qualche lieve contrazione dei medesimi ma su livelli sostanzialmente analoghi a quelli di due anni prima. Viceversa le difficoltà sono ulteriormente cresciute con riferimento a quattro aspetti significativi e precisamente:
 - alla difficoltà di far accettare eventuali consulti medici all'interno dell'ospedale in cui si è ricoverati (18,5% nel 2014, 21,1% nel 2017 ed infine 29,1% nel 2019);
 - alla difficoltà di spostare il paziente in altri ospedali perché ritenuto opportuno (10,0% nel 2014, 21,9% nel 2017 e 26,8% nel 2019);
 - alla necessità di provvedere alla terapia già in atto prima del ricovero, utilizzando i medicinali portati da casa e non forniti direttamente dall'ospedale (23,6% nel 2014, 31,9% nel 2017 e 41,9% nel 2019);
 - ed infine al dover trovare i donatori di sangue in vista dell'intervento del paziente (10,3% nel 2014, 17,7% nel 2017 e 17,9% nel 2019);
- b) anche sul piano dei *rapporti con l'organizzazione ospedaliera* si può affermare che si assiste ad un peggioramento pressoché costante tra il 2014 e il 2017 come pure dal 2017 al 2019 praticamente su tutti i temi sottoposti a giudizio: da un lato infatti si sono registrate difficoltà rispetto alla complessità dell'ospedale, alla gerarchia dei medici e degli infermieri (che richiede di essere conosciuta per poter esser meglio rispettata), alla conoscenza di ciò che si può o non si può fare: dal 39,5% del 2014 si sale

al 54,7% del 2017, stabilizzandosi al 49,2% del 2019. Come pure non si sono ricevute informazioni adeguate al momento del ricovero circa l'organizzazione degli orari di visita, degli orari di ricevimento, degli orari dei pasti, ecc.: si passa dal 28,5% del 2014 al 27,5% del 2017 per finire al 39,3% del 2019;

- c) ancora sul piano *dell'organizzazione ospedaliera ma negli aspetti che più si proiettano sulle condizioni di vita del malato in ospedale* il peggioramento continua ad essere costante nel corso dei tre anni analizzati:
- sul piano della dignità del malato più in generale (si va dal 35,6% del 2014 al 43,9% del 2019);
 - sul piano della rigidità degli orari di visita (per i quali si passa dal 31,3% del 2014 al 42,3% del 2019);
 - e sul piano di tante altre condizioni che riguardano l'abbigliamento obbligatorio, l'insicurezza circa la conservazione delle cose personali, la possibilità di scegliere di più nell'ambito del menù, l'adeguata pulizia quotidiana della stanza che ospita il paziente (con percentuali di accordo che andavano dal 31,3% di problematicità al 13,3% nel 2014 e che nel 2019 arrivano, rispettivamente al 42,3% e al 26,2%).

In particolare si segnalano due aspetti problematici che si sono quasi triplicati nel periodo 2014-2019. Si tratta della collocazione provvisoria sui lettini in corridoio – e non per poco tempo – in attesa che si liberi un posto nel reparto (si va dal 12,9% del 2014 al 26,2% nel 2017 sino a 34,3% nel 2019), a cui si aggiunge la necessità di provvedere in proprio alla fornitura della biancheria in quanto questa non c'era/non c'è oppure era ed è del tutto inadeguata (da 10,3% nel 2014 a 19,7% nel 2017 sino al 26,6% nel 2019).

Anche a tale proposito vale la pena di tener conto dell'intensità delle diverse ragioni dichiarate dai sottocampioni con riferimento al fatto che non ci si è sentiti adeguatamente “messi al centro” dell'attenzione come pazienti da cui si vede come gli intervistati maggiormente critici siano soprattutto gli intervistati del Mezzogiorno in primo luogo rispetto agli altri oltre che coloro che abitano per lo più nei centri medi o grandi, nonché la componente femminile (specialmente per quanto concerne il rapporto con gli operatori) e quella maschile (per quanto riguarda le condizioni del paziente), ed infine – e in maniera molto pronunciata – gli intervistati che si attribuiscono un livello socioeconomico alto e/o medio-alto.

C'è infine da considerare quali eventuali modalità abbiano adottato i *caregiver* per superare le difficoltà incontrate come quelle appena illustrate.

Anche in questo caso si consideri, nell'ambito della tabella 15, il primo gruppo di dati i quali riportano i giudizi “molto + abbastanza importante”,

Tab. 14 – Ragioni per cui non ci si è sentiti adeguatamente “messi al centro come pazienti” nelle esperienze avute nel corso degli ultimi dodici mesi di ricovero per interventi/cure di tipo grave/serio oppure di tipo leggero (val. %)

Difficoltà	Molto + Abbastanza d'accordo		Poco + Per niente d'accordo		Non saprei esprimere un giudizio		V.a.					
	2014'	2017'	2014'	2017'	2014'	2017'	2014'	2017'				
	2019 ²		2019 ²		2019 ²		2019 ²					
SUL PIANO DEI RAPPORTI CON GLI OPERATORI												
- Non si sapeva a chi chiedere informazioni sull'andamento del paziente (il Primario è difficilmente rintracciabile o è presente per troppo poco tempo; gli altri medici sono poco informati; non c'è un unico medico di riferimento per la propria malattia e si ha la sensazione che la propria situazione non sia adeguatamente conosciuta da tutti i medici del reparto; ecc.)	43,4	57,6	52,6	51,0	34,1	44,0	5,6	8,3	3,4	220	697	432
- Non si è rilevata una effettiva/sufficiente “umanizzazione” nel trattamento riservato ai pazienti (sul piano dell'ascolto, dell'informazione sul decorso della malattia o dell'intervento; dell'informazione riguardo alla cura; dell'informazione sulle esigenze del dopo-ricovero; ecc.)	44,6	57,0	56,4	51,6	36,6	40,5	3,8	6,4	3,1	220	697	432
- Si è avuta talvolta l'impressione di “dar fastidio” al personale e all'organizzazione dell'ospedale oppure di essere trattati con sufficienza e quindi di non essere considerati come persone	43,0	51,9	47,8	51,3	41,0	48,1	5,7	7,1	4,1	220	697	432
- Non si è avvertita abbastanza la “passione professionale” nel personale medico (contano di più altre cose: l'attenzione per la malattia più che per il malato; il riconoscimento dei superiori, la carriera, il guadagno, le “chiacchiere” tra colleghi su aspetti personali/sindacali; ecc.)	40,2	54,0	52,2	54,6	36,7	43,0	5,2	9,3	4,8	220	697	432
- Non si è avvertita abbastanza la “passione professionale” nel personale infermieristico (contano di più altre cose: l'attenzione per la malattia più che per il malato; il riconoscimento dei superiori; la carriera; il guadagno; le “chiacchiere” tra colleghi su aspetti personali/sindacali; ecc.)	34,4	55,6	53,3	59,8	37,5	43,6	5,8	6,9	3,1	220	697	432
- Si è avuto difficoltà nel far accettare eventuali consulti medici all'interno dell'ospedale	18,5	21,1	29,1	57,0	42,8	50,0	24,5	36,1	20,9	220	697	432
- Si è avuto difficoltà nello spostare il paziente in altri ospedali	10,0	21,9	26,8	55,6	34,5	44,3	34,4	43,6	28,9	220	697	432
- Si è dovuto provvedere alla terapia già in atto prima del ricovero, utilizzando i medicinali portati da casa e non forniti direttamente dall'ospedale	23,6	31,9	41,9	68,0	44,1	49,5	8,4	24,0	8,6	220	697	432
- Si è dovuto provvedere a trovare i donatori di sangue in vista dell'intervento	10,3	17,7	17,9	54,0	39,4	52,1	35,7	42,9	30,0	220	697	432

./.

(Segue) Tab. 14 – Ragioni per cui non ci si è sentiti adeguatamente “messi al centro come pazienti” nelle esperienze avute nel corso degli ultimi dodici mesi di ricovero per interventi/cure di tipo grave/serio oppure di tipo leggero (val. %)

Difficoltà	Molto + Abbastanza d'accordo		Poco + Per niente d'accordo		Non saprei esprimere un giudizio		V.a.
	2014 ¹	2017 ¹	2014 ¹	2017 ¹	2014 ¹	2017 ¹	
SUL PIANO DEI RAPPORTI CON L'ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA							
- Si è rimasti per lo più disorientati rispetto alla complessità dell'ospedale (gerarchie dei medici e degli infermieri da rispettare; conoscenza di ciò che si può o non si può fare; non saper bene a chi chiedere informaz.; ecc.)	39,5	54,7	49,2	6,8	7,4	4,3	220 697 432
- Non si sono ricevute informazioni adeguate al momento del ricovero circa l'organizzazione del reparto (orari visite mediche, orari ricevimento dei medici, orari di visita, orari dei pasti, ecc.)	28,5	27,5	39,3	66,6	51,3	54,6	220 697 432
- Non si è rilevato un adeguato rispetto della dignità del malato	35,6	40,5	43,9	58,8	50,9	52,0	220 697 432
- Si è avuta l'impressione di essere un po' "prigionieri" delle regole riguardanti gli orari di visita da parte dei familiari	31,3	33,8	42,3	62,7	47,0	51,1	220 697 432
- Si è dovuto per forza andare in giro in pigiama, cosa che fa sentire più malati di quello che in realtà si è	28,9	28,3	34,7	61,2	45,5	55,0	220 697 432
- Si è vissuta una sorta di insicurezza, non avendo il paziente un posto dove mettere le proprie cose personali debitamente custodite (vestiti, denaro, oggetti, documenti, ecc.)	25,7	31,4	37,4	69,7	47,7	55,6	220 697 432
- Non c'è stata un'adeguata possibilità di scelta nell'ambito di un menù che abbia un buon livello di qualità oltre che dover subire orari strani nella somministrazione dei pasti (il cibo è una delle componenti che concorrono al benessere del malato)	25,6	34,1	36,7	66,5	44,4	57,5	220 697 432
- Non c'è stata un'adeguata qualità nella tenuta quotidiana della stanza che ospita il paziente (pulizia, cambio della biancheria, aerazione, riscaldamento, raffreddamento, ecc.)	13,3	24,0	26,2	81,5	56,2	67,4	220 697 432
- Si è stati collocati provvisoriamente sui lettini in corridoio (e non per poco tempo), in attesa che si liberasse un posto nel reparto	12,9	26,2	34,3	66,0	43,6	53,2	220 697 432
- Si è dovuto provvedere in proprio alla fornitura della biancheria, perché non c'era o era inadeguata	10,3	19,7	26,6	84,1	51,4	64,0	220 697 432

(1) Cfr. Ermeneia, *Ospedali&Salute*/2017, tabella 14/pagg. 219-220.

(2) Base campione rafforzato (Telepanel + Web).

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

dai quali si vede come per rimediare – almeno in parte – ai problemi evidenziati:

- a) si riconosce che tali componenti rappresentavano il 50% o quasi nel 2014 e sono arrivate a superare addirittura il 60% nel 2019. È questa una tipica situazione italiana in cui le debolezze istituzionali finiscono con l'essere compensate sul campo grazie all'impegno professionale e alla dedizione degli operatori, ai quali – pur essendo stati valutati in maniera negativa (cfr. tabella 14) – vengono loro riconosciuti anche atteggiamenti e comportamenti positivi che aiutano i pazienti ad uscire da situazioni difficili ...;
- b) il consiglio e/o l'aiuto ricevuto da parenti, amici e conoscenti che hanno maturato analoghe esperienze giochino comunque un ruolo fondamentale ed anzi crescente: rappresentavano il 39,9% nel 2014 e arrivano al 41,7% nel 2019, consolidandosi dunque come una modalità significativa adottata dai *caregiver*;
- c) le conoscenze e le relazioni personali (presentazioni, raccomandazioni in senso stretto, ecc.) hanno permesso di superare le difficoltà derivanti dalle procedure o magari dalle lentezze operative secondo una dichiarazione esplicita da parte degli intervistati che era del 26,0% nel 2014, rimane più o meno tale nel 2017 per poi toccare il 35,6% nel 2019!!;
- d) cresca ulteriormente, anche se con livelli meno intensi rispetto alle altre modalità ricordate, l'utilizzo delle attività di volontariato sociosanitario e socioassistenziale le quali hanno giocato un ruolo positivo nel 16,3% dei casi nel 2014, incidenza che è salita al 18,9% nel 2017 ma è diventata del 28,9% nel 2019. A questo si aggiunge anche l'aiuto di associazioni di difesa del malato, ma con livelli molto più limitati di importanza anche se non trascurabili, visto che tale componente era del 13,5% nel 2014, cresce lievemente al 15,0% nel 2017 per arrivare al 18,5% nel 2019.

Le differenze di valutazione, a seconda delle caratteristiche dei vari sottocampioni, mettono in evidenza come:

- la buona volontà e la disponibilità del personale medico e infermieristico da un lato, nonché l'utilizzo del volontariato e l'aiuto eventuale da parte delle associazioni di difesa del malato, dall'altro giochino un ruolo soprattutto per gli intervistati del Nord-Est e del Centro Italia rispetto a quelli del resto del Paese e così avviene anche per gli uomini rispetto alle donne e per le persone con un livello sociale medio e/o medio-alto;
- mentre le modalità che hanno a che fare con il consiglio e/o con l'aiuto ricevuto da parenti, amici e conoscenti (grazie ad analoghe esperienze avute in passato) come pure tramite le conoscenze e le relazioni personali fanno capo agli intervistati del Mezzogiorno, a coloro che vivono nei cen-

Tab. 15 – Modalità con cui si sono superate le eventuali difficoltà incontrate dal caregiver e/o da altri membri della famiglia (val. %)

Modalità di superamento	È stata una modalità molto + abbastanza importante			È stata una modalità poco importante			È stata una modalità per nulla importante			Non saprei dare una valutazione in proposito			V.a.		
	2014 ¹	2017 ¹	2019 ²	2014 ¹	2017 ¹	2019 ²	2014 ¹	2017 ¹	2019 ²	2014 ¹	2017 ¹	2019 ²	2014 ¹	2017 ¹	2019 ²
	- Attraverso la buona volontà e la disponibilità del personale medico	50,8	45,4	60,3	17,1	14,5	25,2	18,8	9,2	6,6	13,3	30,9	7,9	417	1.215
- Attraverso la buona volontà e la disponibilità del personale infermieristico	43,6	43,2	64,7	19,8	15,1	22,3	19,8	9,8	5,3	16,8	31,9	7,7	417	1.215	432
- Attraverso il consiglio e/o l'aiuto ricevuto da parenti, amici e conoscenti grazie ad analoghe esperienze da questi maturate in precedenza	39,9	31,5	41,7	20,1	17,7	27,0	20,8	13,2	16,2	19,2	37,6	15,1	417	1.215	432
- Attraverso le conoscenze e le relazioni personali (tramite presentazioni, "raccomandazioni", ecc.) che hanno permesso di superare le procedure esistenti e le lentezze operative	26,0	25,9	36,5	18,4	14,5	19,5	31,1	16,7	24,8	24,5	42,9	19,2	417	1.215	432
- Attraverso l'utilizzo delle attività di volontariato socio-sanitario e socioassistenziale	16,3	18,9	28,9	19,2	16,4	23,8	31,0	17,6	23,6	33,5	47,1	23,7	417	1.215	432
- Attraverso l'aiuto di associazioni di difesa del malato	13,5	15,0	18,5	15,0	15,9	17,7	31,6	17,3	31,8	39,9	51,8	32,0	417	1.215	432

(1) Cfr. Ermenicia, *Ospedali&Salute/2017*, tabella 16/pag. 225.

(2) Base campione rafforzato (Telepanel + Web).

Fonte: *indagine Ermenicia – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

tri di media dimensione, alle persone più giovani, a quelle con un titolo di studio più modesto e più alto contemporaneamente ed infine a coloro che si autoattribuiscono un livello socioeconomico tendenzialmente alto e medio-alto.

3.3. Una valutazione non esente da critiche e con una “medietà” percepita delle prestazioni più problematica per le strutture pubbliche

Dopo aver esaminato le esperienze delle liste di attesa in vista dei ricoveri ospedalieri, la lunghezza delle medesime, i comportamenti reattivi che si sono manifestati nonché le debolezze dei sistemi di “giunzione” al momento dell’ingresso come pure durante la permanenza all’interno delle strutture ospedaliere, si è voluto registrare – come è stato fatto anche negli anni passati – quali siano i livelli di soddisfazione/insoddisfazione degli intervistati, tenuto conto della tipologia di strutture utilizzate (pubbliche, accreditate o cliniche private a pagamento) e anche dell’insieme delle prestazioni siano esse riferite ad interventi o cure di tipo grave oppure leggero (tab. 16).

Quello che si può ricavare dalla suddetta tabella è che:

- a) i giudizi “molto soddisfatto” aumentano nei due anni considerati per gli ospedali pubblici (da 10,0% a 17,5%) e per gli ospedali accreditati (da 10,9% a 12,5%), mentre diminuiscono per le cliniche private a pagamento (da 18,8% a 10,6%); ma diminuiscono in compenso i giudizi “abbastanza soddisfatto”: dal 54,5% al 43,9% per gli ospedali pubblici, dal 58,7% al 32,9% per gli ospedali accreditati e dal 51,1% al 20,5% per le cliniche private a pagamento;
- b) i giudizi “poco + per nulla soddisfatto” aumentano perciò per gli ospedali pubblici (dal 27,8% al 29,4%) mentre diminuiscono per gli ospedali accreditati (dal 18,6% al 14,9%) e si contraggono lievemente anche per le cliniche private a pagamento (dal 12,3% al 10,9%);
- c) va peraltro anche ricordato che coloro che non sanno esprimere un giudizio crescono nel corso del tempo dal 7,7% al 9,2% per gli ospedali pubblici ma molto di più per gli ospedali accreditati (da 11,8% a 39,7%) e analogamente per le cliniche private a pagamento (da 17,8% a 58,0%). E perciò se si depurano le percentuali suddette dalle risposte di coloro che non hanno saputo esprimere un giudizio, i risultati diventano quelli indicati nelle ultime due colonne sempre della tabella 16, dai quali emerge che il livello di soddisfazione risulta comunque più alto per gli ospedali accreditati e per le cliniche private a pagamento (75,3% e 74,4%, rispet-

tivamente) rispetto agli ospedali pubblici (61,4%). Di conseguenza diventano più ridotte le percentuali di mancata soddisfazione sempre per gli ospedali accreditati come per le cliniche private (24,7% e 26,0%, rispettivamente), se poste a confronto col 32,4% degli ospedali pubblici, fenomeno peraltro che si è manifestato in maniera simile anche nel 2017.

A questo punto si possono verificare anche quali siano le valutazioni dei soddisfatti e dei non soddisfatti all'interno di alcuni sottocampioni particolarmente significativi, da cui emerge che (cfr. *Tabella A16/Campione caregiver, capitolo 4 degli Allegati*):

- i maggiormente soddisfatti (“molto + abbastanza”), rispetto alla media complessiva del campione, sono soprattutto gli intervistati del Nord-Ovest come pure del Nord-Est, quelli che risiedono in centri abitati medi e grandi come pure i soggetti in possesso di un livello di istruzione e di un posizionamento sociale alto e/o medio-alto;
- viceversa gli insoddisfatti (“poco + del tutto”) – sempre rispetto alla media complessiva del campione – sono soprattutto gli intervistati del Mezzogiorno (e molto più per gli ospedali pubblici che non per gli ospedali accreditati o per le cliniche private), i soggetti residenti in città di medie dimensioni e, ancora una volta, coloro che dispongono di un livello di istruzione elevato e di un posizionamento sociale altrettanto elevato.

Dopo aver considerato i livelli di soddisfazione espressi dai *caregiver* anche a nome degli altri membri della famiglia circa le prestazioni fornite dagli ospedali pubblici, dagli ospedali accreditati e dalle cliniche private a pagamento nel corso degli ultimi dodici mesi, si è voluto raccogliere il giudizio di insieme nei confronti dei servizi sanitari e socioassistenziali presenti nella Regione di residenza, nonché specificamente degli ospedali nel loro complesso che vi operano: e questo sia che i *caregiver* e/o i loro familiari abbiano o non abbiano avuto occasione di utilizzare tali servizi nell'ultimo anno (tab. 16A). In tal caso è possibile anche verificare quali siano stati i giudizi espressi negli anni precedenti, da cui si vede che (considerando le valutazioni al netto di coloro che non sanno esprimere un giudizio):

- per quanto riguarda i servizi sanitari e socioassistenziali nel loro complesso e con riferimento alla Regione di residenza dell'intervistato i giudizi di soddisfazione (totale e/o parziale) diminuiscono di tre anni in tre anni, passando dal 76,5% del 2013 al 72,0% del 2016 ed infine al 65,5% del 2019; mentre – per complemento – crescono i giudizi di insoddisfazione rispettivamente dal 23,5% al 28,0% e infine al 34,5% del 2019;
- se poi si considerano specificamente gli ospedali nel loro complesso, sempre nella Regione di residenza, i giudizi di soddisfazione (totale e/o parziale) risultano un po' più elevati rispetto a quelli espressi nei confronti

del Servizio Sanitario Regionale preso nel suo insieme e toccano il 75,4% nel 2016, ma scendono al 72,5% nel 2019; e viceversa i giudizi di mancata soddisfazione (parziale o totale) salgono dal 24,6% del 2016 al 27,5% del 2019;

- infine, paragonando i livelli di soddisfazione/insoddisfazione appena ricordati – sempre per quanto riguarda il sistema ospedaliero complessivo della Regione – con quelli presenti nella tabella 16, emerge una sostanziale coerenza di giudizi, i quali si posizionano più o meno su un livello intermedio rispetto a quelli attribuiti separatamente ad ospedali pubblici, accreditati e cliniche private a pagamento.

Tab. 16 – Livello di soddisfazione/insoddisfazione qualora siano state effettivamente utilizzate, nel corso degli ultimi dodici mesi, delle strutture ospedaliere pubbliche, accreditate oppure cliniche private, con riferimento al caregiver stesso e/o ai membri della relativa famiglia (val. %)

Livello di soddisfazione	2017 ¹	2019 ²	Risposte al netto di chi non sa esprimere un giudizio	
			2017 ¹	2019 ²
<i>Ospedali pubblici</i>				
– Molto soddisfatto	10,0	17,5	61,4	69,9
– Abbastanza soddisfatto	54,5	43,9		
– Poco soddisfatto	21,3	21,4	29,4	30,1
– Per nulla soddisfatto	6,5	8,0		
– Non saprei esprimere un giudizio	7,7	9,2		
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
V.a.	1.120	650	1.034	590
<i>Ospedali accreditati</i>				
– Molto soddisfatto	10,9	12,5	45,4	78,9
– Abbastanza soddisfatto	58,7	32,9		
– Poco soddisfatto	16,1	11,7	14,9	21,1
– Per nulla soddisfatto	2,5	3,2		
– Non saprei esprimere un giudizio	11,8	39,7		
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
V.a.	548	650	483	292
<i>Clinica privata a pagamento</i>				
– Molto soddisfatto	18,8	10,6	31,1	85,0
– Abbastanza soddisfatto	51,1	20,5		
– Poco soddisfatto	12,0	8,1	10,9	15,0
– Per nulla soddisfatto	0,3	2,8		
– Non saprei esprimere un giudizio	17,8	58,0		
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
V.a.	272	650	224	273

(1) Cfr. Ermeneia, *Ospedali&Salute/2017*, tabella 17/pag. 227.

(2) Base campione rafforzato (Telepanel + Web).

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. 16A – Giudizio di soddisfazione/insoddisfazione nei confronti dei servizi sanitari e socioassistenziali presenti nella Regione di residenza, nonché degli ospedali che vi operano, sia che il caregiver e/o i famigliari abbiano o non abbiano avuto occasione di utilizzare tali servizi negli ultimi dodici mesi (val. %)*

Livello di soddisfazione	2013 ¹			2016 ¹			2019 ²		
	Totale	Al netto dei mancati giudizi	Totale	Al netto dei mancati giudizi	Totale	Al netto dei mancati giudizi	Totale	Al netto dei mancati giudizi	
Servizi sanitari e socioassistenziali della Regione di residenza									
- Molto soddisfatto	7,0	76,5	12,6	72,0	7,0	72,0	7,0	65,5	
- Abbastanza soddisfatto	62,3		51,4		37,9		37,9		
- Poco soddisfatto	17,8	23,5	21,0	28,0	17,1	28,0	17,1	34,5	
- Per nulla soddisfatto	3,5		4,0		6,5		6,5		
- Non saprei esprimere un giudizio	9,4	-	11,0	-	31,5	-	31,5	-	
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
V.a.	2.000	1.812	2.000	1.780	2.000	1.780	2.000	1.270	
Ospedali della Regione di residenza									
- Molto soddisfatto	-		14,7	75,4	11,0	75,4	11,0	72,5	
- Abbastanza soddisfatto	-		54,7		43,9		43,9		
- Poco soddisfatto	-		18,2		14,2		14,2		
- Per nulla soddisfatto	-		4,5		6,6		6,6		
- Non saprei esprimere un giudizio	-		7,9		24,3		24,3		
Totale	-		100,0		100,0		100,0		
V.a.	-		2.000		1.842		2.000		

* Al netto degli intervistati che non hanno saputo esprimere un giudizio.

(1) Cfr. Ermeneta, *Ospedali&Salute/2017*, tabella 11/pag. 213.

(2) Base campione Telepanel.

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2018*

Ritornando alla valutazione delle prestazioni ospedaliere da parte dei *caregiver* e/o dei membri della famiglia che hanno effettivamente avuto tali esperienze nel corso degli ultimi dodici mesi, si è voluto mettere l'accento questa volta sul miglioramento o meno del trattamento dei pazienti (ma facendo riferimento alle esperienze maturate negli ultimi due anni). I risultati delle rilevazioni esposte nella tabella 17 ribadiscono l'accentuarsi di una certa "polarizzazione" dei giudizi, nel senso che:

- diminuiscono i giudizi di continuità del trattamento dei pazienti che passano dal 48,8% del 2015 al 36,5% del 2017 per finire al 35,6% del 2019;
- mentre aumentano i giudizi di miglioramento deciso o lieve (dal 30,8% del 2015 al 32,7% del 2019);
- e parallelamente crescono anche i giudizi di peggioramento lieve o deciso (dal 14,9% del 2015 al 19,3% del 2019).

E le valutazioni polarizzate che possono essere messe in evidenza rispetto alla media complessiva del campione concernono (cfr. *Tabella A17/Campione caregiver, capitolo 4 degli Allegati*):

- in termini di trattamento "decisamente e/o lievemente migliorato", il Centro-Sud, ma specialmente il Mezzogiorno, gli intervistati che risiedono nei centri urbani di maggiore dimensione, quelli di 55 anni e oltre, le persone che posseggono un livello di istruzione molto basso e – in parte – quelle che, al contrario, hanno conseguito la laurea come pure i *caregiver* collocati all'interno di un livello socioeconomico medio-alto e/o alto;
- e, in termini di trattamento "lievemente e/o decisamente peggiorato", gli intervistati del Centro-Sud, ma specialmente del Mezzogiorno, sempre i residenti nei centri urbani più consistenti nonché i *caregiver* di età compresa tra i 35 e i 54 anni e che posseggono un titolo di studio di scuola secondaria superiore, anche se si collocano all'interno di un livello socioeconomico tendente al basso.

A questo punto si è voluto anche porre una domanda esplicita in tema di "medietà" percepita dei servizi forniti dagli ospedali pubblici, accreditati e cliniche private a pagamento che risultano presenti nella Regione di residenza degli intervistati: il tutto tenendo conto dell'esperienza personale e/o di altri membri della famiglia così come maturata nel corso degli ultimi due anni.

Si sa che uno dei problemi del Servizio Sanitario Nazionale non è tanto la mancanza di strutture di alta (o di addirittura di eccellente) qualità, le quali anzi sono numerose, significative e riconosciute, spesso anche a livello internazionale, quanto piuttosto la non sempre reale adeguatezza a livello di servizi che dovrebbero essere mediamente accettabili ed equamente distri-

Tab. 17 – Giudizio sul miglioramento/peggioramento del trattamento dei pazienti (caregiver e/o membri della famiglia) nell'ambito delle strutture ospedaliere pubbliche nel corso degli ultimi due anni (val. %)

Giudizio	2015 ¹		2017 ²		2019 ³	
- Il trattamento è decisamente migliorato	6,0	30,8	11,3	33,6	10,6	32,7
- Il trattamento è lievemente migliorato	24,8		22,3		22,1	
- Il trattamento è rimasto più o meno come il periodo precedente gli ultimi due anni	48,8		36,5		35,6	
- Il trattamento è lievemente peggiorato	9,6	14,9	8,6	16,0	9,2	19,3
- Il trattamento è decisamente peggiorato	5,3		7,4		10,1	
- Non saprei dare una risposta a tale proposito	5,5		13,9		12,4	
Totale	100,0		100,0		100,0	
V.a.	1.428		1.215		650	

(1) Cfr. Ermeneia, *Ospedali&Salute/2015*, Tabella B10 degli Allegati *caregiver* (Rispondenti: utilizzatori degli ospedali negli ultimi dodici mesi).

(2) Cfr. Ermeneia, *Ospedali&Salute/2017*, Tabella A17 degli Allegati *caregiver* (Rispondenti: utilizzatori degli ospedali negli ultimi dodici mesi).

(3) Cfr. Ermeneia, *Ospedali&Salute/2019* (Rispondenti: utilizzatori ricoveri ospedalieri negli ultimi dodici mesi), base campione *caregiver* rafforzato (Telepanel + Web).

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Tab. 18 – Valutazione più generale sul raggiungimento di un livello medio accettabile delle prestazioni degli ospedali presenti nella Regione di residenza nel corso degli ultimi due anni, tenendo conto dell'esperienza di ricovero avuta dal caregiver e/o dagli altri membri della famiglia (val. %)

Valutazione	Ospedali pubblici			Ospedali accreditati			Cliniche private a pagamento pieno		
	Risposte ottenute	Risposte al netto di chi non esprime un giudizio	Risposte ottenute	Risposte al netto di chi non esprime un giudizio	Risposte ottenute	Risposte al netto di chi non esprime un giudizio	Risposte ottenute	Risposte al netto di chi non esprime un giudizio	
- Un livello medio del tutto soddisfacente	16,7	64,1	12,2	49,7	11,6	73,8	35,5	76,7	
- Un livello medio soddisfacente	41,5		37,5		23,9				
- Un livello medio poco soddisfacente	21,5	35,9	13,7	17,6	8,3	26,2	10,8	23,3	
- Un livello medio per nulla soddisfacente	11,1		3,9		2,5				
- Non saprei esprimere un giudizio	9,2	-	32,7	-	53,7	-	-	-	
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
V.a.	650	590	650	650	650	437	650	301	

(1) Base campione rafforzato (Telepanel + Web).

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

buiti nelle varie Regioni come una garanzia complessiva di sistema per tutti i cittadini, indipendentemente dai territori dove questi vivono.

Nella tabella 18 si vede come il livello medio “del tutto soddisfacente” sia attribuito per il 16,7% agli ospedali pubblici, per il 12,2% agli ospedali accreditati e per l’11,6% alle cliniche private. A questo tuttavia si affianca il livello medio “soddisfacente” per un altro 41,5% dei pubblici, un 37,5% degli ospedali accreditati e un 23,9% delle cliniche private. Se si sommano i primi due giudizi (cioè il livello medio “del tutto soddisfacente” + il livello medio “soddisfacente”) il confronto diventa:

- il 58,2% per gli ospedali pubblici;
- il 49,7% per gli ospedali accreditati;
- e il 35,5% per le cliniche private a pagamento.

Viceversa i giudizi “poco + per nulla soddisfacente” risultano essere del 32,6% per le strutture pubbliche, del 17,6% per quelle accreditate e del 10,8% per le cliniche private a pagamento pieno.

Le percentuali suddette si riferiscono alle risposte fornite direttamente dai *caregiver*, ivi comprese quelle di coloro che non sanno esprimere un giudizio. Qualora si depurino le risposte di chi non sa dare una valutazione, che peraltro risultano particolarmente elevate per quanto riguarda gli ospedali accreditati (32,7%) e ancora più per le cliniche private (53,7%), si ottengono i giudizi finali di chi può esser definito come “informato sui fatti”. E i relativi risultati sono compresi nella seconda e nella terza colonna, con riferimento a ciascuna struttura ospedaliera indicata all’interno della tabella 18, da cui si evincerebbe che la “medietà” soddisfacente in tutto o in parte sarebbe:

- del 64,1% per gli ospedali pubblici;
- ma del 73,8% per gli ospedali accreditati;
- ed infine del 76,7% per le cliniche private a pagamento;
- mentre la medietà giudicata come insoddisfacente nel suo complesso sarebbe del 35,9% nel primo caso, del 26,2% nel secondo caso ed infine del 23,3% nel terzo caso.

Anche per gli aspetti relativi alla valutazione della cosiddetta “medietà” delle prestazioni attribuite agli ospedali presenti nella Regione di residenza, con riferimento alle esperienze avute nel corso degli ultimi due anni, è possibile rilevare che (cfr. *Tabella A18/Campione caregiver, capitolo 4 degli Allegati*):

- il livello medio “del tutto soddisfacente e/o soddisfacente” viene percepito specialmente nei confronti degli ospedali pubblici del Nord-Ovest e del Nord-Est, da un lato e degli ospedali accreditati oltre che delle cliniche private a pagamento da parte degli intervistati del Mezzogiorno, dall’altro; inoltre sono i residenti nei centri urbani più grandi a rilevare un buon

livello di medietà indipendentemente dalla tipologia di ospedale cui ci si riferisce e soprattutto coloro che godono di un livello socioeconomico medio-alto o alto;

- viceversa il livello medio “poco e/o per nulla soddisfacente” viene percepito soprattutto dai *caregiver* residenti nel Mezzogiorno (e per tutte e tre le categorie di ospedali presenti in tabella), ribadendo così la “polarizzazione” dei giudizi più sopra richiamata; in tal senso si esprimono inoltre i residenti in centri urbani di media e/o grande dimensione, le persone comprese tra i 18 e i 54 anni rispetto a quelle più anziane e – come di consueto – gli intervistati con un livello di istruzione e un livello socioeconomico elevato.

3.4. La reattività dei *caregiver* rispetto alle inadeguatezze dei servizi

Nella precedente tabella 18 si è rilevata la percezione del livello di una non soddisfacente “medietà” delle prestazioni fornite dagli ospedali della Regione di residenza nella misura del 32,6% dei *caregiver* intervistati che peraltro hanno effettivamente avuto, nel corso degli ultimi due anni, una o più esperienze di ricovero in via diretta o indiretta in quanto sono stati coinvolti altri membri della famiglia.

Dunque è comprensibile che i suddetti *caregiver* abbiano posto in atto dei comportamenti di tipo reattivo allo scopo di ottenere delle prestazioni migliori: tali cioè da poter rispondere ad una valutazione di “medietà” più adeguata.

Si è chiesto allora se gli intervistati, a seguito di eventuali disagi derivanti da esperienze di ricovero in strutture ospedaliere pubbliche nel corso degli ultimi due anni, si siano rivolti o meno ad altre tipologie di strutture. La risposta è che il 30,2% dichiara di aver utilizzato strutture accreditate e il 13,0% cliniche private a pagamento (tab. 19). Come si vede si assiste ad una tendenziale crescita a partire dal 2017 di questo tipo di scelta, con poco meno di un raddoppio tra il 2017 e il 2019, qualora si sia trattato di ospedali accreditati (da 16,1% a 30,2%) e quasi tre volte di più per quanto riguarda le cliniche private a pagamento (da 4,8% a 13,0%).

Quanto alle ragioni che hanno spinto a scegliere servizi ospedalieri “alternativi” rispetto a quelli pubblici la tabella 20 espone le risposte ottenute in ordine decrescente per il 2019 e le pone a confronto con quanto si è rilevato negli anni precedenti. Si tratta di ragioni legate:

- da un lato, a situazioni di inefficienza di vario tipo delle strutture pubbliche (indicate con caratteri normali);
- e dall'altro, a scelte autonome della famiglia (in carattere neretto).

Tab. 19 – Eventuale ricorso ad ospedali accreditati o a cliniche private a pagamento da parte del caregiver e/o di altri membri della famiglia nel corso degli ultimi due anni, a seguito di eventuali disagi derivanti dall'accesso ai servizi forniti dalle strutture ospedaliere pubbliche (val. %)

<i>Eventuale ricorso</i>	2017 ¹	2018 ²	2019
<i>Ad ospedali accreditati</i>			
– Sì	16,1	35,2	30,2
– No	83,9	64,8	69,8
Totale	100,0	100,0	100,0
V.a.	545	921	308
<i>A cliniche private a pagamento</i>			
– Sì	4,8	11,4	13,0
– No	95,2	88,6	87,0
Totale	100,0	100,0	100,0
V.a.	545	921	308

(1) Cfr. Ermeneia, *Ospedali&Salute/2017*, Tabella A19/caregiver (rispondenti: utilizzatori degli ospedali pubblici negli ultimi dodici mesi).

(2) Cfr. Ermeneia, *Ospedali&Salute/2018*, Tabella E48/caregiver (rispondenti: utilizzatori degli ospedali pubblici negli ultimi dodici mesi).

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Tra le ragioni del primo tipo il 1° posto in assoluto in tutti e quattro gli anni esposti nella tabella 20 riguarda la ricerca di una minore attesa per ottenere le prestazioni, ragione questa ribadita anche dalla successiva affermazione concernente la necessità per l'appunto di affrontare un'attesa troppo lunga per avere accesso negli ospedali pubblici (5° posto, col 13,2% di addensamenti di risposte). Seguono poi, con importanza minore:

- le condizioni di degenza dei pazienti non particolarmente appropriate nella realtà pubblica (8° posto nel 2019 come nel 2018);
- la progressiva riduzione dei posti letto negli ospedali pubblici (9° posto nel 2019 ma il 10° nel 2018);
- l'invio del paziente ad un ospedale accreditato da parte dello stesso ospedale pubblico (11° posto nel 2019 come negli anni precedenti);
- ed infine la chiusura progressiva degli ospedali pubblici sul territorio (12° posto nel 2019, 11° nel 2018 e 9° nel 2015 e nel 2017).

Le ragioni del secondo tipo (indicate in caratteri neretto) sono più numerose e più intensamente scelte dai *caregiver*. Si tratta:

- innanzitutto della maggior fiducia nell'ospedale accreditato e nei medici che vi operano: 2° posto nel 2019 ma anche nei due anni precedenti;

- la vicinanza dell'ospedale a casa: 3° posto nel 2019 ma anche nel 2018 e nel 2015;
- il frutto di una scelta attenta e ponderata effettuata in famiglia: 4° posto nel 2019 così come nel 2018 (era al 5° posto nel 2017 e al 6° nel 2015);
- il consiglio di parenti, amici e conoscenti: 6° posto nel 2019 (ma nella stessa posizione era anche nel 2018 e nel 2017);
- la tradizione di famiglia: 7° posto nel 2019 (ma con un recupero di posizione rispetto agli anni precedenti);
- e infine una certa sfiducia nell'ospedalità pubblica più in generale: 10° posto nel 2019 (mentre tale ragione risultava più importante negli anni precedenti).

Infine si registra come le ragioni che crescono di più tra il 2018 e il 2019 riguardano:

- il frutto di una scelta attenta e ponderata effettuata in famiglia (dal 15,7% al 19,1% di addensamento di risposte);
- la tradizione di famiglia (dal 5,2% del 2018 all'8,0%);
- la progressiva riduzione dei posti letto negli ospedali pubblici (dal 3,7% al 6,9%);
- ed infine l'invio del paziente ad un ospedale accreditato da parte dello stesso ospedale pubblico (dal 3,4% al 4,5%).

Tra le ragioni appena indicate il Mezzogiorno risulta più sensibile, rispetto alla media complessiva del campione (ed anche rispetto al resto delle ripartizioni geografiche) per quanto riguarda (cfr. *Tabella A20/Campione caregiver, capitolo 4 degli Allegati*):

- la maggior fiducia nell'ospedale;
- la chiusura degli ospedali pubblici sul territorio;
- la vicinanza dell'ospedale a casa;
- il consiglio di parenti, amici e conoscenti;
- ed infine la tradizione di famiglia.

Il Nord in particolare è invece più sensibile, sia rispetto alla media complessiva del campione sia rispetto alle altre ripartizioni territoriali, per quanto riguarda:

- la minore attesa per le prestazioni;
- la necessità di affrontare un'attesa troppo lunga per avere accesso all'ospedale pubblico;
- e la progressiva riduzione dei posti letto negli ospedali pubblici.

Ma oltre che scegliere strutture ospedaliere alternative a quelle pubbliche i *caregiver* possono anche aver messo in atto un'altra tipologia di reazione attiva, costituita in questo caso dall'orientamento a rivolgersi ad altre strutture ospedaliere che si trovano però al di fuori della propria Regione di resi-

denza. La tabella 21 mette a confronto tale orientamento negli ultimi 4 anni evidenziando come:

- a) la spinta ad intraprendere l'esperienza alternativa presso ospedali fuori Regione sia aumentata tra il 2016 e il 2018 (dal 10,1% al 16,4%), ma si contragga nel 2019 (12,4%) presumibilmente per le restrizioni messe in atto dalle Regioni in tema di flussi di mobilità sanitaria, in particolare dal Sud verso il Nord ma anche per i costi di trasferta a carico della famiglia (cfr. primo gruppo di risposte della tabella 21);
- b) esista tuttavia una quota di *caregiver* indirizzata potenzialmente ad intraprendere l'esperienza di mobilità sanitaria anche se finora non ha fatto ricorso a quest'ultima, pur valutando la possibilità di rivolgersi a strutture fuori Regione oppure valutando tale opportunità nel caso si dovesse affrontare un problema serio di salute: va dunque registrata la crescita netta di questo complessivo orientamento potenziale che passa dal 18,1% del 2016 al 31,3% del 2017, sale addirittura al 43,9% nel 2018 per attestarsi al 39,6% nel 2019 (cfr. secondo gruppo di risposte della tabella 21);
- c) infine vi siano anche degli intervistati che non si sono posti affatto il problema in quanto gli ospedali presenti sul territorio siano o meno ritenuti adeguati per le eventuali necessità: ma tale opinione è in netto e costante calo dal 2016 (54,1%) al 2019 (29,0%) a conferma degli atteggiamenti critici sempre più consistenti nei confronti delle strutture pubbliche come è stato sottolineato nei precedenti paragrafi. Esiste poi un'ultima quota di *caregiver* che non ha pensato di fare ricorso alle alternative extraregionali in quanto non si era informati su tale opportunità che non implica oneri di nessun tipo da parte della famiglia (in proposito si passa dal 17,7% del 2016 al 21,1% del 2019): il che fa ipotizzare l'esistenza di valutazioni critiche crescenti nei confronti delle strutture del proprio territorio di residenza (cfr. ultimo gruppo di risposte della tabella 21).

Un maggiore approfondimento dei dati appena richiamati può essere intrapreso considerando quali componenti del sottocampione risultino maggiormente orientate verso la soluzione di tipo extraregionale rispetto alla media complessiva del campione. Questo avviene nel caso dei *caregiver* residenti nel Mezzogiorno rispetto agli altri come pure per quelli che sono collocati all'interno di un livello socioeconomico medio-alto e/o alto (cfr. *Tabella A21/Campione caregiver, capitolo 4 degli Allegati*).

Naturalmente aver fatto esperienza, nel corso degli ultimi dodici mesi, di liste di attesa per il ricovero in ospedale per il *day hospital* o per il *day service* ha accentuato l'utilizzo come pure la propensione ad utilizzare le strutture sanitarie extraregionali. E ancora di più l'attenzione per queste ultime cresce per coloro che si dichiarano "poco o per nulla soddisfatti" dei servizi delle strutture ospedaliere (pubbliche, accreditate o cliniche private a pagamento)

Tab. 21 – Eventuale ricorso negli ultimi dodici mesi a strutture ospedaliere presenti in altre Regioni italiane rispetto a quella di residenza da parte del caregiver e/o di altri componenti della famiglia, con riferimento agli anni indicati (val. %)

Eventuale ricorso	2016 ¹	2017 ¹	2018 ¹	2019 ²
<i>Caregiver orientati a fare concretamente l'esperienza</i>				
1) Sì, abbiamo fatto ricorso per una o più persone appartenenti alla famiglia	9,6	10,1	6,1	5,9
2) Sì, volevamo fare ricorso, ma poi abbiamo rinunciato perché la lista di attesa era troppo lunga	0,3	2,5	2,4	1,4
3) Sì, volevamo fare ricorso, ma la Asl non ci ha dato l'autorizzazione	-	0,7	2,7	1,2
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	3,1	5,2	3,9
<i>Caregiver 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	11,4	14,6	7,1
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	19,9	29,3	32,5
<i>Caregiver 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	35,3	32,3	29,0
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	17,0	19,4	21,1
Altro	-	-	3,0	9,3
V.a.	2.000	1.187	2.000	2.000

(1) Cfr: Ermeneia, *Ospedali&Salute/2018*, tabella 50/pag. 240.

(2) Base campione Telepanel.

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

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

sperimentate nell'ultimo anno (cfr. *Tabella B21/Campione caregiver, capitolo 4 degli Allegati*).

Un terzo tipo di reazione “attiva” potenziale è quello di essere orientati ad utilizzare in maniera impropria il Pronto Soccorso a seguito di inadeguatezze reali o presunte delle prestazioni di medicina territoriale o in vista di accelerare il ricovero ospedaliero, abbreviando le liste di attesa.

Nella tabella 21A sono state collocate le risposte dei *caregiver* che vanno intese come la propensione, in presenza di un problema serio e/o urgente di salute (o ritenuto tale), a ricorrere ad un soggetto piuttosto che ad un altro tra quelli elencati: per effettuare analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, visite specialistiche o ricoveri. La stessa domanda era stata posta lo scorso anno ad un analogo campione di *caregiver* come pure quest'anno al campione della popolazione (illustrato nella Parte seconda del presente Rapporto).

I risultati mettono in evidenza che:

- a) il medico di base costituirebbe sempre il primo soggetto di riferimento, considerato che occupa il 1° posto in assoluto delle scelte degli intervistati col 69,1% delle propensioni nel 2019, ma con una contrazione di 4 punti percentuali rispetto al 2018: la propensione della popolazione è invece decisamente più alta nel 2019 (il medico di base è sempre al 1° posto e col 76,2% delle opzioni);
- b) esistono poi una serie di propensioni (dalla seconda alla sesta) che declinano varie forme di “reattività” potenziale rispetto alle inadeguatezze (reali o presunte) della medicina di base, ma non solo. Per essere più precisi ciò avverrebbe:
 - in quanto si preferisce ricorrere ad un medico specialista ospedaliero di cui ci si fida o di cui si è sentito parlar bene, per effettuare una visita *intramoenia* all'interno di un ospedale pubblico oppure una visita privata (entrambe a pagamento): ritenendo così di rendere più facile e rapida l'effettuazione delle analisi, degli accertamenti diagnostici o addirittura il ricovero ospedaliero, evitando le liste di attesa; tale opzione si colloca al 2° posto nel 2019, col 50,9% di opzioni, recuperando una posizione rispetto al 2018 (quando era 3° posto, col 45,6%), contro un 48,1% della popolazione sempre nel 2019;
 - ma anche nel caso in cui non si trovi una risposta adeguata o rapida da parte del medico di base o degli specialisti dei poliambulatori Asl, si preferisce rivolgersi direttamente al Pronto Soccorso ospedaliero: 3° posto, col 42,6% di opzioni, mentre nel 2018 tale orientamento occupava il 2° posto, col 48,5%, contro un 51,2% della popolazione nel 2019;

Tab. 21A – Soggetti a cui si rivolgerebbero preferibilmente i caregiver qualora avessero o pensassero di avere un problema serio e/o urgente di salute, tenendo conto dell'esperienza maturata nel tempo per effettuare analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, visite specialistiche oppure ricoveri sia che si tratti di rivolgersi agli ospedali oppure ai servizi territoriali della Asl (val. %)

	Caregiver e/o altri membri della famiglia						Popolazione
	2018 ¹			2019 ²			
– Quando si ha o si pensa di avere un problema serio e/o urgente di salute si preferisce rivolgersi innanzitutto al medico di base	1°	73,1	1°	69,1	1°	76,2	
– In alternativa si preferisce recarsi dal medico specialista ospedaliero di cui ci si fida o di cui si è sentito parlar bene per effettuare una visita <i>intraospedaliera</i> all'interno dell'ospedale pubblico oppure una visita privata (entrambe a pagamento), così è più facile effettuare le analisi, gli accertamenti diagnostici o addirittura ottenere il ricovero, evitando le liste di attesa	3°	45,6	2°	50,9	3°	48,1	
– Nel caso non si trovi una risposta adeguata o rapida dal medico di base o dagli specialisti dei poliambulatori Asl, si preferisce rivolgersi direttamente al Pronto Soccorso ospedaliero	2°	48,5	3°	42,6	2°	51,2	
– Nel caso poi che si avesse bisogno di una visita specialistica, di un accertamento diagnostico o di un ricovero ospedaliero e le relative liste di attesa risultassero troppo lunghe, si preferisce rivolgersi al Pronto Soccorso dell'ospedale	4°	27,5	4°	28,1	4°	26,4	
– Insomma si tende ad usare più l'ospedale che non i servizi Asl presenti sul territorio	5°	22,1	5°	21,4	6°	18,8	
– Si preferisce in ogni caso rivolgersi da subito al Pronto Soccorso dell'ospedale piuttosto che ai servizi della Asl per non perdere tempo	6°	20,3	6°	19,2	5°	21,4	
– Non si sono ancora avuti problemi seri e/o urgenti di salute da affrontare e quindi non si è in grado di dire quale sarebbe la scelta effettuata		31,3		36,2		28,4	
– Non si saprebbe comunque cosa scegliere, poiché di solito ci si fa consigliare in caso di necessità		31,5		32,6		29,4	
V.a.		2.000		2.000		4.020	

Il totale non è uguale a 100 poiché si suggeriva di scegliere i tre soggetti più vicini all'intervistato.

(1) Cfr. *Ermeneya, Ospedali&Salute/2018*, tabella 41/pag. 221.

(2) Base campione Telepanel.

Fonte: *indagine Ermeneya – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Tab. 21B – Soggetti a cui si rivolgerebbero preferibilmente i caregiver qualora avessero o pensassero di avere un problema serio e/o urgente di salute, tenendo conto dell'esperienza maturata nel tempo per effettuare analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, visite specialistiche oppure ricoveri sia che si tratti di rivolgersi agli ospedali oppure ai servizi territoriali della Asl (val. %)

Propensioni	Quando si ha o si pensa di avere un problema serio e/o urgente di salute si preferisce rivolgersi innanzitutto al medico di base		In alternativa si preferisce recarsi dal medico specialista ospedaliero di cui ci si fida o di cui si è sentito parlare bene per effettuare una visita privata (entrambe a pagamento), così è più facile effettuare analisi, accertamenti diagnostici o addirittura ottenere il ricovero, evitando le liste di attesa		Nel caso non si trovi una risposta adeguata o rapida dal medico di base o dagli specialisti del poliambulatori Asl, si preferisce rivolgersi direttamente al Pronto Soccorso ospedaliero		Nel caso poi che si avesse bisogno di una visita specialistica, di un accertamento diagnostico o di un ricovero ospedaliero e le relative liste di attesa risultassero troppo lunghe, si preferisce rivolgersi al Pronto Soccorso ospedaliero		Insomma si tende ad usare più ospedale che non i servizi Asl presenti sul territorio		Si preferisce in ogni caso rivolgersi da subito al Pronto Soccorso ospedaliero piuttosto che ai servizi della Asl per non perdere tempo		Non si sono ancora avuti problemi seri e/o urgenti di salute da affrontare e quindi non si è in grado di dire quale sarebbe la scelta effettuata		Non si saprebbe comunque cosa scegliere, poiché di solito ci si fa consigliare in caso di necessità		Totale
	Y.a.	1.382	69,1	1.019	50,9	42,6	851	561	28,1	21,4	428	383	19,2	36,2	724	651	
Incidenza % su totale	100,0	69,1	50,9	42,6	851	561	28,1	21,4	428	383	19,2	36,2	724	651	100,0	100,0	100,0
% totale per singola propensione			74,5	75,1	48,2	40,3	41,9	18,0	40,2	43,3	56,0	50,1	26,6	50,9	42,6	69,1	
- Quando si ha o si pensa di avere un problema serio e/o urgente di salute si preferisce rivolgersi innanzitutto al medico di base																	
- In alternativa si preferisce recarsi dal medico specialista ospedaliero di cui ci si fida o di cui si è sentito parlare bene per effettuare una visita intramoenia all'interno dell'ospedale pubblico oppure una visita privata (entrambe a pagamento), così è più facile effettuare analisi, accertamenti diagnostici o addirittura ottenere il ricovero, evitando le liste di attesa		54,9															
- Nel caso non si trovi una risposta adeguata o rapida dal medico di base o dagli specialisti del poliambulatori Asl, si preferisce rivolgersi direttamente al Pronto Soccorso ospedaliero		46,3	40,3														
- Nel caso poi che si avesse bisogno di una visita specialistica, di un accertamento diagnostico o di un ricovero ospedaliero e le relative liste di attesa risultassero troppo lunghe, si preferisce rivolgersi al Pronto Soccorso dell'ospedale		21,4	22,1	27,6													

(Segue) Tab. 21B – Soggetti a cui si rivolgerrebbero preferibilmente i caregiver qualora avessero o pensassero di avere un problema serio e/o urgente di salute, tenendo conto dell'esperienza maturata nel tempo per effettuare analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, visite specialistiche oppure ricoveri sia che si tratti di rivolgersi agli ospedali oppure ai servizi territoriali della Asl (val. %)

	Quando si ha o si pensa di avere un problema serio e/o urgente di salute si preferisce rivolgersi innanzitutto al medico di base		In alternativa si preferisce recarsi dal medico specialista ospedaliero di cui ci si fida o di cui si è sentito parlare bene per effettuare una visita intramoenia interno ospedale oppure una visita priv. (entrambe a pagam), così è più facile effettuare le analisi, gli accertam. diagn. o ottenere il ricovero, evitando le liste di attesa		Nel caso non si trovi una risposta adeguata o rapida dal medico di base o dagli specialisti del poliambulatori Asl, si preferisce rivolgersi direttamente al Pronto Soccorso ospedaliero		Nel caso poi che si avesse bisogno di una visita specialistica, di un accertamento diagnostico o di un ricovero ospedaliero e le relative liste di attesa risultassero troppo lunghe, si preferisce rivolgersi al Pronto Soccorso ospedaliero		Insomma si tende ad usare più ospedale che non i servizi Asl presenti sul territorio		Si preferisce in ogni caso rivolgersi da subito al Pronto Soccorso ospedaliero piuttosto che ai servizi della Asl per non perdere tempo		Non si sono ancora avuti problemi seri e/o urgenti di salute da affrontare e quindi non si è in grado di dire quale sarebbe la scelta effettuata		Non si saprebbe comunque cosa scegliere, poiché di solito ci si fa consigliare in caso di necessità		Totale
Y.a.	1.382	69,1	1.019	50,9	42,6	851	28,1	561	21,4	428	19,2	724	32,6	651	2.000	100,0	
% totale per singola propensione	100,0	12,4	11,4	9,0	13,8	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
- Insomma si tende ad usare più l'ospedale che non i servizi Asl presenti sul territorio																	
- Si preferisce in ogni caso rivolgersi da subito al Pronto Soccorso dell'ospedale piuttosto che ai servizi della Asl per non perdere tempo																	
- Non si sono ancora avuti problemi seri e/o urgenti di salute da affrontare e quindi non si è in grado di dire quale sarebbe la scelta effettuata																	
- Non si saprebbe comunque cosa scegliere, poiché di solito ci si fa consigliare in caso di necessità																	

Fonte: Indagine Ermenèia – Studi & Strategie di Sisrema, 2019

- oppure nel caso in cui, avendo bisogno di una visita specialistica, di un accertamento diagnostico o di un ricovero ospedaliero e contemporaneamente le relative liste di attesa risultino troppo lunghe, si sceglie la strada più veloce del Pronto Soccorso ospedaliero: 4° posto nel 2019, col 28,1% delle opzioni, più o meno analoghe a quelle dell'anno precedente (4° posto, col 27,5%), contro un 26,4% della popolazione;
 - ma esisterebbe anche un orientamento più generale che preferirebbe utilizzare sin da subito il Pronto Soccorso ospedaliero piuttosto che i servizi Asl presenti sul territorio: 5° posto nel 2019, col 21,4% di opzioni che trova una conferma rispetto al 2018 (sempre 5° posto, ma col 22,1%) contro un 18,8% della popolazione nel 2019;
 - ed infine in ogni caso si preferirebbe rivolgersi sin da subito al Pronto Soccorso dell'ospedale piuttosto che ai servizi Asl per non perdere tempo: questa è un'affermazione di tipo generale, quasi una scelta di fondo a priori, che si colloca al 6° posto, col 19,2% di opzioni da parte degli intervistati nel 2019, posizione assai vicina a quella del 2018 (6° posto, col 20,3%), contro un 21,4% della popolazione nel 2019;
- c) e risulterebbero infine in crescita le percentuali di adesione alle ultime due affermazioni indicate nella tabella 21A: è il caso degli intervistati che non hanno ancora avuto problemi seri e/o urgenti di salute da affrontare e quindi non sono in grado di dire quale sarebbe la loro scelta: 36,2% nel 2019 contro il 31,3% del 2018 (e il 28,4% per la popolazione nel 2019); ma è anche il caso di coloro che non saprebbero comunque cosa scegliere poiché di solito si fanno consigliare in presenza di una specifica necessità (32,6% nel 2019 e 31,5% nel 2018 contro un 29,4% della popolazione nel 2019).

Come si può vedere si è davanti ad un consolidamento di atteggiamenti che corrisponde ad un processo in corso da tempo che potrebbe essere definito come una tendenza verso la “territorializzazione” di fatto dei servizi ospedalieri per diverse ragioni:

- perché gli ospedali finiscono con lo svolgere una funzione (almeno in parte) sostitutiva dei servizi di medicina territoriale che sono ritenuti generalmente troppo lenti o qualitativamente non sufficientemente adeguati;
- o perché si ritiene che le strutture ospedaliere risultino più attrezzate e con personale più preparato e con maggiore esperienza, visto il numero dei casi che vengono affrontati;
- o ancora, infine, perché passare per il Pronto Soccorso può significare ottenere in via più rapida prestazioni o ricoveri veri e propri e sempre con un personale medico più affidabile.

È stato poi effettuato un apposito incrocio interno alla tabella 21A (cfr. tabella 21B). La lettura dei risultati permette di avere un'idea maggiormente articolata della copresenza di più orientamenti potenziali di utilizzo del Pronto Soccorso (e per facilitare la lettura sono state evidenziate in neretto le opzioni più elevate cioè superiori al 20%).

Gli orientamenti verso un uso “alternativo” del Pronto Soccorso attraversano trasversalmente le diverse tipologie dei sottocampioni afferenti ai *caregiver*, come mostra la *Tabella A21B/Campione caregiver, capitolo 4 degli Allegati*).

4. Un peggioramento ulteriore dei sistemi di “giunzione” tra ospedalità e post-ospedalità

4.1. Le difficoltà molteplici incontrate al momento dell’uscita dall’ospedale

Nei precedenti paragrafi 3.1 e 3.2 è stata richiamata la debolezza dei sistemi di “giunzione”, riferita innanzitutto al momento della scelta e dell’ingresso nella struttura ospedaliera e quindi della permanenza all’interno della medesima, con tutte le esigenze complesse di relazione con l’organizzazione e con gli operatori che ne conseguono.

Ma la debolezza richiamata diventa altrettanto importante se si considerano le difficoltà incontrate dal *caregiver* e/o dagli altri membri della famiglia al momento delle dimissioni dalle strutture ospedaliere a valle dell’intervento e/o della degenza per ragioni di cura (sia che si tratti di disagio di tipo grave che di tipo leggero). Le risposte contenute nella tabella 22 tengono conto, anno per anno, delle difficoltà incontrate in tal senso nel corso degli ultimi dodici mesi.

Nella tabella suddetta hanno trovato posto le risposte degli intervistati, con riferimento:

- alle difficoltà di “giunzione” con la medicina di base;
- alle difficoltà derivanti dal processo di de-ospedalizzazione accelerata;
- alle difficoltà di “giunzione” con le strutture post-ricovero;
- e alle difficoltà di “giunzione” di tipo informativo-orientativo.

Uno sguardo al gruppo delle prime tre colonne della tabella menzionata (in cui sono state raggruppate le difficoltà ritenute “molto + abbastanza importanti”) consente di rilevare che:

- a) nel 2019 gli intervistati di tale opinione si aggirano attorno al 30%-40%, per tutte e quattro le difficoltà indicate nella tabella 22, con una crescita pressoché continua tra il 2014 e il 2017 e quindi tra il 2017 e il 2019. E inoltre l’intensità dei giudizi forniti viene a collocarsi tendenzialmente in posizione intermedia tra quelli relativi ad eventuali difficoltà incontrate

- al momento della scelta dell'ingresso in ospedale (cfr. precedente tabella 12 nell'ambito del paragrafo 3.1) e quelli relativi alle difficoltà sperimentate durante il periodo di permanenza all'interno della struttura ospedaliera (cfr. la precedente tabella 14 all'interno del paragrafo 3.2);
- b) le difficoltà di “giunzioni” con la medicina di base costituiscono il primo significativo impatto derivante dalle dimissioni con la conseguenza che si assiste:
- ad un allungarsi dei tempi per ottenere la copia della cartella clinica, col rischio di iniziare specifiche cure troppo tardi (dal 25,7% del 2014 al 35,7% del 2019);
 - ad un rischio di dover rientrare in ospedale in quanto la giusta terapia post-ricovero non è stata chiaramente comunicata al paziente e ai relativi familiari (dal 20,0% del 2014 al 28,2% del 2019);
 - come pure ad un rischio di dover rientrare in ospedale in quanto non c'è stato un adeguato collegamento col medico di medicina generale (dal 21,5% del 2014 al 29,3% del 2019);
 - ed infine, ad un collegamento col medico di base, che si è rivelato non appropriato e/o inesistente (dal 30,1% del 2014 al 40,9% del 2019!);
- c) le difficoltà derivanti dal processo di de-ospedalizzazione accelerata sono un altro tema-chiave, visto che gli intervistati riconoscono che:
- le dimissioni sono state troppo rapide e il paziente non era ancora sufficientemente in forze (dal 16,4% del 2014 al 42,4% del 2019);
 - il paziente ha dovuto rientrare in ospedale a causa delle conseguenze cliniche che si sono manifestate dopo l'intervento oppure dopo le cure precedentemente avute in ospedale (dal 24,5% del 2014 al 32,4% del 2019);
 - si avverte la mancanza di una struttura ospedaliera di medio livello, in cui poter completare il percorso di cura, con un po' di assistenza medica post-intervento (o post-cura), specie nel caso di malattie di tipo grave, poiché la degenza risulta troppo breve e le dimissioni sono assai rapide (da 15,4% del 2014 a 42,9% del 2019!);
- d) esistono poi difficoltà di “giunzioni” con le strutture post-ricovero per le quali vengono registrate delle preoccupazioni crescenti da parte dei *care-giver*, considerato che si afferma come:
- le strutture di riabilitazione post-ricovero non si siano rivelate adeguate rispetto all'intervento chirurgico o alle cure precedentemente avute in ospedale (da 21,7% del 2014 a 30,3% del 2019);
 - in particolare si sia stati indirizzati verso strutture riabilitative non intensive e non specializzate a sufficienza per le necessità del paziente (30,8% nel 2019);

- si sia stati orientati verso strutture riabilitative teoricamente adeguate, ma le cui prestazioni non si sono rivelate soddisfacenti (30,9% nel 2019);
 - sia stato difficile trovare una struttura di lungodegenza pubblica o accreditata (33,9% nel 2019);
 - si sia dovuto ricorrere, proprio per le difficoltà di trovare una struttura di lungodegenza pubblica o accreditata, a strutture private a pagamento a carico della famiglia (33,3% nel 2019);
 - ed infine il paziente sia dovuto rientrare in ospedale poiché non c'è stato un adeguato collegamento con i servizi socioassistenziali per la fase post-ricovero con strutture di riabilitazione, di lungodegenza, RSA, di assistenza a domicilio, ecc. (da 18,1% nel 2014 a 27,7% nel 2019);
- e) esistono poi difficoltà di “giunzioni” di tipo informativo-orientativo verso le quali gli intervistati si sono mostrati particolarmente sensibili, visto che si ammette come:
- manchi un regista unico che si faccia carico delle effettive esigenze del paziente: dal momento della scelta dell'ospedale, durante il periodo di permanenza all'interno di quest'ultimo e soprattutto di gestione della fase post-ospedaliera con i relativi collegamenti con le strutture a valle di riabilitazione, di lungodegenza e di assistenza socio-sanitaria (da 30,4% del 2014 a 49,6% del 2019!);
 - non esista una buona procedura circa le dimissioni e gli impegni che nascono dal dopo ricovero, cosicché si è lasciati a se stessi per quanto riguarda la terapia da seguire, le eventuali strutture di riabilitazione da trovare, i possibili indirizzi utili per utilizzare il volontariato, per effettuare le prenotazioni necessarie almeno per il primo periodo, per le modalità da seguire in caso di emergenza (dal 31,0% del 2014 al 44,5% del 2019!);
 - ed infine manchi, in sintesi, un'informazione adeguata sul “dopo ricovero” al fine di poter scegliere il percorso maggiormente appropriato che permetta al paziente di stare bene o almeno il meglio possibile (dal 25,4% del 2014 al 42,8% del 2019!).

Un approfondimento delle difficoltà incontrate, nel corso degli ultimi dodici mesi, al momento delle dimissioni dalle strutture ospedaliere, per quanto riguarda il collegamento con la medicina di base e/o con la post-degenza ospedaliera, vede gli intervistati del Sud registrare una situazione relativamente più fragile ma questo può avvenire anche per gli intervistati che risiedono nel Nord-Ovest, nelle città di tipo medio o grande e soprattutto per gli intervistati con un titolo di studio ed un livello socioeconomico di tipo medio e/o elevato.

Tab. 22 – Eventuali difficoltà incontrate, nel corso degli ultimi dodici mesi, al momento delle dimissioni dalle strutture ospedaliere dopo l'intervento chirurgico e/o la degenza per ragioni di cura siano essi stati di tipo grave/serio o di tipo leggero da parte del caregiver e/o dagli altri membri della famiglia (val. %)

Eventuali difficoltà	Difficoltà molto + abbastanza importante			Difficoltà poco importante			Nessuna difficoltà			V.a.	
	2014 ¹	2017 ¹	2019 ²	2014 ¹	2017 ¹	2019 ²	2014 ¹	2017 ¹	2019 ²	2014 ¹	2017 ¹
DIFFICOLTÀ DI "GIUNZIONI" CON LA MEDICINA DI BASE											
- I tempi per ottenere la copia della cartella clinica sono stati lunghi (o lunghissimi): si è rischiato di iniziare cure specifiche troppo tardi	25,7	27,2	35,7	25,0	16,7	18,8	49,3	56,1	45,5	417	1.215
- Si è corso il rischio di dover rientrare in ospedale poiché la giusta terapia post-ricovero non era stata comunicata chiaramente al paziente e/o ai suoi familiari	20,0	20,9	28,2	15,6	15,2	19,9	64,4	63,9	51,9	417	1.215
- Si è corso il rischio di dover rientrare in ospedale poiché non c'è stato un adeguato collegamento con il medico di medicina generale (medico di famiglia)	21,5	23,2	29,3	16,0	14,9	18,4	62,5	61,9	52,3	417	1.215
- Il collegamento col medico di base si è rivelato non appropriato e/o inesistente	30,1	31,1	40,9	17,5	15,8	21,1	52,4	53,1	38,0	417	1.215
DIFFICOLTÀ DERIVANTI DAL PROCESSO DI DE-OSPEDALIZZAZIONE ACCELERATA											
- Le dimissioni sono state troppo rapide e il paziente non era ancora sufficientemente in forze	16,4	30,5	42,4	13,2	15,9	20,4	70,4	53,6	37,2	417	1.215
- Il paziente è dovuto rientrare in ospedale a causa delle conseguenze cliniche che si sono manifestate dopo l'intervento e/o dopo le cure precedentemente avute sempre in ospedale	24,5	23,5	32,4	15,3	11,4	15,4	60,2	65,1	52,2	417	1.215
- Si è rilevata la mancanza di una struttura ospedaliera di medio livello, dove completare il percorso da parte del paziente, con un po' di assistenza medica post-intervento o post-cura, specie nel caso di disagi di tipo grave: la degenza risulta ormai troppo breve, con dimissioni troppo rapide	15,4	28,9	42,9	15,8	14,4	15,6	68,8	56,7	41,5	417	1.215

./.

(Segue) Tab. 22 – Eventuali difficoltà incontrate, nel corso degli ultimi dodici mesi, al momento delle dimissioni dalle strutture ospedaliere dopo l'intervento chirurgico e/o la degenza per ragioni di cura siano essi stati di tipo grave/serio o di tipo leggero da parte del caregiver e/o dagli altri membri della famiglia (val. %)

Eventuali difficoltà	Difficoltà molto + abbastanza importante			Difficoltà poco importante			Nessuna difficoltà			V.a.		
	2014 ¹	2017 ¹	2019 ²	2014 ¹	2017 ¹	2019 ²	2014 ¹	2017 ¹	2019 ²	2014 ¹	2017 ¹	2019 ²
DIFFICOLTÀ DI "GIUNZIONI" CON LE STRUTTURE POST-RICOVERO												
- Le strutture di riabilitazione post-ricovero non si sono rivelate adeguate rispetto all'intervento chirurgico subito e/o alle cure precedentemente avute in ospedale	21,7	25,6	30,3	23,2	15,0	21,0	55,1	59,4	48,7	417	1.215	395
- Si è stati indirizzati verso strutture riabilitative non intensive e non specializzate a sufficienza per le necessità del paziente	-	-	30,8	-	-	18,0	-	-	51,2	-	-	395
- Si è stati indirizzati verso strutture riabilitative teoricamente adeguate, ma la cui prestazione non si è rivelata soddisfacente	-	-	30,9	-	-	19,3	-	-	49,8	-	-	395
- È stato difficile trovare una struttura di lungodegenza pubblica o accreditata	-	-	33,9	-	-	17,6	-	-	48,5	-	-	395
- Si è dovuto ricorrere, proprio per le difficoltà di trovare una struttura di lungodegenza pubblica o accreditata, a strutture private a pagamento a carico della famiglia	-	-	33,3	-	-	17,2	-	-	49,5	-	-	395
- Il paziente è dovuto rientrare in ospedale poiché non c'era un adeguato collegamento con i servizi socioassistenziali per la fase post-ricovero (strutture di riabilitazione o di lungodegenza, RSA, assistenza a domicilio, ecc.)	18,1	21,2	27,7	14,2	16,2	17,6	67,7	62,6	54,7	417	1.215	395

./.

(Segue) Tab. 22 – Eventuali difficoltà incontrate, nel corso degli ultimi dodici mesi, al momento delle dimissioni dalle strutture ospedaliere dopo l'intervento chirurgico e/o la degenza per ragioni di cura siano essi stati di tipo grave/serio o di tipo leggero da parte del caregiver e/o dagli altri membri della famiglia (val. %)

Eventuali difficoltà	Difficoltà molto + abbastanza importante			Difficoltà poco importante			Nessuna difficoltà			V.a.		
	2014 ¹	2017 ¹	2019 ²	2014 ¹	2017 ¹	2019 ²	2014 ¹	2017 ¹	2019 ²	2014 ¹	2017 ¹	2019 ²
<p>DIFFICOLTÀ DI "GIUNZIONI" TIPO INFORMATIVO-ORIENTATIVO</p> <p>- Manca un regista unico che si faccia carico delle effettive esigenze del paziente: di orientamento preventivo rispetto alla scelta dell'ospedale, di accompagnamento del paziente durante il periodo di ricovero, di gestione della fase post-ospedaliera, con i relativi collegamenti con le strutture a valle di riabilitazione, di lungodegenza, di assistenza socio-sanitaria, ecc.</p> <p>- Non esiste una buona procedura circa le dimissioni e gli impegni che nascono dal dopo-ricovero, cosicché si è lasciati un po' a se stessi (per quanto riguarda la terapia da seguire, le eventuali strutture di riabilitazione da trovare, i possibili indirizzi sul piano del volontariato per avere aiuto nell'assistenza, le prenotazioni eventualmente necessarie almeno per il primo periodo, le modalità da seguire per eventuali emergenze, ecc.)</p> <p>- Manca un'informazione adeguata sul "dopo-ricovero" per poter scegliere il percorso maggiormente appropriato che permetta al paziente di stare bene o, almeno, il meglio possibile</p>	30,4	37,4	49,6	18,2	15,7	19,7	51,4	46,9	30,7	417	1.215	395
	31,0	33,7	44,5	24,3	16,1	21,6	44,7	50,2	33,9	417	1.215	395
	25,4	34,4	42,8	24,8	15,9	26,7	49,8	49,7	30,5	417	1.215	395

(1) Cfr. *Ermeneia, Ospedali&Salute/2017*, tabella 15/pagg. 222-223.

(2) Base campione rafforzato (Telepanel + Web).

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

4.2. L'accesso e la presenza di servizi di riabilitazione in funzione della continuità assistenziale per il paziente

Il richiamo nel precedente paragrafo delle difficoltà crescenti relative alle “giunzioni” tra ospedalità e post-ospedalità, registrate attraverso le indagini del presente Rapporto negli ultimi cinque anni, ha suggerito di approfondire il tema della riabilitazione (e dintorni).

Si è innanzitutto chiesto ai *caregiver* intervistati se loro personalmente oppure altri membri della famiglia, in questo caso “ristretta” (quella dei conviventi) e/o “allargata” (quella dei membri non conviventi) abbiano avuto esperienze nell’ambito di strutture di riabilitazione, di lungodegenza, di RSA oppure di servizi di assistenza a domicilio nel corso degli ultimi 3 anni.

Come si può verificare dalla tabella 23 il 6,4% dei *caregiver* ha avuto una o più di tali esperienze che ovviamente aumentano nel caso degli altri membri della famiglia “ristretta” o “allargata” sino al 10,2%: si tenga presente che in quest’ultimo caso il *caregiver* fornisce la propria personale assistenza agli anziani conviventi e non di rado anche non conviventi.

Tab. 23 – Esperienze avute, nel corso degli ultimi 3 anni, dal caregiver e/o dagli altri della famiglia “ristretta” e/o “allargata” di servizi forniti da strutture di riabilitazione, di lungodegenza, di RSA e/o di assistenza a domicilio (val. %)¹

Tipologia di strutture/servizi	Caregiver	Altri membri della famiglia “ristretta” e/o “allargata”	Totale Caregiver + Altri membri della famiglia “ristretta” e/o “allargata” ²
– 1 o più esperienze di cui:	6,4	10,2	6,5
• Strutture di riabilitazione	3,9	4,7	2,7
• Strutture di lungodegenza	0,8	2,4	2,7
• Strutture di RSA	1,4	2,4	2,8
• Servizi di assistenza a domicilio	1,7	3,3	4,1
– Nessuna esperienza	93,6	89,8	95,6
V.a.	2.000	2.000	2.000

(1) Base campione Telepanel.

(2) I valori sono stati calcolati a partire dalle esperienze dichiarate dai *caregiver*, per quanto riguarda essi stessi ma anche gli altri membri della famiglia. Si è adottato il seguente criterio a partire dai dati assoluti delle risposte al questionario: In caso di nessuna risposta data dal *caregiver* per se stesso + Nessuna risposta per gli altri membri della famiglia = Nessuna esperienza; Nessuna esperienza diretta del *caregiver* + 1 esperienza o più di altri familiari (o viceversa) = 1 esperienza; 1 o più esperienze del *caregiver* + 1 o più esperienze degli altri membri della famiglia = 2 esperienze.

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Naturalmente poco più di metà del 6,4% dei *caregiver* soprarrichiamato, riguarda le strutture di riabilitazione (3,9%), mentre percentuali molto più limitate hanno a che fare con la lungodegenza (0,8%), le RSA (1,4%) o l'assistenza a domicilio (1,7%). Ovviamente queste ultime tre tipologie di servizi sono inevitabilmente più elevate per gli altri membri della famiglia ristretta o allargata in quanto coinvolgono persone più anziane e con i problemi connessi con questa situazione.

Il maggiore utilizzo di tali strutture, rispetto alla media complessiva del campione, riguarda soprattutto i *caregiver* residenti nel Nord-Ovest e nel Nord-Est del Paese, quelli più anziani e quelli che presentano un livello di istruzione ed un livello socioeconomico di appartenenza di tipo alto e/o medio-alto (cfr. *Tabelle A23.1 e A23.2/Campione caregiver, capitolo 4 degli Allegati*).

Le esperienze avute presso le strutture richiamate possono essere anche plurime, sempre nel corso degli ultimi 3 anni, come viene illustrato dalla successiva tabella 23A.

Un ulteriore passo dell'analisi riguarda alcune specifiche strutture di riabilitazione eventualmente utilizzate (cardiologiche, ortopediche, neurologiche) oltre ai soggetti che possono aver indirizzato il paziente verso una struttura piuttosto che l'altra.

Dalla tabella 24 è possibile rilevare le diverse intensità di utilizzo delle diverse tipologie, da cui emerge:

- un'intensità più elevata per quella ortopedica che riguarda preferibilmente i *caregiver* stessi, i quali di solito hanno un'età relativamente più giovane o comunque meno anziana rispetto agli altri membri della famiglia (70,4%) ma anche un'intensità più elevata, per la riabilitazione cardiologica, nel caso degli altri membri della famiglia (55,6%), mentre la riabilitazione neurologica presenta un'incidenza più o meno analoga per entrambi i soggetti menzionati;
- e un'articolazione differenziata per quanto riguarda i soggetti che hanno indirizzato i pazienti verso le diverse tipologie di riabilitazione: può essere stato l'ospedale presso cui il paziente era stato precedentemente ricoverato (soprattutto per gli altri membri della famiglia: 1° posto, col 58,4% dei casi a fronte del 2° posto, col 21,7% per i *caregiver*); oppure può essere stato lo specialista (soprattutto per i *caregiver*: al 1° posto, col 67,5% contro il 2° posto, col 28,6% per gli altri membri della famiglia); oppure ancora può essere stato il medico di base (al 3° posto, col 22,8% per gli altri membri della famiglia contro il 4° posto, col 14,5% per i *caregiver*).

Tab. 23A – Incidenza delle eventuali esperienze plurime che fanno capo contemporaneamente ai caregiver e/o agli altri membri della famiglia “ristretta” e/o “allargata” sul piano della riabilitazione, della lungodegenza, della RSA e dell’assistenza a domicilio (val. %)

Tipologia di strutture/servizi	Strutture di riabilitazione	Strutture di lungodegenza	Strutture di RSA	Servizi di assistenza a domicilio
% sul totale utilizzatori	6,5	2,7	2,8	4,1
V.a.	131	54	56	82
% totale per singola struttura utilizzata	100,0	100,0	100,0	100,0
- 1 o più esperienze di cui:				
• Strutture di riabilitazione	14,3	34,9	22,3	27,9
• Strutture di lungodegenza	9,5	26,2	25,3	18,6
• Strutture di RSA	17,4	28,3	34,3	23,4
• Servizi di assistenza a domicilio	60,3	57,9	56,4	66,4
- Nessuna esperienza				

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. 24 – Tipologia di servizi di riabilitazione eventualmente utilizzati, nel corso degli ultimi 3 anni, dal caregiver e/o da altri membri della famiglia “ristretta” e/o della famiglia “allargata” e soggetti da cui si è stati indirizzati (val. %)¹

Tipologia di riabilitazione e soggetto che ha indirizzato il paziente	Caregiver		Altri membri della famiglia “ristretta” e/o “allargata”	
<i>Tipologia di riabilitazione</i>				
– Cardiologica	2°	16,8	1°	55,6
– Ortopedica	1°	70,4	2°	38,2
– Altro	4°	13,6	3°	15,6
– Neurologica	3°	14,3	4°	14,3
V.a		126		126
<i>Soggetto che ha indirizzato il paziente verso la riabilitazione</i>				
– L’ospedale presso cui il paziente era stato precedentemente ricoverato	2°	21,7	1°	58,4
– Lo specialista	1°	67,5	2°	28,6
– Il medico di base	4°	14,5	3°	22,8
– La Asl	3°	20,2	4°	12,4
V.a		162		162

(1) Base campione rafforzato (Telepanel + Web).

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Le Tabelle A24.1, A24.2 e A24.3/Campione caregiver, capitolo 4 degli Allegati danno un’idea dell’utilizzo delle strutture cardiologiche, neurologiche o ortopediche utilizzate e dei soggetti che hanno indirizzato i pazienti.

Successivamente sono state poste altre tre altre domande allo scopo di verificare, tenuto conto della conoscenza e dell’opinione dell’intervistato, l’esistenza o meno nell’ambito della propria Regione delle strutture specificamente dedicate alla riabilitazione cardiologica, neurologica e ortopedica, nonché l’adeguatezza delle medesime.

Per quanto concerne l’esistenza o meno nella tabella 25 si vede come la maggioranza o quasi degli intervistati non sia in grado di dare una valutazione in proposito. Il che è abbastanza comprensibile e, per essere più precisi:

- più del 50% non è in grado di rispondere per quanto riguarda le strutture di riabilitazione cardiologiche e neurologiche e il 40% per quelle ortopediche (più diffuse e conosciute e talvolta sperimentate dagli stessi caregiver);
- se si considera il livello di informazione della parte restante degli intervistati, si ritiene siano presenti sul territorio le strutture di riabilitazione di tipo ortopedico innanzitutto (37,8%) e quindi di tipo cardiologico (30,2%) per finire con quelle di tipo neurologico (25,3%);

- peraltro emerge una quota limitata ulteriore di *caregiver* che ritiene come tali strutture esistano ma non siano sufficienti rispetto alla domanda di servizi: è di questo parere il 10% degli intervistati se si considera la riabilitazione cardiologica e quella neurologica e un po' di più (14,2%) quella ortopedica;
- e ancora si esprime un primo vago giudizio di non adeguatezza per i pazienti da parte del 4%-6% degli intervistati.

Tab. 25 – Presenza nel territorio della Regione di residenza delle strutture di riabilitazione cardiologica, neurologica e ortopedica (val. %)¹

Presenza	Strutture di riabilitazione cardiologica	Strutture di riabilitazione neurologica	Strutture di riabilitazione ortopedica	Altre strutture di riabilitazione
– Sì, esistono	30,2	25,3	37,8	28,1
– Sì, esistono ma non sono sufficienti	10,3	10,0	14,2	10,6
– Sì, esistono ma non sono ritenute adeguate dai pazienti	4,2	5,2	6,8	6,1
– No, non esistono	2,6	2,8	1,1	1,6
– Non saprei	52,7	56,7	40,1	53,6
V.a.	2.000	2.000	2.000	2.000

(1) Base campione Telepanel.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Quanto alle differenze che fanno capo ai diversi sottocampioni si può rilevare come la valutazione della presenza delle tre tipologie di strutture appena ricordate (*Tabella A25/Campione caregiver, capitolo 4 degli Allegati*):

- veda al primo posto le strutture di riabilitazione ortopedica che sono le più diffuse (37,8%), seguite da quelle di riabilitazione cardiologica (30,2%) e quindi da quelle di riabilitazione neurologica (25,3%), ma se ne lamenta la non sufficienza, dandone anche un primo giudizio di inadeguatezza soprattutto per quelle di riabilitazione ortopedica (21,0%), seguite da quelle di riabilitazione neurologica (15,2%) e quindi da quelle di riabilitazione cardiologica (14,5%);
- ma vada subito detto che la situazione nettamente svantaggiata è certamente quella del Mezzogiorno, sotto ogni aspetto rispetto alle altre ripartizioni geografiche.

Successivamente si è anche chiesto un giudizio di adeguatezza, con riferimento alle strutture di riabilitazione nel loro insieme, a quelle di lungodegenza, alle strutture di RSA e ai servizi di assistenza a domicilio (tab. 26). Anche in questo caso circa la metà degli intervistati non sono informati o

comunque non sono in grado di esprimere una valutazione. Per la parte rimanente si deve prendere atto che:

- la presenza di tali strutture viene giudicata come adeguata e/o abbastanza adeguata rispetto alla domanda di servizi con percentuali variabili tra il 29,2% per le strutture di riabilitazione e il 22,4% per i servizi di assistenza a domicilio;
- mentre tale presenza è ritenuta appena sufficiente rispetto alla domanda dei servizi in una misura che va dal 13,5% all'11,6% a seconda delle strutture;
- emerge poi anche un 10,9%-13,5% dei *caregiver* che ritiene la presenza del tutto insufficiente rispetto alla domanda del territorio (mentre una percentuale limitata, attorno all'1%, crede che non esistano affatto strutture di questo tipo).

Anche in tal caso emerge la debolezza della situazione del Mezzogiorno rispetto alle altre ripartizioni territoriali (cfr. *Tabella A26/Campione caregiver, capitolo 4 degli Allegati*).

Ma il giudizio di adeguatezza può concernere anche strutture di riabilitazione classificate in maniera diversa e cioè a seconda che esse siano di tipo intensivo, intensivo ad alta specializzazione, estensivo oppure di lunga durata (tab. 27).

In tal caso ovviamente non può che aumentare la quota di coloro che non sono in grado di entrare in una specifica valutazione di questo tipo (che è più da operatori che da utilizzatori): e infatti più del 60% ed anzi quasi il 70% degli intervistati non riesce ad esprimere alcun giudizio in proposito. Per quanto riguarda la quota rimanente dei rispondenti si può osservare come:

- una percentuale variabile – e a decrescere – ritenga che l'offerta di strutture sia del tutto e/o abbastanza adeguata: nel 19,8% dei casi per quella intensiva, nel 18,7% per quella intensiva ad alta specializzazione, nel 16,4% per quella estensiva e nel 15,7% per quella di lunga durata;
- mentre una quota inferiore (poco più del 12% e sino al 14,1%) ne dia una valutazione appena sufficiente e/o del tutto insufficiente.

L'elevata percentuale di coloro che non sono per nulla informati, pur svolgendo un ruolo di *caregiver*, costituisce un indicatore che può essere dovuto al mancato sostegno conoscitivo nei confronti dei cittadini e degli utenti; ma anche al fatto che il tema è poco percepito dalle persone che non hanno avuto bisogno di questo tipo di servizi.

Va subito detto che i 2/3 o più degli intervistati che non sono informati circa la presenza e l'adeguatezza delle strutture di riabilitazione intensive, intensive ad alta specializzazione e di riabilitazione estensiva si concentrano specialmente nel Mezzogiorno e nel Centro Italia (cfr. *Tabella A27/Campione caregiver, capitolo 4 degli Allegati*).

Tab. 26 – Valutazione dell'adeguatezza quantitativa delle strutture di riabilitazione, di lungodegenza, di RSA come pure dei servizi di assistenza a domicilio, nell'ambito della propria Regione di residenza (val. %)¹

Presenza adeguata o meno	Strutture di riabilitazione	Strutture di lungodegenza	Strutture di RSA	Servizi di assistenza a domicilio
- La presenza è del tutto adeguata rispetto alla domanda di servizi	9,9	8,3	7,6	7,9
- La presenza è abbastanza adeguata rispetto alla domanda di servizi	19,3	17,6	15,8	14,5
- La presenza è appena sufficiente rispetto alla domanda di servizi	13,5	12,4	11,6	12,2
- La presenza è del tutto insufficiente rispetto alla domanda di servizi	10,9	12,6	11,6	13,5
- Non esistono strutture	1,0	0,9	1,3	1,2
- Non saprei valutare	45,4	48,2	52,1	50,7
V.a.	2.000	2.000	2.000	2.000

(1) Base campione Telepanel.

Fonte: indagine *Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Tab. 27 – Valutazione dell'adeguatezza quantitativa, rispetto alla domanda, delle strutture di riabilitazione intensiva, ad alta specializzazione, estensiva, di socioriabilitazione di lunga durata con riferimento al territorio della Regione di residenza (val. %)¹

Livello di adeguatezza	Strutture				
	di riabilitazione intensiva	di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione	di riabilitazione estensiva	di socioriabilitazione di lunga durata	
– Esiste una presenza del tutto adeguata rispetto alla domanda	9,9	9,5	8,7	8,2	15,7
– Esiste una presenza abbastanza adeguata rispetto alla domanda	9,9	9,2	7,7	7,5	
– Esiste una presenza appena sufficiente rispetto alla domanda	7,4	6,7	6,7	7,1	14,1
– Esiste una presenza del tutto insufficiente rispetto alla domanda	5,3	5,9	5,9	7,0	
– Non esistono affatto strutture	2,1	2,7	1,8	1,8	
– Non saprei	65,4	66,0	69,2	68,4	
V.a.	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000

(1) Base campione Telepanel.

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019

4.3. La valutazione delle prestazioni e delle strutture dei servizi post-ospedalieri e la ricerca di alternative

Dopo aver registrato la presenza o meno di strutture post-ospedaliere di vario tipo sul territorio di residenza degli intervistati, il relativo livello di utilizzo e di adeguatezza percepita, si è voluto raccogliere – come anche nel caso delle prestazioni precedentemente analizzate – la valutazione di queste ultime da parte degli utilizzatori effettivi nel corso degli ultimi 3 anni.

Va detto innanzitutto che la tabella 28 deve essere presa in considerazione tenendo conto che alcuni valori assoluti di riferimento per i calcoli delle percentuali risultano abbastanza limitati. La ragione è che è più facile, ad esempio, campionare l'universo nazionale nel caso dei ricoveri (che sono 6,3 milioni l'anno per gli acuti in regime ordinario) che non per i ricoveri in riabilitazione (che sono solo 320 mila unità). E ancora più difficile si presenta il campionamento per le lungodegenze che a loro volta sono appena di 105 mila unità a livello nazionale. Per questa ragione si è estesa l'analisi dell'utilizzo delle prestazioni nel corso degli ultimi 3 anni (e non nel corso degli ultimi dodici mesi, come si è fatto per i ricoveri e le altre prestazioni analizzati nel capitolo 1 e nel capitolo 2) al fine di "recuperare" il più possibile un numero minimo accettabile di rispondenti.

Dunque, pur con queste limitazioni, si può commentare brevemente il livello di soddisfazione espresso ("molto + abbastanza soddisfatti"), il quale (tab. 28):

- va dall'82,2% per la riabilitazione cardiologica al 55,0% per quella neurologica e al 68,5% per quella ortopedica, se ci si riferisce alle strutture pubbliche di riabilitazione: mentre le corrispondenti percentuali, per le strutture di riabilitazione accreditata, sono rispettivamente il 58,0%, il 61,3% e il 70,2%;
- va dal 54,2% per le strutture di lungodegenza pubblica al 41,8% per quelle di lungodegenza accreditata e al 35,5% per quelle a pagamento pieno;
- e ancora va dal 48,1% per le RSA pubbliche al 46,6% per quelle accreditate e al 37,3% per quelle a pagamento pieno;
- ed infine va dal 57,1% per i servizi di assistenza a domicilio di tipo pubblico al 30,2% per quelli accreditati e al 34,7% per quelli a pagamento pieno.

Al contrario i livelli di insoddisfazione ("poco + per nulla soddisfatti"):

- risultano più pronunciati (34,3%) per le strutture pubbliche di riabilitazione neurologica, seguiti da quella ortopedia (22,1%), mentre sono più contenuti per quella cardiologica (9,9%): peraltro i giudizi risultano meno

critici per le strutture di riabilitazione accreditata e precisamente il 14,8% per la cardiologica, il 20,0% per la neurologica e il 13,5% per l'ortopedica;

- assumono caratteristiche analoghe alle precedenti anche per le strutture di lungodegenza che vedono quelle pubbliche sottoposte ad una valutazione negativa nel 27,5% dei casi, ma solo nel 17,3% per quelle accreditate e nel 18,4% per quelle private a pagamento pieno;
- interessano, con una critica media comune, le strutture di RSA, visto che i livelli di insoddisfazione sono del 20,9% per le strutture pubbliche, del 20,6% per quelle accreditate e del 19,0% per quelle private a pagamento pieno;
- ed infine riguardano soprattutto i servizi a domicilio forniti dalle strutture pubbliche (30,2%) e, a distanza, da quelli messi a disposizione dalle strutture accreditate (16,6%) e da quelle a pagamento pieno (15,2%).

Se i giudizi “poco + per nulla soddisfatti” rispetto alle prestazioni ottenute sono quelli illustrati attraverso i dati della tabella 28, come hanno giocato – in sintesi – i problemi indicati nella tabella 29?

Le risposte ottenute (tenendo comunque presente il numero limitato in valore assoluto dei rispondenti come già è stato ricordato in precedenza) mettono in luce come i problemi più pronunciati siano soprattutto legati:

- alle liste di attesa troppo lunghe, le quali interessano soprattutto le strutture di riabilitazione cardiologica (67,4%), le strutture di riabilitazione ortopedica (60,0%) e le strutture di riabilitazione neurologica (56,1%) cui fanno seguito le strutture di lungodegenza e di RSA (23% circa) e quindi i servizi di assistenza a domicilio che investono quasi la metà degli intervistati (44,8%);
- ai costi di accesso che risultano troppo impegnativi per la famiglia, specialmente nel caso dei servizi erogati dalle strutture di riabilitazione ortopedica (54,4%), seguiti da quelli di tipo cardiologico e neurologico (27% circa); più consistente torna ad essere il problema dei costi per le strutture di ricovero in RSA (48,9%) e non certo marginali anche per le strutture di lungodegenza (29,4%) e per i servizi di assistenza a domicilio (28,4%);
- alla scarsa efficacia e/o efficienza delle prestazioni, le quali colpiscono soprattutto le strutture di riabilitazione neurologica (61,5%), seguite da quelle di tipo cardiologico (51,3%) e quindi da quelle di tipo ortopedico (46,4%); ma anche le strutture di lungodegenza (43,1%), le strutture di RSA (49,9%) ed infine i servizi di assistenza a domicilio (52,3%);
- agli eventuali rientri obbligati in ospedale che sono avvenuti per vari tipi di ragioni e che hanno investito soprattutto coloro che hanno utilizzato le

Tab. 28 – Livello di soddisfazione/insoddisfazione rispetto alle prestazioni ottenute dai caregiver e/o dai membri della famiglia “ristretta” come pure di quella “allargata” nell’ambito delle strutture sottoindicate (val. %)

Valutazione	Strutture di riabilitazione pubblica				Strutture di riabilitazione accreditata				Strutture di RSA pubblica	Strutture di RSA accreditata	Strutture di RSA privata a pagamento pieno	Servizi di assistenza a domicilio pubblica	Servizi di assistenza a domicilio accreditata	Servizi di assistenza a domicilio privata a pagamento pieno
	Cardiologica	Neurologica	Ortopedica	Altro	Cardiologica	Neurologica	Ortopedica	Altro						
- Molto soddisfatti	40,0	15,1	20,8	13,0	20,6	20,9	25,0	10,6	15,1	14,6	15,5	18,6	6,4	7,2
- Abbastanza soddisfatti	42,2	39,9	47,7	28,4	37,4	40,4	45,2	42,2	33,0	32,0	21,8	38,5	23,8	27,5
- Molto + Abb. sudd.	82,2	55,0	68,5	41,4	58,0	61,3	70,2	52,8	48,1	46,6	37,3	57,1	30,2	34,7
- Poco + Per nulla sodd.	9,9	34,3	22,1	28,0	14,8	20,0	13,5	11,3	20,9	20,6	19,0	30,2	16,6	15,2
- Non saprei valutare	7,9	10,7	9,4	30,6	27,2	18,7	16,3	35,9	31,0	32,8	43,7	12,7	53,2	50,1
V.a.	43	42	153	31	43	42	153	31	107	107	107	140	140	140

(1) Base campione rafforzato (Telepanel + Web).

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. 29 – Tipologia di problemi incontrati dal caregiver e/o da altri membri della famiglia “ristretta” e/o “allargata” nel caso si sia rimasti poco o per nulla soddisfatti rispetto alle prestazioni ottenute nell’ambito delle strutture sottoindicate (val. %)

Tipologie di strutture di riabilitazione	Liste di attesa troppo lunghe	Costi di accesso troppo impegnativi	per la famiglia	Scarso efficacia e/o efficienza delle prestazioni	Rientri obbligati in ospedale	Permanenza obbligata del pac. in famiglia in mancanza di alternative accettabili	Rimandi	Rinunce	Ricorso a strutture private a pagamento pieno	Nessuno di questi problemi	V.a.
Strutture di riabilitazione cardiologica	67,4	26,7	51,3	33,4	84,7	24,1	-	-	13,4	-	6
Strutture di riabilitazione neurologica	56,1	26,8	61,5	15,4	25,8	4,9	-	-	10,9	-	18
Strutture di riabilitazione ortopedica	60,0	54,4	46,4	10,9	10,7	3,7	11,3	18,7	18,7	1,6	41
Altre strutture di riabilitazione	70,2	45,7	34,2	9,2	36,8	13,3	-	-	16,5	11,9	9
Strutture di lungodegenza	23,7	29,4	43,1	22,5	27,6	10,7	-	-	22,7	3,5	42
Strutture di RSA	23,3	48,9	49,9	17,1	20,8	7,2	6,6	24,3	24,3	6,9	41
Servizi di assistenza a domicilio	44,8	28,4	52,3	12,8	20,0	22,9	16,9	17,6	17,6	8,6	55

(1) Base campione rafforzato (Telepanel + Web).

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

strutture di riabilitazione cardiologica che evidentemente non hanno funzionato a dovere oppure hanno dovuto accogliere un paziente che avrebbe avuto bisogno di una permanenza più lunga in ospedale (33,4%) seguite, ma a distanza, da quelle di tipo neurologico (15,4%) e di tipo ortopedico (10,9%); ma vengono investite anche le strutture di lungodegenza (22,5%), le strutture di RSA (17,1%) e i servizi di assistenza a domicilio (12,8%);

- alla permanenza obbligata del paziente in famiglia in mancanza di alternative accettabili, evenienza questa che investe in maniera estesa i pazienti che hanno utilizzato le strutture di riabilitazione cardiologica (84,7%) ma anche quelle di riabilitazione neurologica (25,8%) ed ortopedica (10,7%); infine il ricorso alla famiglia per mancanza di alternative ha interessato anche coloro che hanno utilizzato strutture di lungodegenza, di RSA e di assistenza a domicilio (27,6%, 20,8% e 20,0%, rispettivamente);
- agli eventuali rimandi o rinunce, di cui i primi investono le strutture di riabilitazione cardiologica (24,1%) e, a seguire, le strutture di lungodegenza (10,7%) e i servizi di assistenza a domicilio (22,9%); mentre le rinunce sono concentrate soprattutto sui servizi di assistenza a domicilio (16,9%) e sulle strutture di riabilitazione ortopedica (11,3%);
- al ricorso a strutture private a pagamento pieno (con l'onere che ne deriva), il quale è un problema che riguarda soprattutto le strutture di lungodegenza (22,7%) e le strutture di RSA (24,3%), seguite dai servizi di assistenza a domicilio (17,6%) ma interessano anche le strutture di riabilitazione ortopedica (18,7%).

I problemi incontrati sono stati affrontati in maniera meno sintetica e più discorsiva e i relativi risultati sono contenuti nella successiva tabella 30 da cui si vede che:

- il 58,2% degli intervistati sottolinea come la degenza all'interno di strutture di riabilitazione si sia rivelata essere troppo breve rispetto ai bisogni del paziente;
- il 60,6% coerentemente, afferma che dopo essere stati dimessi da strutture di riabilitazione non è sempre facile trovare in tempi ragionevoli il terapeuta Asl che viene a casa per continuare la terapia oppure trovare, in alternativa, una struttura accreditata presso la quale portare il paziente per continuare il ciclo riabilitativo;
- il 69,0% ricorda anche che spesso i pazienti non recuperano al 100% il loro deficit e quindi hanno bisogno in molti casi di cicli ripetitivi di riabilitazione nel corso del tempo.

Esistono poi due ulteriori problemi di tipo procedurale e burocratico, visto che:

Tab. 30 – Ulteriori difficoltà di tipo più qualitativo eventualmente incontrate in tema di riabilitazione da parte del caregiver e/o dei membri della famiglia “ristretta” e/o “allargata” (val. %)

Approfondimenti di alcune specifiche difficoltà	Difficoltà molto importanti	Difficoltà abbastanza importanti	Difficoltà molto + abbastanza importanti	Difficoltà poco importanti	Nessuna difficoltà	Totale	V.a.
- La degenza in strutture di riabilitazione si è rivelata troppo breve rispetto ai bisogni del paziente	25,1	33,1	58,2	13,4	28,4	100,0	213
- Dopo essere stati dimessi da strutture di riabilitazione non è sempre facile trovare subito il terapista della Asl che viene a casa per continuare la terapia o trovare, in alternativa, una struttura accreditata presso la quale portare il paziente per continuare il ciclo riabilitativo	26,0	34,6	60,6	12,9	26,5	100,0	213
- Spesso i pazienti non recuperano al 100% il loro deficit ed hanno bisogno in molti casi di cicli ripetitivi di riabilitazione nel corso del tempo	30,9	38,1	69,0	12,5	18,5	100,0	213
- Non si è ricevuto alcun aiuto da parte della struttura riabilitativa o dell'assistente sociale o dello specialista o del medico di famiglia circa le procedure da seguire ed i soggetti da coinvolgere per proseguire, in altro modo, o per affrontare i successivi cicli di riabilitazione	24,2	32,9	57,1	16,5	26,4	100,0	213
- Non si sono ricevuti aiuti per il disbrigo delle pratiche burocratiche relative al riconoscimento dell'invalidità (totale o parziale) e per l'accesso alla Legge 104 da parte dell'ospedale o della struttura riabilitativa che ha dimesso il paziente, dall'assistente sociale, dallo specialista o dal medico di famiglia	26,8	31,8	58,6	14,5	26,9	100,0	213

(1) Base campione rafforzato (Telepanel + Web).

Fonte: indagine *Ermeneia* – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. 30A – Presenza di più difficoltà incontrate dai caregiver e/o dei membri della famiglia “ristretta” o “allargata” in tema di riabilitazione (val. %)

Difficoltà incontrate		Nessuna		Totale	
% difficoltà “molto + abbastanza importanti”		58,2	19,3	58,6	100,0
% totale della singola difficoltà		100,0	100,0	100,0	100,0
– La degenza in strutture di riabilitazione si è rivelata troppo breve rispetto ai bisogni del paziente		79,8	80,4	84,5	58,2
– Dopo essere stati dimessi da strutture di riabilitazione non è sempre facile trovare subito il terapista della Asl che viene a casa per continuare la terapia o trovare, in alternativa, una struttura viene a casa per continuare la terapia o trovare subito il terapista della Asl che riabilitazione non è sempre facile	83,1	83,8	83,5	83,5	60,6
– Spesso i pazienti non recuperano al 100% il loro deficit ed hanno bisogno in molti casi di cicli ripetitivi di riabilitazione nel corso del tempo	85,4	91,2	89,5	89,5	69,0
– Non si è ricevuto alcun aiuto da parte della struttura riabilitativa o dell’assistente sociale o dello specialista o del medico di famiglia circa le procedure da seguire ed i soggetti da coinvolgere per proseguire, in altro modo, o per affrontare i successivi cicli di riabilitazione	79,0	75,5	84,6	84,6	57,1
– Non si sono ricevuti aiuti per il disbrigo delle pratiche burocratiche relative al riconoscimento dell’invalidità (totale o parziale) e per l’accesso alla Legge 104 da parte dell’ospedale o della struttura riabilitativa che ha dimesso il paziente, dall’assistente sociale, dallo specialista o dal medico di famiglia	85,1	86,7	86,7	86,7	58,6
– Nessuna					19,3

Fonte: Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019

- il 57,1% degli intervistati afferma di non aver ricevuto alcun aiuto da parte della struttura riabilitativa (o dall'assistente sociale o dallo specialista o dal medico di famiglia) circa le procedure da seguire e i soggetti da coinvolgere per proseguire in altro modo o per affrontare comunque i successivi cicli di riabilitazione,
- e ancora, il 58,6% non è riuscito a trovare alcun aiuto, per il disbrigo delle pratiche burocratiche relative al riconoscimento dell'invalidità totale o parziale come pure per l'accesso alla Legge 104, da parte dell'ospedale o della struttura riabilitativa che ha dimesso il paziente o dall'assistente sociale o dallo specialista o ancora dal medico di famiglia.

Le difficoltà incontrate risultano essere decisamente più pronunciate per i *caregiver* che vivono nel Mezzogiorno rispetto al resto del Paese e, talvolta, anche per quelli del Centro Italia oltre che per gli intervistati che presentano un livello socioeconomico elevato (evidentemente più sensibili e più pronti a cogliere i limiti delle prestazioni fornite dalle varie strutture), come evidenzia la *Tabella A30/Campione caregiver, capitolo 4 degli Allegati*.

Nella tabella 30A si può anche rilevare una copresenza (molto elevata) di problemi che si sono dovuti affrontare da parte degli intervistati.

È stata poi rilevata anche la propensione degli intervistati ad utilizzare strutture di riabilitazione e/o di lungodegenza presenti in altre Regioni italiane rispetto a quelle di residenza, sempre nel corso degli ultimi 3 anni (tab. 31).

In proposito è interessante raggruppare in tre sezioni i dati da cui si può vedere che:

- l'orientamento favorevole nei confronti del ricorso a strutture situate al di fuori della propria Regione è molto elevato e tocca – in termini di intensità di risposte – il 40,0% degli intervistati se ci si riferisce alle strutture di riabilitazione e addirittura il 47,3% se si tratta di strutture di lungodegenza: questo significa che si è fatto ricorso effettivamente o che si voleva farlo ma poi si è rinunciato perché le liste di attesa erano troppo lunghe oppure si pensava di farvi ricorso ma l'Asl non ha dato l'autorizzazione oppure ancora non si è fatto ricorso ma comunque si è valutata la possibilità di rivolgersi a strutture extraregionali (cfr. prima sezione tabella 31);
- l'atteggiamento di coloro che non hanno fatto ricorso per varie ragioni si attesta attorno al 20%: o perché c'era un problema relativo alle spese che si sarebbero dovute sostenere come accompagnatori oppure perché non ce n'era bisogno ma se si dovesse affrontare un problema serio certamente si valuterebbe anche l'opportunità di considerare strutture fuori Regione (22,1% per le strutture di riabilitazione e 20,8% per le strutture di lungodegenza) (cfr. seconda sezione tabella 31);

Tab. 31 – Eventuale ricorso, negli ultimi 3 anni, da parte del caregiver e/o di altri membri della famiglia “ristretta” e/o “allargata”, a strutture di riabilitazione e/o di lungodegenza in altre Regioni italiane rispetto a quella di residenza (val. %)

Comportamenti e orientamenti	Strutture di riabilitazione	Strutture di lungodegenza
– Sì, abbiamo fatto ricorso per una o più persone appartenenti alla famiglia “ristretta” e/o “allargata”	16,8	6,2
– Sì, volevamo fare ricorso ma poi abbiamo rinunciato perché la lista di attesa era troppo lunga	8,5	16,5
– Sì, volevamo fare ricorso ma la Asl non ci ha dato l’autorizzazione	5,0	9,0
– No, non abbiamo fatto ricorso ma abbiamo comunque valutato la possibilità di rivolgerci a strutture di un’altra Regione	10,1	15,6
– No, non abbiamo fatto ricorso perché c’era un problema relativo alle spese che avremmo comunque dovuto sostenere come accompagnatori per seguire il paziente	7,6	9,3
– No, non abbiamo fatto ricorso, ma se dovessimo affrontare un problema serio valuteremmo certamente anche l’opportunità di rivolgerci a strutture fuori Regione	14,5	11,5
– No, non abbiamo fatto ricorso perché non sapevamo che si poteva ricorrere a strutture fuori Regione senza oneri aggiuntivi da sostenere	15,9	12,5
– No, non abbiamo fatto ricorso poiché le strutture presenti nel Comune o nella Provincia o nella Regione di residenza erano sufficientemente adeguate alle necessità	34,3	25,0
– Altro	5,1	12,7
V.a. rispondenti	213	103
V.a. risposte	251	122
N. medio di risposte per intervistato	1,2	1,2

(1) Base riabilitazione e/o lungodegenza negli ultimi 3 anni nell’ambito del campione rafforzato (Telepanel + Web), con risposte multiple.
Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

- esistono poi coloro che non hanno fatto ricorso a strutture fuori Regione poiché ritengono che quelle presenti in territori più prossimi o all'interno della propria Regione di residenza siano sufficientemente adeguate oppure perché non si sapeva dell'esistenza dell'opportunità di ricorrere a strutture extraregionali senza oneri aggiuntivi a carico della famiglia (50,2% per le strutture di riabilitazione e 37,5% per la lungodegenza) (cfr. terza sezione della tabella 31).

In sintesi si potrebbe affermare che la maggioranza degli intervistati presenta un comportamento o comunque un orientamento positivo nei confronti della ricerca di strutture anche al di fuori del proprio territorio sia per la riabilitazione che per la lungodegenza. E questo si manifesta in maniera di gran lunga più incisiva per i *caregiver* residenti nel Mezzogiorno e per quelli che presentano un livello di istruzione e di appartenenza socioeconomica più elevato: con riferimento sia alle strutture di riabilitazione sia alle strutture di lungodegenza (cfr. *Tabella A31.1 e A31.2/Campione caregiver, capitolo 4 degli Allegati*).

Le risposte fornite non sono univoche, nel senso che gli intervistati possono aver espresso la loro opinione scegliendo anche più di una modalità presente nella tabella 31: ed infatti questo è confermato dal numero medio di risposte che è pari a 1,2 per ciascun *caregiver*.

Tra l'altro è stato effettuato un apposito incrocio proprio al fine di comprendere quali possano essere le sovrapposizioni dei comportamenti e degli orientamenti degli intervistati. L'intreccio tra comportamenti e propensioni diverse viene messo in luce dalla tabella 31A, nella quale sono stati evidenziati in neretto le percentuali più rilevanti all'interno dei singoli comportamenti e orientamenti in merito alla possibile scelta di strutture di riabilitazione collocate in Regioni diverse da quella di residenza.

Nella tabella 31B sono riportati i risultati di un analogo incrocio, ma con riferimento alle strutture di lungodegenza anziché di riabilitazione.

Nella successiva tabella 32 sono state raccolte le risposte riguardanti le ragioni che stanno alla base dei comportamenti/orientamenti che fanno capo alle prime sei affermazioni contenute nella precedente tabella 30.

Le risposte mettono in evidenza le ragioni elencate in ordine di priorità, da cui si può rilevare che:

- la non adeguatezza delle strutture e la carenza di posti rappresentino le ragioni prevalenti sia per quanto riguarda il ricorso alle strutture di riabilitazione che alle strutture di lungodegenza fuori Regione: molto più intensamente viene valutata l'inadeguatezza per quanto riguarda la seconda tipologia di strutture rispetto alla prima;
- mentre i “consigli” vengono in qualche modo in subordine rispetto alle decisioni autonome dei *caregiver*: infatti sia che si tratti dell'ospedale da

Tab. 3/A – La sovrapposizione tra comportamenti e propensioni diverse, concernenti l'accesso a strutture di riabilitazione presenti in altre Regioni italiane rispetto alla propria (val. %)

Comportamenti e Propensioni		Totale																		
Incidenza % su totale	V.a.	16,8	8,5	18	11	5,0	10,1	21	7,6	14,5	31	14,5	34,3	73	15,9	34	5,1	11	100,0	213
Si, abbiamo fatto ricorso per una o più persone appartenenti alla famiglia " ristretta " e/o " allargata "																				
Si, volevamo fare ricorso ma poi abbiamo rinunciato perché la lista di attesa era troppo lunga																				
Si, volevamo fare ricorso ma la Asl non ci ha dato l' autorizzazione																				
No, non abbiamo fatto ricorso ma abbiamo comunque valutato la possibilità di rivolgerci a strutture di un' altra Regione																				
No, non abbiamo fatto ricorso perché c' era un problema relativo alle spese che avremmo comunque dovuto sostenere per seguire il paziente																				
No, non abbiamo fatto ricorso ma se dovessimo affrontare un problema serio valuteremmo certamente anche l'opportunità di rivolgerci a strutture fuori Regione																				
Si, abbiamo fatto ricorso per una o più persone appartenenti alla famiglia " ristretta " e/o " allargata "																				
Si, volevamo fare ricorso ma poi abbiamo rinunciato perché la lista di attesa era troppo lunga																				
Si, volevamo fare ricorso ma la Asl non ci ha dato l' autorizzazione																				
No, non abbiamo fatto ricorso ma abbiamo comunque valutato la possibilità di rivolgerci a strutture di un' altra Regione																				
No, non abbiamo fatto ricorso perché c' era un problema relativo alle spese che avremmo comunque dovuto sostenere come accompagnatori per seguire il paziente																				
No, non abbiamo fatto ricorso, ma se dovessimo affrontare un problema serio valuteremmo certamente anche l'opportunità di rivolgerci a strutture fuori Regione																				

J.

(Segue) Tab. 3.1A – La sovrapposizione tra comportamenti e propensioni diverse, concernenti l'accesso a strutture di riabilitazione presenti in altre Regioni italiane rispetto alla propria (val. %)

Comportamenti e Propensioni	Totale	
	Incidenza % su totale V.a.	Totale
Si, abbiamo fatto ricorso per una o più persone appartenenti alla famiglia " ristretta " e/o " allargata "	16,8	36
Si, volevamo fare ricorso ma poi abbiamo rinunciato perché la lista di attesa era troppo lunga	8,5	18
Si, volevamo fare ricorso ma la Asl non ci ha dato l' autorizzazione	5,0	11
No, non abbiamo fatto ricorso ma abbiamo comunque valutato la possibilità di rivolgerci a strutture di un' altra Regione	10,1	21
No, non abbiamo fatto ricorso perché c' era un problema relativo alle spese che avremmo accompagnato per seguire il paziente	7,6	16
No, non abbiamo fatto ricorso, ma se dovessimo affrontare un problema serio valteremmo certamente anche l' opportunità di rivolgerci a strutture fuori Regione	14,5	31
No, non abbiamo fatto ricorso poiché le strutture presenti nel Comune o nella Provincia o nella Regione di residenza erano sufficientemente adeguate alle necessità	34,3	73
No, non abbiamo fatto ricorso perché non sapevamo che si poteva ricorrere a strutture fuori Regione senza oneri aggiuntivi da sostenere	15,9	34
Altro	5,1	11
% totale su singolo comportamento e/o propensione		
– No, non abbiamo fatto ricorso poiché le strutture presenti nel Comune o nella Provincia o nella Regione di residenza erano sufficientemente adeguate alle necessità	3,6	12,1
– No, non abbiamo fatto ricorso perché non sapevamo che si poteva ricorrere a strutture fuori Regione senza oneri aggiuntivi da sostenere	1,2	0,0
– Altro	3,5	0,0

Fonte: Indagine Ermenieia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. 31B – La sovrapposizione tra comportamenti e pensionamenti diverse, concernenti l'accesso a strutture di lungodegenza presenti in altre Regioni italiane rispetto alla propria (val. %)

Comportamenti e Pensionamenti	Totale									
	6,2	17	9,0	15,6	9,3	11,5	12,5	12,5	12,7	100,0
Si, abbiamo fatto ricorso per una o più persone appartenenti alla famiglia " ristretta " e/o " allargata "	6,2	17	9,0	15,6	9,3	11,5	12,5	12,5	12,7	100,0
Si, volevamo fare ricorso ma poi abbiamo rinunciato perché la lista di attesa era troppo lunga	16,5	17	9,0	15,6	9,3	11,5	12,5	12,5	12,7	100,0
Si, volevamo fare ricorso ma la Asl non ci ha dato l' autorizzazione	9,0	9	9,0	15,6	10	12	13	13	13	103
No, non abbiamo fatto ricorso ma abbiamo comunque valutato la possibilità di rivolgerci a strutture di un' altra Regione	15,6	16	9	15,6	10	12	13	13	13	103
No, non abbiamo fatto ricorso perché c' era un problema relativo alle spese che avremmo accompagnato per seguire il paziente	9,3	10	10	16,6	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	100,0
No, non abbiamo fatto ricorso, ma se dovessimo affrontare un problema serio valuteremo certamente anche l' opportunità di rivolgerci a strutture fuori Regione	11,5	12	12	16,6	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	100,0
No, non abbiamo fatto ricorso poiché le strutture presenti nel Comune o nella Provincia o nella Regione di residenza erano sufficientemente adeguate alle necessità	25,0	26	26	16,6	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	100,0
No, non abbiamo fatto ricorso perché non sapevamo che si poteva ricorrere a strutture fuori Regione senza oneri aggiuntivi da sostenere	12,5	13	13	16,6	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	100,0
Altro	12,7	13	13	16,6	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	100,0
Incidenza %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
V.a.	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
% totale su singolo comportamento e/o propensione										
– Si, abbiamo fatto ricorso per una o più persone appartenenti alla famiglia " ristretta " e/o " allargata "	20,8	7,8	3,0	5,4	0,0	6,6	0,0	0,0	0,0	6,2
– Si, volevamo fare ricorso ma poi abbiamo rinunciato perché la lista di attesa era troppo lunga	20,8	7,8	3,0	5,4	0,0	6,6	0,0	0,0	0,0	6,2
– Si, volevamo fare ricorso ma la Asl non ci ha dato l' autorizzazione	4,3	15,0	27,5	12,7	21,7	21,1	6,2	6,2	0,0	16,5
– No, non abbiamo fatto ricorso ma abbiamo comunque valutato la possibilità di rivolgerci a strutture di un'altra Regione	13,7	11,9	9,9	5,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,0
– No, non abbiamo fatto ricorso perché c'era un problema relativo alle spese che avremmo comunque dovuto sostenere come accompagnatori per seguire il paziente	0,0	12,2	0,0	16,6	27,9	29,2	10,2	0,0	0,0	15,6

J.

(Segue) Tab. 3.1B – La sovrapposizione tra comportamenti e propensioni diverse, concernenti l'accesso a strutture di lungodegenza presenti in altre Regioni italiane rispetto alla propria (val. %)

Comportamenti e Propensioni	Totale									
	6	17	9	16	10	11,5	26	13	12,5	103
Si. abbiamo fatto ricorso per una o più persone appartenenti alla famiglia " ristretta " e/o " allargata "	6,2	16,5	9,0	15,6	9,3	11,5	25,0	13	12,5	100,0
Si. volevamo fare ricorso ma poi abbiamo rinunciato perché la lista di attesa era troppo lunga										
Si. volevamo fare ricorso ma la Asl non ci ha dato l' autorizzazione										
No, non abbiamo fatto ricorso ma abbiamo comunque valutato la possibilità di rivolgerci a strutture di un' altra Regione										
No, non abbiamo fatto ricorso perché c' era un problema relativo alle spese che avremmo accompagnato per seguire il paziente										
No, non abbiamo fatto ricorso, ma se dovessimo affrontare un problema serio valuteremmo certamente anche l' opportunità di rivolgerci a strutture fuori Regione										
No, non abbiamo fatto ricorso poiché le strutture presenti nella Regione di residenza erano sufficientemente adeguate alle necessità										
No, non abbiamo fatto ricorso perché non potevamo ricorrere a strutture fuori Regione senza oneri aggiuntivi da sostenere										
– Altro	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,7
% totale su singolo comportamento e/o propensione	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
– No, non abbiamo fatto ricorso, ma se dovessimo affrontare un problema serio valuteremmo certamente anche l' opportunità di rivolgerci a strutture fuori Regione	12,3	14,7	0,0	7,6	36,2		5,6	0,0	0,0	11,5
– No, non abbiamo fatto ricorso poiché le strutture presenti nel Comune o nella Provincia o nella Regione di residenza erano sufficientemente adeguate alle necessità	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,2		0,0	0,0	25,0
– No, non abbiamo fatto ricorso perché non sapevamo che si poteva ricorrere a strutture fuori Regione senza oneri aggiuntivi da sostenere	0,0	4,7	8,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5
– Altro	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,7

Fonte: Indagine Ermenieita – Studi & Strategie di Sistema, 2019

cui il paziente è stato dimesso sia che sia stato il medico specialista a orientare il *caregiver* al momento delle dimissioni o dopo che queste sono avvenute sia che sia stato il medico di base a compiere un’analoga operazione, l’intensità delle ragioni risulta minore rispetto alle prime tre indicate all’interno della tabella 32.

Le opinioni degli intervistati possono variare a seconda dei vari sottocampioni. Come spesso avviene l’incidenza maggiore – in questo caso delle ragioni per rivolgersi ad altre strutture extraregionali – fa capo ai *caregiver* residenti nel Mezzogiorno e in particolare a quelli in possesso di un buon titolo di studio e di un robusto livello socioeconomico di appartenenza (cfr. *Tabella A32.1 e A32.2/Campione caregiver, capitolo 4 degli Allegati*).

Tab. 32 – Ragioni che hanno spinto il caregiver e/o gli altri membri della famiglia “ristretta” e/o “allargata” a prendere in considerazione l’utilizzo di strutture di riabilitazione e/o di lungodegenza presenti in altre Regioni italiane rispetto a quella di residenza (val. %)¹

<i>Ragioni</i>	<i>Strutture di riabilitazione</i>		<i>Strutture di lungodegenza</i>	
- Avevamo già sperimentato strutture nella Regione di residenza, che però non si sono rivelate adeguate alle esigenze del paziente	1°	26,2	1°	37,6
- Non c’era posto nelle strutture presenti nell’ambito della Regione di residenza	2°	23,6	3°	17,2
- Non esistevano strutture adeguate ai bisogni effettivi del paziente nella Regione di residenza	3°	20,1	2°	25,2
<hr/>				
- Ci ha consigliato l’ospedale da cui il paziente era stato dimesso	1°	16,4	1°	19,1
- Ci ha consigliato il medico specialista a seguito delle dimissioni dall’ospedale o dopo queste ultime	2°	13,6	2°	11,1
- Ci ha consigliato il medico di base a seguito delle dimissioni dall’ospedale o dopo queste ultime	3°	11,1	3°	8,6
- Altro		13,2		6,5
V.a. rispondenti		107		53
V.a. risposte		133		66
N. medio di risposte per intervistato		1,2		1,2

(1) La base di calcolo è rappresentata dai *caregiver* che hanno risposto ad una o più delle prime sei affermazioni della tabella 31, avendo sperimentato nel corso degli ultimi 3 anni strutture di riabilitazione e/o di lungodegenza (nell’ambito del campione *caregiver* rafforzato Telepanel + Web) (Risposte multiple).

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

4.4. Una domanda evidente di miglioramento delle giunzioni esistenti

Le difficoltà in tema di sistemi di “giunzione”, esaminate all’interno dei paragrafi precedenti (sia nell’ambito del capitolo 3 che nell’ambito del capitolo 4) non potevano non condurre anche alla valutazione di una serie di proposte di possibile miglioramento dei sistemi suddetti.

La tabella 33 illustra il livello di importanza (“molto + abbastanza”) espresso da due tipologie di intervistati:

- quella che ha avuto esperienze di ricovero ospedaliero, di *day hospital* e di *day service*, nel corso degli ultimi dodici mesi (prima colonna);
- e quella che ha fatto esperienze di strutture di riabilitazione nel corso degli ultimi tre anni.

Come si può verificare:

- 1) circa 3/4 o più dei *caregiver*¹ ritengono più che significative le proposte sottoposte a giudizio (da un minimo del 71,3% ad un massimo del 77,4%): ma il livello di accordo (“molto + abbastanza importante”) risulta decisamente più elevato qualora il giudizio venga espresso dai *caregiver* con specifiche esperienze di strutture di riabilitazione² (con valori che vanno da un minimo del 77,3% ad un massimo dell’83,1%, come evidenzia la seconda colonna della tabella 33);
- 2) viceversa il mancato accordo (“poco + per nulla importante”) resta per lo più al di sotto del 10% o di poco superiore;
- 3) le varie proposte hanno scelto alcune tematiche-chiave che sono:
 - quella di superare la *modalità dell’“arrangiamento” da parte dei pazienti e/o della famiglia attraverso l’istituzione di uno Sportello Unico*: questo per poter disporre di un sistema di informazione efficace e maggiormente personalizzato sia al momento dell’entrata in ospedale sia al momento delle dimissioni, qualora si intendano utilizzare le strutture di tipo post-ospedaliero (cfr. la prima e la seconda proposta della tabella 33);
 - quella di superare la *modalità della frammentazione delle scelte attraverso un Centro Unico di Prenotazione coordinato per i ricoveri ospedalieri ma anche per quelli post-ospedalieri* o – ancora meglio – attraverso un *Regista Unico* così da accompagnare il paziente e la rela-

¹ Valutazioni espresse dai *caregiver* che hanno avuto una o più esperienze (per sé e/o per altri membri della famiglia) di ricoveri ospedalieri avuti nel corso degli ultimi dodici mesi.

² Valutazioni espresse dai *caregiver* che hanno avuto (per sé o per gli altri membri della famiglia “ristretta” come pure della famiglia “allargata”) di ricovero in strutture di riabilitazione, nel corso degli ultimi tre anni.

- tiva famiglia nelle scelte che si rivelino necessarie, garantendo nei fatti – e non nelle parole – la continuità assistenziale (cfr. terza e quarta proposta della tabella 33);
- quella di superare ad un tempo la *qualità insoddisfacente della riabilitazione* attraverso:
 - soluzioni diversificate e coerenti con i bisogni dei pazienti dopo interventi/malattie di tipo serio oppure a seguito di dimissioni troppo rapide o ancora in vista di recuperi riabilitativi più semplici (cfr. quinta proposta della tabella 33);
 - soluzioni ispirate ad una accettabile “medietà” delle prestazioni riabilitative nell’ambito di strutture presenti possibilmente nella Regione di residenza o nei territori prossimi di altre Regioni (cfr. sesta proposta della tabella 33);
 - soluzioni di ospedalità di livello intermedio che siano in grado di accogliere i pazienti che hanno subito interventi impegnativi seguiti da dimissioni troppo rapide, in quanto non sempre le strutture di riabilitazione risultano adeguate per questi casi (cfr. settima proposta della tabella 33);
 - infine quella di *superare, “almeno al minimo”, le debolezze di giunzione tra i diversi operatori* tramite:
 - la fornitura al paziente di un vero e proprio “pacchetto di accompagnamento”, con indicazioni terapeutiche immediate, alcune dosi di medicine di riferimento per i primi giorni, relazione di accompagnamento per il medico di medicina generale, informazioni sulle strutture di riabilitazione eventualmente necessarie, indirizzi relativi al volontariato, nonché eventuali prenotazioni per visite di controllo dentro o fuori l’ospedale (cfr. ottava proposta della tabella 33);
 - l’istituzione di una qualche forma efficace di collaborazione tra ospedali e servizi sanitari e socioassistenziali presenti sul territorio in cui vive il paziente (cfr. nona proposta della tabella 33);
 - ed infine l’attivazione di un percorso organizzativo esplicito che coinvolga, secondo modalità definite, il medico di medicina generale che si deve interessare in maniera adeguata al paziente nel momento della scelta dell’ospedale, del ricovero, della successiva permanenza ospedaliera e soprattutto del momento delle dimissioni e della scelta eventuale del percorso post-ospedaliero ottimale (cfr. decima proposta della tabella 33).

Se si considerano le risposte dei sottocampioni dei *caregiver* che hanno avuto esperienze (per sé o per altri membri della famiglia) di ricovero ospe-

daliero, di *day hospital* e/o di *day service* è possibile rilevare un livello di accordo elevato (“molto + abbastanza”):

- che appare sostanzialmente convergente tra gli intervistati, indifferentemente dalla ripartizione geografica in cui vivono, con una lieve maggiore sensibilità per coloro che risiedono nel Nord-Ovest e nel Nord-Est del Paese;
- e che invece evidenzia un livello più pronunciato di accordo sulle proposte sottoposte a giudizio da parte dei *caregiver* donna piuttosto che uomo, di quelli più anziani (da 55 anni in poi) e di quelli che posseggono una migliore preparazione scolastica e un più solido livello socioeconomico di appartenenza.

Tab. 33 – Valutazione di possibili proposte dirette a migliorare le modalità di ingresso e di permanenza nell'ospedale, nonché dell'eventuale passaggio a strutture di tipo post-ospedaliero (val. %)

Proposte	Con esp. di tipo osped. ¹		Con esp. di strutture di riabilitaz. ²		Con esp. di tipo osped. ¹		Con esp. di strutture di riabilitaz. ²	
	Molto + Abb. imp.	Molto + Abb. imp.	Poco + Per niente imp.	Poco + Per niente imp.	Non saprei dare un giudizio	Non saprei dare un giudizio	Non saprei dare un giudizio	Non saprei dare un giudizio
PROPOSTE SUL PIANO INFORMATIVO/ORIENTATIVO								
1) Sarebbe necessario poter disporre di un sistema di informazione efficace e personalizzazione, ad esempio una sorta di "Sportello Unico" (attraverso cui ottenere appositi orientamenti e consigli) senza doverci "arrangiare" in qualche modo, qualora si debbano utilizzare servizi ospedalieri sul piano degli interventi chirurgici e/o delle cure	76,1	81,8	7,3	6,8	16,6	11,4		
2) Sarebbe necessario poter disporre di un sistema di informazione efficace e personalizzato, ad esempio una sorta di "Sportello Unico" (attraverso cui ottenere appositi orientamenti e consigli) senza doverci "arrangiare" in qualche modo, quando si debba affrontare la fase di post-ricovero, con la scelta degli istituti di riabilitazione, di lungodegenza, di RSA, ecc.	75,6	83,1	8,3	7,0	16,1	9,9		
3) Sarebbe necessario disporre di un Centro Unico di Prenotazione sia per i ricoveri ospedalieri sia per la fase post-ospedaliera (ricoveri in istituti di riabilitazione, di lungodegenza, in RSA, ecc.) che risponda alle esigenze del paziente e della sua famiglia sia che si intenda rivolgersi ad ospedali pubblici o ad ospedali accreditati	72,0	80,3	10,4	9,8	17,6	9,9		
4) Sarebbe necessario disporre di un "Regista Unico" che si faccia carico delle effettive esigenze del paziente e della relativa famiglia: per l'orientamento preventivo rispetto alla scelta dell'ospedale, per l'accompagnamento del paziente durante il periodo di ricovero, per la gestione della fase post-ospedaliera con i relativi collegamenti con le strutture a valle di riabilitazione, di lungodegenza, di assistenza socio-sanitaria, di disbrigo di pratiche amministrative (riconoscimento dell'invalidità, legge 104, indennità di accompagnamento, ecc.)	74,2	77,3	9,7	12,8	16,1	9,9		

./.

(Segue) Tab. 33 – Valutazione di possibili proposte dirette a migliorare le modalità di ingresso e di permanenza nell'ospedale, nonché dell'eventuale passaggio a strutture di tipo post-ospedaliero (val. %)

Proposte	Con esp. di tipo osped. ¹		Con esp. di strutture di riabilitaz. ²		Con esp. di tipo osped. ¹		Con esp. di strutture di riabilitaz. ²		Con esp. di tipo osped. ¹		Con esp. di strutture di riabilitaz. ²	
	Molto + Abb. imp.		Molto + Abb. imp.		Poco + niente imp.		Poco + niente imp.		Non saprei dare un giudizio		Non saprei dare un giudizio	
PROPOSTE SUL PIANO DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE												
5)	71,3		79,2		8,6		10,9		20,1		9,9	
Sarebbe necessario ripensare il sistema di riabilitazione in modo da articolarlo su almeno tre livelli: quello destinato a recuperare pazienti molto "impegnativi" dopo interventi seri o decorsi molto seri di malattie, quello dedicato a compensare le dimissioni troppo rapide sia pur con riferimento ad interventi chirurgici o a periodi di ospedalizzazione di media rilevanza e quello relativo a riabilitazione di tipo più semplice												
6)	74,4		82,5		7,2		7,8		18,4		9,7	
Sarebbe necessario garantire la presenza di un servizio di riabilitazione, opportunamente articolato al suo interno e avente una qualità media accettabile in ogni Regione o almeno, nel caso di quelle di minori dimensioni, nelle altre Regioni confinanti e non troppo difficilmente raggiungibili ²												
7)	69,1		81,3		14,1		8,8		16,8		9,9	
In taluni casi sarebbe necessario poter disporre di un ospedale intermedio di buon livello che possa ospitare il paziente dopo l'effettuazione di interventi impegnativi, ma seguiti da dimissioni troppo rapide: questo perché le strutture di riabilitazione non sono di solito adeguate, con il rischio di un recupero difficile o di un esito infausto per il paziente												

./.

(Segue) Tab. 33 – Valutazione di possibili proposte dirette a migliorare le modalità di ingresso e di permanenza nell'ospedale, nonché dell'eventuale passaggio a strutture di tipo post-ospedaliero (val. %)

Proposte	Con esp. di tipo osped. ¹		Con esp. di strutture di riabilitaz. ²		Con esp. di tipo osped. ¹		Con esp. di strutture di riabilitaz. ²		Con esp. di tipo osped. ¹		Con esp. di strutture di riabilitaz. ²	
	Molto + Abb. imp.	Molto + Abb. imp.	Molto + Abb. imp.	Poco + Per niente imp.	Poco + Per niente imp.	Poco + Per niente imp.	Poco + Per niente imp.	Poco + Per niente imp.	Poco + Per niente imp.	Poco + Per niente imp.	Poco + Per niente imp.	Non saprei dare un giudizio
PROPOSTE SUL PIANO ORGANIZZATIVO												
8) Sarebbe necessario fornire al paziente, al momento delle dimissioni, un vero e proprio "pacchetto di accompagnamento" che comprenda le indicazioni terapeutiche immediate e quelle per le prime settimane, alcune dosi di medicine di riferimento immediatamente utilizzabili, le modalità per accedere ai singoli medicinali prescritti, una relazione di accompagnamento per il medico di medicina generale, le informazioni sulle strutture di riabilitazione eventualmente necessarie e utili, gli indirizzi relativi al volontariato, se necessario, le prenotazioni per le visite di controllo dentro e fuori ospedale, ecc.	77,4	80,8	7,6	9,7	15,0	9,5						
9) Sarebbe necessario istituire una forma efficace di collaborazione tra l'ospedale e i servizi sanitari e socioassistenziali presenti sul territorio	75,6	80,4	9,3	11,0	15,1	8,6						
10) Sarebbe almeno necessario che il medico di medicina generale si interessasse in maniera adeguata al paziente nel momento del ricovero, della successiva permanenza ospedaliera e soprattutto al momento dell'uscita dall'ospedale	72,0	79,7	11,2	10,8	16,8	9,5						

(1) Valutazioni espresse dai *caregiver* che hanno avuto una o più esperienze (per sé e/o per altri membri della famiglia) di ricoveri ospedalieri e/o di *day hospital* e/o di *day service*, nel corso degli ultimi dodici mesi.

(2) Valutazioni espresse dai *caregiver* che hanno avuto (per sé o per gli altri membri della famiglia "ristretta" come pure della famiglia "allargata") esperienze di ricovero in strutture di riabilitazione, nel corso degli ultimi tre anni.

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Parte quarta
Gli indicatori statistici

1. I dati di struttura

1.1. La presenza di istituti pubblici e di istituti accreditati

Stante l'indisponibilità di una versione completa del database collegato all'edizione 2017 del Rapporto "Attività gestionali ed economiche delle Asl e Aziende ospedaliere", dal quale vengono estratti gran parte dei dati di struttura e attività del settore presenti nella Parte quarta, anche quest'anno è stata utilizzata la fonte alternativa ministeriale degli "Open Data" nella versione aggiornata 2010-2017. Secondo le informazioni disponibili in questa area del portale del Ministero della salute continua, anche se in modo meno marcato rispetto agli anni precedenti, il graduale riordino dell'organizzazione ospedaliera italiana che ha interessato, a partire dal 2004, soprattutto la sfera della rete delle strutture pubbliche. Queste ultime infatti, come più volte sottolineato, sono state interessate da aggregazioni e trasformazioni in nuove tipologie di istituti, passando principalmente da una configurazione di ospedale a diretta gestione Asl ad una organizzazione da Azienda ospedaliera variamente articolata (Azienda ospedaliera, Azienda integrata con l'università, Azienda integrata con il SSN). In ambito privato si conferma invece la tendenza, già rilevata in alcune Regioni come soprattutto il Lazio, alla riconversione o al vero e proprio declassamento di molte strutture accreditate, indirizzate verso attività produttive meno qualificate quali la lungodegenza o la residenzialità. Più in generale, i dati del Ministero della salute indicano per il 2017 una ulteriore decisa riduzione rispetto all'anno precedente di venti unità tra gli ospedali a diretta gestione Asl e di sette ospedali accreditati. Rispetto al 2013, nuovo anno di riferimento della serie dei dati proposti, si può osservare come il totale degli istituti di cura pubblici e privati passi dalle 1.034 alle 1.003 unità del 2017, con una flessione che risulta complessivamente sul -6,2%. Le tabelle S/1 e S/2 mostrano in particolare:

- nell'ambito pubblico, soprattutto una riduzione degli Ospedali a gestione diretta (-9,7%), seguiti dalle Aziende ospedaliere integrate con l'univer-

sità (-15,8%), probabilmente confluite in massima parte nel novero delle Aziende ospedaliere integrate con il Ssn, cresciute del 12,5% tra il 2013 ed il 2017; complessivamente gli istituti di cura pubblici e assimilati hanno fatto registrare nel periodo considerato una graduale riduzione, con una variazione a fine periodo pari al -7,5%, ricordando tuttavia che si è in presenza più di riconversioni di tipologia o di aggregazioni che di reali dismissioni;

- nel campo degli ospedali accreditati (quelli della tipologia che il Ministero classifica come Case di cura accreditate), la conferma della tendenza ad un graduale ridimensionamento, che ne riduce la consistenza nel panorama ospedaliero italiano dalle 509 unità del 2013 alle 485 del 2017 (-4,7%).

Il rapporto tra le componenti di diritto pubblico e di diritto privato del Servizio sanitario nazionale sul totale degli istituti di ricovero evidenzia risultati medi nazionali pari al 44,2% per la prima e al 55,8% per la seconda (tab. S/4), con una distribuzione sempre abbastanza equilibrata nella maggior parte delle regioni italiane, ma sempre tenendo nella dovuta considerazione la 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 2017, 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, nell'Abruzzo, nell'Umbria, 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 Valle d'Aosta, nella Liguria, nella Puglia e nella Sicilia.

1.2. La distribuzione dei posti letto

Spostando l'osservazione sulle dotazioni dei posti letto, piuttosto che sul numero delle strutture, i cui rapporti pubblico/privato sono, come già sottolineato, fortemente influenzati dalle dimensioni degli istituti, si può osservare come in Italia erano disponibili nel 2017 quasi 189 mila posti letto, suddivisi secondo una composizione piuttosto stabile nel tempo e che vede il 69,8% afferente alla componente di diritto pubblico ed il 30,2% a quella di diritto privato (tab. S/5).

Fatta eccezione per il Lazio, realtà nella quale la conformazione da vero sistema misto si evidenzia anche in termini di dotazione di posti letto, nel resto del Paese la distribuzione territoriale vede una prevalenza più o meno netta delle strutture pubbliche, una prevalenza accentuata anche dai preoccupanti provvedimenti sul riordino della rete ospedaliera che in molte regioni hanno visto già la loro fase di pieno recepimento.

Per la componente di offerta del settore privato accreditato rappresentata dalle sole strutture aderenti ad AIOP, si è in grado invece di proporre un aggiornamento al 2019, con un confronto limitato al 2017 rispetto alle altre componenti private proposte nella tab. S/6. Si evidenzia così una dotazione di quasi 31.000 letti per ricovero ordinario su un totale di poco superiore ai 40.000, con una percentuale che sfiora il 76%. Si tratta, in questo caso, di un confronto limitato alla tipologia 'Casa di cura'.

La distribuzione su base regionale per l'anno 2019 degli istituti di ambito AIOP mette in evidenza, tra le strutture accreditate con il SSN, un addensamento in chiave di indirizzo nosologico prevalente soprattutto (tab. S/7):

- nel campo polispecialistico (173 istituti su 466);
- nel campo delle RSA (93 istituti su 466);
- nel campo chirurgico (66 istituti su 466);
- nel campo riabilitativo (64 istituti su 466);
- nel campo neuropsichiatrico (34 istituti su 466);
- nel campo lungodegenti (21 istituti su 466)
- nel campo medico (15 istituti su 466).

Se si considerano invece le diverse tipologie di attività (cfr. tabelle S/8 e S/9), sempre riferite agli istituti associati all'AIOP (anno 2019), 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 di quasi 1.000 posti letto presidiata principalmente dalla cardiocirurgia.

1.3. La dotazione di apparecchiature

Anche il quadro della distribuzione delle dotazioni di apparecchiature si può avvalere di un aggiornamento completo al 2017 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 nuova situazione è ora disponibile nella sua

distribuzione regionale e per tipo di apparecchiatura nelle tabelle S/10 (Strutture pubbliche), S/11 (Ospedali accreditati del tipo 5.1) e S/13 (per quanto concerne le Case di cura private non accreditate).

I dati proposti per le prime due tipologie di strutture 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 dagli ospedali accreditati 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 assimilati e degli ospedali accreditati

	2013		2014		2015		2016		2017	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
- Aziende ospedaliere	59	5,5	59	5,6	57	5,4	57	5,5	55	5,5
- Ospedali a gestione diretta	362	33,9	350	33,1	351	33,5	347	33,6	327	32,6
- Aziende osp. integrate con il Ssn	8	0,7	9	0,9	9	0,9	9	0,9	9	0,9
- Aziende osp. integrate con le univ.	19	1,8	18	1,7	18	1,7	18	1,7	16	1,6
- Policlinici universitari	2	0,2	2	0,2	2	0,2	2	0,2	2	0,2
- Istituti a carattere scientifico	62	5,8	62	5,9	64	6,1	63	6,1	63	6,3
- Ospedali eccl. classificati	28	2,6	28	2,7	27	2,6	26	2,5	27	2,7
- Istituti presidio delle Asl	17	1,6	19	1,8	18	1,7	18	1,7	17	1,7
- Enti di ricerca	3	0,3	3	0,3	2	0,2	2	0,2	2	0,2
Totale istituti pubblici e assimilati	560	52,4	550	52,1	548	52,2	542	52,4	518	51,6
- Ospedali accreditati ¹	509	47,6	506	47,9	501	47,8	492	47,6	485	48,4
Totale Generale	1.069	100,0	1.056	100,0	1.049	100,0	1.034	100,0	1.003	100,0

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.

Fonte: elaborazioni su dati provenienti dal Rapporto su "Attività gestionali ed economiche delle Usl e Aziende ospedaliere", Ministero della Salute, Anni. 2012 e 2013 e Ministero della Salute – Open Data 2014 – 2017

Tab. S/2 – Evoluzione del numero degli istituti pubblici e assimilati e degli ospedali accreditati (incremento %)

	2014/2013	2015/2014	2016/2015	2017/2016	2017/2013
- Aziende ospedaliere	0,0	-3,4	0,0	-3,5	-6,8
- Ospedali a gestione diretta	-3,3	0,3	-1,1	-5,8	-9,7
- Aziende osp. integrate con il Ssn	12,5	0,0	0,0	0,0	12,5
- Aziende osp. integrate con le università	-5,3	0,0	0,0	-11,1	-15,8
- Policlinici universitari	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Istituti a carattere scientifico	0,0	3,2	-1,6	0,0	1,6
- Ospedali eccl. classificati	0,0	-3,6	-3,7	3,8	-3,6
- Istituti presidio delle Asl	11,8	-5,3	0,0	-5,6	0,0
- Enti di ricerca	0,0	-33,3	0,0	0,0	-33,3
Totale istituti pubblici e assimilati	-1,8	-0,4	-1,1	-4,4	-7,5
- Ospedali accreditati ¹	-0,6	-1,0	-1,8	-1,4	-4,7
Totale Generale	-1,2	-0,7	-1,4	-3,0	-6,2

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.

Fonte: elaborazioni su dati provenienti dal Rapporto su "Attività Gestionali ed economiche delle Usl e Aziende ospedaliere", Ministero della Salute, Anni, 2012 e 2013 e Ministero della Salute – Open Data 2014 - 2017

Tab. S/3 – Istituti delle componenti di diritto pubblico e di diritto privato del SSN per regione. Anno 2017 (v.a.)

Regioni	Istituti della componente di diritto pubblico				Istituti della componente di diritto privato				Totale istituti		
	Aziende ospedaliere a gestione diretta	Aziende ospedaliere integrate con il SSN	Aziende ospedaliere integrate con le università	Ist. a caratter. scient. e fondazione	Ist. a caratter. scient. e fondazione	Politecnici universitari di diritto privato	Ist. a caratter. scient. di diritto privato	Ospedali ecclesiastici classificati		Enti di ricerca	Ospedali privati accreditati ¹
Piemonte	3	21	3	-	-	-	3	-	6	38	74
V. d'Aosta	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	2
Lombardia	27	-	-	5	-	-	21	5	-	66	124
P.A. di Bolzano	-	7	-	-	-	-	-	-	-	6	13
P.A. di Trento	-	7	-	-	-	-	-	1	-	5	13
Veneto	1	9	1	2	2	-	1	5	4	17	40
Friuli V.G.	-	8	-	2	-	-	-	-	-	5	15
Liguria	-	6	-	2	-	-	1	2	-	5	16
Emilia R.	1	15	4	2	2	-	1	-	1	44	68
Toscana	-	31	4	1	-	-	1	-	2	22	62
Umbria	2	8	-	-	-	-	-	-	-	6	16
Marche	2	5	-	1	-	-	-	-	-	14	22
Lazio	2	34	2	3	2	2	3	8	2	60	117
Abruzzo	-	17	-	-	-	-	-	-	-	10	27
Molise	-	3	-	-	-	-	1	-	-	3	8
Campania	6	32	2	1	1	-	1	3	1	63	110
Puglia	-	25	1	4	1	2	1	2	-	26	60
Basilicata	1	7	-	1	-	-	-	-	-	1	10
Calabria	4	17	-	1	-	-	-	-	-	26	48
Sicilia	5	52	3	2	2	-	2	1	1	59	125
Sardegna	1	22	2	-	-	-	-	-	-	8	33
Nord	32	74	8	13	-	-	27	13	11	187	365
Centro	6	78	1	5	2	2	4	8	4	102	217
Sud	17	175	8	9	9	2	5	6	2	196	421
Italia	55	327	9	27	27	2	36	27	17	485	1.003

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.

Fonte: elaborazioni Emneta su dati Ministero della salute, Open Data 2017

Tab. S/4 - Istituti delle componenti di diritto pubblico e di diritto privato del SSN per regione. Anno 2017 (%)

Regioni	Istituti della componente di diritto pubblico				Istituti della componente di diritto privato							Comp. di diritto pubblico	Comp. di diritto privato	Totale istituti
	Aziende ospedaliere	Aziende ospedaliere integrate con il SSN	Aziende ospedaliere integrate con le università	Ist. a carattere pubblico e fondazione	Policlinici universitari di diritto privato	Ist. a carattere scient. di diritto privato	Ospedali ecclesiastici classificati	Istituti presidio della Asl	Enti di ricerca	Ospedali privati accreditati ¹				
Piemonte	4,1	28,4	0,0	4,1	0,0	0,0	4,1	0,0	8,1	0,0	51,4	36,5	63,5	100,0
V. d'Aosta	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0	50,0	100,0
Lombardia	21,8	0,0	0,0	4,0	0,0	16,9	0,0	4,0	0,0	0,0	53,2	25,8	74,2	100,0
P.A. di Bolzano	0,0	53,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	46,2	53,8	46,2	100,0
P.A. di Trento	0,0	53,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,7	0,0	0,0	38,5	53,8	46,2	100,0
Veneto	2,5	22,5	0,0	2,5	5,0	2,5	2,5	12,5	10,0	0,0	42,5	32,5	67,5	100,0
Friuli V.G.	0,0	53,3	0,0	13,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	66,7	33,3	100,0
Liguria	0,0	37,5	0,0	12,5	0,0	0,0	6,3	12,5	0,0	0,0	31,3	50,0	50,0	100,0
Emilia R.	1,5	22,1	0,0	5,9	2,9	0,0	1,5	0,0	1,5	0,0	64,7	32,4	67,6	100,0
Toscana	0,0	50,0	0,0	6,5	1,6	0,0	1,6	0,0	3,2	1,6	35,5	58,1	41,9	100,0
Umbria	12,5	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	37,5	62,5	37,5	100,0
Marche	9,1	22,7	0,0	4,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	63,6	36,4	63,6	100,0
Lazio	1,7	29,1	0,9	1,7	2,6	1,7	2,6	6,8	1,7	0,0	51,3	35,9	64,1	100,0
Abruzzo	0,0	63,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	37,0	63,0	37,0	100,0
Molise	0,0	37,5	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5	0,0	0,0	12,5	37,5	37,5	62,5	100,0
Campania	5,5	29,1	1,8	0,9	0,9	0,0	0,9	2,7	0,9	0,0	57,3	38,2	61,8	100,0
Puglia	0,0	41,7	1,7	1,7	6,7	0,0	1,7	3,3	0,0	0,0	43,3	51,7	48,3	100,0
Basilicata	10,0	70,0	0,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0	90,0	10,0	100,0
Calabria	8,3	35,4	0,0	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	54,2	45,8	54,2	100,0
Sicilia	4,0	41,6	2,4	0,0	1,6	0,0	1,6	0,8	0,8	0,0	47,2	49,6	50,4	100,0
Sardegna	3,0	66,7	6,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	24,2	75,8	24,2	100,0
Nord	8,8	20,3	0,0	2,2	3,6	0,0	7,4	3,6	3,0	0,0	51,2	34,8	65,2	100,0
Centro	2,8	35,9	0,5	2,8	2,3	0,9	1,8	3,7	1,8	0,5	47,0	44,2	55,8	100,0
Sud	4,0	41,6	1,9	0,5	2,1	0,0	1,2	1,4	0,5	0,2	46,6	50,1	49,9	100,0
Italia	5,5	32,6	0,9	1,6	2,7	0,2	3,6	2,7	1,7	0,2	48,4	43,3	56,7	100,0

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.
Fonte: elaborazioni Ermeneta su dati Ministero della salute, Open Data 2017

Tab. S/5 – Posti letto delle componenti di diritto pubblico e di diritto privato del SSN utilizzati per l'attività di ricovero ordinario, per regione. Anno 2017

Regioni	2017				2016			
	Componente di diritto pubblico del SSN (1)		Componente di diritto privato del SSN (1)		Totale 2017		Componente di diritto privato del SSN	
	Posti letto	% sul totale	Posti letto	% sul totale	Posti letto	% sul totale	Componente di diritto pubblico del SSN	% sul totale
Piemonte	10.140	69,2	4.517	30,8	14.657	100,0	69,1	30,9
V. d'Aosta	380	84,3	71	15,7	451	100,0	84,2	15,8
Lombardia	21.814	62,4	13.124	37,6	34.938	100,0	62,5	37,5
P.A. di Bolzano	1.558	84,5	285	15,5	1.843	100,0	84,9	15,1
P.A. di Trento	1.253	66,1	643	33,9	1.896	100,0	66,5	33,5
Veneto	12.812	80,5	3.105	19,5	15.917	100,0	80,5	19,5
Friuli V.G.	3.430	89,5	403	10,5	3.833	100,0	90,6	9,4
Liguria	4.150	83,1	844	16,9	4.994	100,0	83,6	16,4
Emilia R.	12.462	75,7	3.991	24,3	16.453	100,0	76,1	23,9
Toscana	8.547	82,7	1.793	17,3	10.340	100,0	82,3	17,7
Umbria	2.623	91,0	259	9,0	2.882	100,0	91,4	8,6
Marche	3.803	82,4	812	17,6	4.615	100,0	84,2	15,8
Lazio	9.138	49,6	9.293	50,4	18.431	100,0	50,1	49,9
Abruzzo	2.986	76,3	927	23,7	3.913	100,0	73,9	26,1
Molise	659	62,4	397	37,6	1.056	100,0	56,9	43,1
Campania	9.035	58,8	6.337	41,2	15.372	100,0	59,2	40,8
Puglia	8.410	72,2	3.236	27,8	11.646	100,0	72,6	27,4
Basilicata	1.644	97,6	40	2,4	1.684	100,0	94,7	5,3
Calabria	3.222	65,9	1.666	34,1	4.888	100,0	66,3	33,7
Sicilia	9.099	65,4	4.817	34,6	13.916	100,0	66,5	33,5
Sardegna	4.070	81,0	953	19,0	5.023	100,0	82,7	17,3
Nord	67.999	71,6	26.983	28,4	94.982	100,0	71,7	28,3
Centro	24.111	66,5	12.157	33,5	36.268	100,0	67,0	33,0
Sud	39.125	68,0	18.373	32,0	57.498	100,0	68,3	31,7
Italia	131.235	69,5	57.573	30,5	188.748	100,0	69,8	30,2

(1) Per la classificazione degli istituti vedi Tab. S/3.

Fonte: elaborazioni Ermeneia su dati Ministero della salute, Open Data 2017

Tab. S/6 – Ospedali accreditati con il Ssn, per regione – Istituti e posti letto. Anno 2017

	AIOP		ARIS		Altre		Totale	
	Istituti	Posti letto accr.	Istituti	Posti letto accr.	Istituti	Posti letto accr.	Istituti	Posti letto accr.
– Piemonte	23	1.830	6	604	9	657	38	3.091
– Valle d'Aosta	1	71	-	-	-	-	1	71
– Lombardia	39	4.630	14	1.929	13	980	66	7.539
– Bolzano	3	176	1	33	2	76	6	285
– Trento	3	310	1	83	1	145	5	538
– Veneto	17	1.546	-	-	-	-	17	1.546
– Friuli V.G.	3	286	-	-	2	117	5	403
– Liguria	2	135	1	12	2	124	5	271
– Emilia R.	41	3.602	1	76	2	127	44	3.805
– Toscana	13	881	6	247	3	307	22	1.435
– Umbria	4	134	1	60	1	65	6	259
– Marche	10	579	3	233	1	-	14	812
– Lazio	42	3.188	5	300	13	1.233	60	4.721
– Abruzzo	8	840	2	87	-	-	10	927
– Molise	2	100	-	-	1	40	3	140
– Campania	56	4.988	-	-	7	597	63	5.585
– Puglia	23	2.100	1	54	2	133	26	2.287
– Basilicata	1	40	-	-	-	-	1	40
– Calabria	15	1.048	-	-	11	618	26	1.666
– Sicilia	51	3.551	-	-	8	336	59	3.887
– Sardegna	7	903	-	-	1	50	8	953
– Nord	132	12.586	24	2.737	31	2.226	187	17.549
– Centro	69	4.782	15	840	18	1.605	102	7.227
– Sud	163	13.570	3	141	30	1.774	196	15.485
Italia	364	30.938	42	3.718	79	5.605	485	40.261
%	75,4	76,8	8,7	9,2	16,3	13,9	100,0	100,0

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.
Fonte: elaborazioni Ermeneta su dati Ministero della Salute, Open Data 2017 e AIOP

Tab. S7 – Distribuzione regionale degli istituti associati AIOP secondo l'indirizzo nosologico prevalente – Anno 2019

Regioni	Polisp.		Medico		Chirurgico		Neuropsich.		Lungodegenti		Riabilitativo		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	14	3	-	-	1	5	-	3	4	-	4	-	4	-	30	4	-	-
– Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-
– Lombardia	26	2	2	-	2	2	-	-	13	-	20	-	20	-	65	3	1	-
– P.A. di Bolzano	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	3	-	-	-
– P.A. di Trento	1	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-
– Veneto	11	1	-	-	1	3	-	-	4	-	2	-	2	21	1	-	-	-
– Friuli V.G.	2	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	1	4	1	-	-
– Liguria	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	-	-	-
– Emilia R.	24	1	1	-	1	6	-	3	7	-	5	-	5	47	1	-	-	-
– Toscana	6	-	1	-	6	2	-	1	1	-	1	-	1	17	2	1	-	-
– Umbria	1	-	-	-	2	-	-	-	1	-	1	-	1	6	-	-	-	-
– Marche	7	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	1	10	-	-	-	-
– Lazio	18	10	5	-	8	7	-	4	6	-	43	-	43	91	19	5	-	-
– Abruzzo	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	3	-	2	-	-
– Molise	3	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	4	-	4	-	-	-
– Campania	24	-	2	-	13	5	-	4	7	-	-	-	-	55	1	1	-	-
– Puglia	9	-	1	-	1	-	-	-	1	-	5	-	5	17	-	6	-	-
– Basilicata	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
– Calabria	1	-	1	-	9	1	-	-	5	-	4	-	4	20	1	-	-	-
– Sicilia	20	-	2	-	20	3	-	1	6	-	7	-	7	58	-	-	-	-
– Sardegna	4	-	-	-	3	-	-	1	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-
– Nord	79	9	3	-	4	16	-	8	34	-	32	-	32	176	12	1	-	-
– Centro	32	10	6	-	16	10	-	7	9	-	44	-	44	124	21	7	-	-
– Sud	62	-	6	-	46	2	-	6	21	-	17	-	17	166	2	9	-	-
– Italia	173	19	15	-	66	14	-	21	64	-	93	-	93	466	35	17	-	-

Fonte: AIOP

Tab. S/9 – Distribuzione regionale dei posti letto degli istituti associati AIOF per tipologia di attività e per regione. Anno 2019 (composizione %)

Regioni	Alta specialità		Medica		Chirurgica		Neuropisich.		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	3,1	2,5	14,0	21,2	24,0	61,6	10,1	7,9	14,3	4,4	20,4	2,5	14,1	-	100,0	100,0
– Valle d'Aosta	-	-	-	-	15,8	100,0	-	-	0,1	-	84,2	-	-	-	100,0	100,0
– Lombardia	3,9	4,4	25,2	26,0	27,0	45,3	0,9	4,9	9,8	34,9	18,8	13,5	24,0	5,9	100,0	100,0
– P.A. di Bolzano	-	-	7,4	12,7	-	-	-	-	47,9	53,1	82,8	52,4	-	-	100,0	100,0
– P.A. di Trento	-	-	28,1	46,9	10,9	-	-	-	2,8	-	7,2	6,0	-	-	100,0	100,0
– Veneto	0,3	-	18,1	20,0	25,2	47,2	14,7	11,1	2,8	-	25,3	21,7	13,5	-	100,0	100,0
– Friuli V.G.	-	-	21,9	14,9	35,6	17,5	-	-	-	-	25,1	-	17,4	67,5	100,0	100,0
– Liguria	10,7	-	30,7	39,2	10,7	60,8	-	-	-	-	47,9	-	-	-	100,0	100,0
– Emilia R.	1,4	0,5	20,3	8,4	28,9	38,0	11,6	0,5	11,0	1,2	17,6	10,8	9,1	40,7	100,0	100,0
– Toscana	1,3	-	13,7	1,0	42,1	88,3	6,4	1,0	11,2	-	25,3	9,7	-	-	100,0	100,0
– Umbria	-	-	0,9	-	39,6	-	-	-	13,1	-	40,2	6,1	100,0	-	100,0	100,0
– Marche	-	-	23,9	-	33,0	-	5,9	-	13,3	-	11,6	-	12,3	-	100,0	-
– Lazio	-	2,7	14,3	18,0	17,9	46,8	6,9	0,3	6,6	2,7	12,3	20,2	42,0	9,2	100,0	100,0
– Abruzzo	-	-	29,7	17,5	23,0	22,2	23,0	-	-	-	17,9	44,4	6,4	15,8	100,0	100,0
– Molise	10,0	-	39,3	34,2	28,5	-	-	-	-	-	22,3	65,8	-	-	100,0	100,0
– Campania	1,5	1,5	18,6	30,3	41,8	46,7	8,9	13,8	9,9	6,3	19,3	1,4	-	-	100,0	100,0
– Puglia	4,1	-	22,0	14,0	26,2	26,3	-	-	-	-	17,2	5,8	30,4	53,9	100,0	100,0
– Basilicata	-	-	-	-	-	-	-	-	5,3	-	55,0	-	39,7	-	100,0	-
– Calabria	-	-	3,9	9,1	34,9	90,9	-	-	10,0	-	36,6	-	14,6	-	100,0	100,0
– Sicilia	2,0	1,0	28,6	12,4	41,9	11,9	3,3	11,9	2,3	0,5	14,2	22,2	7,7	40,2	100,0	100,0
– Sardegna	-	-	23,9	-	46,5	-	-	-	12,0	-	17,6	-	-	-	100,0	-
Nord	2,7	1,5	21,7	20,1	26,4	44,8	5,9	5,1	5,5	3,1	20,3	11,9	17,4	13,6	100,0	100,0
Centro	0,2	2,6	14,5	17,2	22,9	48,2	6,6	0,4	7,9	2,6	14,8	19,6	33,1	9,5	100,0	100,0
Sud	1,9	0,8	21,5	23,2	37,6	32,8	4,9	7,6	5,8	2,9	19,7	13,6	8,5	19,1	100,0	100,0
Italia	1,9	1,7	19,9	19,9	28,9	42,5	5,8	4,0	6,1	2,8	18,8	15,4	18,5	13,6	100,0	100,0

Fonte: AIOF

Tab. S/10 – Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero pubbliche e assimilate. Anno 2017

Regioni	CIP	ECT	TAC	EMD	AME	MON	TRM	TOP	GRD	VPO	PRD	ALI	TTE	AIC	GCC	ANS	LSC	GCD
Piemonte		1.094	86	1.265	182	3.599	40	526	212	1.040	196	30	98	343	24	647	1.148	95
Valle d'Aosta		36	2	26	5	153	3	17	5	38	7	1	1	23	24	21	40	6
Lombardia	2	2.821	179	2.274	332	9.538	127	1.126	588	2.418	430	68	202	689	49	1.270	3.318	198
P.A. di Bolzano		180	8	115	22	657	5	63	44	150	30	35	9	35	1	88	414	16
P.A. di Trento		135	12	133	13	550	7	79	6	210	20	4	9	38	2	67	348	15
Veneto		1.384	83	1.028	200	4.774	69	748	201	1.963	235	29	88	324	22	728	2.154	100
Friuli V.G.	1	377	22	436	55	1.438	13	232	41	323	50	11	19	130	4	160	760	33
Liguria	2	431	37	538	73	1.553	27	230	95	506	91	14	38	178	7	249	527	52
Emilia R.		1.210	84	1.173	120	4.560	54	683	176	1.799	220	28	96	408	13	755	1.902	118
Toscana	4	1.414	86	1.165	178	4.424	51	553	227	1.695	238	25	89	522	23	619	1.740	96
Umbria	-	311	22	459	37	729	13	147	32	254	38	8	30	165	5	160	349	40
Marche		509	32	405	41	1.104	22	156	83	367	64	10	38	152	16	170	478	47
Lazio	3	1.242	119	1.177	161	4.547	81	575	248	1.404	231	43	143	499	27	761	1.611	158
Abruzzo		368	25	448	96	845	10	151	49	358	64	8	30	141	12	130	336	37
Molise		70	8	102	46	217	9	45	19	60	25	2	6	24	5	46	104	15
Campania	9	932	88	553	224	3.209	24	484	224	1.090	201	18	103	322	12	640	969	157
Puglia	2	960	72	1.304	345	2.340	38	373	211	852	143	19	108	377	23	431	816	173
Basilicata		169	13	166	19	376	8	84	45	157	25	3	22	57	5	77	169	20
Calabria	4	314	34	431	70	915	14	143	51	265	53	11	47	144	22	192	257	47
Sicilia	11	1.058	111	671	262	3.955	58	502	242	1.161	270	23	121	321	32	679	1.246	144
Sardegna	3	466	35	551	126	1.263	25	175	87	401	77	8	45	169	11	205	466	56
Nord	5	7.668	513	6.988	1.002	26.822	345	3.704	1.368	8.447	1.279	185	560	2.168	122	3.985	10.611	633
Centro	7	3.476	259	3.206	417	10.804	167	1.431	590	3.720	571	86	300	1.338	71	1.710	4.178	341
Sud	29	4.337	386	4.226	1.188	13.120	186	1.957	928	4.344	858	92	482	1.555	122	2.400	4.363	649
Italia	41	15.481	1.158	14.420	2.607	50.746	698	7.092	2.886	16.511	2.708	363	1.342	5.061	315	8.095	19.152	1.623

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 *Ermenia* su dati Ministero della Salute

Tab. S/11 – Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti negli ospedali accreditati¹. Anno 2017

Regioni	CIP	ECT	TAC	EMD	AME	MON	IRM	TOP	GRD	VPO	PRD	ALI	TTE	AIC	GCC	ANS	LSC	GCD
Piemonte	1	123	14	3	29	317	18	69	41	68	33	1	29	93	1	78	90	30
Valle d'Aosta	6	580	49	205	107	1.682	50	246	141	403	85	17	58	93	3	252	524	62
Lombardia		10	2		1	7	3		4		2	3		2			2	1
P.A. di Bolzano		17	3		2	14	3	4	4	4	2	2	2	2		4	9	4
P.A. di Trento		100	12	1	21	247	16	45	24	43	21		9	17		47	77	15
Veneto		44	4	23	10	60	8	22	9	14	5	5	5	9		21	26	7
Friuli V.G.		11	1	2	5	53		9	4	17	7		4	3		12	13	5
Liguria	1	178	23	77	24	561	33	134	48	191	71	2	38	21	2	146	241	23
Emilia R.		72	13	23	24	325	8	64	27	88	26	2	18	13		64	86	22
Toscana		13	4		5	46	3	17	8	11	13		6	2		17	20	3
Umbria		52	9		10	148	9	31	22	41	22		12	16		32	56	11
Marche	1	176	36	526	67	581	31	151	128	134	64	3	62	71	6	170	233	62
Lazio		54	8	9	17	130	13	30	13	36	14		20	19		29	50	10
Abruzzo		10	3		7	16	4	4	5	10	3		4	3		5	6	3
Molise	5	265	52	60	83	648	28	206	102	244	66	4	68	77	21	245	295	79
Campania		137	22	57	47	369	13	68	45	142	37	3	30	39	2	78	130	30
Puglia		19			1	216	15	72	107	31			26					1
Basilicata	3	100	45	3	34	487	27	154	31	195	71	1	61	21	9	79	91	30
Calabria	2	205	5	23	99	125	2	35	85	33	11	6	10	50	6	184	243	69
Sicilia		55	1	114	20	6		2	13	2	1		1	11		36	37	7
Sardegna		1			1				1					1		2	4	1
Nord	8	1.135	121	334	223	3.266	139	593	302	828	252	25	165	189	6	624	1.068	169
Centro	1	295	57	535	99	905	56	229	171	222	113	3	100	108	6	248	359	86
Sud	10	773	147	257	292	1.867	85	541	282	733	220	14	200	202	38	629	806	220
Italia	19	2.203	325	1.126	614	6.038	280	1.363	755	1.783	585	42	465	499	50	1.501	2.233	475

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.

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 scialitica, GCD: Contaglobuli automatico di differenziale.

Fonte: elaborazioni Ermeniea su dati Ministero della Salute

Tab. S/12 – Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle case di cura private non accreditate. Anno 2017

Regioni	CIP	ECT	TAC	EMD	AME	MON	TRM	TOP	GRD	VPO	PRD	ALI	TTE	AIC	GCC	ANS	LSC	GCD
Piemonte	-	38	4	-	4	68	3	29	8	10	5	-	5	3	-	31	35	6
Lombardia	-	33	4	1	4	74	4	32	12	29	12	-	5	3	1	34	52	9
P.A. di Bolzano	-	10	3	-	1	45	4	11	11	7	4	-	2	1	-	11	13	2
P.A. di Trento	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Veneto	-	2	-	-	-	5	-	2	1	2	2	-	1	-	-	2	3	1
Friuli V.G.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liguria	-	5	2	-	-	24	1	10	3	2	5	-	2	1	-	8	11	1
Emilia R.	-	16	2	-	3	40	2	10	5	18	4	-	3	2	-	16	30	1
Toscana	-	25	3	1	1	31	2	10	3	8	3	1	2	1	-	13	22	2
Umbria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Marche	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lazio	-	143	23	68	25	371	21	113	38	96	40	4	23	26	5	124	175	30
Abruzzo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Molise	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Campania	-	8	1	-	1	13	-	6	1	5	1	-	1	2	-	6	11	1
Puglia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Basilicata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Calabria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sicilia	-	-	-	-	-	2	-	2	-	1	-	-	-	-	-	1	1	-
Sardegna	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nord	-	104	15	1	12	256	14	94	40	68	32	-	18	10	1	102	144	20
Centro	-	168	26	69	26	402	23	123	41	104	43	5	25	27	5	137	197	32
Sud	-	8	1	-	1	15	-	8	1	6	1	-	1	2	-	7	12	1
<i>Italia</i>	-	280	42	70	39	673	37	225	82	178	76	5	44	39	6	246	353	53

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

I dati della tabella S/13, riferita ancora all'anno 2013 per la già citata indisponibilità dell'aggiornamento ministeriale, descrivono il quadro di graduale ma progressiva erosione delle dotazioni dei posti letto disponibili nel sistema ospedaliero, che sono passati 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. Valori aggiornati al 2017 sulla disponibilità dei posti letto sono tuttavia desumibili dal capitolo sui dati di struttura (Tab. S/5).

Le tabelle descrivono anche la continua diminuzione delle giornate di degenza, che dai 62 milioni del 2009 raggiungono i 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

Valori più aggiornati sulle giornate di degenza e sui casi trattati possono essere tuttavia forniti dalle elaborazioni delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), per le quali è invece disponibile la più recente versione consolidata al 2017.

Tali elaborazioni, ancora basate sulla versione 24.0 CMS dei DRG Medicare adottata a partire dal 2009 e tuttora in vigore, forniscono un quadro molto dettagliato dell'attività delle diverse componenti di offerta del Servizio sanitario nazionale, consentendo altresì la costruzione di alcuni indicatori di complessità e performance. I risultati vengono proposti sia per la totalità degli istituti di cura, sia per le strutture facenti capo ad AIOP, per le quali ci si può avvalere di un più recente aggiornamento al 2017.

Nelle tabelle S/20 ed S/21, viene mostrato come nel 2017 siano stati trattati quasi 8,9 milioni di pazienti, di cui 2,2 milioni (pari al 25,2%) nel complesso degli ospedali accreditati. Occorre rammentare che, per la reportistica dei dati SDO, 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 anche nel 2017 il 28,5% dell'offerta complessiva in termini di giornate di degenza.

Il numero di queste ultime, limitatamente ai ricoveri ordinari, si è distribuito tra i 37 milioni del pubblico ed i 14,1 milioni del 'privato allargato', mentre il volume di accessi in regime di day hospital è risultato rispettivamente pari a 3,8 e 1,2 milioni.

Nei dati complessivi della tabella S/20 sono compresi anche i dimessi (quasi 350 mila) e le giornate di degenza (più di 1 milione) attribuiti 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 accreditati nel campo della riabilitazione (75,6% dei ricoveri ordinari) e della lungodegenza (54% delle giornate di degenza), come mostrato nelle tab. S/21 e S/22.

2.3. I DRG più diffusi

Le elaborazioni effettuate sui dati ministeriali delle schede di dimissione ospedaliera relative all'anno 2017 ci consentono di quantificare l'attività dell'intero comparto ospedaliero senza disaggregazioni tra le componenti pubbliche e private del SSN (tab. S/23), mentre per ciò che concerne l'area di offerta che fa riferimento ad AIOP, grazie anche alla disponibilità delle sue sedi regionali e delle strutture associate per la raccolta dei dati, si può proporre una anticipazione sui risultati del 2018 (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 2017) e in modo più specifico negli ospedali accreditati AIOP (anno 2018).

A livello aggregato pubblico-privato si conferma come DRG più frequente quello del parto con 281.026 dimissioni nel 2017 (contro le 301.440 unità del 2013) ed un'incidenza sul totale dei casi del 4,5%, come nel 2013 (tab. S/23).

Negli ospedali accreditati AIOP invece troviamo al primo posto anche nel 2018 gli interventi di sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori (con 56.314 casi, pari all'7,5% del totale).

Per quanto riguarda il confronto tra istituti pubblici e ospedali accreditati 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 è possibile osservare una classificazione maggiormente aggregata degli stessi dati derivanti dall'analisi delle schede di dimissioni ospedaliere riportati nelle tavole precedenti, in una modalità che li fa confluire all'interno delle Maggiori Categorie Diagnostiche (MDC) in cui possono essere raggruppati i DRG, così come riportato nel Rapporto annuale SDO del Ministero della salute.

Nel campo dei ricoveri per acuti in regime ordinario primeggiano ancora le malattie e i disturbi dell'apparato cardiocircolatorio con 896.378 casi nel 2017, contro i 966.194 registrati nel 2013; e ancora vanno segnalate le malattie e i disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo, con 807.381 casi nel 2017 (contro gli 832.369 del 2013), come mostrano i dati della tabella S/31.

La degenza media più elevata (che va molto al di sopra dei 6,9 giorni del totale generale) è quella delle Pre MDC (35,6 giornate), delle infezioni da Hiv (16,7 giornate), dei traumatismi multipli rilevanti (14,1 giornate) e delle ustioni (13,9 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 (233.102 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 145.255 casi), seguiti dalle malattie e dai disturbi del sistema nervoso (con 72.364 casi) e quindi dalle malattie e dai disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (con 45.801 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 (11.320 casi), al secondo posto le malattie e i disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (6.093 casi) ed infine i casi classificati nella MDC dei Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari (4.911 casi).

2.5. Le attività classificate per disciplina

Anche in tema di classificazione per disciplina clinica, che costituisce una ulteriore interessante modalità di analisi dei dati di attività delle strutture

ospedaliera, proposta abitualmente nelle tabelle che vanno dalla n. S/36 alla n. S/60, si continua a risentire di un perdurante mancato aggiornamento ministeriale. Il relativo database dovrebbe essere tuttavia disponibile per la prossima edizione del rapporto con un aggiornamento al 2017.

L'insieme delle informazioni presentate e dei relativi indicatori rappresenta una sorta di vera e propria banca dati (con riferimento però ancora all'anno 2013) utilizzabile a titolo informativo e/o di ulteriore analisi, considerando che vengono messi a confronto i risultati delle attività del complesso degli ospedali accreditati con quelli che fanno capo ad 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

Il tema della mobilità sanitaria chiude, come di consueto, il capitolo del Rapporto dedicato ai dati di attività, analizzandoli sotto l'aspetto più propriamente connesso con le caratteristiche della domanda di ricovero espressa dai cittadini, sulla base della loro percezione della qualità delle cure offerta dai diversi Servizi Sanitari Regionali; si propone, in questo modo, una interpretazione alternativa dei dati sulla produzione ospedaliera illustrati nei paragrafi precedenti. L'osservazione si concentra in questo caso sulla dinamica dei flussi interregionali dei pazienti, elaborata a partire dai dati contenuti nelle matrici ministeriali sulla mobilità ospedaliera.

L'analisi della mobilità sanitaria tra Regioni, oltre a rivestire un ruolo fondamentale come strumento di programmazione regionale, contribuisce a valutare, tra l'altro, la propensione dei cittadini ad avvalersi del principio di libera scelta che dovrebbe essere garantito dal nostro ordinamento.

La tabella S/61 ci mostra l'andamento nel tempo di tale propensione, esprimendola in termini di indici sintetici di attrazione e fuga riferiti agli ultimi cinque anni disponibili, indici integrati dai dati della colonna finale che mostra i valori più recenti di saldo netto del flusso dei pazienti dei reparti per acuti in ingresso e in uscita nei rispettivi ambiti territoriali.

I dati estratti dalle matrici di mobilità interregionale del rapporto SDO, aggiornate quest'anno al 2018, confermano la storica tendenza attrattiva di Regioni come la Lombardia, costantemente ai vertici di questa graduatoria con saldi attivi che sfiorano le 75.000 unità per il solo settore degli acuti, l'Emilia Romagna, la Toscana, il Veneto, l'Umbria ed il Friuli Venezia

Giulia. Così come risulta confermata la marcata tendenza a ricorrere ai servizi ospedalieri di altri sistemi regionali, ritenuti evidentemente più performanti o più accessibili, mostrata nel tempo dai cittadini di Campania, Calabria, Sicilia, Puglia, Liguria, Abruzzo, Sardegna, Lazio e Marche.

Considerando il complesso dei flussi di mobilità riferiti a tutti i regimi e le tipologie di ricovero, risultano più di 726.000 i pazienti che nel 2018 hanno scelto di muoversi verso altri sistemi regionali, con un saldo attivo per la Lombardia che supera in questo caso le 100.000 unità.

Il fenomeno della mobilità, come più volte sottolineato, continua ad essere un tema caldo nel dibattito sul riequilibrio delle performance delle reti ospedaliere regionali, così come su quello del diritto alla libera scelta del luogo di cura. Ed è per questo che gran parte delle Regioni tende a realizzare accordi tra sistemi sanitari di aree limitrofe (ma non solo) al fine di mettere sotto controllo i flussi dei pazienti. Di questa esigenza è stata investita la stessa Conferenza Stato-Regioni, che è intervenuta in modo deciso per orientare i comportamenti delle Regioni più attrattive, tagliando del 50% il riparto finanziario relativo agli incrementi dei flussi registratisi per il settore accreditato nel biennio 2014-2015, e del 60% per quelli osservati nel 2016, salvaguardando soltanto l'area dell'alta specialità. Su un tema così delicato, anche per gli equilibri economici di tante aziende della componente di diritto privato del SSN, è stato richiesto anche quest'anno il contributo dei Presidenti regionali Aiop, per cogliere l'orientamento dei cittadini e per valutarne le ricadute sui flussi di mobilità in entrata.

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. %
Osp. pubblici	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
Osp. accred. ¹	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	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Osp. pubblici	78,7	81,8	82,1	78,7	82,1	81,9	78,9	81,9	79,0	79,0	81,9	78,8	78,8	81,7	
Osp. accred. ¹	21,3	18,2	17,9	21,3	17,9	18,1	21,1	18,1	21,0	21,0	18,1	21,2	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	100,0	100,0	100,0	100,0	

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.

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		
	Posti letto	Giornate di degenza	%	Posti letto	Giornate di degenza	%	Posti letto	Giornate di degenza	%	Posti letto	Giornate di degenza	%
- Ospedali pubblici	-2,2	-1,4	-1,4	-3,2	-2,9	-2,8	-3,0	-3,1	-2,8	-3,0	-3,1	-2,8
- Ospedali accreditati ¹	-2,3	-3,0	-2,5	-2,3	-3,4	-2,5	-1,9	-2,1	-2,5	-1,9	-2,1	-2,5
Totale	-2,2	-1,7	-1,6	-3,1	-3,0	-2,7	-2,8	-2,9	-2,7	-2,8	-2,9	-2,9

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.

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 – Ospedali pubblici e ospedali accreditati – Dati di attività per ricoveri ordinari, Anno 2013

Tipo istituto	2013			2012		
	Posti letto	Dimessi	Giornate	Degenza media	Occup. %	Occup. %
- Totale ospedali pubblici ed assimilati	156.762	5.879.708	45.685.829	7,8	79,8	7,8
- Ospedali accreditati ¹	42.142	1.136.424	10.202.409	9,0	66,3	9,0
Totale istituti pubblici e accreditati	198.904	7.016.132	55.888.238	8,0	77,0	8,0

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.

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 (%)	Degenza media (%)	Tasso di utilizzo (%)
– 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
Italia	140.165	5.627.375	40.021.159	7,1	78,2	7,2	78,0

(*) 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	Posti letto effettivamente utilizzati	Ricoveri	Giornate di degenza effettuate	2013		2011	
				Degenza media	Tasso di utilizzo (%)	Degenza media	Tasso di utilizzo (%)
– Piemonte	2.144	23.173	656.606	28,3	83,9	29,0	89,9
– Valle d'Aosta	25	157	3.895	24,8	42,7	-	-
– Lombardia	3.800	52.018	1.267.088	24,4	91,4	23,9	89,6
– P.A. di Bolzano	78	1.051	19.973	19,0	70,2	23,2	87,8
– P.A. di Trento	101	1.256	37.691	30,0	102,2	29,4	125,3
– Veneto	2.178	26.666	677.600	25,4	85,2	25,8	84,2
– Friuli V.G.	304	4.193	111.995	26,7	100,9	28,7	90,5
– Liguria	803	12.895	251.428	19,5	85,8	21,6	69,1
– Emilia Romagna	1.931	26.408	855.464	32,4	121,4	35,4	122,6
– Toscana	530	6.860	161.169	23,5	83,3	21,4	82,7
– Umbria	276	3.719	95.109	25,6	94,4	24,5	90,9
– Marche	494	7.411	138.688	18,7	76,9	24,3	76,5
– Lazio	1.239	11.842	424.752	35,9	93,9	42,3	94,8
– Abruzzo	268	3.630	61.380	16,9	62,7	16,8	61,8
– Molise	171	1.732	50.554	29,2	81,0	32,9	82,4
– Campania	405	4.454	129.588	29,1	87,7	28,1	82,9
– Puglia	714	8.397	209.416	24,9	80,4	26,0	61,1
– Basilicata	223	2.110	60.327	28,6	74,1	35,4	67,4
– Calabria	60	1.128	17.700	15,7	80,8	18,6	65,0
– Sicilia	953	6.867	249.427	36,3	71,7	42,6	73,5
– Sardegna	122	995	36.923	37,1	82,9	35,1	65,5
Nord	11.364	147.817	3.881.740	26,3	93,6	27,2	93,7
Centro	2.539	29.832	819.718	27,5	88,5	30,7	88,8
Sud	2.916	29.313	815.315	27,8	76,6	28,4	69,0
Italia	16.819	206.962	5.516.773	26,7	89,9	27,8	88,7

(*) Sono incluse le discipline: 22 – Residuale manicomiali, 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 accreditati, per regione. Anno 2013 e confronti con il 2011

Regioni	2013			2011					
	Positi letto effettivamente utilizzati	Ricoveri	Giornate di degenza effettuate	Degenza media	Tasso di utilizzo (%)	Tasso di ospedalizzazione (per 1.000 ab.)	Degenza media	Tasso di utilizzo (%)	Tasso di ospedalizzazione (per 1.000 ab.)
– Piemonte	940	36.410	142.188	3,9	41,4	8,3	4,8	41,5	8,8
– 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	4,8	60,5	20,9
– P.A. di Bolzano	31	741	7.658	10,3	67,7	1,5	12,7	68,6	2,9
– P.A. di Trento	104	2.808	18.671	6,6	49,2	5,3	6,5	53,2	5,3
– Veneto	735	17.888	202.534	11,3	75,5	3,7	11,0	82,2	4,1
– Friuli V.G.	332	7.568	39.963	5,3	33,0	6,2	6,0	28,3	5,0
– Liguria	60	1.724	9.370	5,4	42,8	1,1	6,1	57,2	0,9
– Emilia R.	2.619	89.847	507.984	5,7	53,1	20,5	6,0	55,1	21,8
– Toscana	972	33.368	171.332	5,1	48,3	9,0	5,5	43,2	8,5
– Umbria	181	6.018	17.707	2,9	26,8	6,8	3,0	25,8	7,1
– Marche	448	18.250	85.744	4,7	52,4	11,8	5,0	53,4	12,2
– Abruzzo	2.464	76.876	494.196	6,4	54,9	13,8	7,6	62,1	14,8
– Lazio	555	22.631	129.796	5,7	64,1	17,2	5,8	55,4	14,2
– Molise	80	2.672	14.725	5,5	50,4	8,5	6,0	53,3	8,3
– Campania	4.305	177.900	1.002.651	5,6	63,8	30,8	5,7	66,7	34,7
– Puglia	1.591	80.092	364.028	4,5	62,7	19,8	4,6	62,7	20,9
– Basilicata	50	1.640	5.653	3,4	31,0	2,8	3,6	18,5	1,6
– Calabria	902	35.529	172.291	4,8	52,3	18,1	5,4	47,9	22,8
– Sicilia	2.918	92.294	520.289	5,6	48,9	18,5	5,5	49,7	21,0
– Sardegna	780	21.713	108.395	5,0	38,1	13,2	5,6	35,1	13,9
Nord	9.308	363.083	1.901.113	5,2	56,0	13,3	5,5	57,0	13,5
Centro	4.065	134.512	768.979	5,7	51,8	11,5	6,6	55,0	11,9
Sud	11.181	434.471	2.317.828	5,3	56,8	21,1	5,4	56,6	23,2
Italia	24.554	932.066	4.987.920	5,4	55,7	15,6	5,6	56,5	16,6

(*) Sono escluse le discipline: 22 – Residuale manicomiale, 28: Unità spinale, 56 – Recupero e riabilitazione funzionale, 60 – Lungodegenti, 75 – Neuro-riabilitazione.

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.

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 accreditati¹, 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	47.409	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.

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.

Nota: ultimo dato ministeriale disponibile al momento della pubblicazione del presente Rapporto.

Fonte: dati Ministero della Salute

Tab. S20 – Schede di dimissione ospedaliera (SDO): attività rilevata, totale nazionale e per istituti pubblici e privati – dimessi e giornate di ricovero. Anno 2017

	Numero casi		Numero giornate		Totale
	Pubblico	Privato	Totale	Privato	
- Acuti – Regime ordinario	4.769.507	1.485.548	6.255.055	35.151.881	43.342.042
- Acuti – Day hospital	1.300.597	519.939	1.820.536	3.709.430	4.647.249
- Riabilitazione – Regime ordinario	76.827	239.128	315.955	1.901.625	8.057.699
- Riabilitazione – Day hospital	12.005	18.445	30.450	144.744	456.716
- Lungodegenza	51.889	47.229	99.118	1.086.577	2.385.927
- Neonati sani ⁽¹⁾	277.451	72.183	349.634	840.995	1.058.443
Totale	6.488.276	2.382.472	8.870.748	42.835.252	59.948.076

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, Ospedali accreditati⁽²⁾ e Case di cura private non accreditate.

La voce "Lungodegenza" comprende i dimessi da Regime ordinario e Day Hospital.

(1) Classificati nel DRG 391.

(2) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2017

Tab. S21 – Distribuzione dei dimessi per tipo di istituto, per tipo di attività e regime di ricovero⁽¹⁾. Anno 2017

Tipo di istituto	Acuti				Riabilitazione					
	Regime ordinario		Day hospital		Regime ordinario		Day hospital			
	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%		
- Istituti pubblici	4.769.507	76,3	1.300.597	71,4	76.827	24,3	12.005	39,4	51.889	52,4
- Ospedali accreditati (nel loro complesso)	1.421.266	22,7	511.206	28,1	238.947	75,6	18.445	60,6	46.817	47,2
- Case di cura private non accreditate	64.282	1,0	8.733	0,5	181	0,1	-	0,0	412	0,4
Totale	6.255.055	100,0	1.820.536	100,0	315.955	100,0	30.450	100,0	99.118	100,0

(1) Non sono compresi i dati relativi ai neonati sani.

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2017

Tab. S22 – Distribuzione delle giornate di degenza per tipo di istituto, per tipo di attività e regime di ricovero⁽¹⁾. Anno 2017

Tipo di istituto	Acuti				Riabilitazione					
	Regime ordinario		Day hospital		Regime ordinario		Day hospital			
	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%		
- Istituti pubblici	35.151.881	81,1	3.709.430	79,8	1.901.625	23,6	144.744	31,7	1.086.577	45,5
- Ospedali accreditati (nel loro complesso)	7.988.756	18,4	928.570	20,0	6.153.831	76,4	311.972	68,3	1.288.302	54,0
- Case di cura private non accreditate	201.405	0,5	9.249	0,2	2.243	0,0	-	0,0	11.048	0,5
Totale	43.342.042	100,0	4.647.249	100,0	8.057.699	100,0	456.716	100,0	2.385.927	100,0

(1) Non sono compresi i dati relativi ai neonati sani.

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2017

Tab. S2.3 – Totale istituti di cura pubblici e privati: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti – Regime ordinario. Anno 2017

Rango	DRG	Dimissioni		% cumult.	% Giorni di degenza	Degenza media
		Numero	%			
1	373	281.026	4,5	4,5	2,2	3,5
2	544	176.321	2,8	7,3	3,4	8,3
3	127	176.254	2,8	10,1	3,8	9,2
4	087	156.590	2,5	12,6	3,6	9,9
5	371	140.337	2,2	14,9	1,5	4,6
6	359	95.793	1,5	16,4	0,8	3,5
7	014	89.097	1,4	17,8	2,1	10,1
8	089	81.304	1,3	19,1	2,1	11,1
9	430	80.629	1,3	20,4	2,6	14,0
10	494	80.409	1,3	21,7	0,6	3,3
11	316	75.359	1,2	22,9	1,7	9,6
12	576	71.754	1,1	24,1	2,1	12,9
13	311	69.013	1,1	25,2	0,5	3,3
14	125	64.827	1,0	26,2	0,5	3,3
15	557	61.234	1,0	27,2	1,0	7,4
16	470	56.675	0,9	28,1	1,1	8,6
17	219	51.254	0,8	28,9	0,8	6,5
18	183	50.543	0,8	29,7	0,6	5,1
19	558	49.493	0,8	30,5	0,5	4,1
20	390	49.263	0,8	31,3	0,5	4,0
21	503	48.131	0,8	32,1	0,2	1,8
22	162	47.194	0,8	32,8	0,2	1,8
23	225	47.096	0,8	33,6	0,2	2,0
24	410	45.877	0,7	34,3	0,5	4,6
25	467	41.971	0,7	35,0	0,3	3,1
26	224	41.504	0,7	35,6	0,3	2,8
27	203	40.367	0,6	36,3	0,9	9,4
28	082	39.521	0,6	36,9	0,9	10,3
29	211	38.342	0,6	37,5	0,9	10,2
30	395	38.271	0,6	38,1	0,7	8,4
31	552	36.185	0,6	38,7	0,4	5,0
32	158	35.124	0,6	39,3	0,2	2,0

(Segue) Tab. S.23 – Totale istituti di cura pubblici e privati: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti – Regime ordinario. Anno 2017

Range	DRG	Dimissioni		% cum. dim.	% Giorni di degenza	Degenza media
		Numero	%			
33	149	33.963	0,5	39,8	0,8	9,7
34	518	33.676	0,5	40,4	0,3	3,3
35	524	33.461	0,5	40,9	0,5	6,8
36	055	33.454	0,5	41,4	0,2	2,0
37	088	33.304	0,5	42,0	0,7	8,6
38	124	32.745	0,5	42,5	0,5	7,0
39	290	32.668	0,5	43,0	0,2	3,0
40	337	32.574	0,5	43,5	0,3	4,3
41	090	32.228	0,5	44,0	0,6	8,6
42	210	31.090	0,5	44,5	0,9	13,0
43	381	30.705	0,5	45,0	0,1	1,7
44	500	30.679	0,5	45,5	0,3	4,0
45	260	29.990	0,5	46,0	0,2	2,2
46	012	29.813	0,5	46,5	0,6	8,5
47	208	29.710	0,5	46,9	0,4	6,5
48	139	29.332	0,5	47,4	0,3	3,8
49	184	26.957	0,4	47,8	0,2	3,3
50	379	26.894	0,4	48,3	0,3	4,7
51	202	26.138	0,4	48,7	0,6	10,1
52	174	25.884	0,4	49,1	0,5	9,1
53	389	25.756	0,4	49,5	0,4	6,9
54	479	25.447	0,4	49,9	0,3	4,8
55	204	25.099	0,4	50,3	0,5	9,1
56	207	25.070	0,4	50,7	0,6	10,2
57	298	24.798	0,4	51,1	0,2	3,7
58	098	24.292	0,4	51,5	0,3	4,5
59	538	24.254	0,4	51,9	0,1	2,6
60	227	24.091	0,4	52,3	0,1	2,6
Totale (primi 60 DRG)		3.270.830	52,3		48,6	
Totale generale		6.256.025	100,0		100,0	6,9

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2017

Tab. S24 – Ospedali accreditati AIOP: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario, Anno 2018

Rango	DRG	Dimissioni		% giorni di degenza	Degenza media	Giornate di degenza
		Numero	% cumul.			
1	544	56.314	7,5	7,4	6,2	350.176
2	048	19.515	2,6	2,0	4,8	94.333
3	468	19.115	2,6	2,6	6,4	122.718
4	225	17.694	2,4	0,5	1,4	23.937
5	503	16.554	2,2	1,5	1,5	24.036
6	373	15.730	2,1	1,1	3,5	54.349
7	127	15.315	2,1	2,8	8,7	133.844
8	371	13.496	1,8	1,1	4,0	54.462
9	359	12.989	1,7	0,8	2,9	37.553
10	288	10.994	1,5	0,8	3,6	39.126
11	125	10.316	1,4	0,5	2,4	25.211
12	494	9.921	1,3	0,6	2,7	26.682
13	245	9.669	1,3	1,2	6,1	58.977
14	477	9.650	1,3	1,1	5,4	51.646
15	224	9.130	1,2	0,4	1,9	16.930
16	311	9.018	1,2	0,5	2,7	23.951
17	430	8.959	1,2	5,4	28,6	256.404
18	498	8.029	1,1	0,7	4,3	34.534
19	223	7.484	1,0	0,2	1,4	10.818
20	518	7.268	1,0	0,4	2,6	18.765
21	087	6.835	0,9	1,3	9,3	63.683
22	558	6.719	0,9	0,4	3,1	20.903
23	408	6.691	0,9	11,9	84,5	565.157
24	158	6.269	0,8	0,2	1,6	10.304
25	337	6.234	0,8	0,5	3,5	22.048
26	243	6.129	0,8	0,6	5,0	30.787
27	012	5.711	0,8	1,1	9,2	52.444
28	467	5.487	0,7	0,6	5,6	30.873
29	461	5.419	0,7	0,6	5,6	30.194
30	500	5.198	0,7	0,3	3,2	16.576
31	162	5.040	0,7	0,2	1,5	7.330
32	479	4.909	0,7	0,3	3,1	15.001

./.

(Segue) Tab. S/24 – Ospedali accreditati AIOP: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario. Anno 2018

Rango	DRG	Dimissioni		% cumul.	% giorni di degenza	Degenza media	Giornate di degenza
		Numero	%				
33	139	4.901	0,7	48,6	0,3	3,2	15.868
34	104	4.797	0,6	49,2	1,2	11,9	57.313
35	120	4.616	0,6	49,9	0,5	4,9	22.468
36	232	4.536	0,6	50,5	0,1	1,2	5.240
37	234	4.511	0,6	51,1	0,2	2,5	11.298
38	089	4.456	0,6	51,7	1,0	11,2	49.858
39	297	4.275	0,6	52,2	0,4	4,5	19.163
40	190	4.257	0,6	52,8	0,6	6,6	28.281
41	227	4.183	0,6	53,4	0,2	1,7	7.195
42	316	3.994	0,5	53,9	0,7	8,2	32.608
43	248	3.926	0,5	54,4	0,3	4,0	15.644
44	256	3.881	0,5	54,9	0,2	2,7	10.439
45	183	3.745	0,5	55,4	0,4	5,3	19.758
46	219	3.690	0,5	55,9	0,3	4,5	16.440
47	014	3.641	0,5	56,4	0,7	9,1	33.295
48	552	3.634	0,5	56,9	0,3	4,0	14.644
49	335	3.566	0,5	57,4	0,4	5,8	20.626
50	491	3.446	0,5	57,9	0,3	4,3	14.673
51	410	3.427	0,5	58,3	0,8	11,2	38.402
52	545	3.387	0,5	58,8	0,6	8,0	27.093
53	538	3.386	0,5	59,2	0,1	2,0	6.933
54	088	3.198	0,4	59,6	0,6	8,5	27.060
55	189	3.183	0,4	60,1	0,2	2,9	9.383
56	136	3.148	0,4	60,5	0,5	7,2	22.769
57	208	3.104	0,4	60,9	0,3	4,8	14.875
58	133	3.097	0,4	61,3	0,3	4,5	14.061
59	019	3.058	0,4	61,7	0,2	3,9	11.815
60	131	2.998	0,4	62,1	0,3	5,1	15.197
	Totale (primi 60 DRG)	463.842	62,1			6,3	2.906.151
	Totale generale	746.461				6,4	4.760.496

Fonte: elaborazioni Ermeneta su dati AIOP

Tab. S25 – Ospedali accreditati AIOP: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Nord del Paese. Anno 2018

Rango	DRG	Dimissioni		% giorni di degenza	Degenza media	Giornate di degenza
		Numero	%			
1	544	31.273	11,2	11,2	5,8	180.416
2	225	7.336	2,6	13,9	1,2	8.877
3	288	6.712	2,4	16,3	3,3	22.475
4	503	6.427	2,3	18,6	1,6	10.030
5	311	5.427	2,0	20,6	2,3	12.397
6	359	5.310	1,9	22,5	2,3	11.970
7	518	5.244	1,9	24,4	2,6	13.516
8	127	4.361	1,6	25,9	10,2	44.554
9	232	4.058	1,5	27,4	1,1	4.566
10	373	3.951	1,4	28,8	3,3	13.142
11	125	3.820	1,4	30,2	2,5	9.591
12	494	3.637	1,3	31,5	2,4	8.853
13	337	3.548	1,3	32,8	3,1	11.149
14	223	3.429	1,2	34,0	1,2	4.213
15	104	3.290	1,2	35,2	11,9	39.230
16	498	3.232	1,2	36,3	4,5	14.512
17	479	3.126	1,1	37,5	3,2	9.978
18	224	3.014	1,1	38,5	1,6	4.943
19	558	2.938	1,1	39,6	3,4	9.879
20	158	2.929	1,1	40,7	1,3	3.903
21	500	2.561	0,9	41,6	2,8	7.244
22	227	2.186	0,8	42,4	1,5	3.252
23	012	2.165	0,8	43,1	7,7	16.743
24	014	1.961	0,7	43,9	9,2	18.038
25	087	1.941	0,7	44,5	10,6	20.629
26	545	1.916	0,7	45,2	0,9	13.946
27	219	1.871	0,7	45,9	4,1	7.709
28	552	1.836	0,7	46,6	4,2	7.755
29	430	1.834	0,7	47,2	2,5	38.481
30	467	1.819	0,7	47,9	6,1	11.045
31	089	1.804	0,6	48,5	13,0	23.432
32	335	1.751	0,6	49,2	6,5	11.377

(Segue) Tab. S25 – Ospedali accreditati AIOP: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Nord del Paese. Anno 2018

Rango	DRG	Dimissioni		% giorni di degenza	Degenza media	Giornate di degenza
		Numero	%			
33	365	1.695	0,6	49,8	0,4	723
34	371	1.686	0,6	50,4	4,5	7.602
35	491	1.663	0,6	51,0	4,1	6.845
36	538	1.582	0,6	51,5	2,3	3.608
37	461	1.526	0,5	52,1	2,9	4.455
38	162	1.498	0,5	52,6	0,1	2.021
39	234	1.490	0,5	53,2	1,7	2.495
40	139	1.472	0,5	53,7	2,9	4.247
41	557	1.431	0,5	54,2	7,9	11.299
42	163	1.425	0,5	54,7	1,3	1.826
43	149	1.311	0,5	55,2	8,1	10.651
44	297	1.296	0,5	55,7	4,3	5.606
45	266	1.247	0,4	56,1	1,2	1.460
46	229	1.239	0,4	56,6	0,1	1.532
47	211	1.198	0,4	57,0	7,4	8.874
48	042	1.170	0,4	57,4	1,6	1.844
49	534	1.148	0,4	57,8	3,9	4.486
50	117	1.137	0,4	58,2	2,1	2.442
51	008	1.131	0,4	58,6	1,8	2.032
52	395	1.109	0,4	59,0	9,0	9.985
53	477	1.104	0,4	59,4	2,9	3.179
54	576	1.091	0,4	59,8	1,2	17.995
55	105	1.088	0,4	60,2	1,1	16.076
56	090	1.062	0,4	60,6	9,4	9.940
57	428	1.053	0,4	61,0	39,8	41.948
58	515	1.049	0,4	61,4	5,1	5.386
59	111	1.046	0,4	61,7	6,9	7.204
60	053	1.035	0,4	62,1	1,6	1.648
Totale (primi 60 DRG)		172.689	62,1		4,7	815.254
Totale generale (Nord)		278.070			5,5	1.521.103

Fonte: elaborazioni Ermeneta su dati AIOP

Tab. S26 – Ospedali accreditati AIOP: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Centro del Paese. Anno 2018

Ranko	DRG	Numero	Dimissioni		% giorni di degenza	Degenza media	Giornate di degenza
			%	% cumul.			
1	544	13.382	11,3	11,3	13,0	7,0	93.147
2	225	8.230	7,0	18,3	1,6	1,4	11.555
3	503	6.659	5,6	24,0	1,2	1,2	8.321
4	224	4.298	3,6	27,6	1,0	1,6	6.839
5	430	4.032	3,4	31,0	14,5	25,8	103.880
6	127	2.468	2,1	33,1	3,2	9,3	23.043
7	243	2.244	1,9	35,0	1,9	5,9	13.294
8	245	2.104	1,8	36,8	2,3	7,9	16.546
9	498	2.078	1,8	38,6	1,2	4,0	8.406
10	288	1.657	1,4	40,0	0,9	4,0	6.702
11	523	1.621	1,4	41,4	4,2	18,4	29.807
12	158	1.535	1,3	42,7	0,3	1,4	2.085
13	136	1.463	1,2	43,9	2,1	10,5	15.316
14	223	1.458	1,2	45,1	0,3	1,3	1.915
15	428	1.437	1,2	46,4	5,1	25,1	36.097
16	133	1.421	1,2	47,6	1,0	5,2	7.387
17	139	1.381	1,2	48,7	0,7	3,4	4.644
18	234	1.305	1,1	49,8	0,3	1,8	2.380
19	162	1.303	1,1	50,9	0,2	1,0	1.331
20	359	1.287	1,1	52,0	0,6	3,1	4.001
21	087	1.237	1,0	53,1	1,9	11,2	13.839
22	538	1.193	1,0	54,1	0,3	1,6	1.964
23	254	1.179	1,0	55,1	0,3	1,7	2.005
24	470	1.085	0,9	56,0	0,7	4,6	5.001
25	089	1.062	0,9	56,9	1,4	9,7	10.251
26	055	1.056	0,9	57,8	0,2	1,2	1.275
27	491	1.052	0,9	58,7	0,6	4,2	4.374
28	131	1.044	0,9	59,6	0,9	6,4	6.670
29	227	1.003	0,9	60,4	0,2	1,7	1.751
30	494	943	0,8	61,2	0,3	2,3	2.134
31	248	921	0,8	62,0	0,3	2,5	2.328
32	297	910	0,8	62,8	0,7	5,3	4.813

(Segue) Tab. S26 – Ospedali accreditati AIOP: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Centro del Paese. Anno 2018

Rango	DRG	Descrizione	Dimissioni		% giomi di degenza	Degenza media	Giornate di degenza
			Numero	% cumul.			
33	256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	909	0,8	0,2	1,9	1.744
34	189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	875	0,7	0,2	1,8	1.593
35	088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	873	0,7	0,3	8,9	7.788
36	311	Interventi per via transuretrale senza CC	871	0,7	0,3	2,5	2.175
37	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	835	0,7	0,1	1,0	845
38	545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	778	0,7	0,1	9,4	7.337
39	316	Insufficienza renale	772	0,7	0,1	8,9	6.888
40	337	Prostatectomia transuretrale senza CC	718	0,6	0,3	2,9	2.090
41	073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	701	0,6	0,3	3,1	2.149
42	500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrosi vertebrali senza CC	686	0,6	0,3	2,8	1.937
43	090	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	635	0,5	0,9	9,6	6.108
44	042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	610	0,5	0,2	2,9	1.752
45	056	Rinoplastica	608	0,5	0,1	1,7	1.059
46	011	Neoplasie del sistema nervoso senza CC	599	0,5	0,3	3,6	2.141
47	249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	580	0,5	0,6	7,0	4.067
48	053	Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	568	0,5	0,1	1,6	923
49	294	Diabete, età > 35 anni	545	0,5	0,8	9,9	5.396
50	119	Legatura e stripping di vene	527	0,4	0,1	1,0	533
51	183	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	488	0,4	0,4	6,0	2.933
52	008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	477	0,4	0,1	1,5	705
53	524	Iscemia cerebrale transitoria	446	0,4	0,5	8,3	3.721
54	320	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC	444	0,4	0,5	8,7	3.842
55	229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	434	0,4	0,1	1,0	420
56	185	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni	428	0,4	0,1	2,0	876
57	012	Malattie degenerative del sistema nervoso	427	0,4	0,6	10,3	4.387
58	219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	422	0,4	0,1	1,8	747
59	160	Interventi per emia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	406	0,3	0,1	1,9	757
60	296	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	404	0,3	0,5	8,9	3.602
<i>Totale (primi 60 DRG)</i>			91.114	77,3		5,8	531.616
<i>Totale generale (Centro)</i>			117.937			6,1	714.052

Fonte: elaborazioni Ermeneta su dati AIOP

Tab. S27 – Ospedali accreditati AIOP: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Sud del Paese. Anno 2018

Ranko	DRG	Dimissioni		% cummul.	% giorni di degenza	Degenza media	Giornate di degenza
		Numero	%				
1	048	19.447	5,5	5,5	3,7	4,8	94.084
2	468	18.791	5,4	10,9	4,8	6,4	120.279
3	371	11.810	3,4	14,3	1,9	4,0	46.860
4	373	11.779	3,4	17,6	1,6	3,5	41.207
5	544	10.331	2,9	20,6	2,7	6,7	69.018
6	477	8.481	2,4	23,0	1,9	5,7	48.268
7	127	8.323	2,4	25,4	2,6	7,8	64.784
8	245	7.434	2,1	27,5	1,6	5,6	41.580
9	125	6.496	1,9	29,4	0,6	2,4	15.620
10	359	6.055	1,7	31,1	0,8	3,4	20.433
11	408	6.011	1,7	32,8	22,3	93,8	563.773
12	494	5.155	1,5	34,3	0,6	3,0	15.334
13	190	4.102	1,2	35,4	1,1	6,7	27.498
14	558	3.781	1,1	36,5	0,4	2,9	11.024
15	120	3.726	1,1	37,6	0,7	4,6	17.260
16	087	3.640	1,0	38,6	1,2	8,0	29.111
17	461	3.528	1,0	39,6	1,0	7,0	24.558
18	243	3.087	0,9	40,5	0,5	3,8	11.649
19	012	3.027	0,9	41,4	1,2	10,0	30.209
20	430	2.839	0,8	42,2	4,4	39,4	111.819
21	467	2.687	0,8	43,0	0,7	6,9	18.644
22	248	2.618	0,7	43,7	0,3	3,1	8.231
23	288	2.618	0,7	44,4	4,4	3,8	9.924
24	410	2.543	0,7	45,2	1,3	13,3	33.809
25	311	2.442	0,7	45,9	0,3	3,5	8.618
26	256	2.428	0,7	46,6	0,3	3,0	7.163
27	223	2.417	0,7	47,3	0,2	1,9	4.508
28	316	2.379	0,7	47,9	0,7	6,9	16.422
29	047	2.351	0,7	48,6	0,0	0,1	310
30	503	2.288	0,7	49,3	0,2	2,0	4.470
31	019	2.284	0,7	49,9	0,3	3,7	8.401
32	017	2.251	0,6	50,5	1,4	15,8	35.590

./.

(Segue) Tab. S.27 – Ospedali accreditati AIOP: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Sud del Paese. Anno 2018

Rango	DRG	Numero	Dimissioni		% giorni di degenza	Degenza media	Giornate di degenza
			%	% cumul.			
33	498	2.201	0,6	51,2	0,4	4,3	9.467
34	183	2.184	0,6	51,8	0,4	4,9	10.664
35	208	2.054	0,6	52,4	0,3	4,0	8.308
36	189	2.044	0,6	53,0	0,3	3,2	6.567
37	518	2.024	0,6	53,5	0,2	2,6	5.249
38	324	2.019	0,6	54,1	0,8	10,2	20.610
39	139	2.000	0,6	54,7	0,3	3,3	6.596
40	297	1.958	0,6	55,3	0,3	4,0	7.871
41	500	1.931	0,6	55,8	0,3	3,8	7.325
42	255	1.899	0,5	56,3	0,3	4,3	8.086
43	369	1.872	0,5	56,9	0,3	4,2	7.940
44	224	1.808	0,5	57,4	0,2	2,8	5.136
45	552	1.797	0,5	57,9	0,3	3,8	6.887
46	016	1.786	0,5	58,4	0,6	9,0	16.106
47	162	1.768	0,5	58,9	0,1	1,9	3.430
48	301	1.767	0,5	59,4	0,2	2,7	4.747
49	349	1.758	0,5	59,9	0,3	3,8	6.766
50	337	1.744	0,5	60,4	0,3	4,4	7.744
51	479	1.729	0,5	60,9	0,2	2,8	4.919
52	234	1.709	0,5	61,4	0,3	3,8	6.413
53	524	1.704	0,5	61,9	0,4	6,1	10.438
54	284	1.618	0,5	62,4	0,3	4,9	7.979
55	145	1.609	0,5	62,8	0,3	4,3	6.966
56	082	1.575	0,4	63,3	0,4	6,5	10.194
57	319	1.560	0,4	63,7	0,2	3,9	6.046
58	133	1.548	0,4	64,1	0,2	3,7	5.721
59	225	1.543	0,4	64,6	0,1	1,9	2.914
60	089	1.530	0,4	65,0	0,6	10,1	15.514
	Totale (primi 60 DRG)	227.888	65,0			7,8	1.787.061
	Totale generale (Sud)	350.454				7,2	2.525.341

Fonte: elaborazioni Emeneia su dati AIOP

Tab. S28 – 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 2017

Rango	DRG	Dimissioni		% Accessi	Numero medio di accessi
		Numero	%		
1	410	100.200	5,5	20,5	9,5
2	359	86.109	4,7	2,4	1,3
3	381	80.944	4,4	2,3	1,3
4	162	65.636	3,6	2,0	1,4
5	266	50.231	2,8	1,7	1,6
6	467	45.863	2,5	2,0	2,0
7	503	38.770	2,1	2,57	1,4
8	039	34.926	1,9	27,6	1,9
9	364	34.727	1,9	29,5	1,5
10	225	32.529	1,8	31,3	1,4
11	538	29.875	1,6	32,9	1,3
12	229	29.582	1,6	34,6	1,4
13	055	29.463	1,6	36,2	1,5
14	270	26.568	1,5	37,6	1,4
15	042	26.478	1,5	39,1	1,6
16	119	26.091	1,4	40,5	1,4
17	158	22.389	1,2	41,8	1,6
18	169	21.413	1,2	42,9	1,5
19	036	21.374	1,2	44,1	1,8
20	395	20.694	1,1	45,2	7,9
21	466	19.115	1,0	46,3	2,4
22	301	17.874	1,0	47,3	2,0
23	139	17.491	1,0	48,2	1,4
24	380	16.090	0,9	49,1	2,2
25	227	15.855	0,9	50,0	1,4
26	339	15.678	0,9	50,9	1,4
27	365	15.309	0,8	51,7	1,0
28	267	15.295	0,8	52,5	1,7
29	404	14.484	0,8	53,3	5,3
30	040	14.440	0,8	54,1	1,5
Totale (primi 30 DRG)		985.493	54,1	53,6	
Totale generale		1.951.876	100,0	100,0	2,7

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2017

Tab. S29 – Totale istituti di cura pubblici e privati: primi 30 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Rcovered di riabilitazione in regime ordinario. Anno 2017

Ranko	DRG	Dimissioni		% cumul.	% Giorni di degenza media
		Numero	%		
1	256	82.588	26,1	26,1	17,8
2	012	36.462	11,5	37,7	18,2
3	249	26.059	8,2	45,9	8,4
4	145	18.572	5,9	51,8	3,9
5	144	14.471	4,6	56,4	3,5
6	462	12.001	3,8	60,2	3,4
7	009	10.035	3,2	63,4	6,3
8	245	8.786	2,8	66,1	1,9
9	236	8.300	2,6	68,8	3,1
10	087	7.989	2,5	71,3	2,3
11	247	7.603	2,4	73,7	2,2
12	430	7.487	2,4	76,1	2,6
13	035	6.493	2,1	78,1	2,9
14	127	6.331	2,0	80,1	1,6
15	088	5.188	1,6	81,8	1,5
16	034	4.780	1,5	83,3	2,3
17	014	3.951	1,3	84,5	2,1
18	248	3.866	1,2	85,8	1,3
19	243	2.990	0,9	86,7	0,9
20	428	2.405	0,8	87,5	0,9
21	467	2.379	0,8	88,2	0,6
22	013	1.905	0,6	88,8	0,8
23	244	1.542	0,5	89,3	0,4
24	429	1.506	0,5	89,8	0,4
25	133	1.459	0,5	90,2	0,3
26	023	1.433	0,5	90,7	1,7
27	019	1.383	0,4	91,1	0,5
28	073	1.290	0,4	91,5	0,2
29	522	1.275	0,4	92,0	0,4
30	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	1.209	0,4	92,3	0,4
Totale (primi 30 DRG)		291.738	92,3	92,8	
Totale generale		315.956	100,0	100,0	25,5

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2017

Tab. S/30 – Ospedali accreditati AIOP: primi 30 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri di riabilitazione in Regime ordinario, Anno 2018

Rango	DRG	Dimissioni			% giorni di degenza	Degenza media	Giornate di degenza
		Numero	%	% cumul.			
1	256	33.514	32,5	32,5	20,4	14,9	499.335
2	012	7.702	7,5	40,0	12,8	40,6	312.857
3	249	7.117	6,9	46,9	7,3	25,0	177.943
4	145	6.196	6,0	52,9	4,1	16,4	101.442
5	477	4.913	4,8	57,7	4,3	21,2	104.344
6	430	4.613	4,5	62,1	5,4	28,5	131.587
7	462	3.074	3,0	65,1	2,8	21,9	67.327
8	247	2.986	2,9	68,0	3,5	28,7	85.578
9	245	2.973	2,9	70,9	2,9	23,8	70.747
10	236	2.861	2,8	73,7	3,9	33,2	94.918
11	144	2.641	2,6	76,2	2,3	20,9	55.255
12	088	1.428	1,4	77,6	1,4	23,5	33.551
13	428	1.300	1,3	78,9	1,6	29,9	38.922
14	009	1.295	1,3	80,1	2,7	50,1	64.890
15	035	1.275	1,2	81,4	1,9	35,9	45.721
16	087	1.156	1,1	82,5	1,1	23,8	27.460
17	014	992	1,0	83,5	2,0	48,6	48.247
18	522	988	1,0	84,4	1,0	24,5	24.231
19	248	928	0,9	85,3	1,1	29,9	27.766
20	127	872	0,8	86,2	0,7	20,3	17.734
21	243	772	0,7	86,9	0,8	26,9	20.736
22	019	734	0,7	87,6	0,8	27,8	20.379
23	467	673	0,7	88,3	0,6	21,1	14.226
24	468	609	0,6	88,9	0,7	27,7	16.870
25	034	605	0,6	89,5	1,0	40,2	24.322
26	133	572	0,6	90,0	0,4	17,5	10.029
27	244	564	0,5	90,6	0,5	20,3	11.422
28	297	548	0,5	91,1	0,5	24,0	13.165
29	013	538	0,5	91,6	0,7	33,8	18.175
30	523	504	0,5	92,1	0,6	26,9	13.566
	Totale (primi 30 DRG)	94.943	92,1			23,1	2.192.745
	Totale generale	103.081				23,7	2.444.523

Fonte: elaborazioni Ermenea su dati AIOP

Tab. S3.1 – Totale istituti di cura pubblici e privati: descrizione dell'attività per maggiori categorie diagnostiche (MDC) – Ricoveri per acuti in regime ordinario. Anno 2017

MDC	Numero casi	%	Giorni di degenza	Degenza media
01 - Malattie e disturbi del sistema nervoso	414.112	6,6	3.420.647	8,3
02 - Malattie e disturbi dell'occhio	69.714	1,1	198.869	2,9
03 - Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	206.117	3,3	632.656	3,1
04 - Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	580.978	9,3	5.625.400	9,7
05 - Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	896.378	14,3	6.399.534	7,1
06 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente	554.650	8,9	3.897.567	7,0
07 - Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	295.100	4,7	2.304.398	7,8
08 - Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	807.381	12,9	4.936.152	6,1
09 - Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	178.906	2,9	741.859	4,1
10 - Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	161.260	2,6	863.656	5,4
11 - Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	366.787	5,9	2.432.215	6,6
12 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	106.745	1,7	488.374	4,6
13 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	178.904	2,9	712.900	4,0
14 - Gravidanza, parto e puerperio	570.904	9,1	2.186.829	3,8
15 - Malattie e disturbi del periodo neonatale	112.738	1,8	923.081	8,2
16 - Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	69.987	1,1	566.342	8,1
17 - Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	141.685	2,3	1.108.760	7,8
18 - Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	138.823	2,2	1.521.953	11,0
19 - Malattie e disturbi mentali	138.732	2,2	1.716.284	12,4
20 - Abuso di alcol / droghe e disturbi mentali organici indotti	13.921	0,2	102.938	7,4
21 - Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	48.624	0,8	303.798	6,2
22 - Ustioni	3.710	0,1	51.707	13,9
23 - Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	88.570	1,4	402.162	4,5
24 - Traumatismi multipli rilevanti	9.133	0,1	128.707	14,1
25 - Infezioni da H.I.V.	5.672	0,1	94.955	16,7
Altri DRG	69.095	1,1	611.463	8,8
Pre MDC	27.399	0,4	975.189	35,6
Totale generale	6.256.025	100,0	43.348.395	6,9

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2017

Tab. S/22 – Totale istituti di cura pubblici e privati: descrizione dell'attività per maggiori categorie diagnostiche (MDC) – Ricoveri per acuti in day hospital. Anno 2017

MDC	Numero casi	%	Accessi	N° medio di accessi
01 - Malattie e disturbi del sistema nervoso	68.683	3,8	167.719	2,4
02 - Malattie e disturbi dell'occhio	117.048	6,4	206.369	1,8
03 - Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	119.713	6,6	206.599	1,7
04 - Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	31.819	1,7	89.703	2,8
05 - Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	104.586	5,7	206.692	2,0
06 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente	155.960	8,6	265.145	1,7
07 - Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	25.538	1,4	89.407	3,5
08 - Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	233.102	12,8	440.997	1,9
09 - Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	150.298	8,3	277.962	1,8
10 - Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	53.787	3,0	121.694	2,3
11 - Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	69.664	3,8	170.345	2,4
12 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	69.579	3,8	105.461	1,5
13 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	165.704	9,1	220.160	1,3
14 - Gravidanza, parto e puerperio	102.862	5,6	152.477	1,5
15 - Malattie e disturbi del periodo neonatale	1.639	0,1	3.844	2,3
16 - Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	41.795	2,3	256.120	6,1
17 - Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	153.489	8,4	1.208.178	7,9
18 - Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	5.943	0,3	22.110	3,7
19 - Malattie e disturbi mentali	37.106	2,0	178.698	4,8
20 - Abuso di alcol / droghe e disturbi mentali organici indotti	959	0,1	8.947	9,3
21 - Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	9.454	0,5	25.588	2,7
22 - Ustioni	279	0,0	979	3,5
23 - Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	91.029	5,0	184.093	2,0
24 - Traumatismi multipli rilevanti	1	0,0	1	1,0
25 - Infezioni da H.I.V.	8.119	0,4	33.580	4,1
Altri DRG	2.671	0,1	5.066	1,9
Pre MDC	80	0,0	142	1,8
Totale generale	1.820.907	100,0	4.648.076	2,7

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2017

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 2017

MDC	Numero casi	%	Giorni di degenza	Degenza media
01 - Malattie e disturbi del sistema nervoso	72.364	22,9	2.992.419	41,4
02 - Malattie e disturbi dell'occhio	54	0,0	577	10,7
03 - Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	1.320	0,4	17.977	13,6
04 - Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	16.554	5,2	371.991	22,5
05 - Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	45.801	14,5	838.596	18,3
06 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente	166	0,1	3.231	19,5
07 - Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	46	0,0	869	18,9
08 - Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	145.255	46,0	2.983.857	20,5
09 - Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	151	0,0	4.067	26,9
10 - Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	1.974	0,6	45.981	23,3
11 - Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	461	0,1	5.338	11,6
12 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	3	0,0	40	13,3
13 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	12	0,0	102	8,5
14 - Gravidanza, parto e puerperio	0	0,0	0	0,0
15 - Malattie e disturbi del periodo neonatale	11	0,0	604	54,9
16 - Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	32	0,0	408	12,8
17 - Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	64	0,0	1.971	30,8
18 - Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	142	0,0	2.940	20,7
19 - Malattie e disturbi mentali	13.257	4,2	369.702	27,9
20 - Abuso di alcol / droghe e disturbi mentali organici indotti	2.429	0,8	55.105	22,7
21 - Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	265	0,1	6.683	25,2
22 - Ustioni	4	0,0	163	40,8
23 - Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	14.894	4,7	334.290	22,4
24 - Traumatismi multipli rilevanti	155	0,0	7.217	46,6
25 - Infezioni da H.I.V.	3	0,0	46	15,3
Altri DRG	497	0,2	11.882	23,9
Pre MDC	42	0,0	1.715	40,8
Totale generale	315.956	100,0	8.057.771	25,5

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2017

Tab. S/34 – Totale istituti di cura pubblici e privati: descrizione dell'attività per maggiori categorie diagnostiche (MDC) – Ricoveri di riabilitazione in day hospital. Anno 2017

MDC	Numero casi	%	Accessi	N° medio di accessi
01 - Malattie e disturbi del sistema nervoso	11.320	37,2	167.007	14,8
02 - Malattie e disturbi dell'occhio	23	0,1	54	2,3
03 - Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	225	0,7	597	2,7
04 - Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	1.205	4,0	15.976	13,3
05 - Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	4.078	13,4	53.910	13,2
06 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente	54	0,2	511	9,5
07 - Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	0	0,0	0	0,0
08 - Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	6.093	20,0	119.914	19,7
09 - Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	34	0,1	746	21,9
10 - Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	65	0,2	937	14,4
11 - Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	228	0,7	2.855	12,5
12 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	1	0,0	8	8,0
13 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	11	0,0	165	15,0
14 - Gravidanza, parto e puerperio	0	0,0	0	0,0
15 - Malattie e disturbi del periodo neonatale	3	0,0	16	5,3
16 - Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	3	0,0	21	7,0
17 - Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	7	0,0	90	12,9
18 - Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	2	0,0	10	5,0
19 - Malattie e disturbi mentali	2.165	7,1	26.118	12,1
20 - Abuso di alcol / droghe e disturbi mentali organici indotti	0	0,0	0	0,0
21 - Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	16	0,1	407	25,4
22 - Ustioni	0	0,0	0	0,0
23 - Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	4.911	16,1	67.294	13,7
24 - Traumatismi multipli rilevanti	2	0,0	41	20,5
25 - Infezioni da H.I.V.	0	0,0	0	0,0
Altri DRG	4	0,0	39	9,8
Pre MDC	0	0,0	0	0,0
Totale generale	30.450	100,0	456.716	15,0

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2017

Tab. S/35 – Totale istituti di cura pubblici e privati: descrizione dell'attività per maggiori categorie diagnostiche (MDC) – Ricoveri di lungodegenza. Anno 2017

MDC	Numero casi	%	Giorni di degenza	Degenza media
01 - Malattie e disturbi del sistema nervoso	15.818	16,0	438.763	27,7
02 - Malattie e disturbi dell'occhio	55	0,1	1.056	19,2
03 - Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	280	0,3	5.860	20,9
04 - Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	13.739	13,9	285.311	20,8
05 - Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	11.533	11,6	256.444	22,2
06 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente	3.618	3,7	75.793	20,9
07 - Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	2.406	2,4	49.218	20,5
08 - Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	23.177	23,4	613.218	26,5
09 - Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	1.486	1,5	33.686	22,7
10 - Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	2.099	2,1	45.541	21,7
11 - Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	3.531	3,6	73.801	20,9
12 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	235	0,2	5.200	22,1
13 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	242	0,2	5.425	22,4
14 - Gravidanza, parto e puerperio	5	0,0	116	23,2
15 - Malattie e disturbi del periodo neonatale	8	0,0	173	21,6
16 - Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	1.163	1,2	23.611	20,3
17 - Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	1.209	1,2	25.458	21,1
18 - Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	3.165	3,2	73.790	23,3
19 - Malattie e disturbi mentali	4.459	4,5	133.810	30,0
20 - Abuso di alcol / droghe e disturbi mentali organici indotti	353	0,4	8.534	24,2
21 - Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	832	0,8	22.043	26,5
22 - Ustioni	21	0,0	499	23,8
23 - Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	9.449	9,5	200.763	21,2
24 - Traumatismi multipli rilevanti	108	0,1	3.501	32,4
25 - Infezioni da H.I.V.	16	0,0	420	26,3
Altri DRG	85	0,1	2.710	31,9
Pre MDC	26	0,0	1.183	45,5
Totale generale	99.118	100,0	2.385.927	24,1

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2017

Tab. S/36 – Attività ospedali accreditati/ 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. %
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					
Cardiochirurgia	542	23.262	166.160	7,1	84,0	439	17.591	131.820	7,5	82,3
Cardiologia	1.355	83.976	345.103	4,1	69,8	1.094	64.151	277.604	4,3	69,5
Chirurgia generale	4.501	158.828	618.865	3,9	37,7	3.712	131.469	506.810	3,9	37,4
Chirurgia maxillo facciale	59	2.527	3.821	1,5	18,0	52	2.483	3.710	1,5	19,5
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

./.

(Segue) Tab. S/36 – Attività ospedali accreditati 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. %
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
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
Totale	40.950	1.109.536	10.037.660	9,0	67,2	30.222	856.917	7.274.903	8,5	65,9

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.

Fonte: elaborazione Ermenewa su dati Ministero della Salute

Tab. S/37 – Attività ospedali accreditati¹ per disciplina. Anno 2013 (Piemonte)

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	60	1.240	14.737	67,3	60	1.240	14.737	67,3
Cardiologia	72	4.970	14.162	53,9	72	4.970	14.162	53,9
Chirurgia generale	122	5.332	16.289	31,1	100	4.510	14.446	39,6
Chirurgia vascolare	28	803	3.060	3,8	28	803	3.060	3,8
Lungodegenti	793	5.604	202.502	70,0	452	3.355	112.375	68,1
Medicina generale	175	1.965	11.872	18,6	169	1.814	10.442	16,9
Neurochirurgia	28	797	2.768	27,1	28	797	2.768	27,1
Neurologia	20	370	3.922	10,6	20	263	3.089	11,7
Neuro-riabilitazione	20	52	7.150	137,5	20	52	7.150	137,5
Occhialistica	50	161	275	1,7	36	153	266	1,7
Ortopedia e traumatologia	161	13.927	42.327	3,0	133	13.389	39.716	3,0
Ostetricia e ginecologia	36	900	2.032	2,3	27	844	1.786	2,1
Otorinolaringoiatria	26	752	1.503	2,0	18	630	1.253	2,0
Psichiatria	85	1.216	15.087	12,4	28	573	6.197	10,8
Recupero e riabilitaz. funzionale	1.592	15.805	430.990	27,3	685	7.359	197.731	26,9
Urologia	77	3.977	14.154	3,6	64	3.718	13.064	3,5
Totale	3.345	56.714	782.830	13,8	1.930	43.581	442.242	10,1

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.

Fonte: elaborazione Ermenèa su dati Ministero della Salute

Tab. S/38 – Attività ospedali accreditati¹ per disciplina. Anno 2013 (Valle d'Aosta)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP			
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Utilizz. %
Ortopedia e traumatologia	10	772	1.324	36,3	10	772	1.324	36,3
Recupero e riabilitaz. funzionale	64	770	15.461	66,2	64	770	15.461	66,2
Totale	74	1.511	16.785	62,1	74	1.511	16.785	62,1

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.

Fonte: elaborazione Ermenèa su dati Ministero della Salute

Tab. S/39 – Attività ospedali accreditati/ per disciplina. Anno 2013 (Lombardia)

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	69	3.006	20.467	6,8	81,3	55	2.091	16.545	7,9	82,4
Cardiologia	344	17.515	85.820	4,9	68,3	277	14.231	72.530	5,1	71,7
Chirurgia generale	751	36.330	136.525	3,8	49,8	496	24.814	96.482	3,9	53,3
Chirurgia maxillo facciale	27	364	614	1,7	6,2	27	364	614	1,7	6,2
Chirurgia plastica	22	1.055	2.743	2,6	34,2	10	538	1.969	3,7	53,9
Chirurgia toracica	33	711	4.007	5,6	33,3	33	711	4.007	5,6	33,3
Chirurgia vascolare	122	5.427	25.747	4,7	57,8	85	4.258	19.415	4,6	62,6
Cure palliative/Hospice	13	210	3.124	14,9	65,8	13	210	3.124	14,9	65,8
Gastroenterologia	2	84	474	5,6	64,9	2	84	474	5,6	64,9
Geriatrics	65	3.694	18.105	4,9	76,3	10	4	117	29,3	3,2
Lungodegenti	549	5.430	146.727	27,0	73,2	131	1.390	33.250	23,9	69,5
Medicina generale	938	26.034	229.064	8,8	66,9	545	15.815	138.386	8,8	69,6
Nefrologia	10	362	2.612	7,2	71,6					
Neonatalogia	28	1.586	7.911	5,0	77,4					
Neurochirurgia	50	2.939	13.825	4,7	75,8	30	1.781	7.376	4,1	67,4
Neurologia	128	5.431	30.762	5,7	65,8	76	3.087	17.890	5,8	64,5
Neuro-riabilitazione	120	1.392	41.789	30,0	95,4	20	362	7.093	19,6	97,2
Oculistica	48	1.775	2.706	1,5	15,4	21	1.079	1.473	1,4	19,2
Oncologia	82	2.124	15.191	7,2	50,8	30	1.008	7.336	7,3	67,0
Ortopedia e traumatologia	839	45.849	168.744	3,7	55,1	583	34.806	127.917	3,7	60,1
Ostetricia e ginecologia	258	17.798	58.960	3,3	62,6	125	9.210	25.068	2,7	54,9
Otorinolaringoiatria	100	7.147	15.683	2,2	43,0	72	4.920	11.690	2,4	44,5
Pediatria	72	3.850	21.945	5,7	83,5	14	846	4.132	4,9	80,9
Psichiatria	43	871	14.275	16,4	91,0	28	313	8.551	27,3	83,7
Recupero e riabilitaz. funzionale	2.758	42.535	972.807	22,9	96,6	1.704	25.711	576.508	22,4	92,7
Terapia intensiva	104	4.278	21.505	5,0	56,7	73	2.403	14.617	6,1	54,9
Terapia intensiva neonatale	17	549	6.316	11,5	101,8					
Unità coronarica	27	1.661	5.633	3,4	57,2	18	710	3.209	4,5	48,8
Urologia	285	14.675	58.663	4,0	56,4	168	8.595	35.537	4,1	58,0
Totale	7.904	249.588	2.132.744	8,5	73,9	4.646	156.754	1.235.310	7,9	72,8

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.
Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/40 – Attività ospedali accreditati/ 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
Totale	262	4.264	95.992	22,5	100,4	124	2.252	45.362	20,1	100,2

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.
Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/41 – Attività ospedali accreditati/ 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
Totale	532	10.135	186.000	18,4	95,8	284	5.421	95.379	17,6	92,0

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.
Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/42 – Attività ospedali accreditati 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
Occhistica	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
Totale	1.158	23.234	332.784	14,3	78,7	1.158	23.234	332.784	14,3	78,7

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/43 – Attività ospedali accreditati per disciplina. Anno 2013 (Friuli Venezia Giulia)

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
Totale	428	8.294	59.391	7,2	38,0	335	6.930	52.296	7,5	42,8

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/44 – Attività ospedali accreditati 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
Totale	183	4.500	40.900	9,1	61,2	124	2.406	25.004	10,4	55,2

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/45 – Attività ospedali accreditati/ per disciplina. Anno 2013 (Emilia Romagna)

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	96	3.885	31.354	8,1	89,5	62	3.129	20.240	6,5	89,4
Chirurgia	84	5.230	15.662	3,0	51,1	72	3.557	10.742	3,0	40,9
Chirurgia generale	427	9.305	22.812	2,5	14,6	422	9.128	22.062	2,4	14,3
Chirurgia maxillo facciale	4	410	935	2,3	64,0	4	410	935	2,3	64,0
Chirurgia plastica	2	25	34	1,4	4,7					
Chirurgia toracica	10	415	2.879	6,9	78,9	10	415	2.879	6,9	78,9
Chirurgia vascolare	21	1.157	4.323	3,7	56,4	15	735	2.313	3,1	42,2
Dermatologia	8	5	21	4,2	0,7	8	5	21	4,2	0,7
Geriatrica	75	2.268	18.311	8,1	66,9	75	2.268	18.311	8,1	66,9
Lungodegenti	846	13.576	281.848	20,8	91,3	812	13.047	266.801	20,4	90,0
Medicina generale	531	17.597	143.604	8,2	74,1	527	17.272	140.879	8,2	73,2
Neurochirurgia	18	1.589	6.590	4,1	100,3	18	1.589	6.590	4,1	100,3
Neurologia	27	302	4.004	13,3	40,6	27	302	4.004	13,3	40,6
Neuro-riabilitazione	91	392	28.754	73,4	86,6	79	349	24.992	71,6	86,7
Occhistica	35	585	1.975	3,4	15,5	32	558	1.911	3,4	16,4
Ortopedia e traumatologia	498	34.358	117.900	3,4	64,9	480	31.930	111.301	3,5	63,5
Ostetricia e ginecologia	109	1.848	5.856	3,2	14,7	107	1.832	5.806	3,2	14,9
Otorinolaringoiatria	90	2.283	5.385	2,4	16,4	88	2.228	5.288	2,4	16,5
Pneumologia	15	198	1.575	8,0	28,8	15	198	1.575	8,0	28,8
Psichiatria	450	4.759	108.579	22,8	66,1	450	4.759	108.579	22,8	66,1
Recupero e riabilitaz. funzionale	760	13.104	284.056	21,7	102,4	695	12.070	262.696	21,8	103,6
Terapia intensiva	35	1.011	6.032	6,0	47,2	35	1.011	6.032	6,0	47,2
Unità coronarica	5	113	115	1,0	6,3	5	113	115	1,0	6,3
Urologia	79	2.504	10.038	4,0	34,8	73	2.018	7.560	3,7	28,4
Totale	4.316	114.581	1.102.642	9,6	70,0	4.111	106.745	1.031.632	9,7	68,8

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.

Fonte: elaborazione Ermenèa su dati Ministero della Salute

Tab. S/46 – Attività ospedali accreditati 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
Cardiochirurgia	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
Oculistica	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
Totale	1.555	39.618	349.559	8,8	61,6	849	29.524	193.909	6,6	62,6

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.
Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/47 – Attività ospedali accreditati 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
Oculistica	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
Totale	213	6.383	23.673	3,7	30,4	153	4.655	14.148	3,0	25,3

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.
Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/48 – Attività ospedali accreditati/ 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
Pneumologia	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					
Occhialistica	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
Totale	863	21.992	216.684	9,9	68,8	663	20.191	149.425	7,4	61,7

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/49 – Attività ospedali accreditati 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	72	2.295	15.014	6,5	57,1
Geriatrica	51	1.003	16.354	16,3	87,9	297	9.489	45.794	4,8	42,2
Lungodegenti	556	5.398	181.327	33,6	89,4	51	1.003	16.354	16,3	87,9
Malattie endocrine, ricamb. e nutriz.	10	33	304	9,2	8,3	361	3.578	113.494	31,7	86,1
Medicina generale	610	17.926	153.447	8,6	68,9	10	33	304	9,2	8,3
Nefrologia	47	569	4.603	8,1	26,8	519	15.764	130.917	8,3	69,1
Neonatalogia	16	428	1.643	3,8	28,1	27	495	3.434	6,9	34,8
Neurochirurgia	14	257	1.975	7,7	38,6	9	45	73	1,6	2,2
Neurologia	41	469	12.063	25,7	80,6					
Occhistica	31	318	1.031	3,2	9,1	30	217	10.270	47,3	93,8
Oncologia	35	1.062	7.315	6,9	57,3	24	249	863	3,5	9,9
Ortopedia e traumatologia	551	17.502	82.210	4,7	40,9	35	1.062	7.315	6,9	57,3
Ostetricia e ginecologia	181	10.490	35.907	3,4	54,4	522	16.039	73.965	4,6	38,8
Otorinolaringoiatria	35	253	611	2,4	4,8	147	7.438	25.808	3,5	48,1
Pneumologia	24	713	6.751	9,5	77,1	26	217	536	2,5	5,6
Psichiatria	155	1.260	55.999	44,4	99,0	24	713	6.751	9,5	77,1
Recupero e riabilitaz. funzionale	1.397	16.175	460.359	28,5	90,3	95	871	34.163	39,2	98,5
Terapia intensiva	27	1.184	5.274	4,5	53,5	809	9.324	261.942	28,1	88,7
Unità coronarica	28	1.700	6.376	3,8	62,4	4	337	640	1,9	43,8
Urologia	84	3.533	12.900	3,7	42,1	8	647	1.829	2,8	62,6
Totale	4.417	96.480	1.135.882	11,8	70,5	3.135	71.282	759.277	10,7	66,4

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/50 – Attività ospedali accreditati 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
Oculistica	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
Totale	1.000	27.545	268.172	9,7	73,5	683	22.213	186.180	8,4	74,7

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/51 – Attività ospedali accreditati 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
Totale	140	3.088	26.427	8,6	51,7	100	2.942	21.027	7,1	57,6

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/52 – Attività ospedali accreditati per disciplina. Anno 2013 (Campania)

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	47	4.485	20.496	4,6	119,5	34	2.769	11.824	4,3	95,3
Cardiologia	227	20.703	70.005	3,4	84,5	158	13.904	52.585	3,8	91,2
Chirurgia generale	968	35.593	148.239	4,2	42,0	830	30.060	124.548	4,1	41,1
Chirurgia plastica	14	433	1.497	3,5	29,3	5	382	1.430	3,7	78,4
Chirurgia vascolare	26	1.151	6.042	5,2	63,7	23	1.062	5.734	5,4	68,3
Geriatrica	23	480	2.991	6,2	35,6	23	480	2.991	6,2	35,6
Lungodegenti	515	1.504	48.219	32,1	25,7	465	1.479	47.208	31,9	27,8
Medicina generale	534	26.807	155.703	5,8	79,9	457	24.681	144.382	5,8	86,6
Nefrologia	28	1.401	6.115	4,4	59,8	19	1.007	4.987	5,0	71,9
Neonatalogia	14	295	2.044	6,9	40,0					
Neurochirurgia	10	540	4.145	7,7	113,6	10	540	4.145	7,7	113,6
Neurologia	396	3.502	111.904	32,0	77,4	396	3.502	111.904	32,0	77,4
Neuro-riabilitazione	100	493	35.558	72,1	97,4	100	493	35.558	72,1	97,4
Nido	75	3.147	9.705	3,1	35,5	75	3.147	9.705	3,1	35,5
Occhistica	91	1.662	9.675	5,8	29,1	75	1.580	8.773	5,6	32,0
Oncologia	10	874	3.558	4,1	97,5	10	874	3.558	4,1	97,5
Ortopedia e traumatologia	293	17.230	70.605	4,1	66,0	233	12.604	50.825	4,0	59,8
Ostetricia e ginecologia	647	39.866	160.733	4,0	68,1	472	30.492	121.895	4,0	70,8
Otorinolaringoiatria	115	2.851	7.938	2,8	18,9	90	2.546	7.036	2,8	21,4
Pneumologia	36	1.380	9.940	7,2	75,6	36	1.380	9.940	7,2	75,6
Psichiatria	518	3.211	145.680	45,4	77,1	518	3.211	145.680	45,4	77,1
Recupero e riabilitaz. funzionale	791	8.054	272.674	33,9	94,4	726	7.490	250.171	33,4	94,4
Terapia intensiva	51	1.145	4.941	4,3	26,5	20	160	1.667	10,4	22,8
Terapia intensiva neonatale	17	259	4.471	17,3	72,1	8	237	4.225	17,8	144,7
Unità coronarica	39	3.285	12.180	3,7	85,6	17	1.124	7.480	6,7	120,5
Urologia	126	7.600	34.044	4,5	74,0	117	6.388	30.758	4,8	72,0
Totale	5.711	184.192	1.359.102	7,4	65,2	4.917	148.560	1.199.009	8,1	66,8

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/53 – Attività ospedali accreditati 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 pediatrica	15	138	232	1,7	4,2	15	138	232	1,7	4,2
Chirurgia toracica	8	130	615	4,7	21,1	8	130	615	4,7	21,1
Chirurgia vascolare	10	394	2.601	6,6	71,3	10	394	2.601	6,6	71,3
Gastroenterologia	27	1.174	3.787	3,2	38,4	27	1.174	3.787	3,2	38,4
Geriatrica	10	363	3.015	8,3	82,6	10	363	3.015	8,3	82,6
Lungodegenti	84	2.562	24.031	9,4	78,4	62	1.908	15.899	8,3	70,3
Medicina generale	15	111	3.277	29,5	59,9	15	111	3.277	29,5	59,9
Nefrologia	272	11.222	80.251	7,2	80,8	244	9.083	74.244	8,2	83,4
Neurochirurgia	10	538	3.634	6,8	99,6	10	538	3.634	6,8	99,6
Neurologia	30	1.757	6.203	3,5	56,6	30	1.757	6.203	3,5	56,6
Neuro-riabilitazione	63	1.859	16.400	8,8	71,3	43	1.341	13.004	9,7	82,9
Oculistica	15	112	5.340	47,7	97,5	15	112	5.340	47,7	97,5
Oncologia	21	254	144	0,6	1,9	21	254	144	0,6	1,9
Ortopedia e traumatologia	20	1.076	6.413	6,0	87,8	20	1.076	6.413	6,0	87,8
Ostetricia e ginecologia	236	12.404	40.472	3,3	47,0	206	9.746	35.213	3,6	46,8
Otorinolaringoiatria	139	9.755	24.198	2,5	47,7	139	9.755	24.198	2,5	47,7
Pneumologia	15	436	611	1,4	11,2	15	436	611	1,4	11,2
Recupero e riabilitaz. funzionale	42	1.571	12.636	8,0	82,4	22	974	6.740	6,9	83,9
Terapia intensiva	664	8.624	196.648	22,8	81,1	335	4.878	93.990	19,3	76,9
Unità coronarica	53	2.231	13.855	6,2	71,6	53	2.231	13.855	6,2	71,6
Urologia	32	1.742	7.750	4,4	66,4	32	1.742	7.750	4,4	66,4
Totale	2.285	87.160	569.293	6,5	68,3	1.786	74.084	426.226	5,8	65,4

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.

Fonte: elaborazione Ermenzia su dati Ministero della Salute

Tab. S/54 – Attività ospedali accreditati per disciplina. Anno 2013 (Basilicata)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP				
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Chirurgia generale	25	602	1.625	2,7	25	602	1.625	2,7	17,8
Lungodegenti	32	264	10.226	38,7					87,6
Ortopedia e traumatologia	25	1.038	4.028	3,9	25	1.038	4.028	3,9	44,1
Recupero e riabilitaz. funzionale	67	651	21.280	32,7					87,0
Totale	149	2.504	37.159	14,8	50	1.607	5.653	3,5	31,0

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/55 – Attività ospedali accreditati 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					
Cardiologia	43	4.231	17.896	4,2	114,0	8	1.095	6.943	6,3	237,8
Chirurgia generale	237	6.520	34.265	5,3	39,6	130	3.709	17.242	4,6	36,3
Chirurgia maxillo facciale		1.365	1.365	1,0			1.365	1.365	1,0	
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	30	352	10.767	30,6	98,3
Neuro-riabilitazione	30	352	10.767	30,6	98,3					
Oculistica		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	14,4	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					
Urologia	50	1.848	7.873	4,3	43,1	20	150	1.602	10,7	21,9
Totale	1.694	41.641	359.007	8,6	58,1	879	19.193	201.051	10,5	62,7

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/56 – Attività ospedali accreditati per disciplina. Anno 2013 (Sicilia)

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	66	1.904	23.037	12,1	66	1.904	23.037	12,1
Cardiologia	236	10.927	57.822	5,3	236	10.927	57.822	5,3
Chirurgia generale	568	12.981	59.491	4,6	548	12.701	58.056	4,6
Chirurgia maxillo facciale	6	206	564	2,7	6	206	564	2,7
Chirurgia pediatrica	5	1	3	3,0	5	1	3	3,0
Chirurgia plastica	12	50	132	2,6	12	50	132	2,6
Chirurgia vascolare	53	947	3.770	4,0	53	947	3.770	4,0
Gastroenterologia	8	132	1.187	9,0	8	132	1.187	9,0
Geriatrics	76	1.893	17.778	9,4	76	1.893	17.778	9,4
Lungodegenti	99	1.125	24.986	22,2	99	1.125	24.986	22,2
Malattie endocrine, ricamb. e nutriz.	27	602	5.516	9,2	27	602	5.516	9,2
Medicina generale	337	10.259	82.708	8,1	337	10.259	82.708	8,1
Nefrologia	10	211	1.479	7,0	10	211	1.479	7,0
Neurochirurgia	31	1.170	6.065	5,2	31	1.170	6.065	5,2
Neurologia	60	1.765	9.731	5,5	54	1.691	9.000	5,3
Oculistica	29	230	493	2,1	29	230	493	2,1
Oncologia	295	10.954	71.147	6,5	295	10.954	71.147	6,5
Ortopedia e traumatologia	515	14.807	69.113	4,7	479	13.890	65.140	4,7
Ostetricia e ginecologia	187	10.119	35.977	3,6	129	7.663	28.153	3,7
Otorinolaringoiatria	48	867	2.427	2,8	44	770	2.215	2,9
Pneumologia	10	393	3.246	8,3	10	393	3.246	8,3
Psichiatria	107	2.968	27.901	9,4	107	2.968	27.901	9,4
Radioterapia	10	114	1.142	10,0	10	114	1.142	10,0
Recupero e riabilitaz. funzionale	700	10.464	228.682	21,9	614	9.626	204.344	21,2
Reumatologia	15	919	7.541	137,7	15	919	7.541	137,7
Terapia intensiva	13	240	2.045	8,5	13	240	2.045	8,5
Unità coronarica	8	391	2.052	5,2	8	391	2.052	5,2
Urologia	178	7.097	27.158	3,8	175	6.994	26.765	3,8
Totale	3.717	101.805	773.957	7,6	3.504	97.136	735.051	7,6

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/57 – Attività ospedali accreditati 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
Geriatra	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
Totale	1.004	24.307	168.677	6,9	46,0	717	17.296	107.213	6,2	41,0

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/58 – Attività ospedali accreditati/ per disciplina. Anno 2013 (Nord)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP			
	Positi letto	Degenti	Giornate di deg.	Utilizz. %	Positi letto	Degenti	Giornate di deg.	Utilizz. %
Cardiochirurgia	240	8.496	70.138	8,3	192	6.825	55.102	8,1
Cardiologia	518	28.592	119.813	4,2	439	23.635	101.603	4,3
Chirurgia generale	1.466	56.958	197.605	3,5	1.163	44.003	153.539	3,5
Chirurgia maxillo facciale	31	774	1.549	2,0	31	774	1.549	2,0
Chirurgia plastica	24	1.080	2.777	2,6	10	538	1.969	3,7
Chirurgia toracica	43	1.126	6.886	6,1	43	1.126	6.886	6,1
Chirurgia vascolare	171	7.387	33.130	4,5	128	5.796	24.788	4,3
Cure palliative/Hospice	13	210	3.124	14,9	13	210	3.124	14,9
Dermatologia	8	5	21	4,2	8	5	21	4,2
Gastroenterologia	2	84	474	5,6	2	84	474	5,6
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	23,8
Medicina generale	1.999	52.481	453.014	8,6	1.560	41.469	353.870	8,5
Nefrologia	10	362	2.612	7,2	10	362	2.612	7,2
Neonatologia	28	1.586	7.911	5,0	28	1.586	7.911	5,0
Neurochirurgia	96	5.325	23.183	4,4	76	4.167	16.734	4,0
Neurologia	187	6.542	42.587	6,5	125	4.091	28.882	7,1
Neuro-riabilitazione	234	1.855	78.461	42,3	119	763	39.235	51,4
Oculistica	138	2.566	5.043	2,0	94	1.835	3.737	2,0
Oncologia	82	2.124	15.191	7,2	30	1.008	7.336	7,3
Ortopedia e traumatologia	1.686	101.840	363.208	3,6	1.347	86.973	308.701	3,5
Ostetricia e ginecologia	461	22.323	72.670	3,3	295	13.579	38.334	2,8
Otorinolaringoiatria	239	10.997	24.039	2,2	200	8.531	19.589	2,3
Pediatria	72	3.850	21.945	5,7	14	846	4.132	4,9
Pneumologia	27	355	1.404	3,7	27	355	1.404	3,7
Psichiatria	917	10.554	251.305	23,8	845	9.353	236.691	25,3
Recupero e riabilitaz. funzionale	6.076	87.532	1.995.836	22,8	3.712	53.677	1.220.611	22,7
Terapia intensiva	139	5.289	27.537	5,2	108	3.414	20.649	6,0
Terapia intensiva neonatale	17	549	6.316	11,5	17	549	6.316	11,5
Unità coronarica	32	1.774	5.748	3,2	23	823	3.324	4,0
Urologia	463	22.157	86.720	3,9	324	15.299	59.910	3,9
Totale	18.202	472.821	4.750.068	10,0	12.786	348.233	3.276.734	9,4

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.

Fonte: elaborazione Ermenewa su dati Ministero della Salute

Tab. S/59 – Attività ospedali accreditati/ 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					
Occlusistica	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	3,3	62,6
Urologia	128	6.274	22.019	3,5	47,1	109	5.662	18.930	3,8	47,6
Totale	7.048	164.473	1.725.798	10,5	67,1	4.800	125.653	1.116.759	8,9	63,7

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.
Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/60 – Attività ospedali accreditati/ 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	6,5	215	10.036	68.967	6,9
Cardiologia	725	50.615	201.385	4,0	582	38.197	160.688	4,2
Chirurgia generale	2.286	78.326	325.080	4,2	1.936	66.886	271.437	4,1
Chirurgia maxillo facciale	28	1.753	2.272	1,3	21	1.709	2.161	1,3
Chirurgia pediatrica	23	335	1.152	3,4	13	131	618	4,7
Chirurgia plastica	30	584	2.105	3,6	17	432	1.562	3,6
Chirurgia toracica	13	491	3.448	7,0	10	394	2.601	6,6
Chirurgia vascolare	139	4.810	20.994	4,4	116	3.789	15.420	4,1
Gastroenterologia	29	732	5.936	8,1	26	591	5.074	8,6
Geriatrica	294	8.005	73.157	9,1	262	7.351	65.025	8,8
Lungodegenti	1.079	6.073	175.746	28,9	771	4.107	111.514	27,2
Malattie endocrine, ricamb. e nutriz.	27	602	5.516	9,2	27	602	5.516	9,2
Medicina generale	1.474	57.144	386.684	6,8	1.300	50.609	348.500	6,9
Nefrologia	48	2.150	11.228	5,2	39	1.756	10.100	5,8
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	17,9
Neuro-riabilitazione	145	957	51.665	54,0	145	957	51.665	54,0
Nido	75	3.147	9.705	3,1	75	3.147	9.705	3,1
Occhistica	155	5.130	14.854	2,9	136	2.505	10.166	4,1
Oncologia	337	13.493	84.785	6,3	325	12.904	81.118	6,3
Ortopedia e traumatologia	1.464	60.432	258.462	4,3	1.269	49.249	217.699	4,4
Ostetricia e ginecologia	1.208	67.577	251.359	3,7	880	52.411	192.846	3,7
Otorinolaringoiatria	223	6.228	16.625	2,7	187	5.356	14.236	2,7
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	26,2
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	24,5
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	6,2
Terapia intensiva neonatale	17	259	4.471	17,3	8	237	4.225	17,8
Unità coronarica	84	5.466	22.187	4,1	57	3.257	17.282	5,3
Unità spinale	25	152	8.932	58,8	25	152	8.932	58,8
Urologia	488	21.546	88.491	4,1	430	18.015	76.686	4,3
Totale	15.700	472.242	3.561.794	7,5	12.636	383.031	2.881.410	7,5

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.
Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

3. Le informazioni sul personale

3.1. L'andamento degli addetti nel tempo

I dati sulle dotazioni di personale comunicati dal Ministero della Salute per il 2017, sembrano confermare la stabilizzazione del trend di progressivo ridimensionamento degli organici fatto registrare dal complesso delle strutture di ricovero pubbliche a partire dal 2010, un andamento che aveva determinato una riduzione complessiva fino al 2015 pari al 10,3%. Si ridimensiona, quindi, la decisa inversione di tendenza rispetto alla crescita osservata nel 2009, una evoluzione che avevamo tuttavia attribuito principalmente alla creazione di nuove aziende ospedaliere e ad una radicale riclassificazione realizzata 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'. Anche se è sempre opportuno sottolineare, in ogni caso, 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.

Concentrando invece l'analisi sugli andamenti registratisi nel periodo 2013-2017 (cfr. tab. S/62), la flessione è risultata di 7.986 unità, con una dotazione che passa da 462.518 a 454.532 addetti, determinando una corrispondente riduzione dell'1,7%.

Con riferimento alle tipologie di strutture pubbliche prese in esame, vale a dire le aziende ospedaliere (comprese quelle universitarie) e gli ospedali a diretta gestione Asl, e sempre tenendo conto di quanto precedentemente sottolineato, si possono evidenziare le differenze di dinamiche tra le diverse figure professionali riscontrate nel periodo considerato: i medici diminuiscono di 218 unità, gli infermieri di 2.663 unità e l'altro personale di 5.105 unità, come mostrato dai dati del prospetto seguente:

	<i>2013</i>	<i>2017</i>
– Medici e odontoiatri	85.146	84.928
– Infermieri	214.301	211.638
– Altro personale	163.071	157.966

Prendendo poi in esame l'indicatore che mostra il rapporto tra il personale delle strutture di ricovero pubbliche ed i corrispondenti valori relativi ai posti letto, si nota a partire dal 2015 un lieve 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).

Considerando viceversa le dotazioni delle strutture che fanno capo ad Aiop, si può rilevare un incremento tra il 2013 ed il 2018 di 6.048 unità, pari ad un +9,3% (tab. S/65). Si tratta di un incremento che riguarda sia il personale medico sia, in misura più rilevante, 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 anch'esse influenzate in modo rilevante 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 operante nel complesso degli istituti di cura pubblici e accreditati del Servizio Sanitario Nazionale ammonta a quasi 633 mila unità (tab. S/67), così come riportato nella più recente rilevazione Istat al momento disponibile, quella riferita tuttavia ancora all'anno 2013. In essa si evidenzia una significativa variabilità per regione e per figura professionale rispetto al periodo precedente, verosimilmente a causa di un cambiamento nella metodologia di raccolta e di classificazione dei dati.

Il Nord continua a distinguersi rispetto alle altre aree territoriali, come la parte del Paese nella quale sono maggiormente presenti tutte le componenti professionali di ambito ospedaliero, con una incidenza sul totale che raggiunge il 52%.

L'entità e la distribuzione degli addetti delle strutture Aiop, per le quali si propone invece un aggiornamento a fine 2018, vengono evidenziate nella successiva tabella S/68, all'interno della quale si può osservare la presenza di un totale di operatori a rapporto di dipendenza pari a 63.777 unità. Ad

integrare gli organici complessivi di tali strutture contribuiscono 7.461 unità di personale medico e 4.741 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	2013		2014		2015		2016		2017	
	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 e Odontoiatri	34.953	50.193	34.646	50.070	33.640	50.095	33.785	50.956	34.264	50.664
Infermieri	93.622	120.679	93.119	119.010	90.937	119.313	90.096	120.456	90.343	121.295
Altro	81.072	81.999	79.862	80.172	76.894	79.721	77.163	82.646	77.098	80.868
Totale	209.647	252.871	207.627	249.252	201.471	249.129	201.044	254.058	201.705	252.827

(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 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017*

Tab. S/63 – Personale delle Aziende ospedaliere e delle strutture di ricovero delle Asl (var. %)

Tipologia di struttura	2014/2013		2015/2014		2016/2015		2017/2016		2017/2013	
	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 e Odontoiatri	-0,9	-0,2	-2,9	0,0	0,4	1,7	1,4	-0,6	-2,0	0,9
Infermieri	-0,5	-1,4	-2,3	0,3	-0,9	1,0	0,3	0,7	-3,5	0,5
Altro	-1,5	-2,2	-3,7	-0,6	0,3	3,7	-0,1	-2,2	-4,9	-1,4
Totale	-1,0	-1,4	-3,0	0,0	-0,2	2,0	0,3	-0,5	-3,8	0,0

(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 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017*

Tab. S/64 – Personale delle Aziende ospedaliere e delle strutture di ricovero delle Asl

	2013		2014		2015		2016		2017	
	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	7,8	4,7	7,9	4,8	8,4	6,1	8,5	6,4	8,5	6,5
Infermieri per 10 posti letto	20,8	11,3	21,3	11,4	22,8	14,6	22,6	15,0	22,5	15,4

(*) 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 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017*

Tab. S/65 – Personale operante nelle strutture associate all'Aiop. Anni 2013-2018

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Medici dipendenti e a rapporto professionale	11.773	11.815	11.948	12.191	12.340	12.136
Infermieri	19.175	19.316	20.032	21.147	21.241	21.087
Altro	34.242	34.537	34.445	36.307	36.572	38.015
Totale	65.190	65.668	66.425	69.645	70.153	71.238

Nota: La rilevazione delle unità di personale può essere influenzata anche in maniera rilevante dall'ingresso o dalla uscita dall'Aiop di alcune strutture nel corso degli anni.

Fonte: *elaborazioni Ermeneia su dati Aiop*

Tab. S/66 – Personale operante nelle strutture associate all'Aiop. Anni 2013-2018 (var. %)

	2014/2013		2015/2014		2016/2015		2017/2016		2018/2017	
	2014/2013	2015/2014	2015/2014	2016/2015	2016/2015	2017/2016	2017/2016	2018/2017	2018/2017	2018/2017
Medici dipendenti e a rapporto professionale	0,4	1,1	2,0	1,2	1,2	-1,7	3,1			
Infermieri	0,7	3,7	5,6	0,4	0,4	-0,7	10,0			
Altro	0,9	-0,3	5,4	0,7	3,9	11,0				
Totale	0,7	1,2	4,8	0,7	1,5	9,3				

Nota: La rilevazione delle unità di personale può essere influenzata anche in maniera rilevante dall'ingresso o dalla uscita dall'Aiop di alcune strutture nel corso degli anni.

Fonte: *elaborazioni Ermeneia su dati Aiop*

Tab. S/67 – Personale in totale degli istituti di cura, per regione, Anno 2013

Regioni	Medici	Personale sanitario ausiliario	Altro personale	Totale personale
– Piemonte	9.477	20.078	21.750	51.305
– Valle d'Aosta	354	591	657	1.602
– Lombardia	22.026	48.097	54.356	124.479
– Trentino-Alto Adige	1.906	5.871	8.035	15.812
– Prov. Aut. di Bolzano	948	3.203	4.785	8.936
– Prov. Aut. di Trento	958	2.668	3.250	6.876
– Veneto	8.494	22.445	19.530	50.469
– Friuli Venezia Giulia	2.715	6.527	6.555	15.797
– Liguria	3.702	8.879	7.053	19.634
– Emilia Romagna	9.854	21.905	18.513	50.272
– Toscana	8.362	17.898	13.588	39.848
– Umbria	1.933	3.827	2.827	8.587
– Marche	3.586	8.760	6.472	18.818
– Lazio	13.243	26.276	22.904	62.423
– Abruzzo	2.530	6.023	3.940	12.493
– Molise	651	1.482	1.345	3.478
– Campania	9.817	19.299	13.735	42.851
– Puglia	7.093	16.084	12.203	35.380
– Basilicata	1.085	2.650	2.137	5.872
– Calabria	3.221	6.273	4.949	14.443
– Sicilia	10.223	17.923	14.206	42.352
– Sardegna	4.156	7.282	5.377	16.815
– Nord	58.528	134.393	136.449	329.370
– Centro	27.124	56.761	45.791	129.676
– Mezzogiorno	38.776	77.016	57.892	173.684
– Italia	124.428	268.170	240.132	632.730

Fonte: Istat, Struttura ed attività degli istituti di cura

Tab. S/68 – Personale operante nelle strutture associate all'Aiop. Situazione al 31 dicembre 2018

Regioni	Personale dipendente					Totale	Personale a rapporto professionale	
	Medici	Infermieri	Tecnici	Ausiliari socio-sanitari	Altro personale di assistenza		Medici	Personale non medico
– Piemonte	205	1.073	315	448	539	3.606	573	345
– Valle d'Aosta	1	12	4	3	14	43	2	23
– Lombardia	1.355	5.718	1.734	1.739	2.028	17.203	2.174	939
– P.A. di Bolzano	3	67	33	21	33	196	10	19
– P.A. di Trento	17	81	25	37	88	320	5	15
– Veneto	286	1.417	407	215	811	4.077	314	169
– Friuli Venezia Giulia	51	171	83	27	137	643	48	41
– Liguria	3	128	17	9	12	319	16	41
– Emilia Romagna	154	1.988	466	386	930	4.989	667	550
– Toscana	132	666	180	130	410	1.904	395	169
– Umbria	13	86	61	11	96	311	71	10
– Marche	78	340	69	77	150	979	123	82
– Lazio	630	3.399	1.249	1.698	1.222	10.757	1.221	825
– Abruzzo	57	342	111	150	27	836	33	47
– Molise	103	292	94	67	19	803	7	422
– Campania	790	2.061	732	748	628	6.445	550	491
– Puglia	206	916	427	265	756	3.219	98	140
– Basilicata	10	68	27	7	133	315	2	3
– Calabria	122	342	147	144	240	1.313	203	117
– Sicilia	369	1.561	367	877	204	4.572	845	194
– Sardegna	90	359	57	71	150	927	104	99
Italia	4.675	21.087	6.605	7.130	8.627	63.777	7.461	4.741

Fonte: Aiop

4. I dati di spesa

4.1. L'andamento dei flussi nel tempo

La spesa per componenti analitiche a valori consolidati attribuita al Servizio Sanitario Nazionale, è stata elaborata anche per il 2017 a partire dalle informazioni estrapolate da diverse fonti istituzionali, non essendo più disponibili ormai dall'anno 2013 gli aggiornamenti del "Rapporto sanità" contenuto precedentemente nelle varie edizioni della Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese. Da questo lavoro diffuso fino all'annualità 2012 dal MEF, era possibile estrarre la serie storica dei flussi di dati coordinati sulla spesa sanitaria, con un dettaglio specifico dedicato alle varie funzioni che la compongono. La serie storica proposta quest'anno relativamente al periodo 2013-2017 non risente più quindi del break metodologico intervenuto proprio sul 2012, in quanto i criteri di definizione delle diverse componenti di spesa sanitaria adottati dalle fonti utilizzate a partire dal 2013 – Corte dei conti, Agenas e MEF – sono caratterizzate da una loro coerenza temporale.

L'ammontare di spesa pubblica riconducibile al settore del ricovero ospedaliero è stimata per il 2017 su un valore di poco superiore ai 63,6 miliardi di euro, contro i 63,1 dell'anno precedente (con un aumento dello 0,9%) (tab. S/69).

All'interno di tale aggregato di finanziamento, la quota assegnata all'attività dei soli ospedali accreditati (escludendo quindi le altre tipologie che rientrano nella voce di spesa "Ospedaliera accreditata" come, ad esempio, IRCCS e Ospedali ecclesiastici classificati) è di 4,3 miliardi di euro, pari al 6,8% della spesa ospedaliera pubblica totale; una incidenza che torna quindi ad una lieve flessione dopo quella più marcata registratasi a partire dal 2013 come conseguenza diretta degli effetti del provvedimento di spending review (Legge 135/12), illustrato nelle precedenti edizioni del Rapporto, e delle successive penalizzanti manovre di contenimento della spesa sanitaria.

L'analisi a prezzi costanti, che propone i livelli di spesa in termini reali (tab. S/70), segue come sempre l'impostazione del calcolo basato sul deflatore PIL che però è allineato ora alla nuova serie Istat concatenata al 2015; la variazione della spesa ospedaliera pubblica totale tra il nuovo anno base e il 2017 risulta lievemente in crescita (0,3%), rispetto ad una flessione di pari entità fatta registrare dalla spesa sanitaria complessiva. Nello stesso periodo, viceversa, la spesa riferita agli ospedali accreditati ha manifestato, sempre in termini reali, una sua più decisa riduzione (-2,1%), soprattutto per effetto dei tagli sui corrispettivi economici riconosciuti al settore (sia in termini di livelli tariffari che di budget). Sull'andamento generalmente negativo dei dati di spesa a prezzi costanti ha comunque influito la quantificazione del PIL reale; secondo le stime confermate anche nel DEF 2019, infatti, l'indicatore della ricchezza nazionale ha invertito la sua tendenza negativa solo a partire dal 2015, facendo registrare comunque anche per il 2017 una flessione del -0,4% rispetto al 2010.

4.2. La spesa sanitaria a confronto

L'edizione degli "Health Data" OCSE rilasciata a novembre 2019 ci consente di definire il consueto quadro di confronto della spesa sanitaria nell'ambito del gruppo di 24 tra i più importanti Paesi aderenti all'organizzazione. Nella tabella S/71 vengono riportati gli indicatori maggiormente presi in considerazione dagli analisti del settore sanitario: l'incidenza della spesa sanitaria totale e della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL.

Per il 2017 viene confermata nel nostro Paese la propensione al progressivo calo delle risorse in ragione di PIL assegnate al SSN, risultando più marcato in questo modo il divario accumulato nel tempo rispetto alla media sia dei Paesi OCSE Europa che di quelli del gruppo G7 (6,5% contro 7,1% e 9,1% rispettivamente). Una tendenza confermata ufficialmente dai dati previsionali dell'ultima versione del Documento di Economia e Finanza diffuso dal MEF ad aprile 2019, che prevedeva un andamento della curva spesa – PIL proiettato verso un valore del 6,4% nel 2022. La nota di aggiornamento (NADEF) dello scorso settembre ha poi parzialmente corretto tale previsione portandola a 6,5%. Valori che, pur non mostrando riduzioni eclatanti, risultano comunque drammaticamente distanti da quelli di Paesi come Francia e Germania con i quali dovremmo opportunamente confrontarci per affinità economiche e culturali.

Ed anche in termini di spesa sanitaria totale per l'Italia si evidenzia un rapporto con il PIL inferiore alla media dei Paesi del G7 (8,8% contro

11,4%), rapporto che si mantiene ancora al di sotto anche della media dei Paesi OCSE Europa (che è del 9,3%).

Il trend di lieve decrescita del complesso della spesa sanitaria italiana riportato dall'OCSE per il triennio 2015-2017 evidenzia come, di fronte alla progressiva riduzione dell'impegno pubblico, una parte rilevante dei bisogni sanitari venga finanziata direttamente dai cittadini o attraverso vecchie e nuove forme di intermediazione; circostanza del resto confermata nell'apposita indagine sui care-giver di cui alla Parte terza del Rapporto. Sempre sul versante della spesa sanitaria totale, l'Italia si colloca nel 2017 ancora al di sotto dei valori dei Paesi più industrializzati, Stati Uniti, Francia, Germania e Canada, (che presentano valori rispettivamente del 17,1%, dell'11,3%, dell'11,2% e del 10,7%). E, seppure con posizioni relative diverse, questo avviene rispetto ai primi tre Paesi citati anche per quanto riguarda la spesa sanitaria pubblica.

Si riafferma dunque, nonostante le attese per l'attenzione mostrata sul tema del finanziamento del SSN in ogni nuova fase politica, il ridimensionamento dell'impegno dell'Italia rispetto ai maggiori Paesi dell'area occidentale in termini di impiego di risorse per la salute in rapporto alla ricchezza prodotta. Così come si rinnova la prospettiva di un progressivo e non dichiarato definanziamento, che porterebbe il sistema sanitario italiano verso quell'universalismo selettivo, nel quale nuovi strumenti ancora in fase di progettazione e riconducibili al c.d. "Secondo pilastro", consentirebbero, secondo alcune linee di pensiero, una rinnovata sostenibilità complessiva. Gli aggiustamenti del fondo sanitario a valori correnti inseriti nell'ultimo DEF, che propongono un finanziamento per il 2018 pari a 115,4 miliardi, non consentiranno l'immissione di risorse reali destinate alla riduzione delle criticità in termini di accesso alle cure, ma verranno più realisticamente assorbiti dagli oneri per il rinnovo dei contratti del personale e dalla copertura degli adempimenti LEA.

Prendendo infine in considerazione la quota di spesa sanitaria riservata all'attività ospedaliera fornita dalle componenti di diritto pubblico e di diritto privato del SSN (tab. S/72), e sempre in riferimento all'anno 2017, si può rilevare per l'Italia:

- una proporzione più elevata (57,3%) sul totale della spesa sanitaria pubblica, sia rispetto alla media dei Paesi del G7 (43,1%), che rispetto a quella dei Paesi OCSE Europa (45,6%);
- un rapporto sul PIL di poco inferiore alla media dei Paesi del G7, pari al 3,8%, ma superiore a quella dei Paesi OCSE Europa (3,2%).

Tab. S/69 – Spesa sanitaria corrente. Anni 2013-2017 (in miliardi di euro)

	2013	2014	2015	2016	2017
Strutture ospedaliere pubbliche	52,244	52,744	53,847	54,566	55,226
Ospedaliere accreditata (nel suo complesso)	8,255	8,425	8,466	8,484	8,419
di cui: ospedali accreditati ¹	4,263	4,289	4,335	4,351	4,321
Spesa ospedaliere pubblica totale	60,499	61,169	62,313	63,050	63,645
Altre funzioni di spesa	51,185	51,504	50,354	50,681	50,694
Spesa sanitaria pubblica totale	111,684	112,673	112,667	113,731	114,339

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.

Fonte: elaborazioni Ermeneia su dati contenuti nel “Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica” 2015, 2016, 2017, 2018 e 2019 della Corte dei conti, nel Rapporto Agenas sul monitoraggio della spesa sanitaria delle Regioni 2018 e nel Rapporto MEF sul monitoraggio della spesa sanitaria 2019.

Tab. S/70 – Spesa sanitaria a prezzi costanti(*). Anni 2013-2017 (in miliardi di euro)

	2013	2014	2015	2016	2017
Strutture ospedaliere pubbliche	53,212	53,236	53,847	53,953	54,231
Ospedaliere accreditata (nel suo complesso)	8,408	8,504	8,466	8,389	8,267
di cui: ospedali accreditati ¹	4,342	4,329	4,335	4,302	4,243
Spesa ospedaliere pubblica totale	61,620	61,739	62,313	62,342	62,498
Altre funzioni di spesa	52,134	51,984	50,354	50,112	49,781
Spesa sanitaria pubblica totale	113,754	113,723	112,667	112,453	112,279

(*) Deflatore PIL calcolato sulla base della nuova serie Istat a valori concatenati con anno di riferimento 2015.

(1) Istituti cod. 5.1 (Casa di cura privata accreditata) della classificazione ministeriale.

Fonte: elaborazioni Ermeneia su dati contenuti nel “Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica” 2015, 2016, 2017, 2018 e 2019 della Corte dei conti, nel Rapporto Agenas sul monitoraggio della spesa sanitaria delle Regioni 2018 e nel Rapporto MEF sul monitoraggio della spesa sanitaria 2019

Tab. S/71 – Spesa sanitaria totale e spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL

Valori %	Spesa sanitaria totale			Spesa sanitaria pubblica		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Stati Uniti	16,7	17,1	17,1	14,2	14,5	14,4
Giappone	10,9	10,8	10,9	9,2	9,1	9,2
Germania	11,1	11,1	11,2	9,3	9,4	9,5
Francia	11,5	11,5	11,3	8,8	9,5	9,4
Italia	9,0	8,9	8,8	6,7	6,6	6,5
Regno Unito	9,7	9,7	9,6	7,7	7,7	7,6
Canada	10,6	10,8	10,7	7,5	7,6	7,4
Media dei Paesi del G7 (*)	11,4	11,4	11,4	9,1	9,2	9,1
Australia	9,3	9,2	9,2	6,4	6,3	6,3
Austria	10,4	10,4	10,4	7,7	7,7	7,7
Belgio	10,3	10,3	10,3	8,0	7,9	8,0
Danimarca	10,2	10,2	10,1	8,6	8,6	8,5
Finlandia	9,7	9,4	9,2	7,4	7,1	6,9
Grecia	8,1	8,3	8,0	4,7	5,1	4,9
Islanda	8,1	8,2	8,3	6,6	6,7	6,8
Irlanda	7,3	7,4	7,2	5,3	5,4	5,3
Lussemburgo	5,5	5,5	5,5	4,6	4,6	4,6
Olanda	10,3	10,3	10,1	8,4	8,4	8,2
Nuova Zelanda	9,3	9,3	9,1	7,4	7,3	7,2
Norvegia	10,1	10,5	10,4	8,6	9,0	8,9
Portogallo	9,0	9,0	9,0	5,9	6,0	5,9
Spagna	9,1	9,0	8,9	6,5	6,4	6,3
Svezia	11,0	11,0	11,0	9,2	9,2	9,2
Svizzera	11,9	12,2	12,3	7,5	7,7	7,9
Turchia	4,1	4,3	4,2	3,2	3,4	3,3
Media Paesi OCSE Europa (*)	9,3	9,3	9,3	7,1	7,2	7,1
Media totale Paesi OCSE (*)	9,7	9,8	9,7	7,5	7,6	7,5

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

Fonte: elaborazioni Ermeneia su dati "OECD Health Data 2019", OECD, Paris, November 2019

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		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Stati Uniti	36,7	37,0	37,1	5,2	5,4	5,3
Giappone	43,4	44,0	-	4,0	4,0	-
Germania	33,2	33,1	32,3	3,1	3,1	3,1
Francia	46,4	43,8	43,7	4,1	4,2	4,1
Italia	57,2	57,7	57,3	3,8	3,8	3,7
Regno Unito	48,9	48,6	49,3	3,8	3,7	3,7
Canada	39,3	38,8	38,8	2,9	2,9	2,9
Media dei Paesi del G7 (*)	43,6	43,3	43,1	3,8	3,9	3,8
Australia	50,7	50,1	-	3,2	3,2	-
Austria	46,5	46,8	47,1	3,6	3,6	3,6
Belgio	34,9	34,2	34,2	2,8	2,7	2,7
Danimarca	49,6	49,5	49,5	4,3	4,2	4,2
Finlandia	42,6	42,9	44,7	3,1	3,0	3,1
Grecia	48,3	49,2	47,7	2,3	2,5	2,3
Islanda	47,0	46,9	47,5	3,1	3,1	3,2
Irlanda	35,2	35,6	36,0	1,9	1,9	1,9
Lussemburgo	37,0	37,0	36,8	1,7	1,7	1,7
Olanda	38,3	38,3	38,1	3,2	3,2	3,1
Nuova Zelanda	-	-	-	-	-	-
Norvegia	46,3	45,6	45,6	4,0	4,1	4,1
Portogallo	54,2	54,9	55,3	3,2	3,3	3,3
Spagna	56,2	56,0	55,9	3,6	3,6	3,5
Svezia	45,1	45,1	44,7	4,1	4,1	4,1
Svizzera	44,7	44,2	44,6	3,4	3,4	3,5
Turchia	54,9	55,6	55,8	1,8	1,9	1,8
Media Paesi OCSE Europa (*)	45,6	45,5	45,6	3,2	3,2	3,2
Media totale Paesi OCSE (*)	45,1	45,0	44,9	3,3	3,3	3,3

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

Fonte: elaborazioni Ermeneia su dati "OECD Health Data 2019", OECD, Paris, November 2019

Allegati

1. La metodologia utilizzata

Per la predisposizione del Rapporto 2019 sono state utilizzate, come è avvenuto anche per gli altri anni, diverse metodologie.

La prima si basa sull'individuazione e sul commento di alcuni fenomeni-chiave, che si è voluto analizzare, tenendo conto di quanto è avvenuto negli ultimi dodici mesi. Il tutto è stato collocato all'interno della Parte prima del presente volume.

Più precisamente sono state illustrate le situazioni seguenti:

- a) innanzitutto quella del difficile perseguimento della “medietà” delle prestazioni cioè l'erogazione di queste ultime con un livello medio accettabile garantito e contemporaneamente diffuso nei diversi territori ma anche all'interno delle singole strutture ospedaliere, post-ospedaliere e sanitarie in generale che operano in ogni area del Paese.
In proposito si è cercato di evidenziare due tipologie di fenomeni di cui:
 - la prima è quella che mostra la tenuta ed anzi l'evoluzione positiva del sistema sia sul piano oggettivo (inteso come valori statistici medi in crescita quanto a complessità ed efficacia delle prestazioni) sia sul piano soggettivo (inteso come percezione da parte degli utenti e dei cittadini);
 - e la seconda è quella che invece richiama le debolezze del sistema, anche questa volta sul piano oggettivo (in termini di differenziazioni territoriali dell'andamento delle prestazioni) sia sul piano soggettivo (in termini di giudizi critici raccolti presso cittadini, utenti e *care-giver*);
- b) quindi la situazione relativa ad alcuni specifici fenomeni di disagio che riguardano l'incremento delle liste di attesa, il processo di de-ospedalizzazione progressiva che ha finito con lo sviluppare le prestazioni ambulatoriali sia mediche che chirurgiche, la debolezza crescente delle “giunzioni” tra medicina di base e ospedali, tra soggetti e reparti diversi all'interno delle strutture ospedaliere nonché tra ospedali e strutture post-ricovero;

c) ed infine la situazione relativa agli aspetti economico-finanziari che investono (e non da oggi) il Servizio Sanitario Nazionale e che vedono un processo di de-finanziamento progressivo rispetto agli altri Paesi a cui si accompagna una politica delle risorse orientata sostanzialmente alla riduzione dei costi per le strutture accreditate, stante la difficoltà di incidere su quelli relativi alle strutture pubbliche e alla loro riorganizzazione, malgrado esse rappresentino l'87% della spesa ospedaliera pubblica totale: difficoltà che emerge – con continuità nel tempo – dai risultati dell'analisi dei Conti Economici delle Aziende Ospedaliere pubbliche, con riferimento all'ultimo quinquennio.

A proposito dell'analisi dei Conti Economici delle Aziende Ospedaliere e dell'individuazione di eventuali aree di inefficienza si è proseguito con l'esercizio di questi ultimi anni, individuando per l'appunto l'andamento delle varie poste di Conto Economico di 33 Aziende Ospedaliere pubbliche allo scopo di cogliere eventuali "anomalie". Più precisamente:

- 1) sono state aggiornate all'Esercizio 2018 le voci fondamentali delle suddette 33 Aziende Ospedaliere (Ricavi, Costi, Risultati di esercizio) presenti all'interno dei Conti Economici, completando una serie di dati paralleli che riguardano il precedente periodo 2014-2016. La successiva tabella All. 1 riporta i valori assoluti delle voci (in migliaia di euro) per le singole Aziende Ospedaliere analizzate, raggruppate anche per Regioni di appartenenza e per circoscrizioni territoriali di appartenenza. Si ricorda che le 33 Aziende Ospedaliere rappresentano più di 3/4 del totale nazionale, con 12 unità concentrate nel Nord, 7 nel Centro e 14 nel Mezzogiorno. Non si è potuto operare tale confronto comparativo sul totale delle Aziende Ospedaliere in quanto la Regione Lombardia (con 29 Aziende Ospedaliere) ha modificato il proprio ordinamento, incorporando nelle Aziende anche attività di tipo territoriale. E così è avvenuto per qualche altra singola Azienda come nel caso della Regione Friuli Venezia Giulia, della Sardegna e della Regione Emilia Romagna;
- 2) sono stati poi calcolati i Numeri Indice (Anno 2014: 100,0) a partire dai valori assoluti presenti nella tabella All. 1 e parallelamente, per le attività "a funzione" è stata anche calcolata la composizione % rispetto ai Ricavi da prestazioni sanitarie + Ticket.

Si è potuto così verificare, per il quinquennio 2014-2018:

- l'andamento del numero dei Ricoveri rispetto all'andamento dei Ricavi da Prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
- l'andamento del numero dei Ricoveri e l'andamento dei Costi per Acquisto di Beni e Servizi;

Tab. All. 1 – Confronto 2014-2018 dei dati concernenti i Ricavi e i Costi presenti nei Conti Economici delle Aziende Ospedaliere (in migliaia di euro)*

Aziende Ospedaliere e Universitarie (1)	Ricerche ordinarie e in Day Hospital (2)										Ricavi da prestazioni sanitarie e socioassistenziali a rilevanza sanitaria come da CE (3)										Ricavi da ticket per prestazioni specialistiche esterne come da CE (4)									
	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018										
	A.O. 1	18.300	17.050	16.800	16.715	17.032	104.135	107.649	108.473	106.711	115.905	106.711	106.711	106.711	106.711	106.711	2.511	2.615	2.615	2.569	2.100									
A.O. 2	28.200	32.590	28.500	32.807	33.675	183.365	190.873	193.471	196.411	216.567	196.411	196.411	196.411	196.411	196.411	6.900	6.594	6.598	5.567	5.875										
A.O. 3	27.500	27.500	27.500	27.210	28.050	168.874	174.785	171.784	192.057	181.774	192.057	192.057	192.057	192.057	192.057	5.227	5.097	5.073	5.084	5.349										
A.O. 4	25.100	25.600	23.550	25.430	29.476	149.070	154.878	162.387	165.500	174.991	165.500	165.500	165.500	165.500	165.500	3.142	3.267	3.273	3.250	3.174										
A.O. 5	84.150	22.900	21.000	22.880	22.395	119.526	124.437	129.356	129.356	132.654	129.356	129.356	129.356	129.356	129.356	3.862	3.862	3.862	3.597	3.709										
A.O. 6	22.200	95.050	94.800	94.325	94.925	529.186	542.128	540.077	537.733	550.225	542.128	542.128	542.128	542.128	542.128	15.181	13.454	12.178	12.072	12.714										
Totale Piemonte	205.400	210.600	214.000	219.367	225.551	1.254.066	1.289.839	1.308.207	1.316.685	1.375.199	1.316.685	1.316.685	1.316.685	1.316.685	1.316.685	34.859	32.363	32.363	31.603	32.921										
A.O. 7	52.360	57.100	55.950	56.765	58.618	411.834	417.531	419.487	441.893	446.562	419.487	419.487	419.487	419.487	419.487	8.821	8.635	8.373	10.847	10.495										
A.O. 8	51.960	59.260	64.535	64.312	64.855	401.961	429.078	443.432	458.691	473.846	429.078	429.078	429.078	429.078	429.078	6.974	7.510	7.510	9.804	10.208										
Totale Veneto	104.320	116.360	120.485	123.077	123.473	813.795	846.609	862.919	900.584	920.408	862.919	862.919	862.919	862.919	15.621	15.609	15.883	20.651	20.703											
A.O. 9	47.438	47.483	47.204	44.143	44.651	299.822	303.994	305.860	306.399	310.892	306.399	306.399	306.399	306.399	306.399	6.739	6.794	6.794	6.431	6.875										
A.O. 10	32.574	31.680	41.500	46.430	46.430	305.873	206.136	205.278	324.698	324.698	205.278	205.278	205.278	205.278	205.278	3.152	3.255	3.849	3.546	5.769										
A.O. 11	68.374	67.884	68.736	68.392	68.800	432.141	434.604	445.592	457.158	464.286	445.592	445.592	445.592	445.592	445.592	7.935	6.805	7.103	7.866	7.267										
A.O. 12	32.104	31.809	31.133	32.494	32.924	202.904	203.645	202.749	208.150	214.493	203.645	203.645	203.645	203.645	203.645	6.129	6.085	6.043	5.703	5.397										
Totale Emilia Romagna**	180.490	179.374	178.909	185.167	192.375	1.140.379	1.148.379	1.206.400	1.206.400	1.235.288	1.206.400	1.206.400	1.206.400	1.206.400	1.206.400	22.884	22.884	23.789	25.346	25.308										
Totale Nord	490.260	516.424	513.394	527.612	541.401	3.298.601	3.298.427	3.330.409	3.513.675	3.610.895	3.330.409	3.330.409	3.330.409	3.330.409	3.330.409	76.844	73.352	72.015	77.600	78.932										
A.O. 13	31.183	30.183	30.181	31.867	32.108	144.679	141.250	145.348	160.290	174.678	144.679	144.679	144.679	144.679	144.679	3.186	3.364	3.607	3.729	3.769										
A.O. 14	47.919	46.033	46.122	47.939	48.026	260.532	257.758	271.644	281.848	298.289	271.644	271.644	271.644	271.644	271.644	4.222	4.318	4.437	4.441	4.543										
Totale Marche	79.102	76.236	76.303	80.047	79.893	405.211	399.008	416.992	442.677	472.867	416.992	416.992	416.992	416.992	7.608	7.682	8.044	8.170	8.312											
A.O. 15	47.922	38.706	34.599	38.592	38.440	238.751	232.965	224.195	224.616	209.654	232.965	232.965	232.965	232.965	232.965	6.222	5.536	4.743	4.179	4.106										
A.O. 16	23.227	21.884	19.783	19.684	21.720	115.718	131.718	128.192	128.659	126.890	131.718	131.718	131.718	131.718	131.718	3.179	2.980	2.720	2.720	2.780										
A.O. 17	61.261	52.344	48.843	59.175	54.083	305.205	315.050	316.490	324.679	335.899	316.490	316.490	316.490	316.490	316.490	10.188	10.386	10.060	10.060	8.152										
A.O. 18	26.600	22.793	21.177	21.071	22.137	132.524	137.186	140.622	148.428	156.660	137.186	137.186	137.186	137.186	137.186	4.464	4.168	4.146	3.784	4.260										
A.O. 19	35.489	31.272	29.767	24.001	24.000	176.806	188.218	192.885	199.476	205.500	188.218	188.218	188.218	188.218	188.218	5.580	5.572	5.213	4.528	4.130										
Totale Lazio	194.499	166.999	154.169	162.523	160.280	1.005.137	1.002.384	1.025.468	1.034.603	1.034.603	1.025.468	1.025.468	1.025.468	1.025.468	30.806	28.443	27.468	23.211	23.428											
A.O. 20	70.926	66.659	66.300	65.970	58.041	305.360	317.373	298.153	282.993	267.378	317.373	317.373	317.373	317.373	317.373	5.708	5.675	4.569	4.899	5.284										
A.O. 21	38.194	36.511	36.200	36.020	35.739	164.439	173.831	162.790	165.900	171.769	164.439	164.439	164.439	164.439	164.439	2.806	2.793	2.437	2.657	2.838										
Totale Puglia	109.120	103.170	102.500	101.990	93.780	469.799	491.204	464.943	454.702	492.501	464.943	464.943	464.943	464.943	8.314	8.468	7.006	7.556	8.142											
A.O. 22	26.527	26.083	28.213	28.170	27.990	96.652	118.268	118.268	125.549	125.549	118.268	118.268	118.268	118.268	118.268	2.054	1.849	2.036	1.945	2.767										
A.O. 23	25.989	25.746	24.277	24.160	23.850	95.238	95.405	101.520	110.625	111.850	95.405	95.405	95.405	95.405	95.405	2.332	2.451	2.510	2.338	2.479										
A.O. 24	9.830	9.869	9.855	9.810	9.910	36.024	42.958	46.927	58.102	58.265	42.958	42.958	42.958	42.958	42.958	1.610	1.500	1.508	1.564	1.713										
A.O. 25	22.554	22.022	23.556	23.450	23.750	93.643	92.720	103.693	111.982	116.040	92.720	92.720	92.720	92.720	92.720	3.894	3.625	3.512	3.381	3.740										
Totale Calabria	87.900	86.720	85.901	85.500	82.117	327.235	327.235	327.235	327.235	327.235	327.235	327.235	327.235	327.235	7.000	7.555	7.556	7.234	8.454											
A.O. 26	21.525	20.377	22.009	21.243	20.536	113.251	121.004	121.004	131.008	131.008	113.251	113.251	113.251	113.251	113.251	1.804	1.866	1.866	1.554	1.459										
A.O. 27	28.738	27.531	32.213	32.055	29.319	151.207	163.486	177.138	176.916	178.167	151.207	151.207	151.207	151.207	151.207	2.335	2.335	2.335	2.335	2.362										
A.O. 28	40.938	39.860	44.207	43.986	42.459	215.496	236.698	243.093	238.783	249.016	236.698	236.698	236.698	236.698	236.698	3.944	3.917	3.586	3.473	3.473										
A.O. 29	16.538	15.211	16.918	16.830	15.791	87.012	90.324	93.034	90.269	86.852	90.324	90.324	90.324	90.324	90.324	1.237	1.161	995	1.045	1.045										
A.O. 30	23.380	23.242	26.679	26.552	32.792	123.015	138.017	144.968	144.968	152.729	138.017	138.017	138.017	138.017	138.017	2.466	2.479	2.371	2.296	2.345										
A.O. 31	29.411	27.965	27.188	27.188	27.188	154.744	166.061	174.053	183.470	198.5	166.061	166.061	166.061	166.061	166.061	1.744	1.744	1.744	1.838	1.752										
A.O. 32	30.527	27.117	31.202	31.055	28.550	160.616	161.024	171.361	167.388	189.0	161.024	161.024	161.024	161.024	161.024	1.736	1.736	1.633	1.517	1.517										
A.O. 33	23.048	23.775	30.272	30.150	27.598	121.264	141.180	166.466	155.068	160.942	141.180	141.180	141.180	141.180	141.180	1.806	1.754	1.715	1.722	1.636										
Totale Sicilia	214.105	205.078	230.688	229.041	223.674	1.126.504	1.217.794	1.293.103	1.278.698	1.317.982	1.217.794	1.217.794	1.217.794	1.217.794	1.217.794	16.383	16.383	16.383	15.957	15.589										
Totale Sud	411.135	394.988	419.089	416.621	402.954	1.918.420	2.026.733	2.123.561	2.173.623	2.232.561	2.026.733	2.026.733	2.026.733	2.026.733	2.026.733	33.444	32.758	30.945	30.747	32.185										
TSM/TA	1.174.986	1.154.627	1.162.955	1.169.829	1.166.829	6.301.236	6.373.546	7.114.197	7.292.288	7.472.622	6.373.546	6.373.546	6.373.546	6.373.546	6.373.546	142.335	138.492	138.492	141.728	142.887										

(Segue) Tab. All. 1 – Confronto 2014-2018 dei dati concernenti i Ricavi e i Costi presenti nei Conti Economici delle Aziende Ospedaliere (in migliaia di euro)

Aziende Ospedaliere e Universitarie (1)	Ricavi da trasferimento per attività "a funzione" come da CE (5)					Altri Ricavi come da CE (6)					Totale Ricavi come da CE (7)				
	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018
Totale Piemonte	606.148	627.983	678.053	680.408	681.939	111.765	144.926	143.259	152.756	113.607	2.008.979	2.097.627	2.161.877	2.181.452	2.138.666
A.O.1	31.600	34.500	40.908	41.647	45.163	8.909	10.756	11.843	14.590	5.881	147.155	155.520	163.793	164.981	168.849
A.O.2	66.200	74.041	89.816	97.021	10.730	14.850	14.151	49.551	13.118	267.195	286.328	303.036	319.094	332.581	
A.O.3	48.500	49.400	53.977	55.340	53.734	9.249	9.277	7.714	7.555	4.515	229.850	238.529	246.035	249.153	255.655
A.O.4	60.010	65.400	72.369	75.350	75.439	8.400	9.190	9.364	8.500	9.181	220.622	233.363	247.393	252.400	262.785
A.O.5	42.438	42.360	51.755	46.076	50.654	5.531	5.342	5.342	5.342	-3.130	168.926	171.079	185.272	176.802	176.887
A.O.6	357.400	362.282	369.228	394.630	294.928	73.454	94.942	94.845	63.887	84.042	975.221	1.012.806	1.016.328	1.008.322	941.909
A.O.7	138.891	136.414	165.421	120.010	111.750	-6.708	17.972	-11.858	32.525	45.018	552.840	580.552	581.423	613.825	613.827
A.O.8	107.643	107.643	121.234	107.626	131.529	10.969	9.347	17.958	31.118	-3.756	527.378	575.791	590.134	607.239	611.827
Totale Veneto	246.541	266.806	286.655	227.636	243.279	4.261	9.731	6.100	63.643	41.262	1.080.218	1.156.343	1.171.514	1.212.514	1.225.632
A.O.9	62.711	58.155	58.978	63.145	71.374	12.109	17.145	15.817	18.560	15.853	381.621	386.033	387.458	390.335	404.694
A.O.10	43.200	44.960	45.923	63.663	58.863	8.957	10.375	11.308	14.340	33.690	261.182	264.726	266.344	412.388	424.239
A.O.11	89.465	91.752	97.560	103.694	100.959	29.029	48.284	29.688	29.095	48.252	538.028	581.445	579.743	597.793	620.764
A.O.12	77.290	80.021	73.050	70.575	71.417	21.445	25.967	27.725	30.387	27.725	307.768	320.918	310.229	310.859	319.032
Totale Emilia Romagna**	272.666	280.088	275.517	237.932	302.613	71.630	101.771	85.200	88.346	125.520	1.308.590	1.353.122	1.384.323	1.711.175	1.768.729
Totale Nord	1.125.355	1.174.877	1.240.225	1.145.976	1.162.841	187.656	274.038	234.545	304.745	280.389	4.597.796	4.807.092	5.175.545	5.105.141	5.133.407
A.O.13	66.451	62.730	72.419	72.419	65.344	3.514	41.336	17.3	-3.929	11.692	217.830	218.782	221.547	231.819	235.483
A.O.14	91.200	102.162	94.570	88.831	74.503	20.208	18.638	10.794	13.453	18.451	376.362	382.876	381.445	388.573	395.786
Totale Marche	157.651	164.892	166.892	160.021	119.847	23.722	30.076	10.967	9.524	30.143	594.192	601.658	602.992	620.992	631.269
A.O.15	69.285	53.603	46.153	49.027	52.080	15.140	18.958	5.875	15.339	38.404	330.098	309.964	290.966	293.161	304.244
A.O.16	30.429	20.918	17.452	16.244	17.150	20.947	29.177	5.534	38.131	166.877	176.762	177.781	162.761	184.951	
A.O.17	106.828	85.192	81.914	81.444	85.428	29.370	30.508	38.406	24.373	26.674	452.353	440.938	447.196	440.356	456.153
A.O.18	23.952	20.043	18.632	18.618	25.684	14.761	14.351	13.984	20.361	13.024	175.701	175.748	177.384	191.191	199.628
A.O.19	35.118	34.016	33.981	38.947	40.050	7.426	9.887	8.324	8.975	5.120	224.930	237.693	240.403	251.926	254.800
A.O.20	266.312	213.774	198.112	204.280	220.392	84.087	93.575	105.766	84.642	121.353	1.349.959	1.341.105	1.333.730	1.339.601	1.399.776
Totale Lazio	423.963	378.666	365.101	340.239	340.239	102.779	123.827	116.733	94.166	151.496	1.944.151	1.942.763	1.936.722	1.959.993	2.031.045
A.O.21	188.356	156.616	155.241	160.500	152.643	1.858	-3.591	7.969	23.895	31.489	501.282	476.073	465.932	471.837	456.794
A.O.31	81.625	73.454	78.004	70.138	70.138	2.975	2.971	7.642	7.575	8.964	251.845	252.949	246.023	259.745	247.083
Totale Puglia	269.281	230.070	228.395	238.054	222.781	4.833	-720	15.611	31.770	40.453	753.127	729.022	711.955	731.582	703.877
A.O.22	83.950	87.790	66.398	72.140	60.264	5.549	4.765	4.330	4.280	7.917	168.765	191.056	190.139	196.633	196.497
A.O.23	66.200	66.222	58.416	43.626	43.626	6.454	12.201	6.109	5.338	3.466	170.224	176.279	168.555	162.027	161.421
A.O.24	14.349	444	22.888	17.594	17.594	5.969	9.886	4.996	6.952	6.364	37.952	54.550	76.319	84.212	83.936
A.O.25	63.996	58.681	58.579	59.323	49.689	8.886	12.708	6.832	5.760	7.475	168.219	165.804	170.596	178.452	186.435
Totale Calabria	228.495	213.137	206.281	192.683	171.173	26.858	39.362	22.257	22.430	25.222	585.160	587.689	605.609	628.289	628.289
A.O.26	67.730	67.494	67.685	58.646	56.821	11.715	5.580	10.539	8.203	11.479	194.076	195.444	200.658	199.301	199.957
A.O.27	80.684	74.643	75.078	74.559	76.706	4.172	8.639	2.739	10.125	9.890	238.366	249.091	257.290	267.125	267.125
A.O.28	139.702	145.198	142.094	138.190	132.712	32.415	19.009	14.562	16.833	40.637	391.492	404.849	403.666	386.942	425.338
A.O.29	103.931	88.302	79.646	65.797	62.287	5.524	3.641	7.606	11.621	13.918	197.698	185.504	181.447	168.662	165.602
A.O.30	57.620	54.844	54.525	61.581	73.327	3.587	4.157	3.837	4.426	4.426	283.943	198.845	209.778	212.730	232.377
A.O.31	131.790	122.478	109.141	106.019	116.767	5.403	4.157	6.624	18.710	17.018	195.122	294.569	293.626	300.870	319.007
A.O.32	167.800	165.573	149.380	130.427	153.340	19.446	20.861	36.929	39.398	25.102	349.735	349.207	359.626	338.746	357.661
A.O.33	93.812	92.770	79.042	78.493	80.718	-4.203	-2.576	8.459	7.017	9.401	212.679	233.128	255.682	242.300	252.247
Totale Sicilia	843.069	811.302	756.591	703.712	752.472	79.514	62.806	95.632	115.914	131.871	2.066.127	2.108.637	2.161.709	2.113.561	2.217.814
Totale Sud	1.341.545	1.254.509	1.191.267	1.134.449	1.146.426	110.205	101.348	133.500	168.994	197.546	3.404.414	3.425.348	3.479.273	3.466.467	3.549.990
ITALIA	2.890.863	2.808.052	2.796.593	2.649.496	406.640	499.211	484.792	567.905	629.431	9.946.361	10.175.203	10.159.780	10.531.601	10.714.072	

(Segue) Tab. All. 1 – Confronto 2014-2018 dei dati concernenti i Ricavi e i Costi presenti nei Conti Economici delle Aziende Ospedaliere (in migliaia di euro)

Aziende Ospedaliere e Unisalarie (1)	Costi per Acquisto di Beni come da CE (8)					Costi per Acquisto di Servizi non Sanitari come da CE (9)					Costi per il Personale come da CE (10)				
	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018
Totale Piemonte	468.092	512.767	529.237	546.800	583.702	184.263	180.580	179.170	178.888	189.714	203.343	196.459	191.006	200.074	1.012.971
A.O.1	45.969	51.422	55.241	57.241	61.256	13.188	11.700	11.094	10.499	11.586	68.937	68.500	68.242	66.571	68.433
A.O.2	64.774	74.082	76.095	78.570	85.724	25.817	26.899	27.121	28.120	27.987	124.323	130.325	133.059	133.700	137.482
A.O.3	57.713	60.923	64.109	65.142	71.931	33.247	33.804	35.232	37.082	31.658	118.070	118.070	117.977	118.078	120.267
A.O.4	52.129	55.272	61.916	63.900	68.560	24.369	23.655	23.471	24.100	25.993	108.828	112.093	113.350	113.550	117.297
A.O.5	37.781	40.423	42.051	44.735	49.026	16.597	16.599	16.768	17.598	25.249	91.452	91.452	91.121	93.734	
A.O.6	209.926	230.646	229.823	237.212	250.906	80.845	78.423	75.484	71.396	70.917	473.869	476.016	469.123	467.466	475.738
Totale Lombardia	180.174	204.019	200.265	174.441	120.030	60.575	60.297	54.561	52.588	53.272	208.069	209.259	210.304	214.789	
A.O.8	145.114	174.411	172.379	186.165	109.677	69.925	63.866	62.902	61.141	220.412	219.722	222.050	221.148	223.719	
Totale Veneto	325.288	378.430	372.644	306.195	130.510	128.147	118.427	115.490	114.413	124.226	427.791	431.465	431.462	438.508	
A.O.9	90.865	87.417	93.791	99.882	111.471	44.653	43.155	38.961	38.451	37.683	169.137	170.411	171.193	176.035	
A.O.10	54.987	58.822	60.574	102.295	101.645	31.250	30.996	27.073	27.527	62.478	110.715	111.171	111.411	112.144	
A.O.11	135.059	174.318	164.524	177.786	196.357	53.019	51.089	57.562	57.306	55.810	222.428	217.790	215.994	222.659	
A.O.12	60.468	69.659	66.769	69.822	76.848	47.169	46.543	44.684	40.817	46.832	124.263	123.733	120.203	125.724	
Totale Emilia Romagna**	347.379	390.416	385.458	449.585	486.551	176.791	171.783	168.280	194.501	202.801	624.694	621.831	510.019	629.909	
Totale Nord	1.134.759	1.281.613	1.287.339	1.392.580	1.474.332	491.554	480.510	465.877	488.879	506.930	2.033.263	2.046.081	1.932.370	2.051.438	
A.O.13	54.293	57.104	58.368	65.235	68.065	33.028	32.162	22.406	24.418	24.860	102.813	100.746	101.551	103.301	
A.O.14	108.958	122.782	120.650	126.471	137.065	24.831	23.369	23.471	22.306	21.901	161.704	159.555	161.828	166.898	
Totale Marche	163.551	179.886	179.018	191.706	205.130	47.859	46.531	45.877	46.724	46.761	264.517	260.301	263.379	270.199	
A.O.15	86.638	84.898	81.706	74.813	82.016	45.364	41.604	35.671	34.493	34.629	236.001	232.783	231.558	226.686	
A.O.16	38.729	43.674	45.850	48.172	55.220	28.036	30.036	28.705	28.169	25.460	123.966	122.989	123.684	122.805	
A.O.17	170.228	181.357	177.454	189.812	183.018	69.566	65.115	70.198	77.214	63.283	116.237	123.581	142.486	141.307	
A.O.18	62.116	60.353	62.234	72.944	83.812	33.210	32.955	25.706	24.162	24.802	89.507	90.359	90.553	90.197	
A.O.19	106.257	104.687	97.605	98.621	101.700	34.869	32.777	33.014	34.251	33.950	51.521	51.892	55.048	58.782	
Totale Lazio	463.968	474.969	464.849	484.362	505.766	211.045	202.487	193.294	198.289	182.124	617.232	621.604	643.329	639.777	
A.O.20	152.227	175.965	152.250	131.792	139.300	56.000	55.787	53.795	56.674	54.539	193.159	197.474	194.126	194.362	
A.O.21	78.259	82.473	74.060	80.436	70.035	27.251	27.667	26.114	28.088	27.733	108.993	109.989	111.581	112.148	
Totale Puglia	230.486	258.438	226.319	212.228	209.235	83.751	83.454	79.909	84.762	82.272	302.152	307.463	305.707	310.358	
A.O.22	37.379	40.174	41.988	44.511	48.072	25.728	26.232	27.362	27.170	26.468	102.133	101.131	100.768	101.621	
A.O.23	32.756	37.857	36.442	38.300	41.562	21.752	21.528	22.155	20.827	21.152	91.185	92.167	92.110	96.822	
A.O.24	22.286	22.540	23.150	32.502	37.872	7.248	7.150	6.988	7.935	7.935	32.281	32.455	32.015	38.050	
A.O.25	39.966	39.705	41.773	47.626	54.692	16.676	15.726	16.056	17.409	17.922	82.873	81.080	83.613	89.528	
Totale Calabria	132.387	140.276	143.353	162.739	162.928	71.004	71.086	72.561	73.341	73.477	309.142	306.833	308.506	324.309	
A.O.26	44.904	47.546	50.062	54.008	56.727	21.458	21.339	20.149	21.768	21.768	83.149	83.514	82.904	85.240	
A.O.27	56.307	68.120	69.107	71.428	76.903	17.457	16.890	16.472	17.907	19.336	113.964	113.706	118.696	120.310	
A.O.28	116.388	139.112	139.517	138.093	150.665	28.315	27.696	28.383	31.077	31.077	151.990	149.678	149.251	151.313	
A.O.29	32.779	35.358	35.993	38.528	38.770	14.171	12.865	13.256	13.560	14.526	96.926	92.886	86.392	77.251	
A.O.30	43.988	58.936	57.888	63.248	74.533	20.430	18.338	18.865	22.030	23.665	140.907	141.391	141.780	142.838	
A.O.31	73.319	81.139	78.493	85.622	87.748	24.549	24.050	24.766	24.526	25.510	80.707	80.983	90.339	66.030	
A.O.32	76.283	75.215	80.939	78.063	85.576	24.950	23.617	19.254	18.243	17.926	161.480	158.094	154.749	155.264	
A.O.33	62.848	83.827	87.994	79.596	81.307	13.067	14.543	15.251	14.121	15.856	60.096	61.179	62.852	63.533	
Totale Sicilia	507.016	589.253	599.998	683.854	651.857	164.397	158.259	157.099	159.219	169.664	890.463	890.463	881.892	857.596	
Totale Sud	869.889	987.967	969.670	1.038.354	1.043.290	319.552	312.729	309.569	317.322	325.413	1.504.727	1.504.727	1.486.105	1.488.416	
ITALIA	2.632.167	2.924.435	2.900.876	3.052.002	3.228.518	1.070.010	1.042.327	1.014.617	1.051.214	1.061.228	4.422.569	4.432.713	4.433.183	4.449.829	

(Segue) Tab. All. 1 – Confronto 2014-2018 dei dati concernenti i Ricavi e i Costi presenti nei Conti Economici delle Aziende Ospedaliere (in migliaia di euro)

Aziende Ospedaliere e Unisalarie (1)	Accantonamenti come da CE (11)					Altri Costi come da CE (12)				
	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018
A.O. 1	306	350	472	2.337	570	24.951	24.078	23.520	23.167	25.001
A.O. 2	593	1.906	300	4.137	5.948	55.472	58.841	63.168	76.653	66.989
A.O. 3	142	169	849	1.628	1.643	28.722	26.975	27.634	28.493	27.458
A.O. 4	645	1.486	1.301	1.120	1.209	36.211	39.278	36.888	35.230	43.000
A.O. 5	679	2.129	1.958	1.804	1.889	23.111	26.420	26.716	27.896	9.199
A.O. 6	13.853	12.236	15.124	20.062	22.737	204.449	200.390	206.214	205.000	216.080
Totale Piemonte	16.218	18.276	20.004	30.788	33.496	372.916	375.982	384.149	396.439	387.537
A.O. 7	18.020	10.763	12.781	15.445	15.267	98.716	96.835	98.058	99.209	103.318
A.O. 8	4.741	7.694	17.586	17.776	20.864	74.354	86.775	95.171	99.280	98.143
Totale Veneto	22.761	18.457	30.367	33.221	36.313	173.070	183.610	193.229	198.489	201.461
A.O. 9	3.225	5.180	8.489	4.831	6.657	65.558	70.544	64.036	64.117	66.859
A.O. 10	2.807	21.082	11.648	10.251	8.044	109.213	110.837	122.452	117.318	119.894
A.O. 11	2.387	4.539	4.935	4.671	6.481	63.570	62.488	172.500	64.599	56.624
Totale Emilia Romagna**	36.012	36.147	35.479	28.892	30.689	290.376	294.252	407.960	369.882	373.001
Totale Nord	75.591	72.880	85.850	92.901	100.307	836.362	833.844	985.338	964.810	961.999
A.O. 13	7.983	7.494	9.630	7.934	3.426	23.941	23.682	23.441	24.182	27.070
A.O. 14	11.352	9.009	8.415	9.402	9.712	58.639	56.715	57.921	57.164	59.432
Totale Marche	19.335	16.503	18.045	17.336	13.138	82.580	80.397	81.362	81.346	86.502
A.O. 15	10.873	7.486	16.580	15.980	10.358	87.503	76.387	65.353	60.306	59.720
A.O. 16	10.944	17.865	6.455	9.246	8.880	35.163	43.305	42.627	23.216	36.640
A.O. 17	46.943	37.404	40.816	12.488	10.823	124.487	125.606	130.571	118.127	127.168
A.O. 18	6.720	6.462	7.483	8.176	6.663	33.963	37.064	34.093	31.719	26.530
A.O. 19	7.109	9.830	10.640	6.401	5.900	82.692	77.907	71.573	62.988	63.660
A.O. 20	81.689	79.045	81.974	52.291	42.524	363.815	360.269	344.217	296.856	313.718
Totale Lazio	101.024	95.546	100.019	69.027	55.662	446.395	440.666	425.579	378.202	400.220
A.O. 21	14.375	2.014	3.099	8.852	12.619	63.037	60.617	70.429	70.985	81.006
A.O. 31	5.818	4.876	3.753	6.004	7.591	20.500	20.363	22.416	23.856	19.803
Totale Puglia	19.893	6.890	6.852	14.856	20.210	83.627	80.980	92.845	94.841	100.809
A.O. 22	6.403	6.873	4.096	4.982	4.685	12.275	14.466	14.858	13.264	11.554
A.O. 23	1.250	1.315	1.305	2.079	1.481	15.356	18.250	18.734	14.457	11.554
A.O. 24	2.280	2.295	2.850	551	773	9.783	14.747	27.016	14.239	11.323
A.O. 25	2.943	3.314	2.545	1.903	2.075	18.438	18.705	19.483	19.914	18.760
Totale Calabria	12.876	13.771	10.806	8.941	9.612	54.977	63.274	79.607	66.151	56.094
A.O. 26	9.047	8.994	15.268	7.801	5.012	25.011	25.819	25.819	27.343	27.399
A.O. 27	10.758	10.026	10.218	7.039	4.940	28.127	29.951	38.611	40.904	38.579
A.O. 28	13.851	17.167	18.468	16.483	7.514	66.023	60.643	54.748	43.943	76.653
A.O. 29	11.283	10.825	17.986	8.837	5.366	28.389	23.549	25.595	23.909	22.314
A.O. 30	8.131	6.010	8.835	4.694	4.155	19.480	18.052	27.412	49.867	41.099
A.O. 31	8.714	12.737	8.333	7.814	12.297	27.185	23.732	32.002	32.871	37.876
A.O. 32	18.689	23.436	31.623	15.041	16.288	52.843	56.335	61.663	60.262	71.275
A.O. 33	3.277	3.708	4.269	3.678	4.332	62.341	60.564	75.464	73.624	77.061
Totale Sicilia	85.510	92.903	115.020	71.387	64.804	309.403	299.623	341.114	352.813	392.257
Totale Sud	115.519	113.564	132.678	95.184	94.026	448.007	443.877	513.566	513.805	549.160
ITALIA	292.134	281.992	318.547	257.712	250.595	1.730.764	1.738.387	1.924.483	1.856.817	1.911.370

(Segue) Tab. All. I – Confronto 2014-2018 dei dati concernenti i Ricavi e i Costi presenti nei Conti Economici delle Aziende Ospedaliere (in migliaia di euro)

Aziende Ospedaliere e Universitarie (1)	Totale Costi come da CE (13)					Risultato di Esercizio come da CE (14)									
	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018
Aziende Ospedaliere e Universitarie (1)															
A.O.1	153.351	155.550	158.578	159.815	166.846	-10.147	-7.716	0	1926	0	-18.864	-6.428	-2.406	-	-
A.O.2	270.979	292.053	297.743	321.180	323.940	-12.832	-18.864	-6.428	-2.406	1.156	-	-	-	-	-
A.O.3	226.382	229.940	235.801	240.716	249.381	-5.619	-4.486	-	1.180	-	-	-	-	-	-
A.O.4	222.384	231.784	236.926	237.500	256.339	-5.737	-4.486	-	1.180	-	-	-	-	-	-
A.O.5	169.596	177.026	178.748	182.643	174.996	-8.452	-6.568	-	-1.495	-3.818	-	-	-	-	-
A.O.6	982.942	997.711	995.770	1.001.138	1.036.998	-30.648	-15.081	-11.040	-17.478	-120.997	-	-	-	-	-
Totale Piemonte	2.025.832	2.084.064	2.103.566	2.142.992	2.207.420	-73.435	-52.715	-17.468	-18.273	-123.659	-	-	-	-	-
A.O.7	561.299	579.983	574.960	587.576	601.048	-22.835	-17.047	-	-	-	-	-	-	-	-
A.O.8	514.346	556.432	571.052	587.271	593.344	-13.451	1.000	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale Veneto	1.075.645	1.136.415	1.146.012	1.174.847	1.194.392	-36.286	-17.047	-10.491	-	-	-	-	-	-	-
A.O.9	370.686	375.433	375.688	378.274	398.705	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A.O.10	253.312	256.698	258.437	265.023	281.762	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A.O.11	547.797	575.336	571.980	585.720	610.280	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A.O.12	298.057	306.962	301.091	303.752	312.509	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale Emilia Romagna**	1.469.852	1.514.429	1.507.196	1.672.769	1.740.256	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale Nord	4.571.928	4.734.928	4.756.774	4.990.608	5.142.268	-109.721	-69.762	-27.959	-18.273	-123.659	-	-	-	-	-
A.O.13	212.358	212.188	215.396	225.070	228.351	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A.O.14	365.484	371.430	372.285	382.241	400.509	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale Marche	577.842	583.618	587.681	607.311	628.860	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A.O.15	466.384	443.138	430.868	412.778	413.324	-158.632	-161.709	-155.718	-130.712	-116.314	-	-	-	-	-
A.O.16	256.438	257.867	247.321	231.608	250.218	-102.291	-98.853	-81.733	-83.599	-77.401	-	-	-	-	-
A.O.17	526.961	535.063	561.525	538.948	530.311	-74.610	-92.543	-140.252	-104.166	-87.743	-	-	-	-	-
A.O.18	225.518	227.193	220.069	227.198	232.913	-53.708	-54.160	-49.108	-41.510	-40.432	-	-	-	-	-
A.O.19	282.448	277.093	267.880	261.043	264.265	-73.601	-62.567	-41.794	-24.902	-19.500	-	-	-	-	-
Totale Lazio	1.737.749	1.738.374	1.727.663	1.671.575	1.690.941	-462.842	-469.922	-468.605	-384.889	-341.390	-	-	-	-	-
Totale Centro	2.315.391	2.321.992	2.312.344	2.278.836	2.319.801	-462.842	-469.922	-468.605	-384.889	-341.390	-	-	-	-	-
A.O.20	478.798	491.857	473.708	462.665	483.040	0	-28.102	-19.736	-9.740	-41.114	-	-	-	-	-
A.O.31	241.111	245.368	237.924	250.532	239.844	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale Puglia	719.909	737.225	711.632	713.197	722.884	0	-28.102	-19.736	-9.740	-41.114	-	-	-	-	-
A.O.22	183.918	188.876	189.072	191.348	191.938	-6007	-1880	0	0	0	0	0	0	0	0
A.O.23	162.094	168.647	170.272	176.188	178.584	-3764	-2265	0	-12.930	-27.743	-	-	-	-	-
A.O.24	73.878	79.187	92.019	93.277	97.536	-14.562	-29.858	-42.000	-12.319	-20.942	-	-	-	-	-
A.O.25	160.896	158.530	163.470	174.668	182.977	-17.377	-20.279	0	-	-	-	-	-	-	-
Totale Calabria	580.786	595.240	614.833	635.481	651.025	-41.710	-54.282	-42.000	-25.249	-48.685	-	-	-	-	-
A.O.26	183.569	187.996	195.392	193.094	196.166	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A.O.27	226.613	238.693	249.033	255.974	259.696	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A.O.28	375.549	393.211	389.880	378.216	419.675	788	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A.O.29	183.348	175.483	179.027	162.281	158.287	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A.O.30	179.780	191.319	203.339	205.869	225.278	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A.O.31	274.874	283.049	284.394	292.543	306.269	245.6	2680	0	-	-	-	-	-	-	-
A.O.32	334.247	336.897	348.228	326.873	348.399	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A.O.33	201.629	223.821	246.030	234.552	243.187	2209	0	1120	-	-	-	-	-	-	-
Totale Sicilia	1.959.829	2.030.469	2.095.123	2.049.402	2.156.937	5.453	2.680	1.120	2.680	1.120	-	-	-	-	-
Totale Sud	3.260.524	3.362.934	3.421.588	3.398.080	3.530.866	-36.257	-79.704	-60.616	-34.989	-88.133	-	-	-	-	-
ITALIA	10.147.644	10.419.854	10.493.706	10.667.574	10.992.935	-608.820	-619.388	-557.180	-438.151	-553.182	-	-	-	-	-

NOTE

- (*) I dati dei Conti Economici si riferiscono ai Bilanci di Esercizio approvati e pubblicati.
- (**) Si tenga presente che in due Aziende Ospedaliere si sono avute delle trasformazioni: in un caso un'Azienda Ospedaliera è transitata all'interno della AUSL nell'anno 2016 e in un altro caso si è attivata una sperimentazione gestionale tra un'Azienda Ospedaliera e un ospedale minore, nell'anno 2017. È evidente che questo comporta dei limiti per quanto riguarda il confronto quinquennale dovendo tener presente che i dati possono aver subito un "rimbalzo" verso l'alto.
- 1 Tra le Aziende Ospedaliere e le Aziende Ospedaliere Universitarie vanno ricordati due fenomeni di "intreccio" che riguardano l'Azienda Ospedaliera dell'Emilia Romagna che è transitata nella corrispondente AUSL (nel 2016) e una seconda Azienda Ospedaliera Universitaria che è in sperimentazione gestionale dal 2017 insieme ad un ospedale minore (pertanto i dati non sono confrontabili su più anni).
 - 2 I numeri dei ricoveri ordinari e in *day hospital* sono parzialmente arrotondati.
 - 3 Il Totale delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria fa riferimento al Codice A00320.
 - 4 I Ricavi derivanti dalla compartecipazione alla spesa (Ticket) fanno riferimento al Codice A0940.
 - 5 I Ricavi da trasferimento per "Attività a funzione" fanno riferimento al Codice A0030.
 - 6 Gli Altri Ricavi sono la risultanza della differenza tra il totale dei Ricavi riportato nel Conto Economico sulla base del Codice AZ999 e la somma dei Ricavi da prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria + i Ricavi da ticket + i Ricavi per attività "a funzione".
 - 7 Il Totale dei ricavi riporta il valore esposto nel Conto Economico come da Codice AZ999.
 - 8 L'Acquisto di beni fa riferimento al Codice BA010.
 - 9 L'Acquisto di servizi non sanitari (prevalentemente esternalizzati/appaltati) fa riferimento al Codice BA1570.
 - 10 I Costi del personale dipendente fanno riferimento al Codice BA2080.
 - 11 Gli Accantonamenti fanno riferimento al Codice BA2690.
 - 12 Gli Altri costi sono stati calcolati come differenza il Totale Costi (come da Codice BZ999) e la somma dei Costi per Acquisto di beni + l'Acquisto di servizi + i Costi per il personale + i relativi Accantonamenti.
 - 13 Il Totale dei costi è stato riportato come da Codice BZ999.
 - 14 Il Risultato di esercizio è stato riportato come da Codice ZZ999.

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

- l'andamento dei Ricavi derivanti da attività "a funzione", tenendo conto dell'incidenza percentuale di tali Ricavi su quelli derivanti da Prestazioni sanitarie e da Ticket, ma calcolando anche l'incidenza sulla base del meccanismo previsto dal 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. Si ricorda che tale Decreto 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 i Conti Economici del 2016 delle Aziende Ospedaliere potevano incorporare questa disposizione, mentre gli Ospedali a gestione diretta avrebbero dovuto incorporarla a partire dall'Esercizio 2017 (ma tale estensione è stata sospesa);
- e infine l'andamento dell'incidenza dei Risultati di esercizio, nel corso degli ultimi cinque anni, sul totale dei Ricavi da prestazioni sanitarie + i Ricavi da ticket.

Il commento dei quattro andamenti appena ricordati trova posto nel paragrafo 3.3 della Parte prima del presente Rapporto.

La seconda metodologia utilizzata è quella delle indagini di campo su campioni rappresentativi nazionali: la prima si è rivolta alla popolazione adulta da 18 anni in poi e la seconda ha preso in considerazione i *caregiver* cioè quel componente della famiglia cui fanno capo di solito le decisioni e il sostegno concreto in campo sanitario e socioassistenziale che riguarda lo stesso *caregiver* e i membri della propria famiglia.

La prima indagine è basata innanzitutto su un *set* di domande che misurano l'evoluzione, nel corso degli anni, di conoscenze, comportamenti, opinioni e valutazioni da parte sia degli utenti effettivi dei servizi ospedalieri nel corso degli ultimi dodici mesi sia dei cittadini nel loro complesso.

I temi affrontati riguardano le modalità di accesso a tali servizi, la conoscenza delle alternative possibili di ricovero tra il pubblico e l'accreditato (senza oneri per il paziente), la qualità percepita dei servizi stessi, nonché il giudizio di insieme sul sistema ospedaliero misto che caratterizza il nostro Paese. Il tutto tenendo conto delle diverse tipologie di strutture di ricovero esistenti e cioè ospedali pubblici, ospedali accreditati e cliniche private a pagamento.

Allo scopo è stato somministrato il consueto questionario congiunturale che contiene (nella prima Sezione):

- a) alcune domande indirizzate specificamente agli utilizzatori di servizi ospedalieri, con un'attenzione posta:
 - sul tipo di servizio utilizzato;

- sulla tipologia di ospedale cui ci si è rivolti (pubblico, 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 di utilizzare una struttura ospedaliera l’ultima volta in cui ciò è avvenuto;
 - e sul livello di “fedeltà” cioè sulla propensione ad utilizzare la stessa struttura ospedaliera a cui si è rivolto l’ultima volta;
- 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 accreditati per i quali non esistono oneri aggiuntivi per i pazienti;
 - la possibilità di scegliere anche ospedali appartenenti a Regioni diverse rispetto a quella in cui risiede l’intervistato;
 - la conoscenza della Direttiva Europea 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 Nazionale (anche se tale opportunità resta subordinata ad un’autorizzazione preventiva della Asl di riferimento e al pagamento anticipato delle spese, successivamente rimborsate);
 - 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 positivo/negativo nei confronti degli ospedali italiani, con riferimento alle tre tipologie di ospedali: pubblici, accreditati e cliniche private;
 - la valutazione di alcune affermazioni concernenti l’importanza del sistema misto pubblico-accreditato come un’offerta integrata a tutti gli effetti e su cui sarebbe necessario – tra l’altro – fornire un’informazione più precisa da parte del Servizio Sanitario Nazionale;
 - la disponibilità dell’intervistato a sostenere idealmente qualche onere aggiuntivo pur di avere una più ampia possibilità di scelta rispetto ad oggi.

A questa prima sezione del questionario è stata aggiunta quest'anno una Sezione, dedicata innanzitutto al monitoraggio dell'andamento delle esperienze di liste di attesa e dell'accesso al Pronto Soccorso, con riferimento sempre agli ultimi dodici mesi. Più precisamente le domande hanno riguardato:

- le esperienze avute o meno in tema di liste di attesa per prestazioni Asl, il tipo di disagio di cui si era portatori, la tipologia di prestazioni cui si era interessati, la lunghezza delle relative liste di attesa, i comportamenti posti in atto (l'attesa con pazienza del proprio turno oppure la ricerca di soluzioni alternative);
- le esperienze avute o meno, sempre nel corso degli ultimi dodici mesi, in tema di liste di attesa per il ricovero vero e proprio in ospedale sia per interventi chirurgici e/o cure di tipo grave-serio che di tipo leggero, con la relativa durata e con i comportamenti adottati (di attesa con pazienza o di ricerca di alternative);
- ed ancora le esperienze avute o meno di accesso al Pronto Soccorso, le ragioni che hanno spinto ad utilizzare tale servizio, la lunghezza delle attese per ottenere le prestazioni, le modalità con cui si è stati trattati ed il giudizio di soddisfazione complessivo rispetto ai servizi di Pronto Soccorso utilizzati;
- e infine le propensioni della popolazione, in presenza di un problema serio e/o urgente di salute (o ritenuto tale), ad utilizzare il servizio di Pronto Soccorso come “alternativa” rispetto ai servizi territoriali e alla lunghezza delle liste di attesa.

Sono state poi rivolte ulteriori domande – sempre nell'ambito della seconda Sezione – orientate ad allargare l'analisi delle liste di attesa, ma questa volta con riferimento in *day hospital*, in *day service* (di tipo medico-ambulatoriale) e in *day service* (di tipo chirurgico-ambulatoriale), con i relativi comportamenti adottati dagli intervistati (di paziente attesa o di ricerca di alternative); si sono anche registrati gli eventuali costi sostenuti attraverso ticket, di superticket o di altre spese, per finire con la sensazione di esser stati o meno messi al centro dell'attenzione in quanto pazienti, a cui si è aggiunta una domanda relativa alla soddisfazione/insoddisfazione complessiva delle prestazioni appena ricordate.

Infine si è chiesto anche quali siano state le esperienze degli intervistati nell'ambito di ricoveri (chirurgici di tipo leggero, chirurgici di tipo grave, malattie di tipo leggero o malattie di tipo grave) oppure prestazioni in *day hospital*, in *day service* (di tipo medico-ambulatoriale) o in *day service* (di tipo chirurgico-ambulatoriale), per finire con un giudizio di soddisfazione nei confronti dei servizi sanitari e socioassistenziali presenti nella Regione

dell'intervistato, nonché specificamente degli ospedali che vi operano: tenendo conto delle opinioni di coloro che possono aver avuto o non aver avuto occasione di utilizzare tali servizi negli ultimi dodici mesi.

Dunque la seconda Sezione del questionario ha effettuato, da un lato una sorta di monitoraggio dell'andamento della domanda di servizi attraverso il meccanismo delle liste di attesa e che sono state allargate alle prestazioni in *day hospital* e in *day service* per meglio comprendere il processo di “de-ospedalizzazione” in corso da tempo.

La rilevazione – effettuata tramite questionario – è condotta utilizzando un apposito panel (Telepanel) che è basato su un campione rappresentativo della popolazione italiana di 2.000 famiglie. La metodologia di costruzione di tale campione è basata su una stratificazione proporzionale per “celle di campionamento” così da garantire la rappresentatività secondo le principali variabili sociodemografiche del sesso (2 livelli), dell'età (5 livelli), dell'istruzione (4 livelli), della condizione lavorativa (8 livelli), della ripartizione geografica (7 livelli), dell'ampiezza del comune di residenza (5 livelli): per un totale di 31 celle di campionamento. Sulla base dei dati demografici Istat 2016 è stato determinato il numero degli italiani adulti presenti in ciascuna delle celle suddette sia in termini assoluti che percentuali, con riferimento perciò ad una popolazione pari a 49.424.499 individui (cfr. tabella All. 2).

L'attività di somministrazione del questionario ha avuto luogo nel corso del mese di settembre 2019, ottenendo 3.802 questionari validi, le cui quote sono state successivamente corrette mediante un'apposita ponderazione, riferita alle variabili sociodemografiche con cui è stato strutturato il campione (cfr. tabella All. 2).

L'errore campionario, con un intervallo di confidenza pari al 95%, risulta essere del $\pm 1,59\%$.

Le informazioni così raccolte sono state elaborate in modo tale da ottenere delle tabelle di distribuzione semplice, sulla cui base di è proceduto ad effettuare anche degli appositi incroci, utilizzando dei gruppi di variabili ritenute particolarmente significative così come viene illustrato nel successivo capitolo 3 degli Allegati.

I risultati complessivi dell'indagine, con riferimento alle risposte ottenute tramite il questionario, trovano posto – con il relativo commento – all'interno della Parte seconda del Rapporto.

Il profilo socioanagrafico dei rispondenti, opportunamente ponderati come appena ricordato, viene fornito dalle tabelle che vanno dalla tabella All. 3 alla tabella All. 9.

Tab. All. 2 – Confronto universo-campione, con riferimento all'indagine sulla popolazione (individui da 18 anni in poi)

Variabili strutturali	Universo		Rispondenti grezzi (2019)		Rispondenti ponderati (2019)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
SESSO						
Maschi	23.586.982	47,7	1.641	43,2	1.918	47,7
Femmine	25.837.517	52,3	2.161	56,8	2.102	52,3
Totale	49.424.499	100,0	3.802	100,0	4.020	100,0
AMPIEZZA CENTRO						
Fino a 5.000 abitanti	8.664.530	17,5	539	14,2	703	17,5
5.001 - 20.000 abitanti	14.827.458	30,0	972	25,6	1.210	30,1
20.001 - 50.000 abitanti	9.207.758	18,6	734	19,3	748	18,6
50.001 - 100.000 abitanti	5.239.541	10,6	541	14,2	426	10,6
Oltre 100.000 abitanti	11.485.212	23,2	1.016	26,7	933	23,2
Totale	49.424.499	100,0	3.802	100,0	4.020	100,0
REGIONE NIELSEN						
Piemonte+Liguria+Valle d'Aosta	5.150.039	10,4	480	12,6	418	10,4
Lombardia	8.065.824	16,3	815	21,4	656	16,3
Triveneto	5.901.062	11,9	409	10,8	479	11,9
Emilia Romagna	3.657.153	7,4	294	7,7	298	7,4
Toscana+Marche+Umbria+Sardegna	6.548.538	13,2	497	13,1	531	13,2
Lazio	4.591.716	9,3	309	8,1	374	9,3
Abruzzo+Molise+Campania+Puglia	9.321.821	18,9	577	15,2	761	18,9
Sicilia+Calabria+Basilicata	6.188.345	12,5	421	11,1	503	12,5
Totale	49.424.499	100,0	3.802	100,0	4.020	100,0
ISTRUZIONE						
Nessun titolo/Licenza elementare	11.450.263	23,2	38	1,0	933	23,2
Licenza media inferiore	17.545.950	35,5	424	11,2	1.427	35,5
Diploma media superiore	14.724.308	29,8	1.911	50,3	1.198	29,8
Laurea breve, laurea, dottorato	5.703.978	11,5	1.429	37,6	462	11,5
Totale	49.424.499	100,0	3.802	100,0	4.020	100,0
ETÀ						
Da 18 a 24 anni	4.240.198	8,6	135	3,6	346	8,6
Da 25 a 34 anni	7.057.113	14,3	461	12,1	575	14,3
Da 35 a 44 anni	9.360.064	18,9	980	25,8	760	18,9
Da 45 a 54 anni	8.915.288	18,0	1.069	28,1	724	18,0
Da 55 a 64 anni	7.467.295	15,1	659	17,3	607	15,1
Oltre 64 anni	12.384.541	25,1	498	13,1	1.009	25,1
Totale	49.424.499	100,0	3.802	100,0	4.020	100,0
PROFESSIONE						
Lavoratore autonomo	5.624.780	11,4	424	11,2	458	11,4
Lavoratore dipendente	9.332.266	18,9	1.785	46,9	760	18,9
Operaio	7.602.018	15,4	185	4,9	619	15,4
Casalinga	8.322.598	16,8	429	11,3	675	16,8
Pensionato	11.467.163	23,2	517	13,6	933	23,2
In cerca di occupazione	2.016.961	4,1	268	7,0	165	4,1
Altro	5.058.713	10,2	194	5,1	410	10,2
Totale	49.424.499	100,0	3.802	100,0	4.020	100,0

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. All. 3 – Sesso dell'intervistato (val. %)

Sesso	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
- Maschio	47,7	47,7	47,7	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	52,3	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	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	4.020	4.020	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 Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. All. 4 – Et  dell'intervistato (val. %)

Anni	2019	2018	2017	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	8,6	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	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	36,9	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	40,2	40,2	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	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	4.020	4.020	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 Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. All. 5 – Ripartizione di residenza dell'intervistato (val. %)

Ripartizione	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
- Nord-Ovest	26,7	26,7	26,7	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	19,3	19,3	19,3	19,2	19,2	19,2	19,2	19,1
- Centro	18,7	19,3	18,1	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	35,2	34,7	35,9	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	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	4.020	4.020	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 Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. All. 6 – Ampiezza del comune di residenza dell'intervistato (val. %)

Ampiezza	2019	2018	2017	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	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	29,2	29,2	29,2	29,7	39,7	29,5	29,2	29,4	29,1	28,4	28,4
- Oltre 100.000 ab.	23,2	23,2	23,2	23,2	23,2	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	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	4.020	4.020	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 Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. All. 7 – Professione dell'intervistato (val. %)

Professione	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
- Lavoratore autonomo	11,4	11,4	11,4	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	18,8	18,9	18,9	18,9	18,9	18,5	18,5	18,8	19,0	18,6	18,1	18,2	33,8
- Operato	15,4	15,4	15,4	15,4	15,4	15,4	15,4	16,2	16,2	16,4	15,9	15,7	15,6	15,6	-
- Casalinga/Pensionato	40,0	39,8	40,0	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	2,4	4,2	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	12,1	10,2	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	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	4.020	4.020	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 Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. All. 8 – Titolo di studio dell'intervistato (val. %)

Titolo	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
- Nessun titolo/ Lic. elem.	23,2	23,2	23,2	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 inf. Diploma media sup./ Laurea breve, Laurea, Dottorato	35,5	35,5	35,5	35,5	35,5	35,5	35,5	35,5	35,5	35,4	35,0	34,6	34,5	36,3	36,3
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.	4.020	4.020	4.020	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 Ermeneya – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Tab. All. 9 – Livello socioeconomico stimato dell'intervistato (val. %)

Livello	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
- Basso/Medio basso	47,3	46,9	50,3	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	42,9	44,4	44,5	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	9,8	8,7	5,2	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	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	4.020	4.020	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 Ermeneya – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

La seconda rilevazione riguarda un campione di *caregiver* ovvero quei componenti della famiglia a cui fanno capo di solito le decisioni e il sostegno concreto in campo sanitario e socioassistenziale, che hanno a che fare con la scelta dei servizi, con la cura, con l'assistenza diretta (e con l'individuazione di quella fornita da altri soggetti) come pure il disbrigo delle pratiche burocratiche necessarie, con riferimento alla stessa persona del *caregiver* e/o agli altri membri della famiglia.

L'oggetto della suddetta indagine ha ripercorso le esperienze avute in ambito ospedaliero sul piano delle liste di attesa per i ricoveri nonché delle liste di attesa per le prestazioni in *day hospital*, in *day service* di tipo medico-ambulatoriale e in *day service* di tipo chirurgico-ambulatoriale a cui si sono aggiunte le eventuali debolezze dei sistemi di "giunzione" al momento dell'ingresso e della permanenza in ospedale come pure al momento dell'uscita da quest'ultimo e dell'eventuale passaggio a strutture di tipo post-ospedaliero: a queste ultime è stata dedicata una specifica attenzione. Il relativo questionario risulta strutturato nel modo che segue:

- *Sezione 1 – Le esperienze avute in ambito ospedaliero*, diretta a registrare innanzitutto le esperienze di ricovero sia per interventi/cure di tipo grave-serio sia per quelle di tipo leggero, nonché per le prestazioni in *day hospital* e in *day service*, nel corso degli ultimi dodici mesi; inoltre si è approfondito il tema delle liste di attesa e della loro lunghezza, nonché dei relativi comportamenti da parte del *caregiver* e/o degli altri membri della famiglia, tenendo anche conto del tipo di strutture utilizzate (ospedali pubblici, Asl, ospedali accreditati, cliniche private a pagamento pieno); inoltre sono stati posti sotto osservazione gli eventuali costi sostenuti dalla famiglia come ticket, superticket o altre spese. Infine è stata chiesta la valutazione, in particolare, delle prestazioni utilizzate degli intervistati;
- *Sezione 2 – Le eventuali debolezze dei sistemi di "giunzione" al momento dell'ingresso e della permanenza in ospedale*, volta ad esplorare le difficoltà affrontate, sempre nel corso degli ultimi dodici mesi, dagli effettivi utilizzatori delle strutture ospedaliere sia per individuare inizialmente la struttura più opportuna per il paziente sia per relazionarsi, all'interno di quest'ultima, con i diversi operatori e con l'organizzazione interna; è stata poi raccolta la valutazione dell'esperienza avuta dai *caregiver* e/o dagli altri membri della famiglia così da misurare la "medietà" delle prestazioni fornite dalle strutture ospedaliere presenti nella Regione degli intervistati. E ancora sono state raccolte le eventuali reazioni dei *caregiver* nel caso essi (o altri membri della famiglia) abbiano affrontato eventuali disagi presso strutture ospedaliere pubbliche, avendo fatto di conseguenza ri-

corso ad ospedali accreditati o a cliniche private a pagamento: evidenziando, anche in questo caso, le specifiche ragioni di tale comportamento. Successivamente è stata verificata la propensione ad utilizzare strutture ospedaliere presenti in altre Regioni rispetto a quella di residenza dell'intervistato come pure si è indagata la propensione (teorica) di ricorrere al Pronto Soccorso nel caso si avesse un problema serio e/o urgente di salute (o ritenuto tale): allo scopo di abbreviare le attese, di ottenere le prestazioni desiderate o di poter avvalersi degli specialisti di cui ci si fida o ancora di poter essere ricoverati direttamente passando dal Pronto Soccorso. E infine si è chiesto quale sia il giudizio di soddisfazione/insoddisfazione rispetto ai servizi sanitari e socioassistenziali nonché rispetto agli ospedali presenti nella Regione di residenza sia che gli intervistati abbiano o non abbiano avuto occasione di utilizzare tali servizi nel corso degli ultimi dodici mesi;

- *Sezione 3 – Le eventuali debolezze dei sistemi di “giunzione” al momento dell’uscita dall’ospedale e del passaggio a strutture di tipo post-ospedaliero*, indirizzata a raccogliere specificamente le eventuali difficoltà incontrate rispetto al momento delle dimissioni da tali strutture, dopo l'intervento e/o la degenza sia per disagi di tipo grave che di tipo leggero. Sono poi state aggiunte alcune domande concernenti l'eventuale accesso, nel corso degli ultimi tre anni, ai servizi di riabilitazione, di lungodegenza, di RSA oppure ai servizi di assistenza a domicilio: approfondendo le diverse tipologie di riabilitazione utilizzate (cardiologica, neurologica, ortopedica oppure intensiva, intensiva ad alta specializzazione, estensiva ed infine di lunga durata). In parallelo si è chiesto anche di dichiarare quale sia il livello di informazione degli intervistati circa la presenza o meno nell'ambito della Regione di residenza delle strutture post-ricovero appena ricordate e della loro adeguatezza sul piano quantitativo come pure su quello qualitativo dei servizi forniti.

Con riferimento a quest'ultimo tipo di strutture si è chiesto agli intervistati quale sia la loro valutazione, in termini di soddisfazione/insoddisfazione, dei servizi utilizzati, raccogliendo le ragioni dell'eventuale insoddisfazione come pure della propensione a fare ricorso a strutture di riabilitazione e/o di lungodegenza presenti in altre Regioni italiane rispetto a quella di residenza, anche in questo caso con la specifica delle ragioni che hanno motivato o che motiverebbero tale orientamento.

Infine sono state sottoposte al giudizio degli intervistati una serie di proposte che potrebbero migliorare i sistemi di “giunzione” in ingresso e in uscita delle strutture ospedaliere anche al momento del passaggio a strutture di riabilitazione, di lungodegenza o altro.

Il suddetto questionario è stato somministrato innanzitutto via Telepanel (già richiamato nelle pagine precedenti), chiedendo alle 2.000 famiglie di individuare il *caregiver* al loro interno, persona destinataria delle domande contenute nel suddetto questionario.

Quest'ultimo è stato somministrato nel corso del mese di settembre 2019, riuscendo ad ottenere 1.738 questionari validi. Le quote dei rispondenti effettivi sono state successivamente corrette mediante una ponderazione riferita alle variabili sociodemografiche con cui è stato strutturato il campione, pervenendo così al risultato di 2.000 intervistati come emerge dalla tabella All. 10.

L'errore campionario di questa base dati, con un intervallo di confidenza pari al 95%, risulta essere del $\pm 2,35\%$. Per quanto riguarda in particolare le domande relative ai temi della riabilitazione, della lungodegenza, delle strutture di RSA e dei servizi di assistenza a domicilio si è dovuto procedere ad un apposito sovracampionamento, complementare rispetto a quello dei *caregiver* tramite Telepanel. Tale decisione è legata al fatto che costruire un campione rappresentativo, ad esempio per i ricoveri per acuti in regime ordinario, risulta relativamente facile poiché si è davanti a 6,3 milioni di ricoveri. Ma questa cifra scende a 1/3 (1,9 milioni) se ci si riferisce all'universo degli acuti in *day hospital*, e – ancora di più si scende – qualora si voglia affrontare il tema della riabilitazione che presenta solo 350 mila ricoveri l'anno (e addirittura 105 mila sono i ricoveri in lungodegenza). Come si può ben capire, volendo raccogliere qualche informazione in più, pervenendo a dei valori assoluti di risposta minimalmente accettabili, non si poteva che arrivare a un sovracampionamento. Tale decisione è stata basata anche su una breve indagine pilota, effettuata nel mese di luglio del 2019, per valutare meglio potevano essere – quantitativamente parlando – le risposte ottenibili a partire dal panel di famiglie sui temi della riabilitazione, della lungodegenza, dell'utilizzazione di strutture di RSA e dei servizi di assistenza a domicilio.

L'operazione di sovracampionamento è stata effettuata attraverso l'utilizzo di un Panel Web al cui interno sono stati selezionati appositamente i *caregiver* che hanno avuto esperienza di tali servizi (sul piano personale o su quello di altri membri della famiglia) in tema di ricoveri ospedalieri in senso stretto, di prestazioni in *day hospital*, di prestazioni in *day service* e di ricovero in strutture di riabilitazione, di lungodegenza, di RSA, di servizi a domicilio, anche se poi si è puntato essenzialmente sulla riabilitazione e sulla lungodegenza. Ma proprio per la limitatezza dell'universo si è anche chiesto ai *caregiver* intervistati di fare riferimento ad un periodo più ampio rispetto agli ultimi dodici mesi, arrivando agli ultimi tre anni.

Tab. All. 10 – Confronto tra universo e campione (grezzo e ponderato) dei caregiver

Variabili strutturali	Universo		Rispondenti grezzi (2019)		Rispondenti ponderati (2019)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
SESSO						
Maschi	10.388.826	42,2	818	47,1	844	42,2
Femmine	14.229.245	57,8	920	52,9	1.156	57,8
Totale	24.618.071	100,0	1.738	100,0	2.000	100,00
AMPIEZZA CENTRO						
Fino a 5.000 abitanti	4.354.501	17,7	254	14,6	354	17,7
5.001 - 20.000 abitanti	7.212.374	29,3	446	25,7	586	29,3
20.001 - 50.000 abitanti	4.455.426	18,1	338	19,4	362	18,1
50.001 - 100.000 abitanti	2.555.100	10,4	260	15,0	208	10,4
Oltre 100.000 abitanti	6.040.670	24,5	440	25,3	490	24,5
Totale	24.618.071	100,0	1.738	100,0	2.000	100,00
REGIONE NIELSEN						
Piemonte+Liguria+Valle d'Aosta	2.764.609	11,2	216	12,4	224	11,2
Lombardia	4.167.840	16,9	285	16,4	338	16,9
Triveneto	2.964.016	12,0	179	10,3	240	12,0
Emilia Romagna	1.917.748	7,8	128	7,4	156	7,8
Toscana+Marche+Umbria+Sardegna	3.239.738	13,2	242	13,9	264	13,2
Lazio	2.351.025	9,5	124	7,1	190	9,5
Abruzzo+Molise+Campania+Puglia	4.246.617	17,2	317	18,2	344	17,2
Sicilia+Calabria+Basilicata	2.966.478	12,1	247	14,2	242	12,1
Totale	24.618.071	100,0	1.738	100,0	2.000	100,00
ISTRUZIONE						
Nessun titolo/Licenza elementare	1.797.119	7,3	41	2,4	146	7,3
Licenza media inferiore	4.431.253	18,0	288	16,6	360	18,0
Diploma media superiore	12.173.636	49,5	943	54,3	988	49,4
Laurea breve, laurea, dottorato	6.216.063	25,3	466	26,8	506	25,3
Totale	24.618.071	100,0	1.738	100,0	2.000	100,0
ETÀ						
Da 18 a 24 anni	196.945	0,8	112	6,4	16	0,8
Da 25 a 34 anni	2.387.953	9,7	148	8,5	194	9,7
Da 35 a 44 anni	5.982.191	24,3	341	19,6	486	24,3
Da 45 a 54 anni	5.268.267	21,4	466	26,8	428	21,4
Da 55 a 64 anni	4.825.142	19,6	343	19,7	392	19,6
Oltre 64 anni	5.957.573	24,2	328	18,9	484	24,2
Totale	24.618.071	100,0	1.738	100,0	2.000	100,0
PROFESSIONE						
Lavoratore autonomo	1.274.811	5,2	170	9,8	104	5,2
Lavoratore dipendente	9.670.506	39,3	717	41,3	786	39,3
Operaio	2.027.113	8,2	103	5,9	164	8,2
Casalinga	2.648.105	10,8	196	11,3	216	10,8
Pensionato	6.215.386	25,2	332	19,1	504	25,2
In cerca di occupazione	1.986.078	8,1	130	7,5	162	8,1
Altro	796.073	3,2	90	5,2	64	3,2
Totale	24.618.071	100,0	1.738	100,0	2.000	100,0

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

La rilevazione di sovracampionamento è stata effettuata in parallelo a quella di Telepanel, sempre nel corso del mese di settembre 2019, riuscendo a raccogliere, a seguito dell'apposita somministrazione, 409 questionari validi.

Anche in questo caso il sovracampionamento è stato controllato e ponderato secondo le principali variabili sociodemografiche che caratterizzano il profilo derivante dalla rilevazione dei *caregiver* ovvero individui con esperienza di ricoveri, *day hospital*, *day service* e/o riabilitazione e lungodegenza.

L'elaborazione dei dati raccolti è stata quindi realizzata su un campione complessivo di individui-utenti pari a 839 individui, derivanti da 430 casi originati dalla rilevazione *caregiver* Telepanel e da 409 casi originati dal sovracampionamento via web.

L'errore campionario di questa base dati complessiva, con un intervallo di confidenza pari al 95%, risulta essere del $\pm 3,38\%$.

Si è ottenuta così una sorta di base dati "mobile", in quanto l'indagine sui *caregiver* via Telepanel è servita:

- da un lato, ad individuare la componente che ha effettivamente avuto specifiche esperienze di liste di attesa, di accessi a ricoveri, di accesso a prestazioni in *day hospital* e in *day service* come pure di strutture di riabilitazione e di lungodegenza;
- e dall'altro, ad alimentare il campione complessivo Telepanel + Web quando si è trattato di approfondire i comportamenti e le valutazioni degli intervistati che effettivamente hanno avuto le esperienze suddette, i comportamenti "reattivi" rispetto a queste ultime o le valutazioni delle esperienze fatte.

I risultati complessivi dell'indagine sui *caregiver* e il relativo commento hanno trovato posto nella Parte terza del Rapporto.

Il profilo socioanagrafico dei *caregiver* intervistati viene fornito dalla tabella che vanno dalla tabella All. 11 alla tabella All. 18.

Infine è stata adottata una terza metodologia per quanto riguarda la predisposizione del consueto insieme di indicatori strutturali, concernenti i dati più recenti disponibili sul sistema ospedaliero italiano. Essi concernono 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 Rapporto stesso.

Tab. All. 11 – Posizione del caregiver intervistato all'interno della propria famiglia (val. %)*

Risposta	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013
– Moglie (o comunque partner femmina)	41,0	34,0	38,0	39,6	34,9	24,6	43,2
– Marito (o comunque partner maschio)	31,1	36,9	35,6	36,0	24,9	38,3	25,6
– Unico componente della famiglia (femmina)	5,2	6,7	6,9	6,5	13,8	6,4	{ 21,6
– Unico componente della famiglia (maschio)	3,2	3,1	3,3	3,4	12,9	2,9	
– Figlio	7,9	3,4	2,5	1,4	3,0	-	2,4
– Figlia	5,4	9,6	7,6	8,7	4,4	0,1	3,9
– Sorella convivente (del marito o della moglie)	0,1	0,3	0,2	0,3	0,4	0,9	0,1
– Fratello convivente (del marito o della moglie)	0,1	0,2	0,1	-	0,3	0,4	0,1
– Altro parente convivente (uomo)	2,6	1,2	0,5	0,5	0,5	0,1	0,3
– Altro parente convivente (donna)	0,9	1,9	2,8	1,2	2,9	0,2	1,1
– Altra persona non parente, ma convivente (uomo)	0,5	0,6	0,4	0,2	0,2	24,6	0,7
– Altra persona non parente, ma convivente (donna)	0,6	0,5	0,2	0,3	0,2	1,5	0,7
– Altro	1,4	1,6	1,9	1,9	1,6	-	0,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
V.a.	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000

(*) Dati derivanti dal Campione Telepanel.

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Tab. All. 12 – Sesso del caregiver (val. %)

Sesso	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013
– Maschio	42,2	42,2	42,2	42,2	42,2	39,0	37,6
– Femmina	57,8	57,8	57,8	57,8	57,8	61,0	62,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
V.a.	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. All. 13 – Classi di età dei caregiver (val. %)

Classe di età	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013
– 18-34 anni	10,5	10,5	10,5	10,5	10,5	9,5	10,3
– 35-54 anni	45,7	45,7	45,7	45,7	45,7	41,6	41,8
– 55 anni e oltre	43,8	43,8	43,8	43,8	43,8	48,9	47,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
V.a.	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. All. 14 – Ripartizione geografica di residenza dei caregiver (val. %)

Ripartizione geografica	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013
– Nord-Ovest	28,6	28,1	28,1	28,1	28,2	28,2	28,2
– Nord-Est	20,1	19,8	19,8	19,8	19,8	19,8	19,8
– Centro	19,4	19,2	19,1	20,2	19,4	18,7	18,8
– Sud e Isole	31,8	32,9	33,0	31,9	32,6	33,3	33,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
V.a.	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. All. 15 – Ampiezza del Comune di residenza dei caregiver (val. %)

Ampiezza	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013
– Fino a 20 mila ab.	47,0	47,0	47,0	47,0	47,0	47,0	47,0
– 20-100 mila ab.	28,5	28,5	28,5	28,5	28,5	28,5	28,5
– Oltre 100 mila ab.	24,5	24,5	24,5	24,5	24,5	24,5	24,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
V.a.	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. All. 16 – Professione dei caregiver (val. %)

Professione	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013
– Lavoratore autonomo	5,2	5,2	5,2	5,2	14,7	11,7	11,6
– Lavoratore dipendente	39,3	39,3	39,3	39,3	35,3	34,0	33,5
– Operaio	8,2	8,2	8,2	8,2	7,4	7,8	7,3
– Casalinga	10,8	10,8	10,8	10,8	9,7	14,0	14,8
– Pensionato	25,2	24,4	25,2	25,2	22,7	26,5	26,6
– In cerca di occupazione	8,1	8,9	8,1	8,1	7,3	5,3	5,1
– Altro	3,2	3,2	3,2	3,2	2,9	0,7	1,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
V.a.	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. All. 17 – Livello di istruzione dei caregiver (val. %)

Titolo di studio conseguito	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013
– Nessun titolo/Licenza elem.	7,3	7,3	7,3	7,3	7,3	5,0	5,6
– Licenza media inferiore	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	27,6	26,9
– Diploma media superiore	49,4	49,4	49,4	49,4	49,4	46,8	47,3
– Laurea breve, laurea, dott.	25,3	25,3	25,3	25,3	25,3	20,6	20,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
V.a.	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. All. 18 – Autocollocazione del livello socioeconomico di appartenenza della famiglia del caregiver intervistato (val. %)

Livello dichiarato	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013
– Alto	1,2	1,0	0,6	9,7	1,9	8,2	8,8
– Medio alto	7,2	6,3	5,8	26,2	16,1	23,0	22,4
– Medio	48,5	49,9	50,0	46,1	46,1	34,5	33,7
– Medio basso	32,3	33,1	33,0	16,1	26,2	23,9	24,7
– Basso	10,8	9,7	10,6	1,9	9,7	10,4	10,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
V.a.	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

2. L'indice delle tabelle strutturali

Si riportano di seguito i riferimenti delle tabelle presenti nella Parte quarta del Rapporto che si riferiscono al numero di istituti pubblici e di quelli accreditati, alla distribuzione dei posti letto e alla dotazione di apparecchiature. A hanno fatto seguito quelli relativi alle attività concernenti le giornate di degenza, il tasso di utilizzo, le tipologie di ricovero e di dimissione, i DRG più diffusi, le attività classificate a seconda delle maggiori categorie diagnostiche, le attività classificate per disciplina e la mobilità sanitaria interregionale.

Vengono poi esposte le informazioni sul personale circa l'andamento degli addetti nel tempo e la loro distribuzione sul territorio nazionale.

Ed infine vengono riportati i dati di spesa, con il relativo andamento dei flussi nel corso del tempo, accompagnati dai confronti che prendono in considerazione i dati relativi agli altri Paesi di riferimento.

		pag.
– Evoluzione del numero degli istituti pubblici e assimilati e degli ospedali accreditati	Tab. S/1	293
– Evoluzione del numero degli istituti pubblici e assimilati e degli ospedali accreditati (incremento %)	Tab. S/2	294
– Istituti delle componenti di diritto pubblico e di diritto privato del SSN per regione. Anno 2017 (v.a.)	Tab. S/3	295
– Istituti delle componenti di diritto pubblico e di diritto privato del SSN per regione. Anno 2017 (%)	Tab. S/4	296
– Posti letto delle componenti di diritto pubblico e di diritto privato del SSN utilizzati per l'attività di ricovero ordinario, per regione. Anno 2017	Tab. S/5	297
– Ospedali accreditati con il Ssn, per regione – Istituti e posti letto. Anno 2017	Tab. S/6	298
– Distribuzione regionale degli istituti associati AIOP secondo l'indirizzo nosologico prevalente – Anno 2019	Tab. S/7	299
– Distribuzione regionale dei posti letto degli istituti associati AIOP per tipologia di attività – Anno 2019	Tab. S/8	300

		pag.
– Distribuzione regionale dei posti letto degli istituti associati AIOP per tipologia di attività e per regione. Anno 2019 (composizione %)	Tab. S/9	301
– Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero pubbliche e assimilate. Anno 2017	Tab. S/10	302
– Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti negli ospedali accreditati. Anno 2017	Tab. S/11	303
– Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle case di cura private non accreditate. Anno 2013	Tab. S/12	304
– Posti letto, giornate di degenza e tasso di utilizzazione – Ricoveri ordinari	Tab. S/13	311
– Incremento annuo dell'attività, posti letto e giornate di degenza	Tab. S/14	311
– Ospedali pubblici e ospedali accreditati – Dati di attività per ricoveri ordinari. Anno 2013	Tab. S/15	311
– Attività di degenza per acuti delle strutture di ricovero pubbliche, per regione. Anno 2013 e confronti con il 2011	Tab. S/16	312
– Attività di degenza per non acuti delle strutture di ricovero pubbliche, per regione. Anno 2013 e confronti con il 2011	Tab. S/17	313
– Attività di degenza per acuti degli ospedali accreditati ¹ , per regione. Anno 2013 e confronti con il 2011	Tab. S/18	314
– Attività di degenza per non acuti degli ospedali accreditate ¹ , per regione. Anno 2013 e confronti con il 2011	Tab. S/19	315
– Schede di dimissione ospedaliera (SDO): attività rilevata, totale nazionale e per istituti pubblici e privati – dimessi e giornate di ricovero. Anno 2017	Tab. S/20	316
– Distribuzione dei dimessi per tipo di istituto, per tipo di attività e regime di ricovero. Anno 2017	Tab. S/21	316
– Distribuzione delle giornate di degenza per tipo di istituto, per tipo di attività e regime di ricovero. Anno 2017	Tab. S/22	316
– Totale istituti di cura pubblici e privati: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti – Regime ordinario. Anno 2017	Tab. S/23	317-318
– Ospedali accreditati AIOP: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario. Anno 2018	Tab. S/24	319-320
– Ospedali accreditati AIOP: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Nord del Paese. Anno 2018	Tab. S/25	321-322
– Ospedali accreditati AIOP: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Centro del Paese. Anno 2018	Tab. S/26	323-324
– Ospedali accreditati AIOP: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Sud del Paese. Anno 2018	Tab. S/27	325-326

	pag.
– Totale istituti di cura pubblici e privati: primi 30 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in <i>day hospital</i> . Anno 2017	Tab. S/28 327
– 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 2017	Tab. S/29 328
– Ospedali accreditati AIOP: primi 30 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri di riabilitazione in Regime ordinario. Anno 2018	Tab. S/30 329
– Totale istituti di cura pubblici e privati: descrizione dell'attività per maggiori categorie diagnostiche (MDC) – Ricoveri per acuti in regime ordinario. Anno 2017	Tab. S/31 330
– Totale istituti di cura pubblici e privati: descrizione dell'attività per maggiori categorie diagnostiche (MDC) – Ricoveri per acuti in <i>day hospital</i> . Anno 2017	Tab. S/32 331
– Totale istituti di cura pubblici e privati: descrizione dell'attività per maggiori categorie diagnostiche (MDC) – Ricoveri di riabilitazione in regime ordinario. Anno 2017	Tab. S/33 332
– Totale istituti di cura pubblici e privati: descrizione dell'attività per maggiori categorie diagnostiche (MDC) – Ricoveri di riabilitazione in <i>day hospital</i> . Anno 2017	Tab. S/34 333
– Totale istituti di cura pubblici e privati: descrizione dell'attività per maggiori categorie diagnostiche (MDC) – Ricoveri di lungodegenza. Anno 2017	Tab. S/35 334
– Attività ospedali accreditati per disciplina. Anno 2013 (Dati nazionali)	Tab. S/36 335-336
– Attività ospedali accreditati per disciplina. Anno 2013 (Piemonte)	Tab. S/37 337
– Attività ospedali accreditati per disciplina. Anno 2013 (Valle d'Aosta)	Tab. S/38 337
– Attività ospedali accreditati per disciplina. Anno 2013 (Lombardia)	Tab. S/39 338
– Attività ospedali accreditati per disciplina. Anno 2013 (Bolzano)	Tab. S/40 339
– Attività ospedali accreditati per disciplina. Anno 2013 (Trento)	Tab. S/41 339
– Attività ospedali accreditati per disciplina. Anno 2013 (Veneto)	Tab. S/42 340
– Attività ospedali accreditati per disciplina. Anno 2013 (Friuli Venezia Giulia)	Tab. S/43 341
– Attività ospedali accreditati per disciplina. Anno 2013 (Liguria)	Tab. S/44 341
– Attività ospedali accreditati per disciplina. Anno 2013 (Emilia Romagna)	Tab. S/45 342
– Attività ospedali accreditati per disciplina. Anno 2013 (Toscana)	Tab. S/46 343

		pag.
– Attività ospedali accreditati per disciplina. Anno 2013 (Umbria)	Tab. S/47	343
– Attività ospedali accreditati per disciplina. Anno 2013 (Marche)	Tab. S/48	344
– Attività ospedali accreditati per disciplina. Anno 2013 (Lazio)	Tab. S/49	345
– Attività ospedali accreditati per disciplina. Anno 2013 (Abruzzo)	Tab. S/50	346
– Attività ospedali accreditati per disciplina. Anno 2013 (Molise)	Tab. S/51	346
– Attività ospedali accreditati per disciplina. Anno 2013 (Campania)	Tab. S/52	347
– Attività ospedali accreditati per disciplina. Anno 2013 (Puglia)	Tab. S/53	348
– Attività ospedali accreditati per disciplina. Anno 2013 (Basilicata)	Tab. S/54	349
– Attività ospedali accreditati per disciplina. Anno 2013 (Calabria)	Tab. S/55	350
– Attività ospedali accreditati per disciplina. Anno 2013 (Sicilia)	Tab. S/56	351
– Attività ospedali accreditati per disciplina. Anno 2013 (Sardegna)	Tab. S/57	352
– Attività ospedali accreditati per disciplina. Anno 2013 (Nord)	Tab. S/58	353
– Attività ospedali accreditati per disciplina. Anno 2013 (Centro)	Tab. S/59	354
– Attività ospedali accreditati per disciplina. Anno 2013 (Sud)	Tab. S/60	355
– Le differenze in termini di opportunità di cura sul territorio, misurate dalla mobilità per ricoveri ospedalieri. Anni 2013-2017	Tab. S/61	356
– Andamento del personale delle Aziende ospedaliere e delle strutture di ricovero delle Asl (v.a.)	Tab. S/62	360
– Personale delle Aziende ospedaliere e delle strutture di ricovero delle Asl (var. %)	Tab. S/63	360
– Personale delle Aziende ospedaliere e delle strutture di ricovero delle Asl	Tab. S/64	361
– Personale operante nelle strutture associate all'AIOP. Anni 2013-2018	Tab. S/65	361
– Personale operante nelle strutture associate all'AIOP. Anni 2013-2018 (var. %)	Tab. S/66	361
– Personale in totale degli istituti di cura, per regione. Anno 2013	Tab. S/67	362
– Personale operante nelle strutture associate all'AIOP. Situazione al 31 dicembre 2018	Tab. S/68	363
– Spesa sanitaria corrente. Anni 2013-2017 (in miliardi di euro)	Tab. S/69	367
– Spesa sanitaria a prezzi costanti. Anni 2013-2017 (in miliardi di euro)	Tab. S/70	367
– Spesa sanitaria totale e spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL	Tab. S/71	368
– Spesa ospedaliera pubblica e accreditata in rapporto alla spesa sanitaria pubblica totale e al PIL	Tab. S/72	369

3. Le tabelle di dettaglio dell'indagine sulla popolazione

Si riportano di seguito le tabelle che contengono i risultati degli incroci tra alcune variabili socioanagrafiche e di opinione con le diverse domande del questionario dell'indagine destinato alla popolazione, che ha interessato un campione rappresentativo nazionale di cittadini adulti da 18 anni in poi, riguardante sia le domande sull'accesso ai servizi ospedalieri (quelle tradizionalmente utilizzate per l'analisi congiunturale), a cui sono state aggiunte quelle concernenti le esperienze avute, nel corso degli ultimi dodici mesi, sul piano delle liste di attesa (nell'ambito delle Asl e dei ricoveri ospedalieri), dell'utilizzo del Pronto Soccorso nonché dell'accesso alle prestazioni in *day hospital* e in *day service* sia di tipo medico-ambulatoriale sia di tipo chirurgico-ambulatoriale. Le suddette tabelle sono state selezionate sulla base delle opportunità di interpretazione, tenendo conto sia dei contenuti che si è inteso illustrare sia dell'esigenza di limitare il numero delle tabelle allegate.

Conseguentemente nel presente capitolo non trovano posto tutti gli incroci ricavati sulla base dei dati di indagine, bensì solo una parte di essi. Il numero di riferimento delle tabelle d'incrocio corrisponde al numero esposto in quelle contenenti le distribuzioni semplici delle risposte e comunque quello citato nel corso del commento. Il commento, per quanto riguarda le risposte al questionario è stato collocato nella Parte seconda del presente testo.

Le tabelle d'incrocio, relative al campione di 4.020 individui ponderati, si basano sui seguenti gruppi di variabili che hanno consentito di pervenire a tre tipologie di tabelle e precisamente:

- alle tabelle di tipo “A...”, le quali utilizzano le variabili della ripartizione geografica e del Comune di residenza degli intervistati, nonché il sesso, l'età, il titolo di studio e il livello socioeconomico di appartenenza, stimato dagli intervistati stessi;
- alle tabelle di tipo “B...”, che si riferiscono alla tipologia di disagio per cui si è fatto ricorso agli ospedali nell'ultimo anno, all'utilizzo degli ospe-

dali distinti per categoria (pubblica, accreditata o clinica privata a pagamento), al livello di soddisfazione dell'esperienza ospedaliera avuta nel corso degli ultimi dodici mesi, alla conoscenza o meno delle alternative tra strutture pubbliche e strutture accreditate da parte dei cittadini, all'informazione circa la possibilità di curarsi in ospedali situati al di fuori della propria Regione di residenza e, analogamente, di potersi rivolgere a strutture presenti in altri Stati dell'Unione Europea.

Al fine di facilitare la consultazione delle tabelle di incrocio allegate è stato anche predisposto l'indice sintetico seguente:

	pag.
– Ricorso ai servizi ospedalieri (per analisi, interventi, cure, ecc.) presso strutture pubbliche, strutture accreditate o cliniche private a pagamento pieno negli ultimi dodici mesi (val. %)	Tab. A1.1 404
– Tipologie 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 405
– Struttura presso la quale l'intervistato si è recato l'ultima volta (val. %)	Tab. A3 406
– Soddisfazione per le prestazioni ospedaliere ricevute l'ultima volta che fatto ricorso a strutture pubbliche, strutture accreditate o a cliniche private a pagamento (val. %)	Tab. A4 Tab. B4 407 408
– Comportamenti di scelta al momento dell'utilizzo delle strutture ospedaliere, nel corso degli ultimi dodici mesi (val. %)	Tab. A5 409
– Propensione a riutilizzare la stessa struttura ospedaliera a cui ci si è rivolti l'ultima volta (val. %)	Tab. A6 410
– Conoscenza odierna della disposizione che permette di utilizzare sia ospedali pubblici che ospedali accreditati senza oneri aggiuntivi (val. %)	Tab. A7 411
– Conoscenza della possibilità di trasferirsi per cura in ospedali al di fuori della propria Regione (val. %)	Tab. A8 411
– 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. A9 412
– Propensione a ricoverarsi in prima istanza, per serie ragioni di salute, presso ospedali pubblici, ospedali accreditati o cliniche private a pagamento (val. %)	Tab. A11 413
– Giudizio sintetico dei cittadini sugli ospedali italiani, a seconda della tipologia di strutture (val. %)	Tab. A13 414
– Giudizio sulla graduale crescita e sul consolidamento di un sistema ospedaliero misto tra strutture pubbliche e strutture accreditate (val. %)	Tab. A14 Tab. B14 415 416

	pag.
– Esperienze di liste di attesa, avute negli ultimi dodici mesi da parte della popolazione, per l'accesso ai servizi sanitari Asl come analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici (RX, TAC, Risonanza Magnetica, ecc.), visite specialistiche e/o piccoli interventi ambulatoriali (val. % e v.a.)	Tab. A19 417
– Esperienze di liste di attesa, avute nel corso degli ultimi dodici mesi, in vista di un vero e proprio ricovero in ospedale (per cure e/o per interventi chirurgici) (val. %)	Tab. A25 418
– Eventuali esperienze di accesso al Pronto Soccorso da parte della popolazione, nel corso degli ultimi dodici mesi, a seconda della tipologia di ospedale cui ci si è rivolti (val. %)	Tab. A29 419
– Sensazione di esser stati o meno “messi al centro” come pazienti in occasione dell'ultima esperienza avuta al Pronto Soccorso negli ultimi dodici mesi da parte della popolazione (val. %)	Tab. A32 420-422
– Livello di soddisfazione/insoddisfazione dichiarato dalla popolazione rispetto alle esperienze maturate nel Pronto Soccorso in uno o più ospedali l'ultima volta che ciò è avvenuto nel corso degli ultimi dodici mesi (val. %)	Tab. A33 423
– Esperienze di liste di attesa da parte della popolazione avute nel corso degli ultimi dodici mesi, in vista di accedere a prestazioni in <i>day hospital</i> , in <i>day service</i> (di tipo medico-ambulatoriale) e/o in <i>day service</i> (di tipo chirurgico-ambulatoriale)	Tab. A34.1 Tab. A34.2 424-425
– Comportamento adottato dalla popolazione nel caso si sia stati inseriti in liste di attesa, nel corso degli ultimi dodici mesi, in vista di ottenere prestazioni in <i>day hospital</i> , in <i>day service</i> di tipo medico-ambulatoriale o in <i>day service</i> di tipo chirurgico-ambulatoriale (val. %)	Tab. A35 426
– Eventuale pagamento dei ticket e relativo importo qualora la popolazione abbia fatto esperienze, nel corso degli ultimi dodici mesi, di prestazioni in <i>day hospital</i> oppure in <i>day service</i> di tipo medico-ambulatoriale e/o di tipo chirurgico-ambulatoriale (val. %)	Tab. A36.1 427-428
– Sensazioni avute dalla popolazione che ha avuto esperienze, nel corso degli ultimi dodici mesi, di prestazioni ospedaliere in <i>day hospital</i> , in <i>day service</i> di tipo medico-ambulatoriale e/o in <i>day service</i> di tipo chirurgico-ambulatoriale (val. %)	Tab. A37 429-431

Tab. A1.1 – Ricorso ai servizi ospedalieri (per analisi, interventi, cure, ecc.) presso strutture pubbliche, strutture accreditate o cliniche private a pagamento pieno negli ultimi dodici mesi (val. %)

A lei personalmente	Ripartizione geografica		Ampiezza Comune di residenza		Sesso		Età		Titolo di studio		Livello socioeconomico dichiarato								
	Totale	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a licenza media inf.	Diploma media sup.	Laurea e oltre	Basso + Medio-basso	Medio	Medio-alto + Alto
- Sì, per malattia/intervento grave	5,7	8,8	3,6	2,7	6,1	5,0	9,1	2,8	6,8	4,7	4,5	6,7	5,5	6,4	4,4	5,5	5,9	2,8	17,1
- Sì, per malattia/intervento leggero	23,2	28,6	27,1	29,5	13,6	23,7	18,3	28,4	17,9	28,0	22,6	28,5	18,6	14,3	32,2	45,2	20,1	26,5	23,9
- No	71,1	62,6	69,3	67,8	80,3	71,3	72,6	68,8	75,3	67,3	72,9	64,8	75,9	79,3	63,4	49,3	74,0	70,7	59,0
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	100,0	100,0
v.a.	4.020	1.074	777	754	1.415	1.914	1.174	933	1.918	2.102	921	1.483	1.616	2.360	1.198	462	1.902	1.722	396

Fonte: *Indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sisrema, 2019*

Tab. A2 – Tipologie di prestazioni utilizzate l'ultima volta che l'intervistato si è recato in una struttura ospedaliera nel corso degli ultimi dodici mesi (val. %)

Risposte	Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza			Sesso		Età		Titolo di studio			Livello socioeconomico dichiarato				
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a licenza media inf.	Diploma media sup.	Laurea e oltre	Basso + Medio-basso	Medio	Medio-alto + Alto	
- Visite specialistiche	59,2	56,4	57,0	57,2	63,0	47,2	65,4	53,9	62,8	62,4	58,0	58,8	56,8	61,7	59,5	64,7	57,6	47,4	
- Analisi di vario tipo	58,8	61,5	63,9	54,8	60,8	54,3	60,1	65,2	54,4	58,3	56,9	61,7	63,6	55,9	54,3	59,1	57,6	61,7	
- Accertamenti diagnostici (es.: RX, TAC, Risonanza Magnetica, ecc.)	48,4	43,4	51,9	50,5	55,9	35,4	48,7	44,9	50,9	52,3	43,1	53,1	49,2	49,9	44,2	53,9	46,6	37,4	
- Accesso al Pronto Soccorso	25,3	23,4	21,0	22,6	33,9	25,8	22,2	27,0	24,1	35,1	25,2	19,1	22,3	26,5	29,1	25,5	24,5	27,1	
- Interventi chirurgici di tipo leggero	23,1	29,3	17,9	16,9	23,9	22,3	29,4	17,5	28,2	19,5	29,2	13,5	27,2	20,1	19,9	17,3	20,8	47,7	
- Ricorso al 118	10,3	9,5	9,6	5,1	16,5	12,9	9,8	6,0	15,7	6,6	12,8	6,1	14,3	16,9	5,8	14,1	8,3	5,1	
- Cure effettuate durante il ricovero per malattie di tipo grave	9,8	14,2	2,6	2,9	15,7	8,6	17,7	3,4	20,6	2,4	8,8	9,3	11,1	18,8	3,0	3,7	9,8	4,1	
- Interventi chirurgici di tipo grave	9,3	6,2	8,1	5,3	18,1	6,3	15,8	7,6	8,3	9,9	8,8	7,0	12,6	12,2	7,5	6,5	15,3	3,6	
- Cure effettuate durante il ricovero per malattie di tipo leggero	6,9	4,6	8,2	4,4	11,0	6,4	5,0	9,7	5,5	7,8	8,7	9,2	2,6	7,8	6,0	6,4	4,9	8,2	
- Cure periodiche in <i>day hospital</i> per malattie croniche e/o oncologiche	5,4	8,0	3,0	2,2	6,4	6,1	3,3	6,3	5,5	5,3	5,6	2,7	5,5	5,8	4,2	5,4	4,6	7,7	
- Maternità	3,8	2,2	3,4	3,7	6,4	2,5	5,6	4,1	0,2	6,2	9,2	0,1	0,6	4,5	9,0	2,2	5,2	4,1	
- Altro	2,3	2,5	2,0	1,4	2,8	3,2	0,5	0,8	3,2	4,6	1,8	1,3	1,2	3,7	1,7	1,7	3,5	0,1	
v.a.	1.162	401	239	243	279	550	321	291	473	688	249	523	390	489	438	234	495	504	162

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

Fonte: *indagine Ermeneta - Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Tab. A3 – Struttura presso la quale l'intervistato si è recato l'ultima volta (val. %)

Risposte	Ripartizione geografica						Ampiezza Comune di residenza		Sesso		Età		Titolo di studio			Livello socioeconomico dichiarato				
	Totale	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a licenza media inf.	Diploma media sup.	Laurea e oltre	Basso + Medio-basso	Medio	Medio-alto + Alto	
- Ospedale pubblico	69,7	66,6	76,9	64,6	72,3	76,0	72,1	55,2	77,4	64,4	68,1	71,5	68,3	75,8	65,1	65,1	65,1	67,6	70,3	73,9
- Ospedale accreditato	18,6	23,8	15,1	24,7	8,6	16,1	13,1	29,2	15,0	21,0	18,6	17,3	20,2	16,0	21,6	18,4	19,6	18,0	17,3	17,3
- Clinica privata a pagamento	10,4	8,5	6,4	10,1	16,9	7,2	13,0	13,6	6,7	12,9	11,6	9,4	11,0	7,2	11,7	14,7	11,5	10,0	8,3	8,3
- Non saprei distinguere con precisione la categoria di ospedale che ho utilizzato	0,9	0,4	1,3	0,4	1,8	0,5	1,4	1,1	0,8	1,0	0,7	1,3	0,5	1,0	0,6	1,4	0,7	1,3	0,4	0,4
- Non ricordo	0,4	0,7	0,3	0,2	0,4	0,2	0,4	0,9	0,1	0,7	1,0	0,5	0,0	-	1,0	0,4	0,6	0,4	0,1	0,1
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	100,0	100,0	100,0
v.a.	1.162	401	239	243	279	550	321	291	473	688	249	523	390	489	438	234	495	504	162	162

Fonte: *Indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Tab. A4 – Soddisfazione per le prestazioni ospedaliere ricevute l'ultima volta che è stato ricorso a strutture pubbliche, strutture accreditate o a cliniche private a pagamento (val. %)

Risposte	Ripartizione geografica						Ampiezza Comune di residenza			Sesso		Età		Titolo di studio			socioeconomico dichiarato		Livello
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a licenza media inf.	Diploma media sup.	Laurea e oltre	Basso + Medio-basso	Medio	Medio-alto + Alto	
Totale	19,6	19,5	33,6	11,8	13,0	16,8	18,8	28,1	9,8	27,7	15,4	26,1	13,1	16,7	20,5	24,9	16,2	21,3	24,1
- Molto soddisfatto	56,9	51,0	60,0	65,4	55,0	60,3	48,8	59,7	60,0	54,2	55,0	51,3	65,9	55,2	58,7	57,5	57,7	62,4	38,1
- Abbastanza soddisfatto	18,2	24,0	5,6	16,6	23,4	16,9	26,4	9,8	24,2	13,3	14,9	20,7	16,9	22,6	16,1	11,5	20,1	10,7	35,1
- Poco soddisfatto	5,1	5,3	0,8	6,2	8,2	5,7	6,0	2,4	5,8	4,6	14,7	1,7	3,9	5,5	4,2	6,1	6,0	5,2	2,7
- Per niente soddisfatto	0,2	0,2	-	0,4	0,3	-	-	-	0,2	0,2	-	0,2	0,2	-	0,5	-	-	0,4	-
- Non saprei esprimere un giudizio	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	100,0
Totale	809	267	184	157	201	418	231	160	366	443	169	374	266	371	286	153	335	354	120
v.a.																			
Ospedale accreditato	42,1	45,1	37,6	47,0	24,5	38,3	36,1	49,0	44,9	40,7	19,1	39,9	58,1	64,1	27,1	35,0	54,5	34,4	24,1
- Molto soddisfatto	48,5	46,3	53,6	47,5	51,3	48,3	50,0	47,6	50,3	47,4	61,7	52,0	36,4	27,6	59,9	60,7	40,4	56,8	48,7
- Abbastanza soddisfatto	5,4	7,0	3,5	5,5	1,9	5,3	10,0	3,4	4,5	5,9	14,1	1,3	5,1	2,9	8,1	4,3	2,5	6,4	12,3
- Poco soddisfatto	3,7	1,6	3,9	-	21,4	8,1	2,2	-	5,6	5,1	6,0	0,4	5,4	4,1	-	1,8	2,4	14,9	-
- Per niente soddisfatto	0,3	-	1,4	-	0,9	-	1,7	-	0,3	0,4	-	0,8	-	0,8	-	-	0,8	-	-
- Non saprei esprimere un giudizio	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	100,0
Totale	216	96	36	60	24	89	42	85	71	145	46	91	79	78	95	43	97	91	28
v.a.																			
Clinica privata a pagamento	31,0	43,1	39,5	40,0	14,7	42,4	15,7	35,7	28,0	32,0	44,2	36,6	15,7	-	44,4	42,5	18,4	40,8	47,4
- Molto soddisfatto	42,9	38,0	50,0	58,0	36,3	54,8	26,2	48,7	48,2	41,1	49,8	57,7	21,4	22,9	49,8	52,9	29,4	56,5	49,2
- Abbastanza soddisfatto	8,1	18,9	10,5	-	3,7	2,8	5,9	15,6	22,3	3,0	6,0	4,7	13,4	16,4	4,8	4,6	14,0	2,7	3,4
- Poco soddisfatto	0,4	-	-	2,0	-	-	1,2	-	1,5	-	1,0	-	-	1,0	-	-	0,9	-	-
- Per niente soddisfatto	17,6	-	-	-	45,3	-	51,0	-	23,9	-	-	-	49,5	60,7	-	-	37,3	-	-
- Non saprei esprimere un giudizio	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	100,0
Totale	121	34	15	24	47	40	42	40	32	89	29	49	43	35	51	35	57	50	13
v.a.																			

Fonte: Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. A5 – Comportamenti di scelta al momento dell' utilizzo delle strutture ospedaliere, nel corso degli ultimi dodici mesi (val. %)

Risposte	Ripartizione geografica			Ampiezza Comune di residenza		Sesso		Età		Titolo di studio			Livello socioeconomico dichiarato					
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a licenza media inf.	Diploma media sup.	Laurea e oltre	Basso + Medio-basso	Medio	Medio-alto + Alto
- Ho preso in considerazione le varie possibilità	44,8	51,1	30,1	42,8	38,6	45,9	55,2	40,0	48,1	53,9	53,4	27,5	36,9	47,7	56,0	36,1	46,1	67,3
- Ho deciso subito di recarmi presso quella specifica struttura	55,2	48,9	69,9	57,2	61,4	54,1	44,8	60,0	51,9	46,1	46,6	72,5	63,1	52,3	44,0	63,9	53,9	32,7
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	100,0
v.a.	1.162	401	239	243	279	550	291	473	688	249	523	390	489	438	234	495	504	162

Fonte: *Indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Tab. A6 – Propensione a riutilizzare la stessa struttura ospedaliera a cui si è rivolti l'ultima volta (val. %)

	Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza			Sesso		Età			Titolo di studio				Livello socioeconomico dichiarato		
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a licenza media inf.	Diploma media sup.	Laurea e oltre	Basso + Medio-basso	Medio	Medio-alto + Alto	
Ospedale pubblico																			
- Sì	74,6	66,5	85,0	74,8	75,7	78,8	66,5	75,2	78,4	71,5	72,3	65,9	88,2	76,8	72,1	74,1	78,9	76,4	57,1
- No	5,6	4,4	2,7	7,6	8,2	5,6	5,4	5,9	3,8	7,0	10,0	5,3	3,2	2,9	7,9	7,6	4,7	7,2	3,2
- Non saprei dare una risposta	19,8	29,1	12,3	17,6	16,1	15,6	28,1	18,9	17,8	21,5	17,7	28,8	8,6	20,3	20,0	18,3	16,4	16,4	39,7
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	100,0	100,0
v.a.	809	267	184	157	201	418	231	160	366	443	169	374	266	371	286	153	335	354	120
Ospedale accreditato																			
- Sì	66,4	73,0	77,7	44,6	78,1	73,1	70,3	57,6	64,2	67,6	73,8	75,8	51,4	44,8	78,4	79,5	48,6	77,2	93,5
- No	4,2	4,1	5,6	3,6	3,9	7,2	2,5	1,9	4,7	3,9	9,0	1,9	4,0	2,1	5,7	4,6	2,3	6,4	3,4
- Non saprei dare una risposta	29,4	22,9	16,7	51,8	18,0	19,7	27,2	40,5	31,1	28,5	17,2	22,3	44,6	53,1	15,9	15,9	49,1	16,4	3,1
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	100,0	100,0
v.a.	216	96	36	60	24	89	42	85	71	145	46	91	79	78	95	43	97	91	28
Clinica privata a pagamento																			
- Sì	51,8	55,3	62,1	68,7	37,2	77,6	30,3	48,8	57,4	49,9	62,9	68,5	25,4	15,3	66,7	66,8	29,3	70,6	77,2
- No	8,0	17,7	8,9	7,8	0,7	1,6	5,4	17,1	21,2	3,2	1,2	6,7	14,0	16,4	5,6	3,0	12,8	3,5	4,0
- Non saprei dare una risposta	40,2	27,0	29,0	23,5	62,1	20,8	64,3	34,1	21,4	46,9	35,9	24,8	60,6	68,3	27,7	30,2	57,9	25,9	18,8
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	100,0	100,0
v.a.	121	34	15	24	47	40	42	40	32	89	29	49	43	35	51	35	57	50	13

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. 47 – Consocenza odierna della disposizione che permette di utilizzare sia ospedali pubblici che ospedali accreditati senza oneri aggiuntivi (val. %)

Risposta	Ripartizione geografica			Ampiezza Comune di residenza		Sesso		Età		Titolo di studio			Livello socioeconomico dichiarato				
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a licenza media inf.	Diploma media sup.	Laurea e oltre	Basso + Medio-basso	Medio	Medio-alto + Alto
Totale	49,1	46,0	34,5	35,6	38,7	37,5	45,8	32,5	46,8	40,5	37,0	43,4	55,6	34,4	44,3	58,3	
- Sì, con chiarezza	36,1	31,0	41,3	36,0	38,1	36,0	32,2	34,6	37,5	39,6	30,4	34,5	38,9	36,8	36,0	35,3	
- Sì, ne ho un'idea vaga	22,9	14,7	23,0	24,2	23,2	26,5	17,9	29,8	16,7	27,9	13,1	29,1	28,5	17,7	7,6	29,6	
- No	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	1.074	777	754	1.415	1.914	1.174	933	1.918	2.102	921	1.483	1.616	2.360	1.198	462	1.902
v.a.																	

Fonte: indagini Ermenewa – Studi & Strategie di Sisrema, 2019

Tab. 48 – Consocenza della possibilità di trasferirsi per cura in ospedali al di fuori della propria Regione (val. %)

Risposta	Ripartizione geografica			Ampiezza Comune di residenza		Sesso		Età		Titolo di studio			Livello socioeconomico dichiarato				
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a licenza media inf.	Diploma media sup.	Laurea e oltre	Basso + Medio-basso	Medio	Medio-alto + Alto
Totale	40,0	36,0	25,2	34,4	32,3	35,4	31,7	37,0	28,0	37,2	35,8	32,1	35,3	44,9	29,0	36,9	50,7
- Sì, sono perfettamente a conoscenza di questa opportunità	36,4	40,2	35,8	39,6	32,2	38,5	34,5	34,4	36,0	36,8	35,5	37,2	35,2	35,1	35,7	36,7	38,1
- Sì, mi pare di ricordare che c'è questa possibilità	29,1	19,8	28,2	33,4	29,2	30,1	27,7	32,3	26,2	23,2	28,7	30,7	29,5	20,0	35,3	26,4	11,2
- 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	100,0	100,0
Totale	4.020	1.074	777	754	1.415	1.914	1.174	933	1.918	2.102	921	1.483	1.616	2.360	1.198	462	1.902
v.a.																	

Fonte: indagini Ermenewa – Studi & Strategie di Sisrema, 2019

Tab. 49 – 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 Comune di residenza			Sesso	Età	Titolo di studio				Livello socioeconomico dichiarato					
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.			Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a licenza media inf.	Diploma media sup.	Laurea e oltre	Basso + Medio-basso	Medio
- Sì, sono al corrente	20,5	23,5	15,2	19,0	21,9	15,4	24,7	25,6	19,3	21,6	22,4	21,4	18,5	18,7	21,3	27,2	16,2	19,2	46,5
- Sì, ne ho sentito parlare	32,2	36,7	36,2	28,7	28,4	35,3	26,8	32,6	33,1	31,3	23,8	32,0	37,1	31,9	32,8	31,7	27,9	37,4	30,2
- No, non sono al corrente di tale opportunità	47,3	39,8	48,6	52,3	49,7	49,3	48,5	41,8	47,6	47,1	53,8	46,6	44,4	49,4	45,9	41,1	55,9	43,4	23,3
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	100,0	100,0
v.a.	4.020	1.074	777	754	1.415	1.914	1.174	933	1.918	2.102	921	1.483	1.616	2.360	1.198	462	1.902	1.722	396

Fonte: indagine Ermenegit – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. A13 – Giudizio sintetico dei cittadini sugli ospedali italiani, a seconda della tipologia di strutture (val. %)

Risposte	Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza		Sesso		Età		Titolo di studio				Livello socioeconomico dichiarato					
	Totale	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a licenza media inf.	Diploma media sup.	Laurea e oltre	Basso + Medio-basso	Medio	Medio-alto + Alto	
Ospedali pubblici																				
- Molto positivo	11,4	13,2	13,1	9,9	10,0	10,2	13,9	11,0	13,0	10,1	11,3	11,6	11,4	13,3	8,8	8,6	8,7	8,4	37,9	
- Abbastanza positivo	45,8	50,6	55,0	50,8	34,4	42,8	45,4	52,2	45,2	46,2	38,3	47,9	48,2	44,4	46,2	51,4	37,2	55,3	45,5	
- Un po' negativo	21,2	20,1	18,8	21,8	23,1	21,2	22,7	19,5	16,4	25,7	28,8	24,2	14,1	16,3	27,7	29,7	25,3	18,8	12,3	
- Del tutto negativo	7,7	5,0	5,7	3,7	12,9	7,5	7,6	8,0	6,9	8,3	6,3	6,9	9,3	8,4	7,3	5,0	10,6	5,5	2,9	
- Non saprebbe dare un giudizio	13,9	11,1	7,4	13,8	19,6	18,3	10,4	9,3	18,5	9,7	14,7	10,0	17,0	17,6	10,0	5,3	18,2	12,0	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	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
v.a.	4,020	1,074	777	754	1,415	1,914	1,174	933	1,918	2,102	921	1,483	1,616	2,360	1,198	462	1,902	1,722	396	
Ospedali accreditati																				
- Molto positivo	10,5	8,6	11,2	6,2	13,7	10,2	12,5	8,4	9,5	11,3	10,8	10,5	10,3	11,6	8,4	10,0	7,7	11,3	19,9	
- Abbastanza positivo	49,8	59,1	55,3	50,3	39,4	45,6	56,5	49,9	43,5	55,6	49,6	54,8	45,2	44,5	55,6	61,5	44,7	54,1	55,5	
- Un po' negativo	11,4	8,5	6,5	14,2	14,9	7,8	9,3	21,5	11,0	11,8	11,9	13,5	9,3	10,3	13,4	12,1	12,8	8,2	18,9	
- Del tutto negativo	2,5	2,2	3,6	1,3	2,8	2,9	2,9	1,2	3,0	2,0	3,3	2,2	2,3	2,9	2,0	1,7	3,6	1,4	2,0	
- Non saprebbe dare un giudizio	25,8	21,6	23,4	28,0	29,2	33,5	18,8	19,0	33,0	19,3	24,4	19,0	32,9	30,7	20,6	14,7	31,2	25,0	3,7	
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	100,0	100,0	
v.a.	4,020	1,074	777	754	1,415	1,914	1,174	933	1,918	2,102	921	1,483	1,616	2,360	1,198	462	1,902	1,722	396	
Cliniche private a pagamento																				
- Molto positivo	13,1	10,0	11,3	8,7	18,8	10,4	19,4	10,8	11,4	14,7	16,9	12,5	11,5	13,8	11,7	13,0	10,8	13,6	21,9	
- Abbastanza positivo	32,4	30,9	36,3	35,1	30,0	29,5	31,8	39,1	26,1	38,2	39,0	34,2	27,1	27,2	38,1	44,6	26,8	35,4	46,8	
- Un po' negativo	11,4	16,7	5,1	8,7	12,3	7,4	14,4	15,9	12,1	10,7	10,3	14,7	9,0	10,3	12,3	14,8	10,2	11,0	19,2	
- Del tutto negativo	3,5	2,2	4,7	5,5	2,9	2,7	4,1	4,4	4,4	2,8	3,0	4,5	3,0	3,5	3,5	3,7	4,9	1,7	5,0	
- Non saprebbe dare un giudizio	39,6	40,2	42,6	42,6	36,0	50,0	30,3	29,8	46,0	33,6	30,8	34,1	49,4	45,2	34,4	23,9	47,3	38,3	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	100,0	100,0	
v.a.	4,020	1,074	777	754	1,415	1,914	1,174	933	1,918	2,102	921	1,483	1,616	2,360	1,198	462	1,902	1,722	396	

Fonte: Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. A14 – Giudizio sulla graduale crescita e sul consolidamento di un sistema ospedaliero misto tra strutture pubbliche e strutture accreditate (val. %)

Risposte	Repartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza		Sesso	Età	Titolo di studio			Livello socioeconomico dichiarato							
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.			Maschio	Femmina	18-34 anni		35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a licenza media inf.	Diploma media sup.	Laurea e oltre	Basso + Medio-basso	Medio
Totale																			
<i>Ormai le strutture accreditate fanno parte del sistema ospedaliero complessivo, presente sul territorio, quando ci si deve recuperare non si guarda se la struttura è pubblica o accreditata, ma si considerano altri fattori (la presenza della specializzazione che serve, la qualità delle prestazioni, la vicinanza, ecc.)</i>																			
- Molto + Abbastanza d'accordo	71,0	78,7	75,3	63,9	66,6	69,1	71,7	74,1	67,9	73,8	66,2	76,9	68,3	68,1	73,5	79,2	66,3	72,8	85,8
- Poco + Per niente d'accordo	10,2	8,8	11,0	12,3	9,7	7,6	14,3	10,4	8,7	11,6	12,4	10,7	8,5	8,2	12,8	13,8	10,2	10,2	10,2
<i>Lo Stato dovrebbe, attraverso il Servizio Sanitario Nazionale utilizzare al meglio tutte le strutture ospedaliere sul territorio (pubbliche e accreditate), per permettere al cittadino di poter scegliere nella maniera migliore, a seconda delle sue necessità, possibilità ed opinioni</i>																			
- Molto + Abbastanza d'accordo	73,1	77,8	79,3	74,0	65,7	70,1	71,1	81,9	66,7	79,1	72,2	76,4	70,7	68,6	78,0	83,8	68,7	78,6	70,4
- Poco + Per niente d'accordo	10,1	11,3	10,2	7,0	10,6	8,4	15,1	6,9	11,8	8,3	9,5	11,7	8,7	9,4	10,9	10,7	8,1	8,4	26,5
<i>In fondo si conosce poco delle diverse opportunità di ricovero che offre il sistema accreditato: la Regione o la Asl dovrebbero investire in opportune campagne di informazione del cittadino per favorire una sua effettiva libera scelta</i>																			
- Molto + Abbastanza d'accordo	66,6	72,3	61,9	68,3	63,9	62,4	71,0	69,7	62,5	70,4	66,8	73,3	60,4	62,9	71,1	74,1	63,1	69,4	71,4
- Poco + Per niente d'accordo	15,8	15,5	24,7	11,7	13,3	15,3	14,7	18,1	16,0	15,5	13,6	14,8	17,9	14,1	17,2	20,4	13,7	15,9	25,2
<i>Sul territorio del mio Comune di residenza esiste un'ampia scelta di strutture (pubbliche e accreditate) e quindi si può scegliere quello che meglio serve, volta per volta</i>																			
- Molto + Abbastanza d'accordo	44,6	50,0	43,6	46,5	40,0	33,4	45,5	66,6	41,8	47,1	36,0	46,4	47,9	44,0	43,6	50,1	37,6	49,0	58,8
- Poco + Per niente d'accordo	35,2	36,1	39,8	30,6	34,6	41,4	39,3	17,4	32,6	37,7	44,0	40,2	25,6	30,3	42,2	42,6	35,4	34,7	37,1
<i>Sul territorio della mia Provincia di residenza esiste un'ampia scelta di strutture (pubbliche e accreditate) e quindi si può scegliere quello che meglio serve, volta per volta</i>																			
- Molto + Abbastanza d'accordo	57,2	65,1	63,2	53,9	49,6	52,6	55,0	69,3	53,8	60,4	50,9	57,3	60,6	56,3	57,3	61,7	52,0	60,0	70,0
- Poco + Per niente d'accordo	23,7	21,8	23,4	24,1	25,2	24,0	30,5	14,6	22,1	25,1	28,6	29,4	15,8	19,5	28,9	31,7	22,6	24,3	26,5
<i>Sul territorio della mia Regione di residenza esiste un'ampia scelta di strutture (pubbliche e accreditate) e quindi si può scegliere quello che meglio serve, volta per volta</i>																			
- Molto + Abbastanza d'accordo	60,0	69,1	65,3	63,1	48,8	55,9	61,5	66,9	54,7	64,9	58,0	62,1	59,3	56,7	63,5	68,7	55,0	65,3	62,1
- Poco + Per niente d'accordo	19,0	13,8	20,2	12,1	25,8	20,2	19,2	16,0	18,6	19,3	20,8	20,0	17,0	16,5	22,0	23,4	18,7	17,9	24,6

Fonte: indagini Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. B14 – Giudizio sulla graduale crescita e sul consolidamento di un sistema ospedaliero misto tra strutture pubbliche e strutture accreditate (val. %)

Risposte	Conoscenza																		
	Ragioni del ricorso agli ospedali		Tipologia ospedali utilizzati		Soddisfazione esperienza ospedaliera		Conoscenza alternativa tra strutture pubbliche e strutture private		Conoscenza alternativa Regione-fuori Regione		Conoscenza alternativa Italia-estero								
	Malattia/Intervento di tipo grave	Malattia/Intervento di tipo leggero	Nessun ricorso	Ospedale pubblico	Ospedale accreditato	Clinica privata	Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco + Per nulla soddisf.	Si, con chiarezza	Si, vaga idea	No	Si	No	Si	No	Si	No	
Totale	10,2	14,8	9,4	10,1	10,3	7,8	14,0	8,8	10,2	13,4	6,6	11,1	15,3	5,4	12,2	13,4	7,9	7,6	12,9
<i>Ormai le strutture accreditate fanno parte del sistema ospedaliero complessivo, presente sul territorio: quando ci si deve ricoverare non si guarda se la struttura è pubblica o accreditata, ma si considerano altri fattori (la presenza della specializzazione che serve, la qualità delle prestazioni, la vicinanza, ecc.)</i>																			
- Molto + Abb. d'accordo	71,0	62,1	86,6	66,6	82,1	92,1	64,9	88,5	86,1	70,6	87,2	70,7	42,4	87,3	73,9	48,2	84,7	81,9	57,7
- Poco + Per niente d'accordo	10,2	14,8	9,4	10,1	10,3	7,8	14,0	8,8	10,2	13,4	6,6	11,1	15,3	5,4	12,2	13,4	7,9	7,6	12,9
<i>Lo Stato dovrebbe, attraverso il Servizio Sanitario Nazionale utilizzare al meglio tutte le strutture ospedaliere sul territorio (pubbliche e accreditate), per permettere al cittadino di poter scegliere nella maniera migliore, a seconda delle sue necessità, possibilità ed opinioni</i>																			
- Molto + Abb. d'accordo	73,1	46,6	90,5	69,5	81,1	92,4	71,0	92,7	89,3	56,6	86,1	74,2	48,2	85,2	77,9	53,0	80,0	80,9	65,0
- Poco + Per niente d'accordo	10,1	31,1	7,0	9,4	13,3	7,2	8,0	5,9	8,2	29,4	8,1	9,5	14,3	8,0	9,2	13,3	12,1	9,5	9,4
<i>In fondo si conosce poco delle diverse opportunità di ricovero che offre il sistema accreditato: la Regione o la Asl dovrebbero investire in opportune campagne di informazione del cittadino per favorire una sua effettiva libera scelta</i>																			
- Molto + Abb. d'accordo	66,6	63,4	75,2	64,1	76,3	65,3	64,9	69,7	78,4	68,9	75,0	68,2	49,1	77,2	68,0	52,3	77,4	72,3	58,0
- Poco + Per niente d'accordo	15,8	14,0	21,8	13,9	17,4	34,2	13,8	27,5	19,0	16,3	18,6	14,7	12,5	15,4	18,3	12,9	14,4	17,5	15,2
<i>Sul territorio del mio Comune di residenza esiste un'ampia scelta di strutture (pubbliche e accreditate) e quindi si può scegliere quello che meglio serve, volta per volta</i>																			
- Molto + Abb. d'accordo	44,6	30,7	48,1	44,7	42,4	60,7	34,2	61,1	48,8	17,6	54,5	41,6	31,5	52,4	48,1	31,0	56,7	51,9	34,4
- Poco + Per niente d'accordo	35,2	45,1	43,4	31,7	45,6	37,7	42,0	35,8	41,0	66,0	36,4	39,5	26,5	39,1	34,6	31,4	35,2	37,1	34,0
<i>Sul territorio della mia Provincia di residenza esiste un'ampia scelta di strutture (pubbliche e accreditate) e quindi si può scegliere quello che meglio serve, volta per volta</i>																			
- Molto + Abb. d'accordo	57,2	39,4	69,1	54,8	61,6	81,9	44,8	81,0	71,0	27,2	73,7	51,1	37,1	69,1	61,1	38,3	70,8	65,9	45,3
- Poco + Per niente d'accordo	23,7	37,8	27,0	21,5	31,9	16,9	32,2	16,4	25,7	57,7	20,1	29,9	20,5	23,5	23,9	23,7	21,9	22,9	25,1
<i>Sul territorio della mia Regione di residenza esiste un'ampia scelta di strutture (pubbliche e accreditate) e quindi si può scegliere quello che meglio serve, volta per volta</i>																			
- Molto + Abb. d'accordo	60,0	38,7	77,3	56,2	68,6	87,7	51,9	85,3	78,5	35,1	78,1	55,1	35,7	75,4	63,1	38,3	73,9	65,6	50,3
- Poco + Per niente d'accordo	19,0	21,0	17,0	19,4	18,5	11,0	23,7	11,5	16,6	30,6	12,8	24,5	21,1	14,3	19,9	23,2	13,2	22,8	18,9

Fonte: Indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. A19 – Esperienze di liste di attesa, avute negli ultimi dodici mesi da parte della popolazione, per l'accesso ai servizi sanitari Asl come analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici (RX, TAC, Risonanza Magnetica, ecc.), visite specialistiche e/o piccoli interventi ambulatoriali (val. % e v.a.)

Risposta	Ripartizione geografica										Ampiezza Comune di residenza		Sesso		Età		Titolo di studio					Livello socioeconomico dichiarato		
	Totale	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a licenza media inf.	Diploma media sup.	Laurea e oltre	Basso + Medio-basso	Medio	Medio-alto + Alto					
- Una o più esperienze, di cui:	39,2	46,2	47,4	41,6	28,2	40,7	39,7	35,5	31,2	46,5	38,5	48,8	30,9	34,5	43,2	53,3	35,5	39,1	58,3					
• 1 sola esperienza	20,5	20,3	26,8	21,9	16,5	21,5	21,8	17,0	15,2	25,4	25,4	25,7	13,0	17,9	22,3	29,7	16,7	21,5	35,0					
• 2 esperienze	11,3	14,8	9,3	12,9	8,9	10,3	12,1	12,5	10,9	11,6	8,7	13,8	10,5	10,1	12,3	15,1	11,0	9,8	19,4					
• 3 esperienze	3,5	5,1	5,5	3,7	1,0	3,5	3,3	3,4	2,9	4,0	1,6	4,9	3,2	3,1	4,0	3,7	4,5	2,7	1,9					
• 4 o più esperienze	3,9	6,0	5,8	3,1	1,8	5,4	2,5	2,6	2,2	5,5	2,8	4,4	4,2	3,4	4,6	4,8	3,3	5,1	2,0					
- Nessuna esperienza	60,8	53,8	52,6	58,4	71,8	59,3	60,3	64,5	68,8	53,5	61,5	51,2	69,1	65,5	56,8	46,7	64,5	60,9	41,7					
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	100,0	100,0					
v.a.	4.020	1.074	777	754	1.415	1.914	1.174	933	1.918	2.102	921	1.483	1.616	2.360	1.198	462	1.902	1.722	396					

Fonte: indagini Ermenieita – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. A25 – Esperienze di liste di attesa, avute nel corso degli ultimi dodici mesi, in vista di un vero e proprio ricovero in ospedale (per cure e/o per interventi chirurgici) (val. %)

Risposta	Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza		Sesso		Età		Titolo di studio			socioeconomico dichiarato		Livello		
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a licenza media inf.	Diploma media sup.	Laurea e oltre	Basso + Medio-basso		Medio	Medio-alto + Alto
Totale	6,7	6,1	7,2	8,2	6,0	9,9	6,3	8,7	10,5	9,7	3,2	6,3	7,9	10,8	4,0	5,2	31,1	
Previsioni chirurgiche/cure di tipo grave/serio																		
- Sì, ho avuto una o più esperienze di liste, di cui:	7,2	4,0	4,9	4,3	5,0	5,3	4,0	3,6	5,5	6,1	2,2	3,7	5,5	7,0	2,8	3,0	20,3	
• 1 sola esperienza	1,3	1,5	1,0	1,2	1,4	2,0	1,7	1,6	1,1	1,6	0,7	0,9	1,7	2,7	0,5	1,8	3,3	
• 2 esperienze	0,8	0,9	0,2	1,7	0,5	0,6	1,2	0,3	1,2	0,7	1,4	0,3	0,9	0,6	0,6	0,4	2,9	
• 3 esperienze	0,5	0,3	0,0	0,0	1,3	0,2	1,4	0,1	0,1	0,9	1,7	0,3	0,0	0,8	0,1	0,0	4,6	
• 4 o più esperienze	92,8	93,3	93,9	92,8	91,8	90,1	93,7	94,4	89,5	90,3	96,8	93,7	92,1	89,2	96,0	94,8	68,9	
- No, non ho avuto alcuna esperienza di liste di attesa	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 v.a.	4.020	1.074	777	754	1.415	1.174	933	1.918	2.102	921	1.483	1.616	2.360	1.198	462	1.902	1.722	396
Previsioni chirurgiche/cure di tipo leggero																		
- Sì, ho avuto una o più esperienze di liste, di cui:	15,6	19,6	14,5	16,9	12,4	18,2	14,4	14,1	16,9	18,1	20,6	9,7	12,6	17,7	26,0	9,6	14,4	49,5
• 1 sola esperienza	12,3	16,4	12,9	12,2	8,8	12,8	12,5	10,9	12,2	12,3	16,2	8,7	9,9	14,1	19,5	8,0	11,9	34,5
• 2 esperienze	2,3	2,7	1,3	3,8	1,7	3,3	3,6	2,7	1,5	3,0	3,7	3,2	0,7	1,6	2,7	4,9	1,0	2,0
• 3 esperienze	0,5	0,5	0,3	0,9	0,5	0,4	0,5	0,7	0,3	0,7	0,2	1,0	0,2	0,4	0,6	1,2	0,5	0,3
• 4 o più esperienze	0,5	0,0	0,0	0,0	1,4	0,1	1,6	0,1	0,1	0,9	1,8	0,2	0,1	0,7	0,3	0,4	0,1	0,2
- No, non ho avuto alcuna esperienza di liste di attesa	84,4	80,4	85,5	83,1	87,6	85,4	81,8	85,9	83,1	81,9	79,4	90,3	87,4	82,3	74,0	90,4	85,6	50,5
Totale v.a.	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
	4.020	1.074	777	754	1.415	1.174	933	1.918	2.102	921	1.483	1.616	2.360	1.198	462	1.902	1.722	396

Fonte: Indagine Ermenieita – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. A29 – Eventuali esperienze di accesso al Pronto Soccorso da parte della popolazione, nel corso degli ultimi dodici mesi, a seconda della tipologia di ospedale cui ci si è rivolti (val. %)

Esperienze	Ripartizione geografica										Ampiezza Comune di residenza			Sesso	Età	Titolo di studio				Livello socioeconomico dichiarato	
	Totale	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre			Fino a licenza media inf.	Diploma media sup.	Laurea e oltre	Basso + Medio-basso	Medio	Medio-alto + Alto
Ospedale pubblico	18,7	22,2	18,0	17,6	16,9	16,9	22,4	17,5	15,4	21,6	23,8	24,5	10,4	14,8	22,4	28,7	14,4	18,2	41,1		
- Sì, una volta	7,9	10,6	9,2	5,1	6,7	8,7	6,6	8,1	8,0	7,9	8,5	11,6	4,3	5,8	10,2	12,6	7,1	7,2	14,7		
- Sì, 2 o più volte	67,1	63,0	70,0	68,9	67,9	67,2	63,9	71,2	69,8	64,7	59,7	58,4	79,3	72,6	60,9	56,0	71,4	68,1	43,1		
- No	6,3	4,2	2,8	8,4	8,5	7,2	7,1	3,2	6,8	5,8	8,0	5,5	6,0	6,8	6,5	2,7	7,1	6,5	1,1		
- Non ricordo	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	100,0		
Totale	4,020	1,074	777	754	1,415	1,914	1,174	933	1,918	2,102	921	1,483	1,616	2,360	1,198	462	1,902	1,722	396		
Ospedale accreditato	4,6	5,3	2,3	4,5	5,4	3,1	7,4	4,2	2,7	6,3	10,1	4,7	1,4	4,3	4,6	5,8	2,3	4,1	17,9		
- Sì, una volta	3,3	7,5	0,6	2,4	2,0	2,0	5,4	3,2	3,9	2,7	4,2	5,6	0,6	3,2	2,8	5,0	0,9	1,8	21,2		
- Sì, 2 o più volte	86,0	81,9	93,8	84,9	85,4	88,1	79,8	89,4	87,2	84,9	77,6	83,6	93,0	86,3	85,6	85,7	90,6	87,0	59,5		
- No	6,1	5,3	3,3	8,2	7,2	6,8	7,4	3,2	6,2	6,1	8,1	6,1	5,0	6,2	7,0	3,5	6,2	7,1	1,4		
- Non ricordo	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	100,0		
Totale	4,020	1,074	777	754	1,415	1,914	1,174	933	1,918	2,102	921	1,483	1,616	2,360	1,198	462	1,902	1,722	396		
Clinica privata a pagamento	3,1	1,8	0,5	4,4	4,9	2,6	5,0	1,9	1,5	4,6	10,2	1,8	0,3	3,2	2,4	4,5	1,1	2,3	16,7		
- Sì, una volta	1,6	2,7	0,8	1,2	1,5	1,2	2,5	1,4	0,9	2,3	2,7	2,3	0,4	0,5	3,0	3,9	0,6	0,9	9,4		
- Sì, 2 o più volte	89,0	89,8	94,7	86,4	86,6	89,7	85,4	91,9	91,3	86,8	78,6	89,5	94,4	89,8	87,7	88,3	92,7	88,7	72,2		
- No	6,3	5,7	4,0	8,0	7,0	6,5	7,1	4,8	6,3	6,3	8,5	6,4	4,9	6,5	6,9	3,3	5,6	8,1	1,7		
- Non ricordo	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	100,0		
Totale	4,020	1,074	777	754	1,415	1,914	1,174	933	1,918	2,102	921	1,483	1,616	2,360	1,198	462	1,902	1,722	396		
v.a.																					

Fonte: Indagine Ermenieita – Studi & Strategie di Sistema, 2019

(Segue) Tab. A32 – Sensazione di esser stati o meno “messi al centro” come pazienti in occasione dell’ultima esperienza avuta al Pronto Soccorso negli ultimi dodici mesi da parte della popolazione (val. %)

Risposta	Ripartizione geografica						Ampiezza Comune di residenza				Sesso		Età		Titolo di studio			Livello socioeconomico dichiarato		
	Totale	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a licenza media inf.	Diploma media sup.	Laurea e oltre	Basso + Medio-basso	Medio	Medio-alto + Alto	
Ospedale accreditato																				
- Di essere effettivamente “messo al centro” dell’attenzione come paziente (prima delle esigenze di personale, prima delle esigenze dell’organizzazione, ecc.)	30,9	15,4	7,4	49,4	46,9	32,5	34,4	20,6	13,5	42,4	54,4	13,9	14,7	41,9	14,4	20,5	18,5	27,1	38,0	
- Di essere effettivamente “messo al centro” dell’attenzione come paziente ma solo appena un po’	25,4	26,7	54,4	13,1	23,7	33,1	12,7	42,4	23,5	26,7	19,8	28,5	34,1	16,0	37,1	38,5	27,8	34,3	18,8	
- Di non essere per nulla o quasi “messo al centro” dell’attenzione come paziente (poiché prima c’erano le esigenze di personale, dell’organizzazione)	27,8	38,9	15,8	27,1	16,2	17,5	39,3	17,4	42,7	17,9	15,2	40,1	21,5	26,8	32,5	23,2	26,2	20,9	33,0	
- Di essere trattato in maniera inappropriata (pur tenendo presenti le condizioni affollate, le lunghe attese, ecc.)	6,0	7,0	4,0	5,5	5,5	6,3	2,9	12,5	5,8	6,2	5,0	6,2	9,5	1,7	10,3	13,7	6,1	6,4	5,8	
- Non saprei dare una valutazione in proposito	9,9	12,0	18,4	4,9	7,7	10,6	10,7	7,1	14,5	6,8	5,6	11,3	20,2	13,6	5,7	4,1	21,4	11,3	4,4	
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	100,0	100,0	100,0	100,0	
v.a.	316	137	23	52	104	97	150	69	126	190	131	153	32	177	89	50	61	100	155	

./.

(Segue) Tab. A32 – Sensazione di esser stati o meno “messi al centro” come pazienti in occasione dell’ultima esperienza avuta al Pronto Soccorso negli ultimi dodici mesi da parte della popolazione (val. %)

Risposta	Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza				Sesso		Età		Titolo di studio				Livello socioeconomico dichiarato		
	Totale	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a licenza media inf.	Diploma media sup.	Laurea e oltre	Basso + Medio-basso	Medio	Medio-alto + Alto
Clinica privata a pagamento																			
- Di essere effettivamente “messo al centro” dell’attenzione come paziente (prima delle esigenze di personale, prima delle esigenze dell’organizzazione, ecc.)	47,1	30,6	23,1	57,8	53,8	41,9	57,7	30,8	34,0	51,4	60,7	23,1	37,3	79,5	20,5	17,8	29,8	39,3	56,9
- Di essere effettivamente “messo al centro” dell’attenzione come paziente ma solo appena un po’	21,6	29,7	45,3	11,7	19,3	26,9	13,1	32,8	34,3	17,6	17,6	26,0	38,3	3,8	34,4	40,8	23,5	18,6	22,6
- Di non essere per nulla o quasi “messo al centro” dell’attenzione come paziente (poiché prima c’erano le esigenze di personale, dell’organizzazione)	14,8	15,3	8,2	18,1	13,6	15,9	14,9	11,6	12,0	15,6	10,7	22,9	12,8	3,6	27,7	18,6	23,3	22,9	7,7
- Di essere trattato in maniera inappropriata (pur tenendo presenti le condizioni affollate, le lunghe attese, ecc.)	6,2	10,9	9,0	4,7	4,0	8,0	2,8	11,1	4,8	6,6	3,5	10,4	10,3	2,9	8,3	10,2	6,0	7,8	5,3
- Non saprei dare una valutazione in positivo	10,3	13,5	14,4	7,7	9,3	7,3	11,5	13,7	14,9	8,8	7,5	17,6	1,3	10,2	9,1	12,6	17,4	11,4	7,5
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	100,0	100,0	100,0
v.a.	191	48	10	43	90	73	87	31	46	145	118	61	12	88	64	39	33	55	103

Fonte: indagine Ermenieia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. A33 – Livello di soddisfazione/insoddisfazione dichiarato dalla popolazione rispetto alle esperienze maturate nel Pronto Soccorso in uno o più ospedali l'ultima volta che ciò è avvenuto nel corso degli ultimi dodici mesi (val. %)

Livello di soddisfazione	Ripartizione geografica										Ampiezza Comune di residenza			Sesso		Età		Titolo di studio					Livello socioeconomico dichiarato																					
	Nord-Ovest			Nord-Est			Centro			Sud e isole			Fino a 20 mila ab.			20-100 mila ab.			Oltre 100 mila ab.			Maschio		Femmina		18-34 anni		35-54 anni		55 anni e oltre		Fino a licenza media inf.		Diploma media sup.		Laurea e oltre		Basso + Medio-basso		Medio		Medio-alto + Alto		
	Totale			Totale			Totale			Totale			Totale			Totale			Totale			Totale			Totale			Totale			Totale			Totale			Totale							
- Molto soddisfatto	11,2	7,2	12,3	11,8	14,5	10,8	13,6	8,4	8,6	13,0	18,4	8,3	8,6	15,0	7,3	9,6	6,1	7,0	28,9																									
- Abbastanza soddisfatto	48,5	58,0	60,6	38,3	36,0	40,3	61,6	46,3	46,9	49,7	43,6	53,5	43,5	52,0	43,2	50,7	41,9	53,5	50,7																									
- Poco soddisfatto	24,3	21,6	12,3	35,5	29,0	27,6	14,9	31,2	28,0	21,7	18,8	22,1	36,0	19,0	31,8	22,4	31,3	24,5	11,0																									
- Per nulla soddisfatto	13,2	11,8	10,3	12,2	16,9	16,8	8,6	12,4	12,4	13,7	13,6	14,3	10,2	11,4	14,5	14,8	18,7	12,3	4,8																									
- Non saprei esprimere un giudizio	2,8	1,4	4,5	2,2	3,6	4,5	1,3	1,7	4,1	1,9	5,6	1,8	1,7	2,6	3,2	2,5	2,0	2,7	4,6																									
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	100,0	100,0	100,0																									
v.a.	1125	380	218	182	344	512	362	250	469	656	312	559	253	508	412	205	430	463	232																									

Fonte: *Indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Tab. A34.1 – Esperienze di liste di attesa da parte della popolazione anute nel corso degli ultimi dodici mesi, in vista di accedere a prestazioni in day hospital, in day service (di tipo medico-ambulatoriale) e/o in day service (di tipo chirurgico-ambulatoriale) (val. %)

Prestazioni chirurgiche/cure di tipo grave/serio	Ripartizione geografica							Ampiezza Comune di residenza		Sesso		Età		Titolo di studio			Livello socioeconomico dichiarato			
	Totale	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a licenza media inf.	Diploma media sup.	Laurea e oltre	Basso + Medio-basso	Medio	Medio-alto + Alto	
In day hospital																				
– Una o più esperienze e precisamente:	6,3	6,6	3,9	4,1	8,4	5,2	8,0	6,1	4,6	7,8	9,6	8,0	2,6	5,0	7,7	9,2	4,2	3,3	29,3	
• 1 sola esperienza	4,2	5,7	2,3	1,6	5,6	4,0	4,2	4,7	3,2	5,2	6,1	5,4	2,0	3,2	5,2	6,7	3,0	2,2	19,2	
• 2 esperienze	1,1	0,5	1,1	1,3	1,3	0,8	1,4	1,1	1,1	1,0	1,7	1,5	0,3	0,4	2,1	2,0	0,5	0,9	4,3	
• 3 esperienze	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,1	0,2	0,4	0,0	0,4	0,2	0,4	0,1	0,1	0,2	0,1	1,7	
• 4 o più esperienze	0,7	0,2	0,2	1,0	1,2	0,1	2,1	0,2	0,1	1,2	1,8	0,7	0,1	1,0	0,3	0,4	0,5	0,1	4,1	
– Nessuna esperienza	93,7	93,4	96,1	95,9	91,6	94,8	92,0	93,9	95,4	92,2	90,4	92,0	97,4	95,0	92,3	90,8	95,8	96,7	70,7	
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	100,0	100,0	
v.a.	4.020	1.074	777	754	1.415	1.914	1.174	933	1.918	2.102	921	1.483	1.616	2.360	1.198	462	1.902	1.722	396	
In day service medico-ambulatoriale																				
– Una o più esperienze e precisamente:	9,0	9,4	8,7	9,6	8,3	7,5	11,8	8,2	8,1	9,6	11,6	11,3	5,3	9,6	7,6	9,2	6,3	4,4	41,6	
• 1 sola esperienza	6,5	6,8	7,1	6,7	5,7	5,4	8,3	6,4	6,1	6,7	6,4	8,4	4,7	7,3	4,6	7,0	4,6	2,8	31,2	
• 2 esperienze	1,0	1,2	1,0	0,6	1,0	1,2	0,7	0,8	1,0	1,0	1,8	1,1	0,5	0,6	1,6	1,8	0,5	0,5	5,9	
• 3 esperienze	1,0	1,2	0,6	2,2	0,5	0,8	1,4	1,0	1,0	1,0	1,7	1,7	0,0	1,0	1,2	0,4	1,1	1,0	0,6	
• 4 o più esperienze	0,5	0,2	0,0	0,1	1,1	0,1	1,4	-	0,0	0,9	1,7	0,1	0,1	0,7	0,2	-	0,1	0,1	3,9	
– Nessuna esperienza	91,0	90,6	91,3	90,4	91,7	92,5	88,2	91,8	91,9	90,4	88,4	88,7	94,7	90,4	92,4	90,8	93,7	95,6	58,4	
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	100,0	100,0	100,0	100,0	
v.a.	4.020	1.074	777	754	1.415	1.914	1.174	933	1.918	2.102	921	1.483	1.616	2.360	1.198	462	1.902	1.722	396	
In day service di tipo chirurgico-ambulatoriale																				
– Una o più esperienze e precisamente:	6,8	8,3	2,7	6,1	8,0	4,7	11,0	5,6	6,2	7,1	9,9	9,8	2,1	6,4	6,8	8,2	2,8	2,9	41,9	
• 1 sola esperienza	3,4	2,7	1,6	3,8	4,8	3,2	3,3	4,0	2,7	4,0	5,7	3,9	1,7	2,6	4,0	5,9	1,7	1,9	18,2	
• 2 esperienze	2,4	5,0	0,6	1,2	2,0	1,1	5,3	1,3	3,1	1,7	2,1	4,9	0,2	2,7	2,1	1,7	0,6	0,7	18,0	
• 3 esperienze	0,5	0,4	0,5	1,1	0,1	0,3	0,9	0,3	0,4	0,5	0,4	0,9	0,1	0,4	0,6	0,5	0,5	0,2	1,7	
• 4 o più esperienze	0,5	0,2	-	0,0	1,1	0,1	1,5	-	0,0	0,9	1,7	0,1	0,1	0,7	0,1	0,1	0,0	0,1	4,0	
– Nessuna esperienza	93,2	91,7	97,3	93,9	92,0	95,3	89,0	94,4	93,8	92,9	90,1	90,2	97,9	93,6	93,2	91,8	97,2	97,1	58,1	
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	100,0	100,0	
v.a.	4.020	1.074	777	754	1.415	1.914	1.174	933	1.918	2.102	921	1.483	1.616	2.360	1.198	462	1.902	1.722	396	

Fonte: Indagine Ermenieia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. A34.2 – Esperienze di liste di attesa da parte della popolazione anute nel corso degli ultimi dodici mesi, in vista di accedere a prestazioni in day hospital, in day service (di tipo medico-ambulatoriale) e/o in day service (di tipo chirurgico-ambulatoriale) (val. %)

Prestazioni chirurgiche/cure di tipo leggero	Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza		Sesso		Età		Titolo di studio				Livello socioeconomico dichiarato				
	Totale	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a licenza media inf.	Diploma media sup.	Laurea e oltre	Basso + Medio-basso	Medio	Medio-alto + Alto	
In day hospital																			
– Una o più esperienze e precisamente:	9,4	10,9	7,7	7,7	10,3	8,9	9,8	10,0	11,8	12,1	13,1	4,7	7,5	11,8	13,8	6,6	7,9	29,7	
• 1 sola esperienza	7,2	8,9	6,5	5,6	7,3	7,4	6,3	8,1	5,7	8,9	9,9	3,9	5,4	9,6	10,4	5,2	6,7	19,0	
• 2 esperienze	1,3	1,9	1,0	0,6	1,4	1,4	1,0	0,9	1,7	1,5	1,8	0,8	0,9	1,3	2,8	0,5	1,0	6,2	
• 3 esperienze	0,4	0,1	0,1	1,5	0,3	0,0	0,8	0,8	0,3	0,6	0,0	1,2	0,0	0,5	0,3	0,8	0,1	0,4	
• 4 o più esperienze	0,5	0,0	0,1	-	1,3	0,1	1,3	0,1	0,0	1,7	0,2	0,0	0,7	0,2	0,3	0,1	0,1	4,1	
– Nessuna esperienza	90,6	89,1	92,3	92,3	89,7	91,1	90,2	90,0	93,1	88,2	87,9	86,9	95,3	92,5	88,2	93,4	92,1	70,3	
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	100,0	
v.a.	4.020	1.074	777	754	1.415	1.914	1.174	933	1.918	2.102	921	1.483	1.616	2.360	1.198	462	1.902	1.722	396
In day service medico-ambulatoriale																			
– Una o più esperienze e precisamente:	10,4	14,3	8,8	11,0	8,6	8,5	12,3	12,0	8,1	12,5	13,6	4,7	10,1	9,7	14,1	6,3	8,0	41,3	
• 1 sola esperienza	7,7	10,4	7,2	7,7	5,9	6,1	8,4	9,9	6,4	8,8	10,6	9,9	3,9	7,5	7,0	10,4	4,6	29,0	
• 2 esperienze	1,4	1,7	1,1	1,8	1,1	1,5	1,6	1,0	0,7	2,0	1,4	2,2	0,7	0,9	1,8	2,7	1,1	0,8	
• 3 esperienze	0,7	2,0	0,5	0,2	0,2	0,8	0,7	0,7	0,8	0,7	1,6	1,0	0,0	0,8	0,7	0,9	0,2	0,9	
• 4 o più esperienze	0,6	0,2	-	0,3	1,4	0,4	1,6	0,4	0,2	1,0	1,7	0,5	0,1	0,9	0,2	0,1	0,4	4,1	
– Nessuna esperienza	89,6	85,7	91,2	90,0	91,4	91,5	87,7	88,0	91,9	87,5	84,7	86,4	95,3	89,9	90,3	85,9	93,7	92,0	
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	100,0	
v.a.	4.020	1.074	777	754	1.415	1.914	1.174	933	1.918	2.102	921	1.483	1.616	2.360	1.198	462	1.902	1.722	396
In day service di tipo chirurgico-ambulatoriale																			
– Una o più esperienze e precisamente:	8,6	10,7	4,5	11,0	8,1	7,8	11,4	7,1	8,9	8,4	11,1	4,9	8,2	8,5	12,1	3,1	6,9	43,4	
• 1 sola esperienza	5,9	5,9	3,3	8,9	5,8	6,8	5,1	5,1	5,8	6,0	8,6	5,9	4,4	5,0	6,6	8,8	1,9	6,0	
• 2 esperienze	1,9	4,3	1,0	0,9	1,1	0,7	4,0	1,7	2,8	1,0	1,0	4,2	0,3	2,0	1,2	3,1	0,6	13,7	
• 3 esperienze	0,4	0,4	0,2	1,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,6	0,1	1,0	0,1	0,5	0,2	0,1	0,5	0,3	1,0	
• 4 o più esperienze	0,4	0,1	0,0	-	1,1	0,1	1,9	0,1	0,1	0,8	1,7	0,0	0,1	0,7	0,2	0,1	0,1	4,0	
– Nessuna esperienza	91,4	89,3	95,5	89,0	91,9	92,2	88,6	92,9	91,1	91,6	88,6	88,9	95,1	91,8	91,5	87,9	96,9	93,1	
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	100,0	
v.a.	4.020	1.074	777	754	1.415	1.914	1.174	933	1.918	2.102	921	1.483	1.616	2.360	1.198	462	1.902	1.722	396

Fonte: Indagine Ermenieia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. A35 – Comportamento adottato dalla popolazione nel caso si sia stati inseriti in liste di attesa, nel corso degli ultimi dodici mesi, in vista di ottenere prestazioni in day hospital, in day service di tipo medico-ambulatoriale o in day service di tipo chirurgico-ambulatoriale (val. %)

Comportamenti	Ripartizione geografica						Ampiezza Comune di residenza			Sesso		Età		Titolo di studio					Livello socioeconomico dichiarato		
	Totale	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a licenza media inf.	Diploma media sup.	Laurea e oltre	Basso + Medio-basso	Medio	Medio-alto + Alto		
Prestazioni chirurgiche/cure di tipo grave/serio																					
- Ha atteso il suo turno	61,5	63,7	79,6	58,1	52,1	62,8	58,3	63,8	70,6	54,7	51,7	61,4	72,1	73,1	48,8	41,6	71,0	64,0	51,3		
- Ha adottato altri comportamenti, di cui:	38,5	36,3	20,4	41,9	47,9	37,2	41,7	36,2	29,4	45,3	48,3	38,6	27,9	26,9	51,2	58,4	29,0	36,0	48,7		
• Nell'ambito di strutture ospedaliere pubbliche	13,4	11,9	6,4	19,0	15,3	16,4	8,9	14,6	9,7	16,2	19,3	13,0	7,9	5,9	23,0	23,5	6,9	12,1	20,2		
• Nell'ambito di strutture ospedaliere accreditate	12,1	17,3	9,6	8,6	10,6	11,7	10,5	15,4	14,3	10,4	9,5	12,6	13,9	8,7	15,4	18,8	10,4	10,7	14,5		
• Ha deciso di ricorrere a strutture private a pagamento	6,5	6,2	2,1	5,9	9,4	7,0	6,5	5,6	4,2	8,2	7,0	8,1	3,2	3,1	9,1	15,0	5,1	10,6	5,2		
• Ha rimandato le prestazioni	1,9	0,4	-	8,2	0,7	0,6	4,5	0,3	0,4	3,0	-	3,6	0,8	2,7	1,2	0,1	4,5	0,4	0,4		
• Ha rinunciato alle prestazioni	4,6	0,5	2,3	0,2	11,9	1,5	11,3	0,3	0,8	7,5	12,5	1,3	2,1	6,5	2,5	1,0	2,1	2,2	8,4		
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	100,0	100,0	100,0	100,0		
v.a.	476	145	84	88	159	206	165	105	206	270	132	220	124	270	141	65	172	119	185		
Prestazioni chirurgiche/cure di tipo leggero																					
- Ha atteso il suo turno	60,6	50,8	76,7	61,3	62,1	74,3	46,1	51,4	60,5	60,7	68,2	51,4	68,5	60,5	60,7	60,6	68,8	73,8	33,2		
- Ha adottato altri comportamenti, di cui:	39,4	49,2	23,3	38,7	37,9	25,7	53,9	48,6	39,5	39,3	31,8	48,6	31,5	39,5	39,3	39,4	31,2	26,2	66,8		
• Nell'ambito di strutture ospedaliere pubbliche	14,1	23,0	8,5	5,9	12,8	9,8	25,7	9,1	18,1	11,2	9,9	22,6	3,9	12,9	15,7	15,1	7,2	6,2	32,9		
• Nell'ambito di strutture ospedaliere accreditate	14,7	16,0	8,1	23,3	10,5	9,8	7,9	31,6	15,1	14,4	8,0	14,1	22,6	16,1	12,7	13,9	16,9	11,7	16,2		
• Ha deciso di ricorrere a strutture private a pagamento	6,7	8,5	3,6	8,3	5,3	3,9	10,8	7,3	3,8	8,8	5,2	9,9	2,8	5,4	8,1	8,2	5,6	6,0	9,0		
• Ha rimandato le prestazioni	1,3	0,7	2,8	1,2	1,1	1,5	1,6	0,5	1,8	0,9	0,6	1,7	1,2	0,4	2,5	1,8	1,2	1,6	0,9		
• Ha rinunciato alle prestazioni	2,6	1,0	0,3	-	8,2	0,7	7,9	0,1	0,7	4,0	8,1	0,3	1,0	4,7	0,3	0,4	0,3	0,7	7,8		
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	100,0	100,0		
v.a.	703	243	123	148	190	328	201	174	296	407	193	323	187	366	225	112	229	274	200		

Fonte: indagine Ermenieia – Studi & Strategie di Sisrema, 2019

Tab. A36.1 – Eventuale pagamento dei ticket e relativo importo qualora la popolazione abbia fatto esperienze, nel corso degli ultimi dodici mesi, di prestazioni in day hospital oppure in day service di tipo medico-ambulatoriale e/o di tipo chirurgico-ambulatoriale (val. %)

Tipologia di prestazioni	Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza		Sesso		Età		Titolo di studio		Livello socioeconomico dichiarato						
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a licenza media inf.	Diploma media sup.	Laurea e oltre	Basso + Medio-basso	Medio	Medio-alto + Alto		
Prestazioni in day hospital																			
- Nessun ticket o altro tipo di spese presso strutture pubbliche e/o accreditate	54,6	72,2	71,5	35,7	34,0	63,5	60,5	32,7	66,6	45,5	31,0	61,7	57,2	63,2	41,9	44,2	52,1	53,6	58,2
- Sono stati pagati, di cui:	45,4	27,8	28,5	64,3	66,0	36,5	39,5	67,3	33,4	54,5	69,0	38,3	42,8	36,8	58,1	55,8	47,9	46,4	41,8
• Ticket nell'ambito delle strutture pubbliche o accreditate	34,1	13,5	27,0	51,8	56,8	30,5	27,5	50,0	22,6	42,9	58,4	29,4	24,8	27,3	42,2	46,6	36,0	35,3	31,0
• Superticket nell'ambito delle strutture pubbliche o accreditate	5,3	7,1	-	6,3	3,6	2,2	9,3	2,8	2,2	7,6	4,3	7,2	1,0	4,4	7,4	4,7	1,1	6,7	9,0
• Altre spese presso le strutture pubbliche o accreditate	3,8	6,2	-	6,0	0,2	0,7	0,2	14,0	6,1	2,0	5,1	0,3	11,8	4,1	4,6	0,4	8,8	0,2	0,9
• Ho sostenuto il costo pieno presso le strutture private	2,2	1,0	1,5	0,2	5,4	3,1	2,5	0,5	2,5	2,0	1,2	1,4	5,2	1,0	3,9	4,1	2,0	4,2	0,9
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	100,0	100,0	100,0
v.a.	238	105	21	40	72	80	99	59	103	135	47	139	53	139	69	31	93	65	81
Prestazioni in day service di tipo medico-ambulatoriale																			
- Nessun ticket o altro tipo di spese presso strutture pubbliche e/o accreditate	51,3	52,8	48,1	71,2	30,6	49,9	41,4	60,5	66,8	41,2	40,5	25,2	85,8	67,0	39,1	28,9	66,3	40,2	12,6
- Sono stati pagati, di cui:	48,7	47,2	51,9	28,8	69,4	50,1	58,6	39,5	33,2	58,8	59,5	74,8	14,2	33,0	60,9	71,1	33,7	59,8	87,4
• Ticket nell'ambito delle strutture pubbliche o accreditate	39,0	32,3	45,3	24,7	52,8	41,4	43,9	30,7	24,1	48,7	52,1	61,0	7,5	25,4	49,5	58,7	23,9	50,0	79,2
• Superticket nell'ambito delle strutture pubbliche o accreditate	5,3	4,3	5,0	-	14,2	5,6	10,9	1,4	7,3	4,0	0,8	7,2	6,0	7,6	3,3	2,7	5,8	4,9	4,2
• Altre spese presso le strutture pubbliche o accreditate	1,7	4,4	0,7	1,9	-	2,1	0,8	1,2	1,1	2,1	4,4	1,3	0,5	-	2,7	4,6	0,8	2,6	2,9
• Ho sostenuto il costo pieno presso le strutture private	2,7	6,2	0,9	2,2	2,4	1,0	3,0	6,2	0,7	4,0	2,2	5,3	0,2	-	5,4	5,1	3,2	2,3	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	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	221	50	83	50	38	128	35	58	88	133	51	88	83	110	75	36	114	88	19

(Segue) Tab. A36.1 – Eventuale pagamento dei ticket e relativo importo qualora la popolazione abbia fatto esperienze, nel corso degli ultimi dodici mesi, di prestazioni in day hospital oppure in day service di tipo medico-ambulatoriale e/o di tipo chirurgico-ambulatoriale (val. %)

Tipologia di prestazioni	Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza		Sesso		Età		Titolo di studio				Livello socioeconomico dichiarato				
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a licenza media inf.	Diploma media sup.	Laurea e oltre	Basso + Medio-basso	Medio	Medio-alto + Alto	
Prestazioni in day service di tipo chirurgico-ambulatoriale																			
- Nessun ticket o altro tipo di spese presso strutture pubbliche e/o accreditate	67,6	45,7	32,1	85,9	68,2	66,9	38,1	74,2	85,5	25,0	26,2	34,4	84,7	88,5	34,8	20,9	60,3	65,0	74,9
- Sono stati pagati, di cui:	32,4	54,3	67,9	14,1	31,8	33,1	61,9	25,8	14,5	75,0	73,8	65,6	15,3	11,5	65,2	79,1	39,7	35,0	25,1
• Ticket nell'ambito delle strutture pubbliche o accreditate	26,2	39,0	59,6	11,9	26,4	30,0	55,8	15,4	10,4	63,7	48,9	53,3	13,8	11,5	57,0	46,3	35,7	28,0	18,9
• Superticket nell'ambito delle strutture pubbliche o accreditate	3,7	7,0	-	1,2	4,9	2,2	-	6,3	2,8	5,8	18,8	7,4	0,2	-	5,0	19,1	2,2	3,6	4,4
• Altre spese presso le strutture pubbliche o accreditate	0,6	2,5	-	0,3	0,3	-	1,4	1,4	-	2,2	4,3	0,6	0,2	-	0,5	4,0	-	1,1	0,4
• Ho sostenuto il costo pieno presso le strutture private	1,9	5,8	8,3	0,7	0,2	0,9	4,7	2,7	1,3	3,3	1,8	4,3	1,1	-	2,7	9,7	1,8	2,3	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	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	136	23	10	45	58	72	10	54	96	40	13	31	92	88	30	18	23	66	47

Fonte: Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. A37 – Sensazioni avute dalla popolazione che ha avuto esperienze, nel corso degli ultimi dodici mesi, di prestazioni ospedaliere in day hospital, in day service di tipo medico-ambulatoriale e/o in day service di tipo chirurgico-ambulatoriale (val. %)

Sensazioni avute	Ripartizione geografica						Ampiezza Comune di residenza				Sesso		Età		Titolo di studio				Livello socioeconomico dichiarato	
	Totale	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a licenza media inf.	Diploma media sup.	Laurea e oltre	Basso + Medio-basso	Medio	Medio-alto + Alto	
Day hospital																				
- Si è avuta la sensazione di essere stati effettivamente "messi al centro" dell'attenzione come pazienti (prima delle esigenze del personale, prima delle esigenze dell'organizzazione, ecc.)	24,1	14,1	38,3	20,3	36,5	25,6	23,7	22,5	9,7	35,0	43,2	18,2	22,3	20,7	29,8	26,3	18,5	26,3	28,6	28,6
- Si è avuta la sensazione di essere stati messi al centro dell'attenzione come pazienti (talvolta sì e talvolta no)	21,2	12,6	34,9	21,5	29,5	31,6	13,2	20,3	20,3	21,8	16,6	15,3	40,7	17,2	25,2	30,2	25,8	31,6	7,5	7,5
- Si è avuta la sensazione di essere stati messi al centro dell'attenzione come pazienti, ma solo appena un po'	40,0	62,1	9,5	46,7	13,1	24,1	54,7	37,5	57,0	27,2	20,9	57,6	11,4	54,2	19,7	22,2	30,9	28,1	60,4	60,4
- Si è avuta la sensazione di non essere stati per nulla o quasi messi al centro dell'attenzione come pazienti (poiché prima c'erano le esigenze del personale, dell'organizzazione, ecc.)	11,0	8,8	4,1	9,7	17,1	15,6	3,7	17,1	8,5	12,9	17,7	5,3	19,9	6,6	17,9	15,5	20,0	9,1	2,2	2,2
- Non saprei dare una valutazione in proposito	3,7	2,4	13,2	1,8	3,8	3,1	4,7	2,6	4,5	3,1	1,6	3,6	5,7	1,3	7,4	5,8	4,8	4,9	1,3	1,3
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	100,0	100,0	100,0
v.a.	238	105	21	40	72	80	99	59	103	135	47	139	53	139	69	31	93	65	81	81

./.

(Segue) Tab. A37 – Sensazioni avute dalla popolazione che ha avuto esperienze, nel corso degli ultimi dodici mesi, di prestazioni ospedaliere in day hospital, in day service di tipo medico-ambulatoriale e/o in day service di tipo chirurgico-ambulatoriale (val. %)

Sensazioni avute	Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza				Sesso		Età		Titolo di studio				Livello socioeconomico dichiarato		
	Totale	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	Fino a licenza	Diploma media inf.	Diploma media sup.	Laurea e oltre	Basso + Medio-basso	Medio + Medio-alto + Alto	
Day service medico-ambulatoriale																			
- Si è avuta la sensazione di essere stati effettivamente "messi al centro" dell'attenzione come pazienti (prima delle esigenze del personale, prima delle esigenze dell'organizzazione, ecc.)	34,3	27,1	57,6	11,5	23,4	45,3	24,4	16,3	46,8	26,0	7,3	37,3	47,6	42,7	28,1	21,8	41,8	26,7	24,7
- Si è avuta la sensazione di essere stati messi al centro dell'attenzione come pazienti (talvolta sì e talvolta no)	30,6	21,9	16,7	63,2	29,4	14,8	46,4	55,5	10,2	44,1	28,4	29,0	33,6	30,5	30,0	32,0	34,6	26,4	25,8
- Si è avuta la sensazione di essere stati messi al centro dell'attenzione come pazienti, ma solo appena un po'	12,4	10,3	12,1	5,2	25,0	13,0	11,4	11,6	16,0	10,0	17,5	8,8	13,1	9,2	17,4	11,8	9,1	12,7	31,0
- Si è avuta la sensazione di non essere stati per nulla o quasi messi al centro dell'attenzione come pazienti (poiché prima c'erano le esigenze del personale, dell'organizzazione, ecc.)	10,5	27,7	1,7	4,2	15,4	15,0	7,8	2,4	16,0	6,9	33,2	6,3	1,2	10,7	9,5	12,1	4,3	18,5	10,9
- Non saprei dare una valutazione in proposito	12,2	13,0	11,9	15,9	6,8	11,9	10,0	14,2	11,0	13,0	13,6	18,6	4,5	6,9	15,0	22,3	10,2	15,7	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	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	221	50	83	50	38	128	35	58	88	133	51	88	83	110	75	36	114	88	19

./.

(Segue) Tab. A37 – Sensazioni avute dalla popolazione che ha avuto esperienze, nel corso degli ultimi dodici mesi, di prestazioni ospedaliere in day hospital, in day service di tipo medico-ambulatoriale e/o in day service di tipo chirurgico-ambulatoriale (val. %)

Sensazioni avute	Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza				Sesso		Età		Titolo di studio				Livello socioeconomico dichiarato		
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a licenza media inf.	Diploma media sup.	Laurea e oltre	Basso + Medio-basso	Medio	Medio-alto + Alto	
Totale																			
Day service chirurgico-ambulatoriale																			
- Si è avuta la sensazione di essere stati effettivamente "messi al centro" dell'attenzione come pazienti (prima delle esigenze del personale, prima delle esigenze dell'organizzazione, ecc.)	50,8	46,9	80,9	87,0	19,3	35,2	18,0	49,9	53,1	49,5	42,0	53,8	51,3	56,7	38,3	67,2	72,5	12,5	
- Si è avuta la sensazione di essere stati messi al centro dell'attenzione come pazienti (talvolta sì e talvolta no)	14,7	33,6	6,0	7,3	14,5	18,2	7,0	9,4	27,3	20,9	32,4	7,9	8,5	24,5	28,6	18,8	17,0	9,5	
- Si è avuta la sensazione di essere stati messi al centro dell'attenzione come pazienti, ma solo appena un po'	5,8	15,2	3,4	3,9	4,1	1,1	15,7	3,1	12,3	23,2	15,4	0,2	1,0	15,8	12,9	3,9	6,9	5,3	
- Si è avuta la sensazione di non essere stati per nulla o quasi messi al centro dell'attenzione come pazienti (poiché prima c'erano le esigenze del personale, dell'organizzazione, ecc.)	2,1	4,3	-	1,2	2,2	0,8	1,8	1,1	4,3	6,4	6,0	0,2	-	1,5	13,1	3,7	2,2	1,1	
- Non saprei dare una valutazione in proposito	26,6	-	9,7	0,6	59,9	2,6	5,5	62,9	36,5	3,0	-	4,2	37,9	39,2	1,5	7,1	6,4	1,4	71,6
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	100,0	100,0	100,0
v.a.	136	23	10	45	58	72	10	54	96	40	13	31	92	88	30	18	23	66	47

Fonte: Indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2019

4. Le tabelle di dettaglio dell'indagine sui caregiver

Anche per i *caregiver* sono riportate di seguito le tabelle relative agli incroci effettuati tra le variabili socioanagrafiche e di opinione e le diverse domande del questionario.

Le tabelle di incrocio che sono state ricavate non vengono richiamate nella loro interezza all'interno del commento della Parte terza del presente Rapporto. Si è invece tenuto conto dei contenuti delle tabelle di distribuzione semplice, a cui sono stati aggiunti alcuni commenti delle tabelle di incrocio quando ciò è apparso utile per meglio comprendere i fenomeni illustrati. E questo allo scopo di limitare, anche per questa indagine, le dimensioni quantitative dei vari capitoli e dei relativi allegati.

Il numero progressivo che definisce le tabelle d'incrocio corrisponde a quello citato nel corso del commento, con il relativo rimando alle tabelle allegate.

Gli incroci relativi al campione dei *caregiver*, costituito da 2.000 unità ottenute con un'opportuna ponderazione, sono stati predisposti utilizzando i seguenti gruppi di variabili che hanno consentito di pervenire a 3 tipologie di tabelle e precisamente:

- alle tabelle di tipo “A...”, le quali utilizzano le variabili della ripartizione geografica e dell'ampiezza del Comune di residenza degli intervistati, del sesso e dell'età nonché del titolo di studio e del livello socioeconomico della famiglia autodichiarato da parte dei *caregiver*;
- alle tabelle di tipo “B...”, che si riferiscono alle esperienze avute, negli ultimi dodici mesi, di ricoveri, di *day hospital* e di *day service*, ma anche delle esperienze di liste di attesa per il ricovero in ospedale e dei relativi tempi per ottenere le prestazioni oltre che delle esperienze di liste di attesa per accedere alle prestazioni in *day hospital* e in *day service* (con i relativi tempi) ed infine del livello soddisfazione/insoddisfazione rispetto all'utilizzo effettivo degli ospedali pubblici, accreditati e privati a pagamento;

- alle tabelle di tipo “C...”, le quali hanno considerato il giudizio sul livello di “medietà” delle prestazioni ospedaliere percepito dai *caregiver*, il ricorso o meno ad ospedali accreditati e/o privati a pagamento a seguito di disagi sperimentati presso le strutture pubbliche, le esperienze maturate nell’ambito delle strutture di riabilitazione, il relativo livello di soddisfazione/insoddisfazione insieme al livello di soddisfazione/insoddisfazione nei confronti dei servizi sanitari e socioassistenziali presenti nella Regione di residenza, indipendentemente che si abbia o non si abbia avuto occasione di utilizzare tali servizi.

Anche nel caso dell’indagine sui *caregiver* viene di seguito riportato un indice sintetico delle tabelle di incrocio, allo scopo di facilitarne la consultazione.

	pag.
– Esperienze, nel corso degli ultimi dodici mesi, di ricoveri ospedalieri, di prestazioni in <i>day hospital</i> , di prestazioni in <i>day service</i> (di tipo medico-ambulatoriale) e/o di prestazioni in <i>day service</i> (di tipo chirurgico-ambulatoriale) (val. %)	Tab. A1.1 435
– Esperienze, nel corso degli ultimi dodici mesi, di ricoveri ospedalieri, di prestazioni in <i>day hospital</i> , di prestazioni in <i>day service</i> (di tipo medico-ambulatoriale) e/o di prestazioni in <i>day service</i> (di tipo chirurgico-ambulatoriale) (val. %)	Tab. A1.2 436
– Esperienze, nel corso degli ultimi dodici mesi, di liste di attesa per accedere a prestazioni in <i>day hospital</i> , in <i>day service</i> (di tipo medico-ambulatoriale) e/o in <i>day service</i> (di tipo chirurgico-ambulatoriale) a causa di interventi/cure di tipo grave e/o serio oppure leggero (val. %)	Tab. A5.1 437-438 Tab. A5.2 439-440
– Comportamento adottato nel caso si siano avute esperienze di liste di attesa, nel corso degli ultimi dodici mesi, per accedere a prestazioni in <i>day hospital</i> , in <i>day service</i> di tipo medico-ambulat. e/o in <i>day service</i> di tipo chirurgico-ambulat. (val. %)	Tab. A7.1 441-442 Tab. A7.2 443-444
– Tipologia di strutture utilizzate dal <i>caregiver</i> e/o da altri membri nel caso si sia fatta esperienza, nel corso degli ultimi dodici mesi, di prestazioni in <i>day hospital</i> , in <i>day service</i> di tipo medico-ambulat. e/o in <i>day service</i> di tipo chirurgico-ambulat. (val. %)	Tab. A8 445
– Eventuale pagamento dei ticket e relativo importo qualora si siano fatte esperienze, nel corso degli ultimi dodici mesi, di prestazioni in <i>day hospital</i> oppure in <i>day service</i> di tipo medico-ambulatoriale e/o di tipo chirurgico-ambulatoriale (val. %)	Tab. A9.1 446-447
– Livello di soddisfazione/insoddisfazione qualora siano state effettivamente utilizzate, nel corso degli ultimi dodici mesi, delle strutture ospedaliere pubbliche, accreditate oppure cliniche private, con riferimento al <i>caregiver</i> stesso e/o ai membri della relativa famiglia (val. %)	Tab. A16 448
– Giudizio sul miglioramento/peggioramento del trattamento dei pazienti (<i>caregiver</i> e/o membri della famiglia) nell’ambito delle strutture osped. pubbl. nel corso degli ultimi due anni (val. %)	Tab. A17 449

		pag.
– Valutazione più generale sul raggiungimento di un livello medio accettabile delle prestazioni degli ospedali presenti nella Regione di residenza nel corso degli ultimi due anni, tenendo conto dell’esperienza di ricovero avuta dal <i>caregiver</i> e/o dagli altri membri della famiglia (val. %)	Tab. A18	450
– Ragioni del ricorso da parte del <i>caregiver</i> e/o dei membri della famiglia ad osp. accr. nel corso degli ultimi due anni (val. %)	Tab. A20	451
– Eventuale ricorso negli ultimi dodici mesi a strutture ospedaliere presenti in altre Regioni italiane rispetto a quella di residenza da parte del <i>caregiver</i> e/o di altri componenti della famiglia, con riferimento agli anni indicati (val. %)	Tab. A21 Tab. B21	452-453 454-455
– Soggetti a cui si rivolgerebbero preferibilmente i <i>caregiver</i> qualora avessero o pensassero di avere un problema serio e/o urgente di salute, tenendo conto dell’esperienza maturata nel tempo per effettuare analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, visite specialistiche oppure ricoveri sia che si tratti di rivolgersi agli ospedali oppure ai servizi territoriali della Asl (val. %)	Tab. A21B	456-457
– Esperienze avute, nel corso degli ultimi 3 anni, dal <i>caregiver</i> e/o dagli altri della famiglia “ristretta” e/o “allargata” di servizi forniti da strutture di riabilitazione, di lungodegenza, di RSA e/o di assistenza a domicilio (val. %)	Tab. A23.1 Tab. A23.2	458 458
– Tipologia di servizi di riabilitazione eventualmente utilizzati, nel corso degli ultimi 3 anni, dal <i>caregiver</i> e/o da altri membri della famiglia “ristretta” e/o della famiglia “allargata” e soggetti da cui si è stati indirizzati (val. %)	Tab. A24.1 Tab. A24.2 Tab. A24.3	459 459 460
– Presenza nel territorio della Regione di residenza delle strutture di riabilitazione cardiologica, neurologica e ortopedica (val. %)	Tab. A25	461-462
– Valutazione dell’adeguatezza quantitativa delle strutture di riabilitazione, di lungodegenza, di RSA come pure dei servizi di assistenza a domicilio, nell’ambito della propria Regione di residenza (val. %)	Tab. A26	463-464
– Valutazione dell’adeguatezza quantitativa, rispetto alla domanda, delle strutture di riabilitazione intensiva, ad alta specializzazione, estensiva, di socioriabilitazione di lunga durata con riferimento al territorio della Regione di residenza (val. %)	Tab. A27	465-466
– Ulteriori difficoltà di tipo più qualitativo eventualmente incontrate in tema di riabilitazione da parte del <i>caregiver</i> e/o dei membri della famiglia “ristretta” e/o “allargata” (val. %)	Tab. A30	467
– Eventuale ricorso, negli ultimi 3 anni, da parte del <i>caregiver</i> e/o di altri membri della famiglia “ristretta” e/o “allargata”, a strutture di riabilitazione e/o di lungodegenza in altre Regioni italiane rispetto a quella di residenza (val. %)	Tab. A31.1 Tab. A31.2	468-469 470-471
– Ragioni che hanno spinto il <i>caregiver</i> e/o gli altri membri della famiglia “ristretta” e/o “allargata” a prendere in considerazione l’utilizzo di strutture di riabilitazione e/o di lungodegenza presenti in altre Regioni italiane rispetto a quella di residenza (val. %)	Tab. A32.1 Tab. A32.2	472 473

Tab. A1.1 – Esperienze, nel corso degli ultimi dodici mesi, di ricoveri ospedalieri, di prestazioni in day hospital, di prestazioni in day service (di tipo medico-ambulatoriale¹) e/o di prestazioni in day service (di tipo chirurgico-ambulatoriale²) (val. %)

	Ripartizione geografica di residenza				Ampiezza comune di residenza				Sesso		Età		Titolo di studio				Livello socioeconomico dichiarato		
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a media inferiore	Media superiore	Laurea e oltre	Basso + Medio basso	Medio + Medio alto + Alto		
Totale	17,4	17,8	19,0	21,5	13,5	17,8	17,7	16,1	19,2	16,0	19,2	15,1	19,3	15,5	15,9	22,1	15,3	18,9	18,8
- Sì, ho/abbiamo avuto una o più esperienze, di cui:	3,9	5,2	2,6	4,5	3,1	3,8	4,6	3,2	4,6	3,3	3,2	3,9	4,0	2,3	4,0	5,1	2,3	5,0	5,1
• Ricoveri per interventi chirurgici di tipo leggero	2,1	2,4	2,3	2,6	1,5	1,6	2,2	3,0	2,7	1,7	2,9	2,2	1,8	1,7	1,5	3,7	2,4	2,0	1,4
• Ricoveri per cure relative a malattia di tipo leggero	2,0	2,3	0,9	2,6	2,1	2,4	1,4	1,9	2,2	1,9	2,1	1,6	2,4	2,4	1,5	2,6	2,3	1,9	1,1
• Ricoveri per cure relative a malattia di tipo grave	1,7	2,0	0,7	2,1	1,9	2,2	1,4	1,3	1,9	1,6	2,4	1,3	2,0	2,3	1,2	2,2	1,9	1,1	4,1
• Prestazioni in day hospital	4,9	3,7	7,4	3,5	5,2	4,9	5,6	4,2	6,3	3,9	6,6	3,7	5,8	4,5	4,1	6,9	5,5	3,9	7,5
• Prestazioni in day service (di tipo medico ambulat.) ¹	5,1	4,6	6,9	6,1	4,0	4,9	6,0	4,6	5,9	4,4	5,1	5,3	3,2	4,5	8,3	4,4	5,7	5,2	3,9
• Presta. in day service (di tipo chirurgico ambulat.) ²	1,5	1,4	1,3	3,3	0,8	1,7	1,6	1,2	1,9	1,3	0,6	1,1	2,2	1,7	1,4	1,7	1,0	1,6	3,9
• Altro	2,0	2,5	2,6	2,9	0,7	1,7	1,8	2,9	1,4	2,4	5,2	2,1	1,2	0,7	2,0	3,2	1,4	2,7	1,0
- No/Non abbiamo avuto bisogno di alcun ricovero o prestazione di tipo ospedaliero nel corso degli ultimi dodici mesi	82,6	82,2	81,0	78,5	86,5	82,2	82,3	83,9	80,8	84,0	80,8	84,9	80,7	84,5	84,1	77,9	84,7	81,1	81,2
v. a.	2.000	563	396	384	657	940	570	490	844	1.156	210	914	876	506	988	506	862	968	169

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

(1) Si tratta di Accompagnamento Prestazioni Ambulatoriali – APA oppure di Prestazioni Ambulatoriali Complesse – PAC.

(2) Si tratta di Prestazioni Chirurgiche Ambulatoriali – PCA.

Fonte: indagine Ermenieia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. A1.2 – Esperienze, nel corso degli ultimi dodici mesi, di ricoveri ospedalieri, di prestazioni in day hospital, di prestazioni in day service (di tipo medico-ambulatoriale¹) e/o di prestazioni in day service (di tipo chirurgico-ambulatoriale²) (val. %)

Prestazioni utilizzate da altri membri della famiglia	Ripartizione geografica di residenza				Ampiezza comune di residenza		Età	Titolo di studio			Livello socioeconomico dichiarato								
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.		Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Media superiore	Fino a media inferiore	Laurea e oltre	Basso + Medio basso	Medio	Medio alto + Alto
- Sì, ho/abbiamo avuto una o più esperienze, di cui:	18,5	19,5	17,8	22,4	15,8	19,1	19,2	16,4	18,4	18,6	20,6	18,1	18,4	14,2	18,1	23,6	17,1	19,2	21,6
• Ricoveri per interventi chirurgici di tipo leggero	4,9	6,2	3,0	4,8	5,0	4,9	5,6	4,1	4,4	5,3	3,3	4,8	5,4	4,0	5,0	5,7	4,5	4,9	7,0
• Ricoveri per interventi chirurgici di tipo grave	2,2	2,4	0,6	4,1	2,0	3,4	1,4	0,9	3,0	1,7	4,7	1,5	2,4	3,1	1,6	2,7	2,3	1,9	3,8
• Ricoveri per cure relative a malattia di tipo leggero	2,3	1,4	2,6	3,3	2,1	1,8	2,6	2,7	3,1	1,6	1,5	2,3	2,2	0,3	3,0	2,8	2,6	1,9	2,3
• Ricoveri per cure relative a malattia di tipo grave	2,0	2,4	2,5	1,2	1,9	1,6	2,9	1,9	1,8	2,2	2,8	2,0	1,8	1,2	1,9	3,1	1,7	2,0	3,8
• Prestazioni in day hospital	5,0	4,9	4,9	5,1	5,1	5,6	5,3	3,5	5,4	4,7	5,3	5,6	4,3	2,6	4,8	7,9	5,2	4,9	4,6
• Prestazioni in day service (di tipo medico ambulatoriale) ¹	4,4	4,8	4,2	4,7	3,9	4,7	4,4	3,7	4,7	4,1	6,0	4,2	4,2	3,2	4,5	5,4	3,9	4,6	5,3
• Prestazioni in day service (di tipo chirurgico ambulatoriale) ²	2,0	2,1	2,0	2,6	1,5	1,4	2,7	2,2	1,8	2,1	1,5	2,5	1,6	1,3	1,7	3,2	1,0	2,4	4,6
• Altro	2,1	2,6	3,2	2,9	0,6	2,4	0,9	2,9	1,9	2,2	5,5	1,9	1,5	0,9	2,1	3,4	2,2	2,2	0,6
- No/Non abbiamo avuto bisogno di alcun ricovero o prestazione di tipo ospedaliero nel corso degli ultimi dodici mesi v.a.	81,5	80,5	82,2	77,6	84,2	80,9	80,8	83,6	81,6	81,4	79,4	81,9	81,6	85,8	81,9	76,4	82,9	80,8	78,4
Totale	2.000	563	396	384	657	940	570	490	844	1.156	210	914	876	506	988	506	862	968	169

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

(1) Si tratta di Accompagnamento Prestazioni Ambulatoriali – APA oppure di Prestazioni Ambulatoriali Complesse – PAC.

(2) Si tratta di Prestazioni Chirurgiche Ambulatoriali – PCA.

Fonte: indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. A5.1 – Esperienze, nel corso degli ultimi dodici mesi, di liste di attesa per accedere a prestazioni in day hospital, in day service (di tipo medico-ambulatoriale) e/o in day service (di tipo chirurgico-ambulatoriale) a causa di interventi/cure di tipo grave e/o serio oppure leggero (val. %)

Caregiver	Ripartizione geografica di residenza										Ampiezza comune di residenza		Sesso		Età		Titolo di studio				Livello socioeconomico dichiarato			
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a media inferiore	Media superiore	Laurea e oltre	Basso + Medio basso	Medio + Medio alto + Alto							
In day hospital																								
- Sì, ho/abbiamo avuto delle esperienze in proposito e precisamente:	7,0	8,6	6,4	6,5	7,4	7,5	5,6	7,3	6,9	5,4	6,5	8,1	8,2	5,3	9,5	6,4	6,0	16,3						
• Ho/abbiamo avuto 1 sola esperienza	5,7	5,4	4,6	5,0	6,2	6,3	4,0	5,3	6,0	5,3	4,5	7,1	6,9	4,1	7,7	5,5	4,6	13,4						
• Ho/abbiamo avuto 2 esperienze	0,7	0,8	-	1,3	0,8	0,6	0,9	0,7	0,9	0,6	0,1	1,2	0,4	0,3	1,0	0,8	0,5	0,9	1,0					
• Ho/abbiamo avuto 3 esperienze	0,3	-	0,2	0,5	0,5	0,3	0,3	0,2	0,5	0,2	-	0,4	0,3	0,5	0,2	0,3	0,1	0,4	0,7					
• Ho/abbiamo avuto 4 o più esperienze	0,3	0,8	-	0,2	0,3	-	0,7	0,6	0,1	-	-	0,4	0,3	0,5	-	0,7	0,3	0,1	1,2					
- No, non ho/abbiamo avuto alcuna esp. di liste di attesa	93,0	93,0	91,4	93,6	93,5	92,6	92,5	94,4	92,7	93,1	94,6	93,5	91,9	91,8	94,7	90,5	93,6	94,0	83,7					
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	100,0	100,0					
v.a.	2.000	563	396	384	657	940	570	490	844	1.156	210	914	876	506	988	506	862	968	169					
In day service medico-ambulatoriale¹																								
- Sì, ho/abbiamo avuto delle esperienze in proposito e precisamente:	7,8	8,3	9,2	7,5	6,5	7,9	9,3	5,5	8,3	7,3	4,8	7,6	8,7	5,9	6,4	12,3	6,4	8,6	10,2					
• Ho/abbiamo avuto 1 sola esperienza	5,4	5,8	6,2	4,8	4,9	5,0	7,4	3,7	6,2	4,8	3,5	4,6	6,7	3,5	4,2	9,5	4,4	6,0	7,2					
• Ho/abbiamo avuto 2 esperienze	1,6	1,9	3,0	1,6	0,6	2,4	1,4	0,4	1,3	1,9	1,3	2,2	1,1	2,2	1,4	1,6	1,2	2,2	0,7					
• Ho/abbiamo avuto 3 esperienze	0,5	0,2	-	0,7	0,9	0,5	0,1	0,9	0,4	0,5	-	0,3	0,6	0,2	0,7	0,4	0,5	0,3	1,4					
• Ho/abbiamo avuto 4 o più esperienze	0,3	0,4	-	0,4	0,1	-	0,4	0,5	0,4	0,1	-	0,5	0,3	-	0,1	0,8	0,3	0,1	0,9					
- No, non ho/abbiamo avuto alcuna esp. di liste di attesa	92,2	91,7	90,8	92,5	93,5	92,1	90,7	94,5	91,7	92,7	95,2	92,4	91,3	94,1	93,6	87,7	93,6	91,4	89,8					
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	100,0	100,0					
v.a.	2.000	563	396	384	657	940	570	490	844	1.156	210	914	876	506	988	506	862	968	169					

..

(Segue) Tab. A5.1 – Esperienze, nel corso degli ultimi dodici mesi, di liste di attesa per accedere a prestazioni in day hospital, in day service (di tipo medico-ambulatoriale) e/o in day service (di tipo chirurgico-ambulatoriale) a causa di interventi/cure di tipo grave e/o serio oppure leggero (val. %)

Caregiver	Ripartizione geografica di residenza				Ampiezza comune di residenza			Sesso		Età		Titolo di studio					Livello socioeconomico dichiarato		
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a media inferiore	Media superiore	Laurea e oltre	Basso + Medio basso	Medio	Medio alto + Alto	
Totale	4,7	3,8	6,1	6,9	3,4	4,6	5,2	4,6	4,1	2,9	5,2	4,8	4,3	4,5	5,6	3,4	4,8	11,5	
In day service di tipo chirurgico-ambulatoriale?																			
– Sì, ho/abbiamo avuto delle esperienze in proposito e precisamente:																			
• Ho/abbiamo avuto 1 sola esperienza																			
• Ho/abbiamo avuto 2 esperienze																			
• Ho/abbiamo avuto 3 esperienze																			
• Ho/abbiamo avuto 4 o più esperienze																			
– No, non ho/abbiamo avuto alcuna esp. di liste di attesa																			
Totale	95,3	96,2	93,9	93,1	96,6	95,4	94,8	95,4	94,3	95,9	97,1	94,8	95,2	95,7	95,5	94,4	96,6	95,2	88,5
v.a.	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	100,0
	2.000	563	396	384	657	940	570	490	844	1.156	210	914	876	506	988	506	862	968	169

(1) Si tratta di Accorpamento Prestazioni Ambulatoriali – APA oppure di Prestazioni Ambulatoriali Complesse – PAC.

(2) Si tratta di Prestazioni Chirurgiche Ambulatoriali – PCA.

Fonte: indagine Ermenieia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. A5.2 – Esperienze, nel corso degli ultimi dodici mesi, di liste di attesa per accedere a prestazioni in day hospital, in day service (di tipo medico-ambulatoriale) e/o in day service (di tipo chirurgico-ambulatoriale) a causa di interventi/cure di tipo grave e/o serio oppure leggero (val. %)

	Ripartizione geografica di residenza												Ampiezza comune di residenza		Sesso		Età		Titolo di studio				Livello socioeconomico dichiarato			
	Nord-Ovest			Nord-Est			Centro			Sud e Isole			Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a media inferiore	Media superiore	Laurea e oltre	Basso + Medio basso	Medio + Medio alto + Alto	
	Totale																									
In day hospital																										
- Sì, ho/abbiamo avuto delle esperienze in proposito e precisamente:	7,5	7,4	7,9	6,4	8,0	8,7	7,1	7,1	8,0	8,7	7,1	7,1	5,8	6,7	8,1	8,5	7,8	7,0	7,1	6,1	9,1	10,8	6,8	6,7	15,7	
• Ho/abbiamo avuto 1 sola esperienza	6,2	5,7	7,2	4,6	7,1	7,8	5,9	3,6	5,6	6,7	8,4	5,5	3,6	5,6	6,7	8,4	5,5	6,5	6,1	5,1	8,6	5,9	5,2	13,8		
• Ho/abbiamo avuto 2 esperienze	0,8	0,5	0,7	1,3	0,7	0,5	0,9	1,2	0,3	1,1	0,1	1,4	0,2	0,3	1,1	0,1	1,4	0,2	0,3	0,8	1,2	0,4	1,2	-		
• Ho/abbiamo avuto 3 esperienze	0,2	0,4	-	0,5	-	0,1	0,3	0,3	0,2	0,2	-	0,5	-	0,2	0,2	-	0,5	-	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,7	
• Ho/abbiamo avuto 4 o più esperienze	0,3	0,8	-	-	0,2	0,3	-	0,7	0,6	0,1	-	0,4	0,3	0,5	-	-	0,4	0,3	0,5	-	0,7	0,3	0,1	1,2		
- No, non ho/abbiamo avuto alcuna esp. di liste di attesa	92,5	92,6	92,1	93,6	92,0	91,3	92,9	94,2	93,3	91,9	91,5	92,2	93,0	92,9	93,9	93,9	92,2	93,0	92,9	89,2	93,2	93,2	93,2	84,3		
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	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
v.a.	2.000	563	396	384	657	940	570	490	844	1.156	210	914	876	506	988	506	862	968	169							
In day service medico-ambulatoriale¹																										
- Sì, ho/abbiamo avuto delle esperienze in proposito e precisamente:	7,3	6,3	8,1	7,7	7,1	7,7	7,2	6,5	7,0	7,2	8,9	7,0	7,0	4,5	7,2	10,0	6,5	7,3	11,2							
• Ho/abbiamo avuto 1 sola esperienza	5,5	4,1	6,8	5,7	5,7	6,3	5,2	4,2	5,2	5,6	7,3	4,8	5,7	3,6	5,4	7,5	5,3	5,1	8,8							
• Ho/abbiamo avuto 2 esperienze	1,2	1,6	1,1	1,1	0,9	1,3	1,3	0,9	1,2	1,2	1,6	1,7	0,5	0,9	1,2	1,4	0,4	1,9	1,2							
• Ho/abbiamo avuto 3 esperienze	0,4	0,3	0,2	0,7	0,4	-	0,5	1,0	0,4	0,3	-	0,3	0,6	-	0,6	0,4	0,6	0,2	0,7							
• Ho/abbiamo avuto 4 o più esperienze	0,2	0,3	-	0,2	0,1	0,1	0,2	0,4	0,2	0,1	-	0,2	0,2	-	0,7	0,2	0,1	0,5								
- No, non ho/abbiamo avuto alcuna esp. di liste di attesa	92,7	93,7	91,9	92,3	92,9	92,3	92,8	93,5	93,0	92,8	91,1	93,0	93,0	95,5	92,8	90,0	93,5	92,7	88,8							
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	100,0	100,0							
v.a.	2.000	563	396	384	657	940	570	490	844	1.156	210	914	876	506	988	506	862	968	169							

..

Tab. A7.2 – Comportamento adottato nel caso si siano avute esperienze di liste di attesa, nel corso degli ultimi dodici mesi, per accedere a prestazioni in day hospital, in day service di tipo medico-ambulatoriale¹ e/o in day service di tipo chirurgico-ambulatoriale² (val. %)

	Ripartizione geografica di residenza										Ampiezza comune di residenza		Sesso		Età		Titolo di studio				Livello socioeconomico dichiarato								
	Nord-Ovest		Nord-Est		Centro		Sud e Isole		Fino a 20 mila ab.		20-100 mila ab.		Oltre 100 mila ab.		Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a media inferiore	Media superiore	Laurea e oltre	Basso + Medio basso	Medio + Medio alto + Alto					
	Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale				
In day hospital																													
-	61,5	73,5	57,7	56,2	65,6	56,5	57,8	54,6	65,8	74,5	51,0	72,7	76,1	62,2	53,9	67,6	65,0	39,5											
-	38,5	37,0	26,5	43,8	34,4	43,5	42,2	45,4	34,2	25,5	49,0	27,3	23,9	37,8	46,1	32,4	35,0	60,5											
•	15,0	16,7	9,1	8,1	20,1	14,0	19,9	10,7	14,8	15,1	13,5	17,9	11,1	14,4	11,9	11,0	11,0	28,2											
•	9,2	9,2	4,7	9,9	11,0	5,9	11,1	15,1	13,8	6,3	1,2	12,0	7,7	1,9	9,4	12,2	7,2	9,1	13,2										
•	11,0	10,0	10,9	16,4	9,1	12,5	8,9	9,9	12,1	10,3	10,8	13,5	7,4	2,5	13,8	11,6	7,9	11,3	16,4										
•	0,1	-	-	0,3	-	0,4	-	-	0,2	-	0,2	-	0,2	-	0,3	0,3	-	-	-										
•	1,4	1,1	1,8	-	2,3	2,0	-	1,9	2,7	0,7	-	2,0	1,1	2,5	1,5	0,9	2,1	1,5	-										
•	1,8	-	-	7,9	1,0	-	3,2	4,6	2,0	1,6	-	3,4	-	2,6	1,2	2,1	3,9	-	2,7										
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	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
v.a.	268	76	49	48	95	141	74	53	102	166	32	141	96	46	122	101	90	133	45										
In day service medico-ambulatoriale¹																													
-	54,7	58,8	64,0	48,8	49,5	59,4	50,7	49,4	55,0	54,5	69,4	36,5	74,0	72,8	57,3	45,0	61,3	55,3	38,3										
-	45,3	41,2	36,0	51,2	50,5	40,6	49,3	50,6	45,0	45,5	30,6	63,5	26,0	27,2	42,7	55,0	38,7	44,7	61,7										
•	15,4	11,4	5,2	18,6	22,8	12,0	22,9	13,1	15,7	15,2	13,0	21,1	8,5	7,2	13,2	21,0	13,3	12,4	30,0										
•	12,3	15,8	20,0	10,8	5,7	12,5	10,7	14,0	14,3	10,8	2,0	20,4	5,1	2,4	12,9	15,1	11,1	12,6	13,9										
•	13,3	9,2	6,9	20,3	16,2	13,1	12,0	15,5	11,7	14,5	7,3	17,7	9,6	14,2	10,9	16,0	11,5	14,8	12,3										
•	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-										
•	2,5	1,5	1,5	1,5	4,6	2,1	3,7	1,9	2,4	2,6	2,1	2,4	2,8	3,4	3,7	0,7	1,6	3,0	2,8										
•	1,8	3,3	2,4	-	1,2	0,9	-	6,1	0,9	2,4	6,2	1,9	-	2,0	2,2	1,2	1,9	2,7	-										
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	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
v.a.	243	69	45	50	78	118	71	55	103	141	34	121	88	34	115	95	81	125	38										

./.

(Segue) Tab. A7.2 – Comportamento adottato nel caso si siano avute esperienze di liste di attesa, nel corso degli ultimi dodici mesi, per accedere a prestazioni in day hospital, in day service di tipo medico-ambulatoriale¹ e/o in day service di tipo chirurgico-ambulatoriale² (val. %)

	Ripartizione geografica di residenza			Ampiezza comune di residenza			Sesso		Età			Titolo di studio			Livello socioeconomico dichiarato				
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a media inferiore	Media superiore	Laurea e oltre	Basso + Medio basso	Medio	Medio alto + Alto	
Altri membri della famiglia	Totale																		
In day service chirurgico-ambulatoriale ²	52,3	52,4	63,8	50,5	46,1	51,3	55,9	48,7	48,2	54,9	59,1	39,4	70,4	66,8	55,2	44,6	54,5	54,0	43,1
- Ho/Abbiamo atteso il nostro turno	47,7	47,6	36,2	49,5	53,9	48,7	44,1	51,3	51,8	45,1	40,9	60,6	29,6	33,2	44,8	55,4	45,5	46,0	56,9
- Ho/Abbiamo trovato soluzioni alternative, di cui:																			
• Nell'ambito di strutture osp. pubbl.	12,2	11,4	1,7	9,2	21,8	13,3	12,2	10,2	8,4	14,8	17,8	12,6	10,0	8,9	9,9	15,6	11,8	12,9	11,2
• Nell'ambito di strutture ospedaliere accreditate	18,9	19,3	16,1	32,5	10,9	15,3	22,1	21,5	24,0	15,4	14,1	27,8	6,2	15,6	20,1	18,7	16,7	18,2	24,7
• Nell'ambito di strutture priv. a pag.	11,1	12,2	14,1	6,1	11,6	13,4	5,4	14,9	11,1	11,2	7,1	13,1	9,3	-	9,0	16,7	11,3	10,4	12,9
• Altro	2,0	2,7	4,3	-	1,2	2,9	2,2	-	3,8	0,8	-	2,1	2,4	-	2,7	2,0	2,5	1,8	1,8
• Ho/Abbiamo rimandato le prestaz.	1,9	2,0	-	1,7	3,0	2,5	2,2	-	1,9	1,9	1,9	3,1	-	4,2	1,8	1,3	-	2,7	3,1
• Ho/Abbiamo rinunciato alle prestaz.	1,6	-	-	-	5,4	1,3	-	4,7	2,6	1,0	-	1,9	1,7	4,5	1,3	1,1	3,2	-	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	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	203	61	39	42	61	93	65	45	82	122	21	111	71	27	88	88	68	99	36

(1) Si tratta di Accompagnamento Prestazioni Ambulatoriali – APA oppure di Prestazioni Ambulatoriali Complesse – PAC.

(2) Si tratta di Prestazioni Chirurgiche Ambulatoriali – PCA.

Fonte: indagini Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. A8 – Tipologia di strutture utilizzate dal caregiver e/o da altri membri della famiglia nel caso si sia fatta esperienza, nel corso degli ultimi dodici mesi, di prestazioni in day hospital, in day service di tipo medico-ambulatoriale¹ e/o in day service di tipo chirurgico-ambulatoriale² (val. %)

Esperienze avute	Ripartizione geografica di residenza				Ampiezza comune di residenza				Sesso		Età				Titolo di studio				Livello socioeconomico dichiarato																			
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Media superiore	Laurea e oltre	Basso + Medio basso	Medio	Medio alto + Alto	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Media superiore	Laurea e oltre	Basso + Medio basso	Medio	Medio alto + Alto				
Prestazioni in day hospital																																						
- Nell'ambito degli ospedali pubblici	68,4	66,8	81,0	63,8	64,9	73,5	64,2	61,6	60,4	74,2	63,3	65,4	73,9	82,7	70,1	60,0	75,0	64,5	61,7	68,4	66,8	81,0	63,8	64,9	73,5	64,2	61,6	60,4	74,2	63,3	65,4	73,9	82,7	70,1	60,0	75,0	64,5	61,7
- Nell'ambito delle strutture Asl	12,3	6,6	13,2	12,3	17,2	13,5	13,0	8,1	11,9	12,6	17,9	16,0	5,7	7,7	11,6	15,1	9,4	11,1	25,9	12,3	6,6	13,2	12,3	17,2	13,5	13,0	8,1	11,9	12,6	17,9	16,0	5,7	7,7	11,6	15,1	9,4	11,1	25,9
- Nell'ambito degli ospedali accreditati	14,2	18,4	5,8	19,5	11,8	10,4	14,3	23,7	19,9	10,0	5,5	14,7	16,3	9,6	14,3	16,1	13,2	17,5	5,1	14,2	18,4	5,8	19,5	11,8	10,4	14,3	23,7	19,9	10,0	5,5	14,7	16,3	9,6	14,3	16,1	13,2	17,5	5,1
- Nell'ambito delle cliniche private a pagamento pieno	5,1	8,2	-	4,4	6,1	2,6	8,5	6,6	7,8	3,2	13,3	3,9	4,1	-	4,0	8,8	2,4	6,9	7,3	5,1	8,2	-	4,4	6,1	2,6	8,5	6,6	7,8	3,2	13,3	3,9	4,1	-	4,0	8,8	2,4	6,9	7,3
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	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	100,0	100,0	100,0
v.a.	264	77	52	57	78	133	79	53	112	152	32	129	102	41	125	97	106	125	33	264	77	52	57	78	133	79	53	112	152	32	129	102	41	125	97	106	125	33
Prestazioni in day service di tipo medico-ambulatoriale¹																																						
- Nell'ambito degli ospedali pubblici	62,8	55,2	73,1	66,5	62,6	66,2	70,8	45,0	63,4	62,6	54,9	58,3	72,6	75,7	64,4	55,5	69,8	59,0	61,5	62,8	55,2	73,1	66,5	62,6	66,2	70,8	45,0	63,4	62,6	54,9	58,3	72,6	75,7	64,4	55,5	69,8	59,0	61,5
- Nell'ambito delle strutture Asl	14,6	12,1	8,0	17,4	20,7	11,2	13,8	23,4	12,7	15,9	16,4	16,5	11,1	6,8	13,1	19,7	12,9	16,7	8,0	14,6	12,1	8,0	17,4	20,7	11,2	13,8	23,4	12,7	15,9	16,4	16,5	11,1	6,8	13,1	19,7	12,9	16,7	8,0
- Nell'ambito degli ospedali accreditati	16,0	23,4	15,8	8,7	11,8	13,6	13,2	24,8	19,9	13,1	19,4	17,3	12,6	12,9	18,9	13,7	13,8	14,8	30,5	16,0	23,4	15,8	8,7	11,8	13,6	13,2	24,8	19,9	13,1	19,4	17,3	12,6	12,9	18,9	13,7	13,8	14,8	30,5
- Nell'ambito delle cliniche private a pagamento pieno	6,6	9,3	3,1	7,4	4,9	9,0	2,2	6,8	4,0	8,4	9,3	7,9	3,7	4,6	3,6	11,1	3,5	9,5	-	6,6	9,3	3,1	7,4	4,9	9,0	2,2	6,8	4,0	8,4	9,3	7,9	3,7	4,6	3,6	11,1	3,5	9,5	-
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	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	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	227	78	44	47	58	113	64	49	94	133	31	115	80	37	104	86	77	129	21	227	78	44	47	58	113	64	49	94	133	31	115	80	37	104	86	77	129	21
Prestazioni in day service di tipo chirurgico²																																						
- Nell'ambito degli ospedali pubblici	70,5	63,5	77,3	75,2	67,0	76,4	74,1	56,0	62,5	75,8	62,4	66,9	78,5	100,0	64,4	63,8	71,8	70,0	69,5	70,5	63,5	77,3	75,2	67,0	76,4	74,1	56,0	62,5	75,8	62,4	66,9	78,5	100,0	64,4	63,8	71,8	70,0	69,5
- Nell'ambito delle strutture Asl	8,0	8,7	12,9	5,2	6,8	5,6	6,9	13,5	10,1	6,7	16,9	8,4	4,7	-	7,9	12,2	2,7	7,6	17,5	8,0	8,7	12,9	5,2	6,8	5,6	6,9	13,5	10,1	6,7	16,9	8,4	4,7	-	7,9	12,2	2,7	7,6	17,5
- Nell'ambito degli ospedali accreditati	11,3	16,2	1,5	10,5	14,9	13,2	10,8	9,0	17,7	7,1	10,6	14,6	6,5	-	18,1	8,0	15,7	10,0	8,3	11,3	16,2	1,5	10,5	14,9	13,2	10,8	9,0	17,7	7,1	10,6	14,6	6,5	-	18,1	8,0	15,7	10,0	8,3
- Nell'ambito delle cliniche private a pagamento pieno	10,2	11,6	8,3	9,1	11,3	4,8	8,2	21,5	9,7	10,4	10,1	10,1	10,3	-	9,6	16,0	9,8	12,4	4,7	10,2	11,6	8,3	9,1	11,3	4,8	8,2	21,5	9,7	10,4	10,1	10,1	10,3	-	9,6	16,0	9,8	12,4	4,7
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	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	100,0	100,0	100,0
v.a.	117	33	23	35	26	50	37	30	47	70	13	63	41	21	55	41	35	60	22	117	33	23	35	26	50	37	30	47	70	13	63	41	21	55	41	35	60	22

Fonte: Indagine Ermenetia – Studi e Strategie di Sistema, 2019

Tab. 49.1 – Eventuale pagamento dei ticket e relativo importo qualora si siano fatte esperienze, nel corso degli ultimi dodici mesi, di prestazioni in day hospital oppure in day service di tipo medico-ambulatoriale¹ e/o di tipo chirurgico-ambulatoriale² (val. %)

Tipologia di prestazioni	Ripartizione geografica di residenza				Ampiezza comune di residenza		Sesso		Età		Titolo di studio		Livello socioeconomico dichiarato						
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Media superiore	Laurea e oltre	Basso + Medio basso	Medio + Medio alto + Alto				
Prestazioni in day hospital																			
- Nessun ticket o altro tipo di spese presso strutture pubbliche e/o accreditate	46,3	46,2	36,2	42,4	50,9	45,9	35,2	44,5	47,5	27,8	37,6	63,0	83,3	44,9	32,3	59,9	41,3	21,3	
- Ticket nell'ambito delle strutture pubbliche o accreditate	39,7	34,3	24,4	47,4	37,8	37,5	48,0	34,6	43,6	59,3	45,9	25,9	14,1	44,0	45,1	32,4	42,7	52,2	
- Superticket nell'ambito delle strutture pubbliche o accreditate	5,4	5,5	4,9	7,1	4,6	7,1	4,2	8,2	3,4	2,0	8,7	2,3	2,6	7,4	4,1	1,6	7,2	11,0	
- Altre spese presso le strutture pubbliche o accreditate	2,6	5,3	1,5	1,1	2,1	2,5	3,7	4,3	1,3	2,4	2,4	2,8	-	0,6	6,2	1,9	3,2	2,4	
- Abbiamo sostenuto il costo pieno presso le strutture private	6,0	8,7	6,0	4,4	4,5	7,0	8,9	8,4	4,2	8,5	5,4	6,0	-	3,1	12,3	4,2	5,6	13,1	
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	100,0	
v.a.	264	77	52	57	78	133	79	53	112	152	32	129	102	41	125	97	106	125	33
Prestazioni in day service di tipo medico-ambulatoriale¹																			
- Nessun ticket o altro tipo di spese presso strutture pubbliche e/o accreditate	38,3	43,1	45,0	34,5	29,7	42,3	35,5	32,6	41,1	36,3	23,4	29,4	57,0	72,8	41,6	19,4	42,7	38,4	21,6
- Ticket nell'ambito delle strutture pubbliche o accreditate	48,2	41,9	40,0	51,5	60,1	44,0	59,5	42,7	48,8	62,9	57,4	29,1	20,2	46,9	61,7	43,7	48,2	63,8	
- Superticket nell'ambito delle strutture pubbliche o accreditate	5,1	7,4	6,8	2,4	3,0	4,9	1,9	10,0	4,4	5,6	12,1	4,0	2,4	5,6	5,8	2,5	5,2	14,6	
- Altre spese presso le strutture pubbliche o accreditate	3,8	1,4	-	8,1	6,4	2,5	1,1	10,3	4,0	3,7	-	4,8	3,8	2,8	2,5	5,7	3,6	4,5	-
- Abbiamo sostenuto il costo pieno presso le strutture private	4,6	6,2	8,2	3,5	0,8	6,3	2,0	4,4	3,3	5,6	1,6	4,4	6,1	1,8	3,4	7,4	7,5	3,7	-
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	100,0	100,0
v.a.	227	78	44	47	58	113	64	49	94	133	31	115	80	37	104	86	77	129	21

(Segue) Tab. 49.1 – Eventuale pagamento dei ticket e relativo importo qualora si siano fatte esperienze, nel corso degli ultimi dodici mesi, di prestazioni in day hospital oppure in day service di tipo medico-ambulatoriale¹ e/o di tipo chirurgico-ambulatoriale² (val. %)

Tipologia di prestazioni	Ripartizione geografica di residenza			Ampiezza comune di residenza			Sesso		Età			Titolo di studio			Livello socioeconomico dichiarato			
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a media inferiore	Media superiore	Laurea e oltre	Basso + Medio basso	Medio	Medio alto + Alto
Prestazioni in day service di tipo chirurgico-ambulatoriale²																		
- Nessun ticket o altro tipo di spese presso strutture pubbliche e/o accreditate	42,8	49,7	50,8	46,7	22,4	41,0	48,5	38,8	47,9	39,4	55,6	30,7	69,3	39,3	34,1	52,9	43,1	26,2
- Ticket nell'ambito delle strutture pubbliche o accreditate	45,4	34,3	45,7	42,2	63,0	56,1	39,7	34,7	31,6	54,6	25,9	56,6	30,7	48,7	48,5	36,7	49,1	49,2
- Superticket nell'ambito delle strutture pubbliche o accreditate	2,2	3,8	-	3,9	-	1,9	3,8	0,9	5,0	0,4	2,2	3,7	-	2,5	3,0	-	-	11,7
- Altre spese presso le strutture pubbliche o accreditate	3,0	3,2	3,5	-	6,2	-	2,1	8,9	7,4	-	12,4	3,0	-	3,3	4,0	2,5	1,3	8,2
- Abbiamo sostenuto il costo pieno presso le strutture private	6,6	9,0	-	7,2	8,4	1,0	5,9	16,7	8,1	5,6	3,9	6,0	-	6,2	10,4	7,9	6,5	4,7
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	100,0
v.a.	11,7	33	23	35	26	50	37	30	47	70	13	63	41	55	41	35	60	22

(1) Si tratta di Accompagnamento Prestazioni Ambulatoriali – APA oppure di Prestazioni Ambulatoriali Complesse – PAC.

(2) Si tratta di Prestazioni Chirurgiche Ambulatoriali – PCA.

Fonte: indagine Ermenieia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. A16 – Livello di soddisfazione/insoddisfazione qualora siano state effettivamente utilizzate, nel corso degli ultimi dodici mesi, delle strutture ospedaliere pubbliche, accreditate oppure cliniche private, con riferimento al caregiver stesso e/o ai membri della relativa famiglia (val. %)

Livello di soddisfazione	Ripartizione geografica di residenza						Ampiezza comune di residenza		Età			Titolo di studio				Livello socioeconomico dichiarato																								
	Nord-Ovest		Nord-Est		Centro		Sud e Isole		Fino a 20 mila ab.		20-100 mila ab.		Oltre 100 mila ab.		Maschio			Femmina			18-34 anni		35-54 anni		55 anni e oltre		Fino a media inferiore		Media superiore		Laurea e oltre		Basso + Medio basso		Medio		Medio alto + Alto			
	Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale					
Ospedali pubblici																																								
- Molto soddisfatto	17,5	17,7	21,7	16,9	14,9	16,9	16,7	19,9	20,2	15,7	18,6	16,0	19,1	19,8	17,2	17,0	19,4	15,8	19,9																					
- Abbastanza soddisfatto	43,9	51,3	54,4	40,0	30,4	45,1	44,0	41,1	38,3	47,7	49,6	42,2	44,4	43,3	43,9	43,8	37,2	48,1	44,0																					
- Poco soddisfatto	21,4	16,6	14,9	23,4	30,3	21,8	22,3	19,5	21,3	21,5	22,0	26,3	15,3	21,0	19,7	24,2	20,2	22,1	21,8																					
- Per nulla soddisfatto	8,0	6,2	5,5	8,1	12,0	7,1	9,0	8,8	7,7	8,3	5,3	9,6	6,9	3,8	9,8	7,5	12,0	6,1	5,3																					
- Non saprei esprimere un giudizio	9,2	8,2	3,5	11,6	12,4	9,1	8,0	10,7	12,5	6,8	4,5	5,9	14,3	12,1	9,4	7,5	11,2	7,9	9,0																					
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	100,0	100,0																					
v.a.	650	207	127	141	175	308	193	149	267	384	69	319	262	104	323	222	223	349	78																					
Ospedali accreditati																																								
- Molto soddisfatto	12,5	10,6	13,0	12,0	14,8	13,6	9,9	13,6	12,8	12,3	14,7	9,9	15,1	8,6	14,5	11,5	12,0	11,1	20,3																					
- Abbastanza soddisfatto	32,9	35,9	32,7	25,4	35,6	31,9	30,7	38,0	33,2	32,8	33,4	34,4	31,1	33,5	31,7	34,4	24,5	36,1	42,9																					
- Poco soddisfatto	11,7	11,2	6,2	15,1	13,7	10,1	14,8	11,1	15,2	9,3	11,0	15,5	7,3	9,8	9,4	15,9	11,1	11,5	14,5																					
- Per nulla soddisfatto	3,2	1,5	4,1	5,8	2,5	4,2	2,4	2,1	2,3	3,8	6,3	3,4	2,1	3,8	3,2	3,0	5,8	2,1	1,0																					
- Non saprei esprimere un giudizio	39,7	40,8	44,0	41,7	33,4	40,2	42,2	35,2	36,5	41,8	34,6	36,8	44,4	44,3	41,2	35,2	46,6	39,2	21,3																					
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	100,0	100,0																					
v.a.	650	207	127	141	175	308	193	149	267	384	69	319	262	104	323	222	223	349	78																					
Clinica privata																																								
- Molto soddisfatto	10,6	10,5	6,8	10,4	13,5	11,6	8,8	10,6	10,0	11,0	16,3	12,2	7,1	2,5	13,5	10,1	9,6	9,8	16,9																					
- Abbastanza soddisfatto	20,5	16,2	21,7	16,7	27,8	19,4	24,4	17,8	22,9	18,8	24,9	20,7	19,1	23,0	17,4	23,9	11,4	24,0	30,8																					
- Poco soddisfatto	8,1	9,6	7,1	8,2	6,9	7,3	10,5	6,7	7,4	8,6	13,8	12,1	1,7	4,2	7,4	11,0	7,5	7,1	14,3																					
- Per nulla soddisfatto	2,8	2,4	5,3	2,7	1,5	3,4	1,9	2,9	2,7	2,9	1,5	4,1	1,5	1,2	2,6	3,9	2,4	2,6	5,0																					
- Non saprei esprimere un giudizio	58,0	61,3	59,1	62,0	50,3	58,3	54,4	62,0	57,0	58,7	43,5	50,9	70,6	69,1	59,1	51,1	69,1	56,5	33,0																					
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	100,0	100,0																					
v.a.	650	207	127	141	175	308	193	149	267	384	69	319	262	104	323	222	223	349	78																					

Fonte: Indagine Ermenetia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. A17 – Giudizio sul miglioramento/peggioramento del trattamento dei pazienti (caregiver e/o membri della famiglia) nell'ambito delle strutture ospedaliere pubbliche nel corso degli ultimi due anni (val. %)

Giudizio	Ripartizione geografica di residenza				Ampiezza comune di residenza			Età		Titolo di studio				Livello socioeconomico dichiarato				
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a media inferiore	Media superiore	Laurea e oltre	Basso + Medio basso	Medio	Medio alto + Alto
- Il trattamento è decisam. migliorato	10,6	9,6	10,2	11,8	12,1	8,2	10,8	11,2	10,2	9,4	8,6	13,5	19,4	10,3	7,0	6,9	10,5	22,0
- Il trattamento è lievem. migliorato	22,1	21,7	16,8	26,7	20,8	23,5	23,0	25,1	20,0	19,0	23,3	21,5	24,9	19,9	24,0	20,7	22,7	23,6
- Il trattamento è rimasto più o meno come il periodo precedente gli ultimi due anni	35,6	37,4	39,8	26,0	35,0	38,6	32,8	33,8	36,9	41,1	37,4	31,8	27,8	36,0	38,7	36,9	34,0	38,4
- Il trattamento è lievem. peggiorato	9,2	6,0	10,3	10,8	9,8	6,5	11,4	9,4	9,0	5,8	10,7	8,2	1,2	10,0	11,7	7,6	10,6	7,4
- Il trattamento è decisam. peggiorato	10,1	7,0	8,1	14,2	8,1	12,3	11,3	8,9	10,9	7,2	11,6	9,0	9,3	12,1	7,5	18,1	7,1	0,6
- Non saprei dare una risposta a tale proposito	12,4	14,0	13,6	8,7	14,2	10,9	10,7	11,6	13,0	17,5	8,4	16,0	17,4	11,7	11,1	9,8	15,1	8,0
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	100,0
v.a.	650	207	127	141	308	193	149	267	384	69	319	262	104	323	222	223	349	78

Fonte: Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. A18 – Valutazione più generale sul raggiungimento di un livello medio accettabile delle prestazioni degli ospedali presenti nella Regione di residenza nel corso degli ultimi due anni, tenendo conto dell'esperienza di ricovero avuta dai caregiver e/o dagli altri membri della famiglia (val. %)

Valutazione	Ripartizione geografica di residenza										Ampiezza comune di residenza		Sesso		Età		Titolo di studio				Livello socioeconomico dichiarato						
	Nord-Ovest		Nord-Est		Centro		Sud e Isole		Fino a 20 mila ab.		20-100 mila ab.		Oltre 100 mila ab.		Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a media inferiore	Media superiore	Laurea e oltre	Basso + Medio basso	Medio	Medio alto + Alto		
	Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		
Ospedali pubblici																											
- Un livello medio del tutto soddisf.	16,7	18,7	16,9	16,7	14,0	16,8	13,1	21,0	20,6	13,9	12,5	13,5	21,6	18,5	16,9	15,5	15,2	15,8	15,2	15,5	16,9	15,5	15,2	15,8	15,2	15,8	24,8
- Un livello medio soddisfacente	41,5	45,5	52,6	37,4	32,2	39,6	45,7	40,2	41,6	41,5	38,2	42,7	41,0	46,8	41,2	39,5	36,6	43,4	47,1	39,5	41,2	39,5	36,6	43,4	47,1	39,5	47,1
- Un livello medio poco soddisfacente	21,5	20,6	15,3	24,4	24,8	22,1	22,1	19,6	18,3	23,8	26,3	26,3	14,5	15,3	21,2	24,9	20,0	23,8	16,0	21,2	24,9	20,0	23,8	16,0	23,8	16,0	
- Un livello medio per nulla soddisf.	11,1	7,9	5,3	13,0	17,5	10,4	12,1	11,0	10,0	11,8	14,2	13,9	6,8	4,0	11,6	13,7	17,4	8,6	4,0	11,6	13,7	17,4	8,6	4,0	8,6	4,0	
- Non saprei esprimere un giudizio	9,2	7,3	9,9	8,5	11,5	11,1	7,0	8,2	9,5	9,0	8,8	3,6	16,1	15,4	9,1	6,4	10,8	8,4	8,1	6,4	15,4	9,1	6,4	10,8	8,4	8,1	
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	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	650	207	127	141	175	308	193	149	267	384	69	319	262	104	323	222	223	349	222	104	323	222	223	349	222	349	78
Ospedali accreditati																											
- Un livello medio del tutto soddisf.	12,2	13,7	15,1	9,1	10,8	12,1	8,2	17,6	12,8	11,8	3,0	11,4	15,6	9,0	13,2	12,2	11,5	12,5	12,2	12,2	13,2	12,2	11,5	12,5	12,2	13,0	
- Un livello medio soddisfacente	37,5	38,0	37,0	31,9	41,8	40,8	33,3	36,3	38,8	36,6	37,8	41,6	32,6	35,3	39,7	35,4	30,0	40,3	46,4	35,4	39,7	35,4	30,0	40,3	46,4	30,0	
- Un livello medio poco soddisfacente	13,7	12,0	7,0	21,8	14,0	9,1	19,7	15,3	13,7	13,6	30,0	14,8	7,9	13,1	10,9	18,0	17,9	10,4	16,3	13,1	10,9	18,0	17,9	10,4	16,3	16,3	
- Un livello medio per nulla soddisf.	3,9	3,7	2,8	3,0	5,8	5,2	2,8	2,8	3,4	4,3	6,2	3,9	3,4	0,8	4,0	5,3	4,6	3,4	4,3	4,0	5,3	4,6	3,4	4,3	4,3		
- Non saprei esprimere un giudizio	32,7	32,6	38,1	34,2	27,6	32,8	36,0	28,0	31,3	33,7	23,0	28,3	40,5	41,8	32,2	29,1	36,0	33,4	20,0	41,8	32,2	29,1	36,0	33,4	20,0	20,0	
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	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
v.a.	650	207	127	141	175	308	193	149	267	384	69	319	262	104	323	222	223	349	222	104	323	222	223	349	222	349	78
Cliniche private a pagamento pieno																											
- Un livello medio del tutto soddisf.	11,6	12,0	10,3	9,6	13,9	11,1	8,6	16,8	9,7	13,0	16,6	14,5	6,8	4,4	13,5	12,4	9,7	10,9	12,4	13,5	12,4	9,7	10,9	12,4	10,9	20,5	
- Un livello medio soddisfacente	23,9	19,1	23,9	23,6	29,8	22,4	27,0	23,0	27,6	21,3	27,4	26,8	19,4	23,0	22,7	26,0	14,6	26,7	38,1	23,0	22,7	26,0	14,6	26,7	38,1	38,1	
- Un livello medio poco soddisfacente	8,3	10,5	5,3	6,1	9,7	7,8	11,9	4,9	9,1	7,8	12,9	10,5	4,5	6,7	6,6	11,7	8,7	7,1	12,8	6,7	6,6	11,7	8,7	7,1	12,8	12,8	
- Un livello medio per nulla soddisf.	2,5	1,3	2,8	3,4	2,9	3,1	2,1	1,8	1,5	3,2	5,8	2,9	1,2	2,5	2,0	3,3	4,1	1,7	1,6	2,5	2,0	3,3	4,1	1,7	1,6	1,6	
- Non saprei esprimere un giudizio	53,7	57,1	57,7	57,3	43,7	55,6	50,4	53,5	52,1	54,7	37,3	45,3	68,1	63,4	55,2	46,6	62,9	53,6	27,0	63,4	55,2	46,6	62,9	53,6	27,0	27,0	
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	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
v.a.	650	207	127	141	175	308	193	149	267	384	69	319	262	104	323	222	223	349	222	104	323	222	223	349	222	349	78

Fonte: Indagine Ermenetia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. A20 – Ragioni del ricorso da parte del caregiver e/o dei membri della famiglia ad ospedali accreditati nel corso degli ultimi due anni (val. %)

Ragioni	Ripartizione geografica di residenza						Ampiezza comune di residenza			Sesso		Età			Titolo di studio			Livello socioeconomico dichiarato					
	Nord-Ovest		Nord-Est		Centro		Sud e Isole		Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a media inferiore	Media superiore	Laurea e oltre	Basso + Medio basso	Medio	Medio alto + Alto	
	Totale																						
- Minore attesa per le prestazioni	36,8	49,6	42,7	32,2	22,5	37,6	36,9	35,7	36,3	37,2	39,4	42,4	42,4	30,9	24,7	36,8	46,2	41,2	37,6	21,7			
- La maggior fiducia nell'ospedale accreditato e nei medici che vi operano	25,2	20,4	22,0	26,6	31,5	21,7	27,4	28,5	23,3	26,5	21,5	20,3	20,3	30,7	27,3	28,1	18,4	23,3	32,0	4,2			
- La vicinanza dell'ospedale a casa	24,6	31,1	20,0	14,8	27,7	29,5	15,2	25,0	21,9	26,6	16,0	20,2	20,2	30,6	35,6	23,2	18,9	28,8	21,3	25,8			
- Il frutto di una scelta attenta e ponderata effettuata in famiglia	19,1	26,2	12,4	12,8	21,2	15,7	21,9	21,9	19,1	19,1	27,7	15,7	15,7	20,8	8,7	17,5	30,0	24,6	13,9	23,7			
- La necessità di affrontare un'attesa troppo lunga per avere accesso all'ospedale pubblico	13,2	13,7	18,5	15,7	7,1	11,6	11,7	16,7	14,4	12,3	12,5	12,3	14,2	14,2	6,6	13,6	17,4	13,4	12,5	15,5			
- Il consiglio di parenti, amici e conoscenti	9,3	8,2	6,0	7,0	14,3	5,2	10,9	14,0	11,5	7,8	25,3	8,1	7,5	6,4	4,6	19,9	11,0	8,8	6,2				
- La tradizione di famiglia	8,0	1,8	7,1	9,0	14,0	6,1	18,0	2,6	4,4	10,4	18,6	8,0	5,9	10,8	9,3	3,4	4,6	6,1	24,5				
- Le condizioni di degenza dei pazienti non particolarmente appropriate nella realtà pubblica	7,1	4,0	-	11,6	13,1	3,9	6,2	12,4	8,0	6,5	4,5	8,8	5,9	7,4	6,6	7,7	3,9	9,1	8,4				
- La progressiva riduzione dei posti letto negli ospedali pubblici	6,9	7,0	9,2	12,2	1,8	5,0	4,2	11,7	8,4	5,8	12,0	7,1	5,6	1,6	10,1	5,1	7,5	5,7	9,8				
- Una certa sfiducia nell'ospitalità pubblica	6,3	5,7	5,0	8,3	6,8	5,1	7,3	7,3	8,3	4,9	6,3	8,7	3,9	2,3	6,9	8,4	2,5	8,5	8,4				
- L'invio del paziente ad un ospedale accreditato da parte dello stesso ospedale pubblico	4,5	2,1	4,6	9,4	3,8	2,6	8,2	4,2	4,6	4,3	4,5	6,5	2,5	2,9	4,0	6,4	2,9	6,7	-				
- La chiusura degli ospedali pubblici sul territorio	3,0	2,2	3,1	5,1	2,6	1,4	5,9	3,1	5,0	1,7	1,4	5,6	0,8	1,7	1,7	6,5	2,3	4,3	0,5				
- Altro	6,0	3,4	4,3	8,0	8,8	9,5	1,0	5,1	7,0	5,4	-	9,4	3,9	11,0	6,1	2,0	9,3	3,2	7,8				
v.a.	218	64	51	38	65	98	53	67	89	129	19	98	101	47	110	61	80	109	28				

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

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Tab. A21 – Eventuale ricorso negli ultimi dodici mesi a strutture ospedaliere presenti in altre Regioni italiane rispetto a quella di residenza da parte del caregiver e/o di altri componenti della famiglia, con riferimento agli anni indicati (val. %)

Eventuale ricorso	Ripartizione geografica di residenza										Ampiezza comune di residenza				Età		Titolo di studio				Livello socioeconomico dichiarato													
	Nord-Ovest		Nord-Est		Centro		Sud e Isole		Fino a 20 mila ab.		20-100 mila ab.		Oltre 100 mila ab.		Maschio		Femmina		18-34 anni		35-54 anni		Fino a media inferiore		Media superiore		Laurea e oltre		Basso + Medio basso		Medio		Medio alto + Alto	
	Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale			
Caregiver orientati a fare concretamente l'esperienza																																		
- Sì, abbiamo fatto ricorso per una o più persone appartenenti alla famiglia	5,9	4,2	3,9	6,0	8,6	6,4	7,1	3,7	4,8	6,8	10,0	5,7	5,2	6,1	4,9	7,8	7,3	4,2	9,2															
- Sì, volevamo fare ricorso, ma poi abbiamo rinunciato perché la lista di attesa era troppo lunga	1,4	1,0	1,0	1,8	1,7	2,0	1,7	-	1,1	1,6	2,5	1,3	1,3	1,3	1,5	1,4	1,4	1,4	1,7															
- Sì, volevamo fare ricorso, ma la Asl non ci ha dato l'autorizzazione	1,2	0,8	1,0	0,9	1,9	1,1	1,7	0,8	0,9	1,4	1,5	1,4	1,0	1,3	1,3	1,0	1,2	0,8	3,4															
- No, non abbiamo fatto ricorso perché c'era un problema relativo alle spese che avremmo dovuto sostenere come accompagnatori per assistere il paziente	3,9	1,3	4,3	5,1	5,3	4,3	4,3	2,9	3,4	4,3	3,3	4,4	3,7	5,4	3,5	3,4	5,0	3,0	4,3															
Caregiver orientati potenzialmente a fare l'esperienza																																		
- No, non abbiamo fatto ricorso ma abbiamo comunque valutato la possibilità di rivolgerci ad ospedali di un'altra Regione	7,1	5,2	6,5	8,0	8,4	6,8	7,4	7,2	6,7	7,3	8,3	6,8	7,1	6,3	7,7	6,6	7,5	6,3	9,3															
- 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	32,5	29,9	33,5	32,6	34,0	30,2	36,0	32,6	32,4	32,5	28,9	32,8	33,0	28,0	34,1	33,7	33,8	33,2	21,3															

./.

(Segue) Tab. A.21 – Eventuale ricorso negli ultimi dodici mesi a strutture ospedaliere presenti in altre Regioni italiane rispetto a quella di residenza da parte del caregiver e/o di altri componenti della famiglia, con riferimento agli anni indicati (val. %)

Eventuale ricorso	Ripartizione geografica di residenza				Ampiezza comune di residenza		Età		Titolo di studio				Livello socioeconomico dichiarato					
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a media inferiore	Media superiore	Laurea e oltre	Basso + Medio basso	Medio	Medio alto + Alto
Totale																		
<i>Caregiver 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	29,0	34,4	33,5	18,5	26,8	29,3	32,8	31,6	27,0	29,1	27,4	30,6	27,5	29,0	30,4	27,1	29,9	33,3
- 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	21,1	20,1	19,6	29,5	21,2	22,1	19,7	21,1	21,1	30,5	22,4	17,4	25,2	20,1	18,9	23,6	19,5	17,0
- Altro	9,3	11,1	9,8	6,7	9,7	8,4	9,7	7,8	10,5	7,4	11,2	7,9	8,9	10,0	8,6	8,0	10,3	10,7
v.a.	2.000	563	396	657	940	570	490	844	1.156	210	914	876	506	988	506	862	968	169

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

Fonte: Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. B21 – Eventuale ricorso negli ultimi dodici mesi a strutture ospedaliere presenti in altre Regioni italiane rispetto a quella di residenza da parte del caregiver e/o di altri componenti della famiglia, con riferimento agli anni indicati (val. %)

	Esperienze ricoveri + Day hospital + Day service		Esperienze liste di attesa per ricoveri		Lunghezza liste di attesa per ricoveri		Esperienza liste di attesa per day hospital + day service		Lunghezza liste di attesa per day hospital + day service		Livello di soddisfazione utilizzo ospedali pubblici + accreditati + cliniche private						
	Per interventi/malattie gravi-serie	Per interventi/malattie leggere	In Day hospital	In Day service	medico + chirurgico	Nessuna esperienza	Nessuna esperienza	Una o più esperienze	Fino a 30 gg	Oltre 30 gg	Nessuna esperienza	Una o più esperienze	Fino a 30 gg	Oltre 30 gg	Molto + Abbastanza	Poco + niente	Non esprimono un giudizio
Eventuale ricorso																	
Totale																	
SI	16,8	17,0	10,5	9,4	3,1	3,8	15,3	15,4	14,6	4,0	15,5	17,9	12,7	14,8	25,8	3,8	
5,9	13,8																
Caregiver orientati a fare concretamente l'esperienza																	
-	2,1	2,2	3,5	1,9	0,9	1,2	1,0	4,7	1,7	1,1	3,2	3,9	2,3	2,3	5,3	-	
1,4																	
Caregiver orientati potenzialmente a fare l'esperienza																	
-	3,8	2,8	4,2	11,4	2,1	4,0	3,5	6,5	4,8	3,2	7,5	7,9	7,0	4,3	3,6	-	
3,9																	
-	10,2	12,1	9,5	12,8	9,1	5,9	6,1	11,3	9,1	12,4	6,5	9,8	9,9	9,5	13,1	9,0	
7,1																	
-	25,7	10,0	22,4	22,8	44,1	34,9	35,2	20,6	14,5	29,0	34,0	25,0	21,2	29,4	12,5	19,3	
32,5																	

./.

(Segue) Tab. B21 – Eventuale ricorso negli ultimi dodici mesi a strutture ospedaliere presenti in altre Regioni italiane rispetto a quella di residenza da parte del caregiver e/o di altri componenti della famiglia, con riferimento agli anni indicati (val. %)

Eventuale ricorso	Esperienze ricoveri + Day hospital + Day service		Esperienze liste di attesa per ricoveri		Esperienze liste di attesa per day hospital + day service		Esperienza liste di attesa per day hospital + day service		Lunghezza liste di attesa per day hospital + day service		Lunghezza liste di attesa per day hospital + day service		Livello di soddisfazione utilizzo ospedali pubblici + accreditati + cliniche private		
	Per interventi/ malattie gravi-serie	Per interventi/ malattie leggere	In Day hospital	In Day service	medico + chirurgico	Nessuna esperienza	Nessuna esperienza	Una o più esperienze	Fino a 30 gg	Oltre 30 gg	Una o più esperienze	Fino a 30 gg	Oltre 30 gg	Molto + Abbastanza	Poco + Per niente
Totale	38,9	38,6	26,0	35,2	28,2	32,4	35,6	30,5	28,4	32,0	32,9	31,0	46,6	19,6	48,9
SI	10,2	15,8	8,9	4,2	23,4	11,0	13,7	8,0	23,4	9,7	10,2	9,1	7,8	17,6	16,8
Altro	9,3	3,0	1,3	2,6	11,7	10,5	4,3	3,4	4,1	10,7	2,5	0,6	4,6	2,8	2,5
v.a.	2.000	537	127	181	1.463	1.628	372	174	1.73	1.663	337	182	155	181	93

Fonte: indagine Ermenieia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

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

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

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

Tab. 4.21B – Soggetti a cui si rivolgerebbero preferibilmente i caregiver qualora avessero o pensassero di avere un problema serio e/o urgente di salute, tenendo conto dell'esperienza maturata nel tempo per effettuare analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, visite specialistiche oppure ricoveri sia che si tratti di rivolgersi agli ospedali oppure ai servizi territoriali della Asl (val. %)

	Ripartizione geografica di residenza				Ampiezza comune di residenza		Sesso		Età		Titolo di studio				Livello socioeconomico dichiarato				
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a media inferiore	Media superiore	Laurea e oltre	Basso + Medio basso	Medio + Medio alto + Alto		
Soggetti che si sceglierebbero preferibilmente																			
Totale	69,1	71,1	75,1	69,4	63,6	69,1	73,8	63,6	70,0	59,7	63,9	76,8	73,4	67,4	68,1	69,8	68,9	66,8	
- Quando si ha o si pensa di avere un problema serio e/o urgente di salute si preferisce rivolgersi innanzitutto al medico di base	50,9	50,6	49,2	54,6	50,2	49,6	53,8	50,2	47,7	53,3	44,6	48,2	42,6	49,1	48,7	57,1	47,8	51,6	63,4
- In alternativa si preferisce recarsi dal medico specialista ospedaliero di cui ci si fida o di cui si è sentiti parlare bene per effettuare una visita <i>intraeonia</i> all'interno dell'osp. pubbl. oppure una visita privata (entrambe a pagamento), così è più facile effettuare le analisi, gli accertamenti diagnostici o addirittura ottenere il ricovero, evitando le liste di attesa	42,6	40,8	45,6	47,6	39,2	44,4	43,3	38,2	42,8	42,4	48,2	41,2	48,5	41,9	37,8	46,0	40,8	34,5	
- Nel caso non si trovi una risposta adeguata o rapida dal medico di base o dagli specialisti dei poliambulatori Asl, si preferisce rivolgersi direttamente al Pronto Soccorso ospedaliero	28,1	21,9	27,7	31,5	30,0	30,0	26,8	25,8	28,0	28,2	37,1	28,3	25,7	30,1	26,4	29,3	26,7	28,2	34,6
- Nel caso poi che si avesse bisogno di una visita specialistica, di un accertamento diagnostico o di un ricovero osped. e le relative liste di attesa risultassero troppo lunghe, si preferisce rivolgersi al Pronto Soccorso dell'ospedale	21,4	26,1	17,8	17,1	22,1	20,0	22,3	23,0	23,7	19,7	22,0	24,1	18,4	18,1	23,2	21,1	20,3	23,1	17,0
- Insomma si tende ad usare più l'ospedale che non i servizi Asl presenti sul territorio																			

(Segue) Tab. A21B – Soggetti a cui si rivolgeranno preferibilmente i caregiver qualora avessero o pensassero di avere un problema serio e/o urgente di salute, tenendo conto dell'esperienza maturata nel tempo per effettuare analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, visite specialistiche oppure ricoveri sia che si tratti di rivolgersi agli ospedali oppure ai servizi territoriali della Asl (val. %)

Soggetti che si sceglierebbero preferibilmente	Ripartizione geografica di residenza				Ampiezza comune di residenza		Sesso		Età		Titolo di studio		Livello socioeconomico dichiarato						
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a media inferiore	Media superiore	Laurea e oltre	Basso + Medio basso	Medio + Medio alto + Alto		
Totale	19,2	19,1	16,0	19,8	20,7	17,6	22,3	19,2	19,1	18,2	20,3	18,2	21,1	17,6	20,3	19,2	19,1	19,5	
- Si preferisce in ogni caso rivolgersi da subito al Pronto Soccorso dell'ospedale piuttosto che ai servizi della Asl per non perdere tempo	36,2	37,6	38,8	31,4	36,3	35,4	33,7	40,8	35,9	31,9	38,8	34,6	30,8	39,9	34,4	35,7	37,2	33,3	
- Non ho/non abbiamo avuto ancora problemi seri e/o urgenti di salute da affrontare e quindi non sono/non siamo in grado di dire quale sarebbe la nostra scelta	32,6	32,8	29,7	28,6	36,3	34,0	27,2	36,0	34,1	38,2	33,8	29,9	28,8	34,9	31,8	34,5	31,1	30,9	
- Non saprei/non sapremmo comunque cosa scegliere, poiché di solito ci si fa consigliare in caso di necessità v.a.	2,000	563	396	384	657	940	570	490	844	1.156	210	914	876	506	988	506	862	968	169

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte.
Fonte: *Indagine Ermeneta - Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Tab. 423.1 – Esperienze avute, nel corso degli ultimi 3 anni, dal caregiver e/o dagli altri della famiglia “ristretta” e/o “allargata” di servizi forniti da strutture di riabilitazione, di lungodegenza, di RSA e/o di assistenza a domicilio (val. %)

Caregiver	Ripartizione geografica di residenza						Ampiezza comune di residenza			Sesso	Età	Titolo di studio					Livello socioeconomico dichiarato		
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina			18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a media inferiore	Media superiore		Laurea e oltre	Basso + Medio basso
Totale	3,9	4,0	4,7	3,5	3,6	3,8	4,4	3,5	4,7	3,3	3,0	3,1	4,9	4,3	3,4	4,3	3,6	3,7	6,2
- Strutture di riabilitazione	0,8	0,9	0,8	1,3	0,6	0,5	1,6	0,7	1,0	0,7	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8	1,0	0,4	0,8	3,3
- Strutture di lungodegenza	1,4	2,0	0,6	0,3	1,8	0,9	2,8	1,5	1,5	1,3	0,7	1,5	1,4	1,2	1,2	1,9	0,8	1,5	3,1
- Servizi di assistenza a domicilio	1,7	2,8	2,1	1,1	0,8	1,6	2,0	2,0	1,0	2,2	0,6	1,7	2,0	1,7	0,9	3,2	1,8	1,6	1,5
- Nessuna esperienza	93,6	92,8	92,4	94,7	94,4	94,2	93,0	93,1	93,1	94,0	96,2	94,4	92,2	93,9	94,3	91,9	94,3	93,6	90,2
v.a.	2.000	563	396	384	657	940	570	490	844	1.156	210	914	876	506	988	506	862	968	169

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

Fonte: *Indagine Ermenenia – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Tab. 423.2 – Esperienze avute, nel corso degli ultimi 3 anni, dal caregiver e/o dagli altri della famiglia “ristretta” e/o “allargata” di servizi forniti da strutture di riabilitazione, di lungodegenza, di RSA e/o di assistenza a domicilio (val. %)

Altri membri della famiglia	Ripartizione geografica di residenza						Ampiezza comune di residenza			Sesso	Età	Titolo di studio					Livello socioeconomico dichiarato		
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina			18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a media inferiore	Media superiore		Laurea e oltre	Basso + Medio basso
Totale	4,7	4,7	6,1	4,1	4,3	4,7	5,7	3,6	4,4	4,9	4,9	4,0	5,4	5,5	4,2	5,1	3,9	5,1	6,5
- Strutture di riabilitazione	2,4	2,7	3,1	2,8	1,4	2,2	2,9	2,2	2,1	2,6	2,5	3,3	1,3	1,4	2,9	2,4	2,1	2,2	4,7
- Strutture di lungodegenza	2,4	2,7	2,7	2,1	2,0	2,4	1,9	2,8	2,5	2,2	2,8	3,0	1,6	0,7	2,8	3,3	1,7	2,1	7,3
- Strutture di RSA	3,3	4,1	3,3	3,3	2,7	2,8	3,5	4,2	2,5	3,9	1,9	3,9	3,0	1,4	2,6	6,6	2,4	4,0	3,9
- Servizi di assistenza a domicilio	89,8	89,4	88,0	89,7	91,3	90,4	88,6	90,2	90,9	89,0	90,0	88,8	90,8	92,2	90,5	86,1	91,1	89,2	87,0
- Nessuna esperienza	2.000	563	396	384	657	940	570	490	844	1.156	210	914	876	506	988	506	862	968	169

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

Fonte: *Indagine Ermenenia – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Tab. A24.1 – Tipologia di servizi di riabilitazione eventualmente utilizzati, nel corso degli ultimi 3 anni, dal caregiver e/o da altri membri della famiglia “ristretta” e/o della famiglia “allargata” e soggetti da cui si è stati indirizzati (val. %)

Caregiver	Ripartizione geografica di residenza			Ampiezza comune di residenza		Sesso	Età	Titolo di studio			Livello socioeconomico dichiarato								
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.			Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina		18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a media inferiore	Media superiore	Laurea e oltre	Basso + Medio basso	Medio
Totale																			
- Ortopedica	70,4	75,8	80,1	51,0	71,5	81,7	57,8	66,3	65,2	75,6	59,8	67,9	74,7	86,9	76,2	54,2	82,5	63,6	60,8
- Cardiologica	16,8	22,8	7,3	16,6	18,3	9,3	25,4	19,1	25,6	8,0	17,9	17,3	16,1	10,3	10,8	27,3	8,2	15,7	43,3
- Neurologica	14,3	15,3	1,9	17,2	20,3	9,5	15,7	20,9	10,3	18,1	15,1	17,7	11,1	17,1	7,9	20,0	9,8	17,3	16,1
- Altro	13,6	6,7	16,8	25,2	9,6	11,8	18,5	10,4	17,9	9,2	12,4	13,4	13,9	4,6	13,0	19,4	12,1	16,9	6,5
v.a.	126	34	28	25	39	56	39	31	63	63	12	52	61	27	53	46	48	60	18

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

Fonte: indagine Ermenenia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. A24.2 – Tipologia di servizi di riabilitazione eventualmente utilizzati, nel corso degli ultimi 3 anni, dal caregiver e/o da altri membri della famiglia “ristretta” e/o della famiglia “allargata” e soggetti da cui si è stati indirizzati (val. %)

Altri membri della famiglia	Ripartizione geografica di residenza			Ampiezza comune di residenza		Sesso	Età	Titolo di studio			Livello socioeconomico dichiarato								
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.			Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina		18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a media inferiore	Media superiore	Laurea e oltre	Basso + Medio basso	Medio
Totale																			
- Cardiologica	55,6	58,1	65,6	70,0	36,9	54,6	52,9	60,9	55,3	55,9	44,5	52,8	60,2	81,8	50,4	46,5	65,5	46,5	59,5
- Ortopedica	38,2	38,0	34,8	30,9	45,8	34,0	42,0	41,1	34,9	41,6	51,5	39,3	34,8	29,9	34,1	47,8	40,3	38,2	33,0
- Altro	15,6	17,3	4,2	13,2	23,9	11,3	22,9	14,0	14,2	17,0	23,3	18,0	12,1	8,7	17,1	17,9	11,5	20,6	10,0
- Neurologica	14,3	5,6	19,2	15,3	17,7	14,1	18,5	9,1	20,7	7,9	22,5	18,2	9,3	4,0	16,5	17,6	8,6	13,3	32,7
v.a.	126	34	28	25	39	56	39	31	63	63	12	52	61	27	53	46	48	60	18

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

Fonte: indagine Ermenenia – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. A24.3 – Tipologia di servizi di riabilitazione eventualmente utilizzati, nel corso degli ultimi 3 anni, dal caregiver e/o da altri membri della famiglia “ristretta” e/o della famiglia “allargata” e soggetti da cui si è stati indirizzati (val. %)

Caregiver	Ripartizione geografica di residenza			Ampiezza comune di residenza		Sexo		Età			Titolo di studio			Livello socioeconomico dichiarato				
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a media inferiore	Media superiore	Laurea e oltre	Basso + Medio basso	Medio	Medio alto + Alto
Totale	67,5	73,3	63,5	65,7	73,4	60,7	64,4	60,6	71,8	68,5	63,8	71,1	77,6	67,1	61,6	77,7	64,4	54,4
- Lo specialista	21,7	31,2	23,5	20,7	12,5	24,7	36,3	27,0	18,3	22,2	22,2	21,0	12,0	16,4	34,0	10,3	21,3	50,7
- L'ospedale presso cui il paziente era stato precedentemente ricoverato	20,2	16,2	20,1	31,2	16,8	22,1	24,7	17,7	21,9	22,6	25,5	13,6	16,6	18,5	24,4	17,1	18,9	32,5
- La Asl	14,5	11,0	17,4	22,3	10,9	16,1	19,3	27,3	6,2	12,1	12,7	17,1	4,5	14,5	20,6	16,1	12,4	17,9
- Il medico di base	16,2	43	37	34	47	49	38	63	99	22	73	67	36	69	57	54	85	23
v.a.																		

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte.
Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Tab. A25 – Presenza nel territorio della Regione di residenza delle strutture di riabilitazione cardiologica, neurologica e ortopedica (val. %)

Presenza	Ripartizione geografica di residenza						Ampiezza comune di residenza			Sesso		Età		Titolo di studio				Livello socioeconomico dichiarato		
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a media inferiore	Media superiore	Laurea e oltre	Basso + Medio basso	Medio	Medio alto + Alto		
Totale																				
Strutture di riabilitazione cardiologica																				
- Sì, esistono	30,2	42,8	36,5	23,7	19,6	29,3	31,7	30,4	31,1	29,6	17,2	25,5	38,4	33,4	29,7	28,1	25,2	33,0	40,4	
- Sì, esistono ma non sono sufficienti	10,3	8,1	9,0	9,3	13,5	11,1	8,2	11,1	8,6	11,5	6,8	10,9	10,5	11,1	9,0	11,9	10,6	9,7	11,5	
- Sì, esistono ma non sono ritenute adeguate dai pazienti	4,2	3,5	1,9	5,3	5,5	4,5	4,4	3,5	4,3	4,1	4,7	5,3	2,9	1,8	5,1	5,0	3,6	4,6	5,5	
- No, non esistono	2,6	1,1	0,6	1,9	5,4	3,2	2,8	1,0	2,4	2,7	3,0	2,8	2,2	3,2	2,6	1,8	3,4	1,7	3,4	
- Non saprei	52,7	44,5	52,0	59,8	56,0	51,9	52,9	54,0	53,6	52,1	68,3	55,5	46,0	50,5	53,6	53,2	57,2	51,0	39,2	
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	100,0	
v.a.	2.000	563	396	384	657	940	570	490	844	1.156	210	914	876	506	988	506	862	968	169	
Strutture di riabilitazione neurologica																				
- Sì, esistono	25,3	33,7	25,9	24,5	18,2	22,7	27,6	27,3	25,7	25,0	14,9	23,7	29,4	25,4	25,4	24,8	18,5	29,4	35,9	
- Sì, esistono ma non sono sufficienti	10,0	10,3	8,9	10,3	10,2	10,2	9,0	10,7	8,8	10,8	8,7	9,6	10,7	9,8	8,8	12,4	9,9	9,0	16,1	
- Sì, esistono ma non sono ritenute adeguate dai pazienti	5,2	3,5	1,8	5,1	8,8	5,6	5,3	4,3	5,4	5,0	6,2	6,1	4,0	3,1	5,7	6,3	4,8	5,8	3,7	
- No, non esistono	2,8	1,8	0,9	2,3	5,1	3,0	3,5	1,5	3,1	2,5	2,6	3,2	2,4	2,3	2,5	3,7	3,2	2,4	2,9	
- Non saprei	56,7	50,7	62,5	57,8	57,7	58,5	54,6	56,2	57,0	56,7	67,6	57,4	53,5	59,4	57,6	52,8	63,6	53,4	41,4	
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	100,0	100,0	100,0	100,0	
v.a.	2.000	563	396	384	657	940	570	490	844	1.156	210	914	876	506	988	506	862	968	169	

./.

(Segue) Tab. A25 – Presenza nel territorio della Regione di residenza delle strutture di riabilitazione cardiologica, neurologica e ortopedica (val. %)

Presenza	Ripartizione geografica di residenza										Ampiezza comune di residenza		Sesso		Età		Titolo di studio				Livello socioeconomico dichiarato							
	Nord-Ovest			Nord-Est			Centro		Sud e Isole		Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a media inferiore	Media superiore	Laurea e oltre	Basso + Medio basso	Medio	Medio alto + Alto				
	Totale																											
Strutture di riabilitazione ortopedica																												
- Si, esistono	37,8	49,3	45,2	34,8	25,3	37,8	39,6	35,8	36,5	38,8	28,7	34,5	43,6	38,7	37,5	37,6	29,7	43,2	49,0									
- Si, esistono ma non sono sufficienti	14,2	10,7	15,3	16,0	15,5	15,4	11,7	15,0	12,7	15,3	11,2	14,8	14,3	13,0	13,9	16,0	16,6	12,4	12,3									
- Si, esistono ma non sono ritenute adeguate dai pazienti	6,8	3,9	2,7	6,3	12,0	7,3	6,9	5,6	8,0	5,9	4,4	7,5	6,5	5,9	7,4	6,4	6,9	6,3	8,6									
- No, non esistono	1,1	1,2	0,2	1,2	1,4	0,7	2,1	0,7	1,1	1,0	1,2	1,4	0,6	0,6	1,2	1,4	0,9	0,9	2,9									
- Non saprei	40,1	34,9	36,6	41,7	45,8	38,8	39,7	42,9	41,7	39,0	54,5	41,8	35,0	41,8	40,0	38,6	45,9	37,2	27,2									
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	100,0									
v.a.	2.000	563	396	384	657	940	570	490	844	1.156	210	914	876	506	988	506	862	968	169									
Altre strutture di riabilitazione																												
- Si, esistono	28,1	37,6	29,3	27,8	19,4	27,6	29,7	27,2	27,9	28,3	19,6	27,0	31,2	28,0	27,6	29,1	20,9	33,1	36,1									
- Si, esistono ma non sono sufficienti	10,6	8,5	8,5	13,8	11,8	10,3	10,2	11,6	9,3	11,5	8,2	10,9	10,9	10,1	10,0	12,4	10,5	9,9	15,0									
- Si, esistono ma non sono ritenute adeguate dai pazienti	6,1	3,7	2,8	4,3	11,1	6,8	6,4	4,3	6,5	5,8	4,9	6,9	5,5	5,8	6,2	6,1	6,3	6,1	4,7									
- No, non esistono	1,6	2,3	0,2	0,8	2,4	1,5	2,4	0,9	1,5	1,7	1,6	2,0	1,2	0,7	2,0	1,7	1,8	1,1	3,4									
- Non saprei	53,6	47,9	59,2	53,3	55,3	53,8	51,3	56,0	54,8	52,7	65,7	53,2	51,2	55,4	54,2	50,7	60,5	49,8	40,8									
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	100,0	100,0									
v.a.	2.000	563	396	384	657	940	570	490	844	1.156	210	914	876	506	988	506	862	968	169									

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. A26 – Valutazione dell'adeguatezza quantitativa delle strutture di riabilitazione, di lungodegenza, di RSA come pure dei servizi di assistenza a domicilio, nell'ambito della propria Regione di residenza (val. %)

Presenza adeguata o meno	Ripartizione geografica di residenza										Ampiezza comune di residenza				Sexso		Età		Titolo di studio					Livello socioeconomico dichiarato												
	Nord-Ovest		Nord-Est		Centro		Sud e Isole		Fino a 20 mila ab.		20-100 mila ab.		Oltre 100 mila ab.		Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a media inferiore	Media superiore	Laurea e oltre	Basso + Medio	Medio	Medio alto + Alto											
	Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale											
Strutture di riabilitazione																																				
-	29,2	39,3	37,8	20,5	20,6	32,1	29,1	23,9	31,7	27,4	24,0	27,7	32,1	33,4	27,6	28,2	21,1	33,9	43,2																	
-	24,4	19,0	19,6	28,7	29,3	23,4	25,9	24,7	22,1	26,1	19,5	25,7	24,2	16,9	25,9	28,8	26,7	23,1	19,7																	
-	1,0	0,4		1,3	1,8	0,9	1,3	0,7	1,3	0,7	1,7	1,3	0,4	0,7	1,3	0,5	0,7	0,9	2,4																	
-	45,4	41,3	42,6	49,5	48,3	43,6	43,7	50,7	44,9	45,8	54,8	45,3	43,3	49,0	45,2	42,5	51,5	42,1	34,7																	
-	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	100,0	100,0																	
Totale	2.000	563	396	384	657	940	570	490	844	1.156	210	914	876	506	988	506	862	968	169																	
v.a.																																				
Strutture di lungodegenza																																				
-	25,9	32,6	35,0	15,6	20,6	26,7	26,7	23,1	27,1	24,9	23,3	25,9	26,4	27,2	25,5	25,2	17,6	30,8	39,7																	
-	25,0	22,7	21,6	28,3	27,3	24,7	26,4	24,3	23,0	26,6	17,6	26,2	25,7	19,7	25,9	28,9	26,5	23,8	24,8																	
-	0,9	0,4	0,3	0,8	1,9	1,2	0,8	0,6	1,0	0,9	0,8	1,1	0,8	1,3	1,1	0,4	1,3	0,6	1,2																	
-	48,2	44,3	43,1	55,3	50,2	47,4	46,1	52,0	48,9	47,6	58,3	46,8	47,1	51,8	47,5	45,5	54,6	44,8	34,3																	
-	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	100,0																	
Totale	2.000	563	396	384	657	940	570	490	844	1.156	210	914	876	506	988	506	862	968	169																	
v.a.																																				

./.

(Segue) Tab. A26 – Valutazione dell'adeguatezza quantitativa delle strutture di riabilitazione, di lungodegenza, di RSA come pure dei servizi di assistenza a domicilio, nell'ambito della propria Regione di residenza (val. %)

Presenza adeguata o meno	Ripartizione geografica di residenza										Ampiezza comune di residenza		Sexso		Età		Titolo di studio				Livello socioeconomico dichiarato					
	Totale	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a media inferiore	Media superiore	Laurea e oltre	Basso + Medio	Medio	Medio alto + Alto							
Strutture di RSA																										
-	23,4	30,3	31,5	12,8	18,8	25,6	23,6	18,8	23,5	23,2	18,9	22,0	25,8	27,4	22,0	21,9	17,0	26,8	36,4							
-	23,2	20,4	19,7	27,7	24,9	22,0	25,2	23,2	23,2	23,1	16,9	24,9	22,8	16,1	24,1	28,3	23,0	23,2	23,9							
-	1,3	0,4	-	2,2	2,5	1,5	1,6	0,8	1,2	1,5	2,2	1,6	0,8	1,3	1,6	0,9	1,4	1,1	2,8							
-	52,1	48,9	48,8	57,3	53,8	50,9	49,6	57,2	52,1	52,2	62,0	51,5	50,6	55,2	52,3	48,9	58,6	48,9	36,9							
-	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	100,0	100,0	100,0	100,0							
v.a.	2.000	563	396	384	657	940	570	490	844	1.156	210	914	876	506	988	506	862	968	169							
Servizi di assistenza a domicilio																										
-	22,4	28,4	31,2	14,9	16,4	24,1	20,7	21,0	22,2	22,6	17,2	21,1	24,9	26,9	20,7	21,1	14,7	27,3	33,4							
-	25,7	22,0	20,6	31,2	28,7	25,3	27,3	24,7	25,1	26,1	21,5	26,9	25,6	20,3	25,4	31,6	26,6	24,9	25,4							
-	1,2	0,4	-	1,2	2,5	0,9	1,7	1,1	1,3	1,1	0,9	1,5	0,9	0,4	1,8	0,9	1,0	1,3	1,5							
-	50,7	49,2	48,2	52,7	52,4	49,7	50,3	53,2	51,4	50,2	60,4	50,5	48,6	52,4	52,1	46,4	57,7	46,5	39,7							
-	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	100,0	100,0							
v.a.	2.000	563	396	384	657	940	570	490	844	1.156	210	914	876	506	988	506	862	968	169							

Fonte: Indagine Ermenieia – Studi e Strategie di Sistema, 2019

Tab. A27 – Valutazione dell'adeguatezza quantitativa, rispetto alla domanda, delle strutture di riabilitazione intensiva, ad alta specializzazione, estensiva, di socioribabilitazione di lunga durata con riferimento al territorio della Regione di residenza (val. %)

Livello di adeguatezza	Ripartizione geografica di residenza										Ampiezza comune di residenza		Sesso		Età		Titolo di studio				Livello socioeconomico dichiarato	
	Totale	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a media inferiore	Media superiore	Laurea e oltre	Basso + Medio basso	Medio	Medio alto + Alto			
Strutture di riabilitazione intensiva																						
- La presenza è del tutto + abb. adeguata rispetto alla domanda di servizi	19,8	25,1	19,3	15,7	18,2	19,4	21,7	18,6	20,7	19,3	15,6	18,2	22,7	21,8	20,6	16,7	13,5	22,6	36,6			
- La presenza è appena + del tutto suff. rispetto alla domanda di servizi	12,7	11,8	10,3	13,4	14,6	12,2	13,0	13,4	12,3	13,0	10,3	14,1	11,9	9,2	12,1	17,3	12,5	12,8	13,4			
- Non esistono affatto strutture	2,1	1,6	0,6	1,5	3,8	2,3	2,3	1,5	2,3	1,9	1,1	2,7	1,7	2,0	2,3	1,7	2,3	1,6	4,3			
- Non saprei	65,4	61,5	69,8	69,4	63,4	66,1	63,0	66,5	64,7	65,8	73,0	65,0	63,7	67,0	65,0	64,3	71,7	63,0	45,7			
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	100,0	100,0			
v.a.	2.000	563	396	384	657	940	570	490	844	1.156	210	914	876	506	988	506	862	968	169			
Strutture di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione																						
- La presenza è del tutto + abb. adeguata rispetto alla domanda di servizi	18,7	23,7	18,0	15,0	16,9	17,6	20,7	18,5	18,8	18,7	16,8	16,6	21,3	21,1	18,5	16,6	12,8	21,5	32,8			
- La presenza è appena + del tutto suff. rispetto alla domanda di servizi	12,6	11,8	8,9	15,3	13,8	12,5	12,4	13,0	12,2	12,8	10,5	14,1	11,5	9,9	12,6	15,3	11,7	13,2	13,4			
- Non esistono affatto strutture	2,7	1,8	1,2	1,6	4,9	2,8	3,1	1,9	2,1	3,1	2,1	2,9	2,5	2,0	2,9	3,0	3,3	1,9	3,9			
- Non saprei	66,0	62,7	71,9	68,1	64,4	67,1	63,8	66,6	66,9	65,4	70,6	66,4	64,7	67,0	66,0	65,1	72,2	63,4	49,9			
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	100,0	100,0	100,0			
v.a.	2.000	563	396	384	657	940	570	490	844	1.156	210	914	876	506	988	506	862	968	169			

./.

(Segue) Tab. A27 – Valutazione dell'adeguatezza quantitativa, rispetto alla domanda, delle strutture di riabilitazione intensiva, ad alta specializzazione, estensiva, di socioriabilitazione di lunga durata con riferimento al territorio della Regione di residenza (val. %)

Livello di adeguatezza	Ripartizione geografica di residenza										Ampiezza comune di residenza		Sesso		Età		Titolo di studio				Livello socioeconomico dichiarato	
	Totale	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a media inferiore	Media superiore	Laurea e oltre	Basso + Medio basso	Medio	Medio alto + Alto			
Strutture di riabilitazione estensiva																						
- La presenza è del tutto + abb. adeguata rispetto alla domanda di servizi	16,4	22,6	14,9	13,3	13,9	15,9	18,3	15,2	16,6	16,3	14,1	14,1	19,5	18,8	16,1	14,5	10,9	18,6	31,7			
- La presenza è appena + del tutto suff. rispetto alla domanda di servizi	12,6	11,6	9,5	14,8	13,9	11,9	12,5	13,9	12,8	12,4	10,7	14,3	11,2	9,6	12,6	15,3	11,6	12,9	15,8			
- Non esistono affatto strutture	1,8	1,2	0,6	1,3	3,4	2,2	1,9	1,0	1,2	2,3	1,1	2,3	1,5	0,7	2,2	2,2	2,1	1,3	3,1			
- Non saprei	69,2	64,6	75,0	70,6	68,8	70,0	67,3	69,9	69,4	69,0	74,1	69,3	67,8	70,9	69,1	68,0	75,4	67,2	49,4			
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	100,0	100,0	100,0	100,0			
v.a.	2.000	563	396	384	657	940	570	490	844	1.156	210	914	876	506	988	506	862	968	169			
Strutture di socioriabilitazione di lunga durata																						
- La presenza è del tutto + abb. adeguata rispetto alla domanda di servizi	15,7	20,1	15,1	13,1	13,8	15,6	17,7	13,6	15,3	16,0	14,8	14,2	17,5	18,6	15,5	13,2	11,2	17,2	30,9			
- La presenza è appena + del tutto suff. rispetto alla domanda di servizi	14,1	12,8	11,5	16,8	15,0	13,0	13,8	16,2	13,8	14,1	12,1	15,6	12,8	12,5	12,8	17,9	13,2	14,4	16,1			
- Non esistono affatto strutture	1,8	1,4	1,0	0,5	3,3	2,2	1,7	1,1	1,5	2,0	1,1	1,8	1,9	1,0	2,1	1,8	2,1	1,3	3,0			
- Non saprei	68,4	65,7	72,4	69,6	67,9	69,2	66,8	69,1	69,4	67,9	72,0	68,4	67,8	67,9	69,6	67,1	73,5	67,1	50,0			
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	100,0	100,0			
v.a.	2.000	563	396	384	657	940	570	490	844	1.156	210	914	876	506	988	506	862	968	169			

Fonte: Indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. A30 – Ulteriori difficoltà di tipo più qualitativo eventualmente incontrate in tema di riabilitazione da parte del caregiver e/o dei membri della famiglia “ristretta” e/o “allargata” (val. %)

Ulteriori difficoltà	Ripartizione geografica di residenza			Ampiezza comune di residenza		Sesso	Età			Titolo di studio			Livello socioeconomico dichiarato						
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.		Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Media superiore	Laurea e oltre	Basso + Medio basso	Medio	Medio alto + Alto		
<i>La degenza in strutture di riabilitazione si è rivelata troppo breve rispetto ai bisogni del paziente</i>																			
- Difficoltà molto + abb. importante	58,2	46,1	50,2	60,5	73,4	57,6	59,2	58,0	57,8	58,4	74,8	60,2	51,7	65,4	59,5	52,2	67,6	50,0	65,5
- Difficoltà poco importante	13,4	18,8	4,5	13,9	14,5	13,4	12,2	14,8	13,2	13,6	7,7	19,3	9,6	-	10,0	25,7	12,4	14,8	10,6
- Nessuna difficoltà	28,4	35,1	45,3	25,6	12,1	29,0	28,6	27,2	29,0	28,0	17,5	20,5	38,7	34,6	30,5	22,1	20,0	35,2	23,9
<i>Dopo essere stati dimessi da strutture di riabilitazione non è sempre facile trovare subito il terapista della Asl che viene a casa per continuare la terapia o trovare, in alternativa, una struttura accreditata presso la quale portare il paziente per continuare il ciclo riabilitativo</i>																			
- Difficoltà molto + abb. importante	60,6	53,4	44,9	68,4	73,3	60,4	63,9	57,1	55,6	64,4	50,3	63,2	61,1	49,2	62,5	65,7	61,0	57,3	72,3
- Difficoltà poco importante	12,9	19,8	10,8	7,6	11,6	10,9	10,7	19,1	16,1	10,5	26,4	14,4	7,8	13,0	13,6	12,0	11,7	12,7	16,8
- Nessuna difficoltà	26,5	26,8	44,3	24,0	15,1	28,7	25,4	23,8	28,3	25,1	23,3	22,4	31,1	37,8	23,9	22,3	27,3	30,0	10,9
<i>Spesso i pazienti non recuperano al 100% il loro deficit ed hanno bisogno in molti casi di cicli ripetitivi di riabilitazione nel corso del tempo</i>																			
- Difficoltà molto + abb. importante	69,0	68,0	45,4	73,4	83,9	66,4	72,4	69,5	62,9	73,6	46,3	72,9	71,7	57,4	70,7	74,2	77,1	64,8	64,6
- Difficoltà poco importante	12,5	11,2	17,3	13,1	9,9	12,0	13,4	12,4	13,6	11,7	39,0	13,2	4,5	16,0	12,5	10,4	8,9	12,7	20,9
- Nessuna difficoltà	18,5	20,8	37,3	13,5	6,2	21,6	14,2	18,1	23,5	14,7	14,7	13,9	23,8	26,6	16,8	15,4	14,0	22,5	14,5
<i>Non si è ricevuto alcun aiuto da parte della struttura riabilitativa o dell'assistenza sociale o dello specialista o del medico di famiglia circa le procedure da seguire ed i soggetti da coinvolgere per proseguire, in altro modo, o per affrontare i successivi cicli di riabilitazione</i>																			
- Difficoltà molto + abb. importante	57,1	42,6	43,2	55,6	81,6	57,4	57,3	56,2	55,4	58,3	67,1	51,8	59,3	51,9	60,8	56,1	64,0	52,1	58,4
- Difficoltà poco importante	16,5	23,4	12,8	22,8	8,6	15,7	17,7	16,7	14,5	18,1	8,9	24,7	11,1	8,8	14,4	23,8	12,1	16,4	28,3
- Nessuna difficoltà	26,4	34,0	44,0	21,6	9,8	26,9	25,0	27,1	30,1	23,6	24,0	23,5	29,6	39,3	24,8	20,1	23,9	31,5	13,3
<i>Non si sono ricevuti aiuti per il disbrigo delle pratiche burocratiche relative al riconoscimento dell'invaldità (totale o parziale) e per l'accesso alla Legge 104 da parte dell'ospedale o della struttura riabilitativa che ha dimesso il paziente, dall'assistenza sociale, dallo specialista o dal medico di famiglia</i>																			
- Difficoltà molto + abb. importante	58,6	41,1	46,0	63,3	80,5	59,9	57,6	57,2	54,4	61,7	70,9	59,2	54,5	54,4	59,6	60,0	64,5	53,9	61,6
- Difficoltà poco importante	14,5	16,8	10,8	21,0	10,7	12,5	19,6	12,0	15,9	13,5	6,7	17,4	14,0	10,7	15,2	16,1	14,1	14,9	14,0
- Nessuna difficoltà	26,9	42,1	43,2	15,7	8,8	27,6	22,8	30,8	29,7	24,8	22,4	23,4	31,5	34,9	25,2	23,9	21,4	31,2	24,4

Fonte: Indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2019

Tab. A31.1 – Eventuale ricorso, negli ultimi 3 anni, da parte del caregiver e/o di altri membri della famiglia “ristretta” e/o “allargata”, a strutture di riabilitazione e/o di lungodegenza in altre Regioni italiane rispetto a quella di residenza (val. %)

Strutture di riabilitazione	Ripartizione geografica di residenza										Ampiezza comune di residenza				Età		Titolo di studio				Livello socioeconomico dichiarato															
	Nord-Ovest		Nord-Est		Centro		Sud e Isole		Fino a 20 mila ab.		20-100 mila ab.		Oltre 100 mila ab.		Maschio		Femmina		18-34 anni		35-54 anni		55 anni e oltre		Fino a media inferiore		Media superiore		Laurea e oltre		Basso + Medio basso		Medio		Medio alto + Alto	
	Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale			
- Sì, abbiamo fatto ricorso per una o più persone appartenenti alla famiglia “ristretta” e/o “allargata”	16,8	15,5	11,1	7,6	28,2	19,9	17,7	10,0	26,4	9,5	36,4	15,9	12,2	11,0	18,3	18,6	13,4	15,5	29,8																	
- Sì, volevamo fare ricorso ma poi abbiamo rinunciato perché la lista di attesa era troppo lunga	8,5	4,8	11,9	5,5	11,4	9,4	7,7	7,7	11,6	6,1	8,8	13,9	3,4	2,4	7,4	13,5	8,6	7,7	11,2																	
- Sì, volevamo fare ricorso ma la Asl non ci ha dato l'autorizzazione	5,0	3,0	3,8	2,3	9,4	4,9	4,7	5,4	6,7	3,7	7,9	7,4	1,9	4,7	3,5	6,8	1,2	5,2	13,5																	
- No, non abbiamo fatto ricorso ma abbiamo comunque valutato la possibilità di rivolgerci a strutture di un'altra Regione	10,1	8,0	11,8	12,6	9,1	12,5	12,7	2,5	8,4	11,3	2,4	11,7	10,6	13,9	8,4	9,6	10,5	10,9	5,7																	
- No, non abbiamo fatto ricorso perché c'era un problema relativo alle spese che avremmo comunque dovuto sostenere come accompagnatori per seguire il paziente	7,6	4,5	4,5	8,0	12,3	3,9	9,5	11,8	9,5	6,1	10,5	10,2	4,3	3,8	8,5	8,9	4,8	6,3	19,7																	
- No, non abbiamo fatto ricorso, ma se dovessimo affrontare un problema serio valuteremmo certamente anche l'opportunità di rivolgerci a strutture fuori Regione	14,5	10,7	3,2	18,3	23,5	12,6	11,4	21,7	9,5	18,3	15,1	15,3	13,6	9,5	15,9	16,0	11,6	17,5	10,3																	

./.

(Segue) Tab. A3.1.1 – *Eventuale ricorso, negli ultimi 3 anni, da parte del caregiver e/o di altri membri della famiglia "ristretta" e/o "allargata", a strutture di riabilitazione e/o di lungodegenza in altre Regioni italiane rispetto a quella di residenza (val. %)*

Strutture di riabilitazione	Ripartizione geografica di residenza				Ampiezza comune di residenza			Età		Titolo di studio				Livello socioeconomico dichiarato					
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a media inferiore	Media superiore	Laurea e oltre	Basso + Medio basso	Medio Medio alto + Alto		
Totale	15,9	11,6	5,5	22,3	23,2	16,8	9,9	21,8	9,2	21,0	8,6	21,5	12,9	13,6	19,0	22,6	11,8	15,1	
- No, non abbiamo fatto ricorso perché non sapevamo che si poteva ricorrere a strutture fuori Regione senza oneri aggiuntivi da sostenere	34,3	41,5	53,7	35,0	13,3	25,7	41,8	40,6	36,5	32,6	28,0	22,2	47,3	42,4	33,6	30,1	32,7	37,0	28,0
- No, non abbiamo fatto ricorso poiché le strutture presenti nel Comune o nella Provincia o nella Regione di residenza erano sufficientemente adeguate alle necessità	5,1	10,9	-	10,1	-	5,7	4,0	5,5	5,9	4,5	5,9	7,7	2,5	4,7	7,1	3,1	7,9	2,1	9,7
- Altro	21,3	5,9	4,6	4,3	6,4	9,5	6,5	5,3	9,1	12,2	2,7	9,0	9,7	4,8	8,9	7,7	7,3	11,1	2,9

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte.
Fonte: *Indagine Ermenieia – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Tab. A31.2 – Eventuale ricorso, negli ultimi 3 anni, da parte del caregiver e/o di altri membri della famiglia “ristretta” e/o “allargata”, a strutture di riabilitazione e/o di lungodegenza in altre Regioni italiane rispetto a quella di residenza (val. %)

Strutture di lungodegenza	Ripartizione geografica di residenza										Ampiezza comune di residenza				Età		Titolo di studio				Livello socioeconomico dichiarato															
	Nord-Ovest		Nord-Est		Centro		Sud e Isole		Fino a 20 mila ab.		20-100 mila ab.		Oltre 100 mila ab.		Maschio		Femmina		18-34 anni		35-54 anni		55 anni e oltre		Fino a media inferiore		Media superiore		Laurea e oltre		Basso + Medio basso		Medio		Medio alto + Alto	
	Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale		Totale			
- Sì, abbiamo fatto ricorso per una o più persone appartenenti alla famiglia “ristretta” e/o “allargata”	6,2	0,5	9,7	6,5	10,0	-	6,9	15,4	10,7	3,0	5,9	6,4	5,7	-	4,0	10,3	8,6	1,8	10,1																	
- Sì, volevamo fare ricorso ma poi abbiamo rinunciato perché la lista di attesa era troppo lunga	16,5	12,5	9,0	15,2	27,9	13,2	12,8	28,8	24,6	10,8	14,6	19,6	10,0	18,0	10,1	23,6	6,5	11,3	40,4																	
- Sì, volevamo fare ricorso ma la Asl non ci ha dato l'autorizzazione	9,0	13,7	6,5	1,6	10,6	8,9	5,1	16,3	11,3	7,4	-	13,3	3,1	17,3	3,4	13,4	3,5	5,9	22,5																	
- No, non abbiamo fatto ricorso ma abbiamo comunque valutato la possibilità di rivolgerci a strutture di un'altra Regione	15,6	22,5	7,0	9,7	17,7	24,0	12,5	6,5	16,6	14,8	24,6	14,3	14,0	26,7	8,4	21,0	13,8	16,7	16,3																	
- No, non abbiamo fatto ricorso perché c'era un problema relativo alle spese che avremmo dovuto sostenere come accompagnatori per seguire il paziente	9,3	6,1	6,9	6,8	16,7	10,3	7,9	10,0	5,7	11,8	12,3	10,2	5,5	-	10,9	9,9	10,8	8,5	8,5																	
- No, non abbiamo fatto ricorso, ma se dovessimo affrontare un problema serio valuteremo certamente anche l'opportunità di rivolgerci a strutture fuori Regione	11,5	10,9	8,0	15,1	12,3	11,6	15,8	3,8	14,8	9,2	21,9	10,6	8,5	-	13,0	12,8	4,8	11,2	22,0																	

./.

(Segue) Tab. A3.1.2 – *Eventuale ricorso, negli ultimi 3 anni, da parte del caregiver e/o di altri membri della famiglia "ristretta" e/o "allargata", a strutture di riabilitazione e/o di lungodegenza in altre Regioni italiane rispetto a quella di residenza (val. %)*

Strutture di lungodegenza	Livello socioeconomico dichiarato																		
	Ripartizione geografica di residenza		Ampiezza comune di residenza		Sesso		Età		Titolo di studio										
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a media inferiore	Media superiore	Laurea e oltre	Basso + Medio basso	Medio	Medio alto + Alto	
Totale	12,5	12,0	18,8	3,3	15,1	16,0	12,1	7,1	8,7	15,2	11,4	14,3	8,7	18,9	15,7	7,0	16,9	13,0	5,2
- No, non abbiamo fatto ricorso perché non sapevamo che si poteva ricorrere a strutture fuori Regione senza oneri aggiuntivi da sostenere	25,0	28,7	37,4	24,7	11,6	19,2	32,1	22,0	26,2	24,1	26,6	20,4	35,3	33,4	25,3	22,3	24,6	34,5	9,2
- No, non abbiamo fatto ricorso poiché le strutture presenti nel Comune o nella Provincia o nella Regione di residenza erano sufficientemente adeguate alle necessità	12,7	10,9	10,5	30,5	3,4	15,7	10,6	11,2	8,4	15,6	10,3	9,8	21,0	-	20,9	6,4	17,5	12,1	6,5
- Altro	103	34	21	20	28	39	41	23	42	60	13	64	26	11	49	42	36	42	24

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte.
Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019*

Tab. A32.1 – Ragioni che hanno spinto il caregiver e/o gli altri membri della famiglia “ristretta” e/o “allargata” a prendere in considerazione l'utilizzo di strutture di riabilitazione e/o di lungodegenza presenti in altre Regioni italiane rispetto a quella di residenza (val. %)

Strutture di riabilitazione	Ripartizione geografica di residenza				Ampiezza comune di residenza		Sesso		Età		Titolo di studio				Livello socioeconomico dichiarato				
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Fino a media inferiore	Media superiore	Laurea e oltre	Basso + Medio basso	Medio	Medio alto + Alto	
Totale	26,2	13,0	31,4	27,6	30,1	26,8	29,7	20,0	17,7	33,5	27,1	24,0	28,5	43,4	19,6	24,7	30,4	20,3	39,4
- Avevamo già sperimentato strutture nella Regione di residenza, che però non si sono rivelate adeguate alle esigenze del paziente	23,6	23,2	22,0	15,6	27,6	17,7	27,5	31,4	25,3	22,1	17,3	28,3	20,2	21,5	22,0	26,3	26,5	18,5	36,4
- Non c'era posto nelle strutture presenti nell'ambito della Regione di residenza	20,1	21,2	19,2	15,6	21,6	13,6	29,0	22,2	30,6	11,1	6,2	28,5	15,2	4,2	20,2	27,7	22,6	17,2	25,5
- Non esistevano strutture adeguate ai bisogni effettivi del paziente nella Regione di residenza	16,4	26,3	15,4	10,0	14,4	19,4	14,8	11,9	20,2	13,2	35,9	18,0	6,7	20,6	14,8	16,1	16,8	17,3	12,5
- Ci ha consigliato l'ospedale da cui il paziente era stato dimesso	13,6	11,4	11,7	8,1	17,7	18,2	3,9	16,6	13,4	13,8	23,6	7,2	17,5	14,4	16,1	10,5	14,2	16,0	4,4
- Ci ha consigliato il medico specialista a seguito delle dimissioni dall'ospedale o dopo queste ultime	11,1	13,9	5,2	12,8	11,3	10,5	6,2	18,9	12,7	9,7	10,9	14,7	6,7	9,5	11,5	11,3	5,6	12,2	16,1
- Ci ha consigliato il medico di base a seguito delle dimissioni dall'ospedale o dopo queste ultime	13,2	14,8	4,4	29,6	9,6	11,6	11,4	19,4	11,5	14,7	-	11,8	20,3	-	17,0	15,7	11,1	18,1	-
- Altro	107	23	19	19	47	52	32	23	49,0	58	16,0	50	41	21,0	45	42	29,0	60	17

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2019

I Rapporto Ospedali & Salute/2019 ha raggiunto, ormai, la 17^a edizione, dando conto – anno per anno – dell’andamento del nostro sistema ospedaliero misto, costituito da una componente di diritto pubblico (con diverse tipologie di istituti) e da una componente di diritto privato (a sua volta con differenti tipologie di strutture accreditate).

Si tratta di una realtà costituita da un migliaio di ospedali, con i loro 190.000 posti letto, che trattano, annualmente, 8 milioni di pazienti acuti, in regime di ricovero ordinario e in day hospital, oltre che 500.000 persone, che utilizzano strutture di riabilitazione e di lungodegenza: impiegando più di 600.000 addetti, con una spesa complessiva di 63,6 miliardi di euro, pari al 55,7% della spesa sanitaria pubblica totale.

È bene ricordare che il Rapporto si caratterizza per due scelte distintive.

Da un lato, ha come obiettivo quello di comprendere il livello di soddisfazione degli utenti e dei cittadini, rispetto alla loro domanda di salute e, quindi, il funzionamento della “macchina” ospedaliera.

Dall’altro è predisposto da un “soggetto terzo”, che analizza e valuta in autonomia l’andamento delle esperienze e delle opinioni della popolazione, nonché l’andamento delle strutture ospedaliere.

L’attenzione quest’anno è stata rivolta al difficile perseguimento di una accettabile “medietà” dei servizi e delle prestazioni, che dovrebbero essere garantiti per tempi, per qualità, per territorio (e per singola struttura ospedaliera e post-ospedaliera).

Ma questo non avviene, malgrado i risultati statistici medi registrino, nel corso del tempo, una crescita della complessità delle prestazioni e dell’efficacia delle medesime: la media statistica si scontra, infatti, con una “medietà” che non è, ancora, effettiva, accettabile e diffusa, come confermano i fenomeni rilevati.

In particolare si ricorda: l’aumento significativo, nel 2019, delle persone in lista di attesa e con tempi ulteriormente prolungati, rispetto alla situazione già problematica del 2018; l’affaticamento progressivo degli utenti, a seguito del processo di de-ospedalizzazione che negli anni ha fatto “rimbalzare” i pazienti dai ricoveri ospedalieri ordinari alle prestazioni in day hospital e, quindi, da queste ultime a quelle in day service ambulatoriale; ma anche il peggioramento pronunciato, negli ultimi 5 anni, dei sistemi di “giunzione” tra la medicina di base e gli ospedali e tra questi e i servizi post-ricovero (di riabilitazione, di lungodegenza, di RSA e di assistenza a domicilio).

L’analisi della “macchina” ospedaliera ha, inoltre, registrato il permanere di un processo di de-finanziamento di sistema, in corso ormai da tempo, che colloca l’Italia all’ultimo posto nel rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL rispetto alla media dei Paesi OCSE. Una situazione alla quale si somma l’evidente difficoltà di incidere sulle inefficienze, da parte della componente pubblica, come mostra puntualmente il monitoraggio quinquennale dei Conti Economici delle Aziende Ospedaliere.

La soluzione del dilemma, rappresentato dal continuo aumento dei bisogni e delle attese dei pazienti e dei cittadini, da un lato, e il parallelo processo di de-finanziamento in corso del sistema, dall’altro, richiede una riscrittura realistica del Patto tra Stato e Cittadini, in tema di protezione della salute (e di welfare nel suo complesso): le Mappe Cognitive del passato non bastano ormai più per interpretare il presente ed, ancora meno, servono per progettare il futuro di un sistema che abbia come scopo quello di preservare, realmente, gli obiettivi universalistici e solidali sui quali si basa sin dalla sua fondazione il SSN.

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 le strutture ospedaliere della componente di diritto privato del SSN e le case di cura private, presenti in tutte le Regioni italiane, le quali occupano più di 70 mila addetti e, con l’11% degli operatori dell’intero sistema, si prendono cura del 15% dei pazienti.

